

**Faculté des sciences économiques,  
sociales, politiques et de communication**

**Quels sont les facilitateurs et les freins d'un retour optimal au travail chez les femmes atteintes d'un cancer du sein ? Étude comparative entre la Belgique et le Canada.**

Auteur·es : Colomb Romane  
Promoteur·rices : Van den Broeck Marie  
Lecteur·rices : Schepens Bénédicte  
Année académique 2021-2022  
Master 120 en sciences du travail

## AVANT PROPOS

Je n'aurais pu réaliser ce mémoire sans l'aide de plusieurs personnes.

Tout d'abord, j'aimerais remercier Madame Van den Broeck, pour avoir accepté de m'encadrer lors de ce travail et pour ses conseils.

Ensuite, j'aimerais remercier ma famille pour la relecture de ce mémoire et leur soutien.

J'aimerais également remercier les membres du jury pour leur attention.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Le cancer du sein en général.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1. Formation d'un cancer.....</b>	<b>3</b>
<b>2.2 L'évolution du cancer .....</b>	<b>4</b>
<b>2.3 L'anatomie du sein .....</b>	<b>4</b>
<b>2.4 Les différents types de cancer du sein.....</b>	<b>5</b>
2.4.1. Cancers in situ.....	5
2.4.2. Cancers infiltrants.....	5
<b>2.5 Les différents stades.....</b>	<b>6</b>
<b>2.6 La fréquence.....</b>	<b>6</b>
<b>2.7 Les facteurs de risque .....</b>	<b>7</b>
2.7.1. Facteurs liés à la personne .....	7
2.7.2. Facteurs liés au rythme du travail.....	7
2.7.2. Facteurs liés aux substances chimiques .....	8
<b>2.8 Le diagnostic.....</b>	<b>9</b>
<b>2.9 Les traitements.....</b>	<b>9</b>
2.9.1. Catégories de cancer du sein au niveau moléculaire .....	9
2.9.2. Les différents types de traitements et leur durée .....	10
<b>2.10. Effets du traitement sur les patientes .....</b>	<b>14</b>
2.10.1. Douleurs.....	14
2.10.2. Lymphœdème.....	15
2.10.3. Fatigue .....	15
2.10.4. Effets secondaires physiques lors de traitement actifs .....	16
2.10.5. Effets sur la fertilité .....	19
2.10.6. Psychologiques et émotionnels .....	19
<b>2.11. Le lien avec la vie professionnelle .....</b>	<b>21</b>
<b>3. Le cancer du sein dans le milieu professionnel.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1. Suite au diagnostique.....</b>	<b>22</b>
3.1.1. Les indemnités suite à l'arrêt.....	22
3.1.2. Les coûts des traitements .....	24
<b>3.1. L'après cancer .....</b>	<b>25</b>
3.1.1. Facteurs rendant le retour au travail plus compliqué.....	25
3.1.2. Facteurs favorisant le retour au travail.....	29
<b>3.2. Des dispositifs seraient intéressants à mettre en place.....</b>	<b>30</b>
<b>4. Aides et dispositifs mis en place .....</b>	<b>31</b>
<b>4.1. La prévention .....</b>	<b>31</b>
4.1.1. La mammographie .....	31
4.1.2. Le travail de nuit .....	32
<b>4.2. Aide financière .....</b>	<b>33</b>
<b>4.3. Les professionnels de la santé dans les deux pays .....</b>	<b>34</b>
4.3.1. L'équipe médicale en charge du traitement.....	34
4.3.2. L'équipe paramédicale et de réadaptation.....	35
4.3.3. Quelques exemples en Belgique .....	37

4.3.4. Quelques exemples dans différentes provinces du Canada .....	38
<b>4.4. Cadre législatif .....</b>	<b>40</b>
4.4.1. En Belgique .....	40
4.4.2. Au Canada .....	46
<b>4.5. Les aides et adaptations du travail possibles .....</b>	<b>52</b>
<b>4.6. Ces aides et dispositifs sont-ils efficaces ? .....</b>	<b>54</b>
<b>5. Les dispositifs existants répondent-ils aux difficultés rencontrées par les femmes atteintes de cancer du sein ?.....</b>	<b>55</b>
5.1. La prévention .....	55
5.2. Le financement .....	55
5.2.1. Les revenus des travailleurs .....	55
5.2.2. Remboursements des coûts du traitement .....	56
5.3. L'équipe de professionnels de santé.....	57
5.4. Programmes mis en œuvre pour un bon retour au travail .....	58
<b>6. Bref tableau récapitulatif Belgique – Canada .....</b>	<b>61</b>
<b>7. Conclusion.....</b>	<b>63</b>
<b>8. Bibliographie.....</b>	<b>64</b>

## 1. Introduction

Le cancer du sein est l'un des cancers les plus omniprésents dans notre société. En effet, qui ne connaît pas dans son entourage une ou plusieurs femmes en ayant souffert ? Avoir un cancer impacte de manière considérable la sphère personnelle mais également professionnelle. Actuellement, une augmentation majeure du diagnostic est observée. Cependant, en parallèle, le taux de mortalité décroît grâce aux dépistages précoces ainsi qu'aux progrès en matière de traitement. A la vue de ces nouvelles données, il semble raisonnable de se concentrer sur l'impact du cancer du sein concernant les diverses sphères de vie des travailleuses. Ces femmes, mères, épouses, employées ou encore indépendantes vont être sujettes aux diverses conséquences du cancer, et ce, tant comme femme que travailleuse. Les sphères personnelles et professionnelles ne sont pas indépendantes l'une de l'autre et s'influencent mutuellement. Dès lors, il semble intéressant de réaliser le constat des divers impacts, causes, adaptations ou encore aides qui leurs sont proposées.

Tout d'abord, en concertation avec ma promotrice, nous avons ensemble réduit le sujet au cancer du sein et son impact sur le retour au travail. La littérature scientifique m'a permis d'affiner cette thématique et d'en ressortir la question de recherche suivante :

*Quels sont les facilitateurs et les freins d'un retour optimal au travail chez les femmes atteintes d'un cancer du sein ? Étude comparative entre la Belgique et le Canada.*

Ce mémoire contenant une perspective comparée de deux pays, dont l'un étant sur un autre continent, il était plus judicieux de se contenir à la littérature et études scientifiques existantes. Une étude comparative expérimentale reprenant des travailleuses des deux pays pourrait être organisée par la suite grâce à cet état des lieux.

Ce travail comporte 4 grandes parties :

La première partie se concentre sur le cancer du sein : son diagnostic, ses différents stades mais aussi ses traitements actuels et les effets secondaires qui y sont liés.

La deuxième consiste à l'identification des freins au retour au travail. Ceux-ci peuvent être multiples et venir des effets secondaires au traitement, de freins liés à la personne en elle-même et à sa vie privée, etc.

La troisième comporte les différentes aides et dispositifs mis en place par différents acteurs qui permettent un retour au travail. Ce retour se fait de par des ajustements au niveau de l'emploi mais aussi de par des aides de l'équipe médicale.

Enfin, la quatrième partie vérifie si les dispositifs mis en place répondent aux freins et attentes des travailleuses.

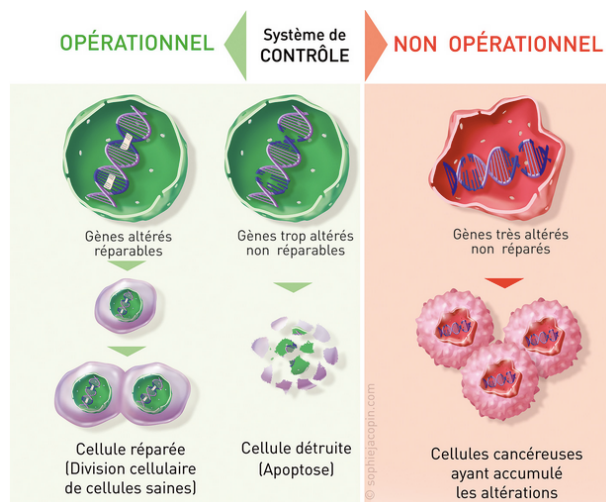
Les problèmes rencontrés lors de l'élaboration de ce travail ont été le peu d'informations spécifiques au cancer du sein dans le monde du travail ainsi que dans la littérature scientifique. La plupart des études ou dispositifs mis en place dans le cadre professionnel sont basés sur plusieurs types de cancer ou d'invalidités. Les femmes atteintes de cancer du sein sont tout de même incluses mais il semble plus compliqué de mesurer l'impact que cela a sur elles spécifiquement.

## 2. Le cancer du sein en général

### 2.1. Formation d'un cancer

Le corps humain est composé d'environ 50 000 milliards de cellules qui se retrouvent organisées sous forme de tissus assurant des fonctions bien précises. Les différents tissus sont par exemple les tissus musculaires, nerveux ou conjonctifs pour ne citer que ceux-là. Ces tissus eux-mêmes forment les différents organes du corps. Tous les jours, des milliers de cellules se multiplient ou sont détruites en fonction de la situation afin d'assurer un bon fonctionnement de l'organisme en général. Ces divisions et destructions de cellules sont orchestrées par différents gènes. Les gènes sont un segment d'ADN présent dans chaque cellule de l'organisme. Lorsque l'ADN se retrouve altéré suite à différents facteurs comme la prédisposition génétique mais aussi des agressions extérieures tels que le tabac, le soleil ou encore l'alcool, cela peut provoquer des dysfonctionnements. En effet, ces altérations peuvent conduire à des erreurs et à des mutations lors de la division cellulaire. Certaines de ces cellules peuvent être réparées mais, si ces erreurs sont irréparables, elles vont se détruire d'elles-mêmes. Lorsqu'elles ne le font pas, ces cellules endommagées vont à nouveau se multiplier, créer une croissance tumorale et ne jamais se détruire (Figure 1). Généralement, une cellule devient cancéreuse lorsqu'elle accumule de nombreuses altérations au cours du temps (Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, 2020).

Figure 1 : Système de contrôle lors de la multiplication des cellules



Note : image issue de Qu'est-ce qu'un cancer ?, Fondation pour la recherche sur le cancer,

<https://www.fondation-arc.org/cancer/quest-ce-quun-cancer>

## 2.2 L'évolution du cancer

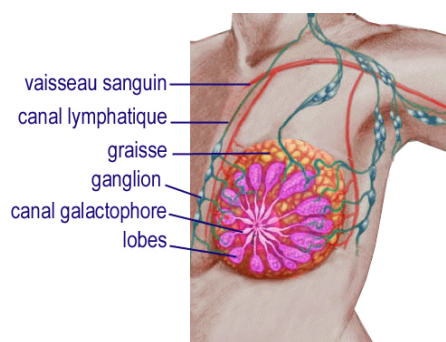
Un cancer peut devenir invasif à partir du moment où il se développe et envahit l'entièreté de l'organe dans lequel il s'est développé pour ensuite se former dans les tissus et organes voisins. Un cancer peut également former des métastases. En effet, des cellules cancéreuses peuvent devenir mobiles et voyager à travers le système lymphatique ou sanguin afin d'aller se loger ailleurs dans le corps et y former une nouvelle tumeur. Les métastases sont l'une des raisons pour lesquelles un cancer est mortel, il est donc primordial de diagnostiquer un cancer lorsqu'il est dans les premiers stades (Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, 2020).

## 2.3 L'anatomie du sein

Le cancer du sein, comme tout autre cancer, résulte d'un dérèglement des cellules dans le corps. Il en existe différents types et celui-ci peut être invasif ou non invasif, comme expliqué au point précédent.

Il est tout d'abord important de connaître l'anatomie du sein afin de mieux comprendre dans quelles parties le cancer a une plus grande probabilité de se former avec la figure suivante (Figure 2).

Figure 2 : Anatomie du sein



Note : image issue de Sein : anatomie et cancer, Santé pour tous, ASSNC. <https://www.santepourtous.nc/les-thematiques/cancer-du-sein/maladie-du-cancer-du-sein/sein-anatomie-et-cancer>

Le sein contient 15 à 20 lobes reliés aux lobules (sécrétant le lait) par des canaux galactophores sous le mamelon, de la graisse, des fibres de soutien, des nerfs et des vaisseaux sanguins et lymphatiques (Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, 2020).

## **2.4 Les différents types de cancer du sein**

Il existe différents types de cancer du sein. Les plus fréquents se situent dans les canaux galactophores et les lobules. Lorsqu'ils y restent contenus, on parle de cancer in situ. Lorsqu'ils se sont propagés aux tissus voisins, on parle de cancer infiltrant ou invasif (Haute autorité de santé, 2015).

### **2.4.1. Cancers in situ**

Le carcinome canalaire in situ (CCIS) est une forme précoce du cancer du sein. Il va se développer dans les canaux galactophores et s'y limiter. Mais, en l'absence de traitement, il va se transformer en cancer invasif (Cutuli, 2019).

Le carcinome lobulaire in situ (CLIS) n'est pas considéré comme un cancer à proprement parlé mais plutôt comme un facteur de risque de développer plus tard un cancer lobulaire invasif (Haute autorité de santé, 2015).

### **2.4.2. Cancers infiltrants**

Le cancer invasif le plus fréquent et celui diagnostiqué dans 70 à 80% des cas est le carcinome canalaire infiltrant (CCI). Il s'agit de la forme invasive du cancer des canaux galactophores et celui-ci peut également devenir métastatique (Haute autorité de santé, 2015).

Enfin, 5 à 15% des cancers du sein sont des carcinomes lobulaires infiltrants, qui comme leur nom l'indique, se développent dans les lobules du sein. Son incidence a augmenté au fil des années, ce qui pourrait s'expliquer de par la prise de contraception orale entre autres. Ce type de cancer touche principalement les femmes entre 50 et 60 ans et est plus difficile à diagnostiquer (Haïfa et al, 2019).

L'une des formes plus rares de cancer du sein est appelé le cancer inflammatoire du sein et représente entre 3 à 5% des cancer du sein dans les pays occidentaux. Ce type de cancer est très agressif et n'a pas un bon pronostic (Auclerc, Buthiau & Brunet, 1998).

## 2.5 Les différents stades

Le cancer du sein peut être classifié en utilisant la méthode TNM. T signifiant tumeur, N nodes ou ganglions lymphatiques en anglais et M pour métastases (Union for International Cancer Control, 2016).

Il existe 5 stades :

0. La tumeur est in situ (CCIS ou CLIS) et n'est pas infiltrante.
1. La tumeur fait moins de 2cm et ne s'est pas encore propagée ailleurs.
2. La tumeur fait entre 2 et 5cm et peut avoir envahi entre 1 et 3 ganglions.
3. La tumeur fait plus de 5 cm et peut s'être propagée à plus de 3 ganglions ou aux muscles voisins mais on ne distingue pas encore de métastases.
4. Le cancer s'est métastasé, peu importe la taille de la tumeur.

## 2.6 La fréquence

La Belgique est le pays avec le plus haut taux d'incidence de cancer du sein dans le monde, avec près de 188 cas pour 100 000 femmes en 2018 (Gilbert, janvier 2019). 1 femme sur 8 sera diagnostiquée avec un cancer du sein au cours de sa vie et près de 11 000 femmes sont diagnostiquées par an (Bouckaert, 29 octobre 2021). Environ 80% des cancers du sein touchent les femmes âgées de 50 ans et plus et reste assez rare chez les femmes de moins de 40ans (Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, 2020).

Au Canada, le cancer du sein est le 2<sup>me</sup> cancer le plus fréquent et le 1<sup>er</sup> cancer chez les femmes. Effectivement, 1 femme sur 8 sera diagnostiquée avec un cancer du sein et 1 sur 34 d'entre elles en mourra. Par an, environ 28 000 femmes sont diagnostiquées avec 83% des cas survenant chez les femmes de 50 ans et plus (Agence de la santé publique du Canada, 2019).

Le cancer du sein peut également toucher les hommes mais à un degré bien moindre.

1 homme est touché pour 100 femmes, ce qui revient à environ 100 hommes diagnostiqués par an en Belgique (Bouckaert, 29 octobre 2021).

La mortalité du cancer du sein a baissé ces dernières années dans les pays industrialisés. On peut attribuer cette baisse au diagnostic précoce mais aussi à l'amélioration des traitements (Sancho-Garnier & Colonna, 2019).

## **2.7 Les facteurs de risque**

### **2.7.1. Facteurs liés à la personne**

Il existe différents facteurs qui augmentent le risque de cancer du sein, notamment le fait d'avoir déjà eu un cancer du sein auparavant, d'avoir eu ses premières règles avant 12ans mais aussi de prendre un traitement hormonal après la ménopause. Le risque augmente également avec l'âge (Fondation contre le cancer, 2022). Effectivement, le cancer du sein touche dans plus de 2/3 des cas les femmes ayant plus de 50ans (Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, 2020).

Un autre facteur est les antécédents familiaux. Les mutations de gènes, dans la plupart des cas les gènes BRCA1 et BRCA2, sont responsables de 5% des cancers du sein. La probabilité de cancer du sein augmente par ailleurs si la mère ou la sœur d'une femme a elle-même eu un cancer du sein (Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, 2020).

Il est recommandé aux femmes d'avoir un enfant avant leurs 30 ans mais aussi d'allaiter durant plusieurs mois afin de réduire leurs risques. Au niveau de leur hygiène de vie, il est important de pratiquer du sport régulièrement, de ne pas fumer, de limiter sa consommation d'alcool mais aussi de ne pas prendre trop de poids après 30ans. Il est également important pour les médecins de ne pas prescrire de traitements hormonaux si ceux-ci ne sont pas primordiaux (Sancho-Garnier & Colonna, 2019).

### **2.7.2. Facteurs liés au rythme du travail**

Le travail de nuit et le travail posté sont en augmentation depuis plusieurs années et ils ont des conséquences sur la santé des travailleurs. Or, l'exposition à la lumière durant la nuit provoque un dysfonctionnement du rythme circadien en inhibant la synthèse de mélatonine et augmentant les niveaux d'œstrogènes (Szkiela, Kusidel, Makowiec-Dąbrowska & Kaleta, 2020) Cette augmentation d'hormones engendrerait des risques accrus de cancer chez le travailleur avec entre autre une augmentation de risque de cancer du sein chez la femme,

particulièrement chez celles ayant travaillé depuis plus de 20ans (Benabu, Stoll, Gonzalez & Mathelin, 2015).

Le travail de nuit n'est pas le seul facteur pouvant être responsable d'une augmentation du risque de cancer du sein dans le milieu professionnel. Il existe d'autres situations dans le monde du travail qui augmentent le risque de développer un cancer du sein, comme le fait de travailler avec des substances chimiques.

### **2.7.2. Facteurs liés aux substances chimiques**

Les perturbateurs endocriniens sont très largement présents dans notre environnement. On les retrouve dans les pesticides, les cosmétiques mais aussi dans certains additifs alimentaires. Près de 800 agents chimiques sont des perturbateurs endocriniens. Une étude du Programme des Nations Unies pour l'Environnement et de l'Organisation mondiale de la Santé (2013), parle du lien possible entre ces perturbateurs endocriniens et des problèmes de santé, notamment avec une augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes.

Dans de nombreux métiers, les travailleurs utilisent des substances chimiques toxiques pouvant être cancérigènes. Chaque année dans l'union européenne entre 18 et 30% des maladies professionnelles sont reconnues dues à l'exposition des travailleurs à des substances chimiques, avec le cancer dans sa généralité reconnu seulement entre 0,2 et 4,5% (Cellules RISE, 2015).

Malheureusement, il n'existe pas énormément de recherches sur le rapport entre les substances chimiques sur le lieu de travail et le cancer du sein. La plupart des études relatives au le lien possible entre ces substances et la santé ont été réalisées sur des hommes et donc sont portées sur les maladies les plus développées par cette population. De plus, il existe de nombreux facteurs hors du lieu de travail pouvant influencer un cancer, il est donc compliqué de déterminer exactement quel facteur, si pas plusieurs, est entré en jeu (Engel, Rasanayagam, Gray & Rizzo, 2018).

## **2.8 Le diagnostic**

Lorsque l'on suspecte un cancer du sein, plusieurs examens sont disponibles pour confirmer le diagnostic :

- Un examen clinique lors duquel le médecin va palper le sein afin de sentir s'il y a une masse ou non.
- Une échographie
- Une mammographie ou autrement dit une radio du sein
- Une ponction afin d'analyser au microscope les cellules du sein suspectes
- Une biopsie afin d'analyser au microscope des tissus prélevés

Lorsque ces différents examens révèlent la présence d'un cancer du sein, il est important d'effectuer des examens supplémentaires tels qu'un PET scan afin de voir à quel stade il se trouve, sa catégorie mais aussi s'il est métastatique. Ces examens complémentaires vont permettre de mettre en place les traitements les plus adaptés (Fondation contre le cancer, 2020).

## **2.9 Les traitements**

### **2.9.1. Catégories de cancer du sein au niveau moléculaire**

En plus des différents types et stades du cancer du sein, il existe également différentes catégories et celles-ci ne répondent pas au traitement de la même manière. Les cancers se différencient de par la présence ou non de 3 types de molécules : les récepteurs aux hormones de la progestérone (RP), aux œstrogènes (RE) et à un facteur de croissance appelé HER2 (Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, 2020).

Tout d'abord, les cancers dits de type luminal. Il en existe deux types :

- Le type luminal A n'a pas de récepteurs des facteurs de croissance HER2 mais va très fortement marquer les récepteurs RP et RE. Ces tumeurs sont en général peu proliférantes et en stade assez bas.

- Le type luminal B est lui l'opposé, avec une forte présence de HER2 et moins de marquage des hormones RP et RE. Ces tumeurs sont plus proliférantes et sont à un stade plus avancé.

Les cancers HER2, comme leur nom l'indique, ont des récepteurs au facteur de croissance HER2 mais ne présentent pas de molécules pour les hormones RP et/ou RE.

Les cancers triple-négatifs, eux, ne contiennent aucune de ces molécules (Fondation pour la recherche sur le cancer, 2020).

### **2.9.2. Les différents types de traitements et leur durée**

Il existe de nombreux traitements du cancer du sein, qui se décident au cas par cas en fonction de la taille de la tumeur, de son type moléculaire, si le cancer est invasif ou métastatique mais aussi en fonction de l'état du patient et de ses antécédents. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées sur une même patiente afin de garantir un contrôle de la tumeur ou une guérison (Clere, 2016).

#### ***a) La chirurgie***

Il existe deux types de chirurgies : la mastectomie et la tumorectomie. Le chirurgien va choisir laquelle des deux employer en fonction de la tumeur mais aussi de la patiente et de ses antécédents.

La tumorectomie va être utilisée lorsque la tumeur reste en dessous de 2 centimètres, voir un peu plus grande si la patiente a une poitrine volumineuse. Cette chirurgie permet de conserver en grande partie le sein d'origine et d'avoir un aspect esthétique convenable (Clere, 2016).

La mastectomie, elle, est un traitement radical avec une ablation de la glande mammaire. Une reconstruction mammaire est directement possible, sauf en cas d'autres traitements complémentaires tels que la radiothérapie ou la chimiothérapie. Dans les deux cas, un curage axillaire (autrement dit l'ablation de ganglions se situant sous l'aisselle) est également réalisé lorsque le cancer est de type invasif (Clere, 2016).

La durée d'hospitalisation est en général de 1 à 4 jours (Institut national du cancer, n.d.a).

Suite à une chirurgie reconstructrice après une mastectomie, la patiente ne peut pas porter de charge lourdes ou faire de sport durant 3 à 6 semaines en fonction de la technique utilisée. D'ailleurs, il arrive souvent que la patiente ne vienne pas travailler durant 6 à 8 semaines post opération (Thiébaud, 15 décembre 2020).

### ***b) La radiothérapie***

Ce traitement repose sur des radiations détruisant les cellules cancéreuses de manière ciblée. La radiothérapie peut être combinée avec une chirurgie. Cela va permettre de réduire de 60% le risque de récurrence (Clere, 2016). Ce traitement peut également être utilisé pour les petites tumeurs ou celles qui sont inopérables (Fondation contre le cancer, 2020). Dans le cas où une chirurgie et radiothérapie seules sont décidées comme traitement, la radiothérapie doit débuter dans les 12 semaines suivant la chirurgie. Si une combinaison est utilisée, elle doit démarrer moins de 6 mois après la chirurgie et dans les 5 semaines après la chimiothérapie. Ce traitement dure en général plusieurs semaines, avec une moyenne de 25 séances et le traitement peut être rallongé en fonction de la tumeur (Clere, 2016).

### ***c) La chimiothérapie***

La chimiothérapie permet de tuer les cellules cancéreuses et peut être administrée sous différentes formes. Tout d'abord, on peut injecter le ou les médicaments par voie intraveineuse dans le corps. Les injections répétées dans le bras peuvent être douloureuses pour la patiente au fur et à mesure des piqûres. Les veines du bras sont assez petites et fragiles, ce qui peut augmenter le risque qu'elles se rompent et que le produit injecté se retrouve dans les tissus de la patiente et les endommage (Institut national du cancer, n.d.b) Il est alors possible, sous anesthésie locale, d'implanter sous la peau un boîtier relié à un cathéter se trouvant dans une veine majeure du corps, généralement dans le haut du thorax. Ce dispositif, appelé chambre implantable, va permettre de faciliter les injections lorsque le traitement va se dérouler de manière récurrente ou perdurer dans le temps. En effet, la personne administrant le traitement va injecter le produit en piquant dans le boîtier à travers la peau de la patiente. Cela va permettre au médicament de se retrouver immédiatement dans la circulation sanguine. Ce boîtier est retiré lorsque le traitement par chimiothérapie se termine (Buxeraud & Fougere, 2020). Les principaux médicaments utilisés lors des injections sont les taxanes, le paclitaxel, les anthracyclines, le docétaxel, le 5 fluoro-uracile et le

cyclophosphamide. A l'instar de la radiothérapie, la chimiothérapie va agir sur l'entièreté du corps de la patiente et est en général recommandée lorsque les médecins pensent à une possible prolifération du cancer, même si cela n'a pas été repéré lors des examens complémentaires. On peut faire de la chimiothérapie avant chirurgie afin de diminuer la taille de la tumeur mais aussi après chirurgie pour diminuer le risque de récurrence ou détruire les cellules restantes (Fondation contre le cancer, 2020).

Il existe également des médicaments de chimiothérapie à prendre sous forme orale. Ceux-ci sont à prendre en prenant des précautions, il faut bien se laver les mains avant et après les avoir touchés pour ne pas risquer une toxicité cutanée. Les plus connus sont la capecitabine et la vinorelbine (Clere, 2016).

Le temps de traitement par chimiothérapie, encore une fois, dépend du type de tumeur et de la façon dont le corps réagit. La chimiothérapie est souvent administrée puis suivie de plusieurs semaines de pause. Une chimiothérapie avant chirurgie dure en général de 3 à 5 mois. Une chimiothérapie après chirurgie peut, elle, durer de 5 à 6 mois mais peut aller jusqu'à 2 ans (Roche, n.d.).

Enfin, il existe des thérapies ciblées qui ont fait leur apparition ces 20 dernières années. Ces traitements sont spécifiquement basés sur les molécules HER2 de la tumeur. Le lapatinib et le trastuzumab sont certains noms de médicaments utilisés. Le lapatinib se prend quotidiennement et sous forme orale dans les cas de cancers du sein métastatiques. Le traitement par trastuzumab est administré sous intraveineuse et peut se faire sous cure de 21 jours ou de manière hebdomadaire sur plusieurs cures (Clere, 2016 ; Buxeraud & Fougere, 2020).

#### *d) L'hormonothérapie*

L'hormonothérapie est, comme son nom l'indique, ciblée sur les tumeurs sensibles aux hormones et ne convient donc pas à tout type de cancer du sein. Ce traitement peut être administré lorsque le cancer est toujours uniquement localisé dans le sein et les ganglions mais aussi lorsque des métastases à distance sont présentes. Dans le premier cas, ce traitement permet de diminuer les risques de métastases et réduit également les risques de décéder du cancer. Dans le deuxième cas, il permet d'améliorer la qualité mais aussi la durée de vie de la

patiente en stabilisant la maladie. Ce type de tumeur étant sensible aux hormones, qui lui permettent de se multiplier, l'hormonothérapie sert à empêcher la production d'œstrogène et de progestérone afin de limiter la croissance des cellules cancéreuses. Près de 80% des cancers du sein sont des cancers avec des récepteurs hormonaux positifs (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2018 ; Fondation contre le cancer, 2020).

Il existe trois types d'hormonothérapie :

- Les médicaments anti-œstrogènes, tels que le tamoxifène, qui vont être utilisés pour bloquer les récepteurs aux hormones des cellules cancéreuses, empêchant ainsi les hormones d'œstrogènes présentes dans le corps de la femme de les stimuler. Le tamoxifène se prend par voie orale, tous les jours (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2018)
- Les médicaments inhibiteurs de l'aromatase, chez la femme ménopausée, qui vont bloquer la production des hormones œstrogènes. En effet, des hormones œstrogènes peuvent être créées dans le corps de par la transformation des androgènes, produits par les glandes surrénales, par une enzyme appelée aromatase. Ces médicaments sont également pris tous les jours sous forme orale (Buxeraud & Fougere, 2020 ; Cliniques universitaires Saint-Luc, 2018 ; Collège national de pharmacologie médicale, 13 mai 2022).
- Les médicaments agonistes de la LH-RH. La LH-RH étant l'hormone de libération de la lutéinostimuline. Cette hormone contrôle, chez la femme, la production par les ovaires des œstrogènes et progestérones. Un médicament agoniste va donc produire des effets identiques à celui de cette hormone, permettant de mettre les ovaires au repos. Ces médicaments sont injectés par voie sous-cutanée (Fondation contre le cancer, n.d.a ; Cliniques universitaires Saint-Luc, 2018)

Le traitement par hormonothérapie, en absence de métastase, est un traitement dit adjuvant. Cela veut dire que c'est un traitement qui est combiné à un autre afin de limiter le risque de récurrence. Il est en général administré lorsque les oncologues ne sont pas sûrs que toutes les cellules cancéreuses aient été détruites par le premier traitement. Dans ce cas, la durée de l'hormonothérapie peut varier entre 5 et 10 ans. En présence de métastases, le traitement ne

prendra fin que lorsqu'il n'est plus efficace dans la stabilisation de la maladie (Fondation contre le cancer, n.d.b ; Cliniques universitaires Saint-Luc, 2018)

Il existe néanmoins des contre-indications à l'hormonothérapie. Les femmes ayant souffert antérieurement d'une thrombose ou d'une embolie pulmonaire ne doivent pas recevoir le médicament tamoxifène. Les médicaments inhibiteurs de l'aromatase sont eux déconseillés aux femmes sous anti-dépresseurs. Il est également déconseillé aux femmes prenant ce traitement de manger des oranges sanguines ou du pamplemousse, qui peuvent interférer avec le médicament (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2018).

## **2.10. Effets du traitement sur les patientes**

Les traitements contre le cancer sont des traitements très lourds qui ont de nombreux effets sur les patientes.

### **2.10.1. Douleurs**

La douleur survenant après un traitement peut avoir plusieurs fondements. Tout d'abord, il peut y avoir eu des complications lors de la radiothérapie, de la chimiothérapie ou bien une récurrence de la tumeur. Lorsque la douleur survient suite à une chirurgie, elle peut surgir suite à des dommages survenus lors de l'intervention sur les muscles et ligaments de la patiente et devrait diminuer au fur et à mesure de leur guérison. Une autre raison de douleur pourrait être de type neuropathique et survenir suite à un dysfonctionnement ou à des lésions au niveau du système nerveux. Cela implique des endormissements ou des fourmillements dans le bras, la poitrine, l'aisselle et l'épaule. Ce type de douleur va pouvoir être vécue durant plusieurs mois, de nombreuses années, si pas à vie dans certains cas (Jung, Ahrendt, Oaklander & Dworkin, 2003).

Ces souffrances ont des répercussions et donnent des limitations à la personne dans sa vie de tous les jours. En effet, certains mouvements ne peuvent plus être effectués, sous risque d'être douloureux (Binkley et al, 2012).

Une étude Danoise réalisée en 2008 sur 3253 patientes ayant subi une chirurgie mammaire en 2005 et 2006, et ayant parfois eu en combiné d'autres traitements, montre que nombre d'entre

elles en souffrent. Effectivement, 47% des interrogées ont signalé des douleurs : 48% d'entre elles avaient une douleur légère, 39% avaient une douleur modérée et 13% ont signalé une douleur sévère. Cette étude prouve bien que la douleur ressentie, parfois jusqu'à 2 à 3 ans après traitement est un problème significatif chez les patientes (Gärtner et al, 2008).

Les patientes ayant subi de la radiothérapie et un curage axillaire sont celles rapportant le plus souvent avoir des douleurs. Les femmes de moins de 40 ans sont également celles signalant le plus avoir des douleurs, comparées aux femmes de 60 à 69 ans (Ewertz & Jensen, 2011).

### **2.10.2. Lymphœdème**

Suite à l'ablation de ganglions lymphatiques ou de lésions lors d'un traitement, il arrive que certaines patientes aient un gonflement dans le bras. Ce gonflement survient généralement dans les 3 premières années suivant le traitement et survient dans 15 à 25% des cas. Les traitements peuvent également contribuer à une réduction de mouvements du bras et de l'épaule. Ce phénomène survient notamment lors d'une radiation ou une ablation des ganglions lymphatiques situés sous l'aisselle. Les autres facteurs de risque de développer un lymphœdème sont l'obésité, la mastectomie, les infections et le manque d'exercice physique suite à la chirurgie. (Ewertz & Jensen, 2011).

### **2.10.3. Fatigue**

La fatigue est le symptôme le plus fréquent et le plus pénible vécu par les patientes suite à un traitement mais pas seulement. La fatigue peut également se manifester et être causée par les symptômes de la maladie, par les traitements subis par les patientes mais aussi par leur état psychologique (Ruiz-Casado et al, 2021). La fatigue est en général plus présente lors des traitements actifs mais elle peut également subsister après traitement. Après arrêt des traitements, environ 30% des patientes ressentent toujours de la fatigue, à des degrés sévères à modérés. Chez ces patientes, cette fatigue peut être observée jusqu'à 10 ans après arrêt des traitements (Ganz & Bower, 2007).

La fatigue peut également s'associer à des problèmes de sommeil suite à un traitement du cancer du sein (Costa et al, 2014).

#### **2.10.4. Effets secondaires physiques lors de traitement actifs**

##### ***a) Lors d'une radiothérapie***

Lors du traitement, des effets secondaires peuvent arriver comme par exemple des douleurs, de la fatigue, des réactions cutanées ou des œdèmes mais également des nausées et des vomissements. Ces derniers se produisant dans 50 à 80% des cas. Ces complications sont en général peu graves et surviennent dans de nombreux cas. Ils sont réversibles mais peuvent néanmoins survenir jusqu'à 6 semaines après traitement (Clere, 2016 ; Feyer, Jahn & Jordan, 2014).

Il existe aussi des effets secondaires à la radiothérapie qui peuvent apparaître jusqu'à 30ans après traitement. Ils sont alors plus graves et irréversibles. Une nécrose peut survenir suite à une fibrose mammaire tout comme une rétractation mammaire. On peut également retrouver de la sécheresse cutanée, de la toxicité cardiaque et des troubles de la pigmentation (Clere, 2016).

Lorsque le cancer se situe dans le sein gauche, il existe un risque accru de toxicité cardiaque. Ces effets indésirables sur le cœur de la patiente ont des conséquences sur le long terme, même si ces conséquences ne sont pas encore entièrement connues et doivent être plus amplement recherchées (Darby et al., 2013). Néanmoins, les radiologues et les cardiologues sont maintenant plus sensibilisés à ce risque de toxicité cardiaque chez leurs patientes suite au traitement (Bourgier, 2014).

##### ***b) Lors d'une chimiothérapie***

Les médicaments injectés agissent sur l'entièreté du corps. Les effets secondaires ressentis sont donc nombreux et peuvent avoir des conséquences sur la vie quotidienne de ces patientes. L'administration de la chimiothérapie se fait en plusieurs injections avec des temps de pause. A chaque injection, les symptômes indésirables vont donc revenir et se retrouver accentués (Jodar, Jacquin & Vallée, 2016).

La plupart des médicaments utilisés dans la chimiothérapie ont comme symptômes communs des troubles digestifs, une fatigue, une sécheresse de la peau et une alopecie. Certains ont d'autres effets qui leur sont propres. Par exemple, les taxanes, tout comme le docétaxel mentionnés plus tôt, peuvent avoir comme effets secondaires de l'anémie ou encore des éruptions cutanées sur la peau. Les anthracyclines ont des effets hématologiques, et, combinées avec de la doxorubicine, elles peuvent également avoir comme effet secondaire la toxicité de la peau et des hémorragies au niveau du système digestif. Le cyclophosphamide peut quant à lui créer des cystites hémorragiques dans les jours suivants le traitement mais est également responsable de problèmes de fertilité et de stérilité (Clere, 2016).

Les nausées et vomissements causés par la chimiothérapie sont très fréquents, ils sont d'ailleurs présents dans 60 à 90% des cas (Chan & Yeo, 2011). Les nausées et vomissements peuvent apparaître dans les 24h suivant le traitement mais peuvent également se manifester de 24h à plusieurs jours suivant le traitement (Jordan, Schmoll & Aapro, 2007). Certaines patientes y sont tout du moins plus sujettes que d'autres. Une étude de Warr, Street et Carides (2011) démontre que les patientes ayant moins de 55ans, ayant déjà été sujettes aux nausées lorsqu'elles étaient enceintes et ne buvant pas, ou moins de 4 verres d'alcool par semaine, étaient plus à risque de souffrir de nausées et de vomissements suite aux traitements.

De nombreuses femmes atteintes de cancer du sein et devant suivre une chimiothérapie redoutent la perte de leurs cheveux suite au traitement, même si cette perte n'est en général que temporaire (Humbert, 2009). Néanmoins, il arrive de temps en temps que l'alopecie soit irréversible, en particulier lorsque que les médicaments utilisés sont les taxanes. La chute de cheveux, qu'elle soit temporaire ou permanente, se fait dans la plupart des cas de manière rapide et brutale dès le début du traitement mais n'est pas toujours totale, elle peut se faire par endroits seulement. Certaines patientes vont souffrir au niveau de leur cuir chevelu de démangeaisons, mais aussi d'irritations et de picotements. Il se peut également que la patiente perde ses cils et ses sourcils, ainsi que ses poils sous les aisselles et au niveau du pubis. La repousse des cheveux et poils survient suite à l'arrêt du traitement, après environ 3 à 6 mois et ceux-ci ont fréquemment un aspect différent. Certaines patientes remarquent par exemple qu'elles ont des cheveux plus frisés ou plus blancs qu'avant alopecie (Sibaud, Delord & Robert, n.d., as cited in Battu, 2018).

Les médecins vont essayer de contenir les effets indésirables de la chimiothérapie et d'aider la patiente à les supporter en leur prescrivant divers traitements, comme des médicaments agissant contre les nausées et vomissements (Buxeraud & Fougere, 2020).

### *c) Lors d'une thérapie ciblée*

Lors d'une thérapie ciblée, tout comme lors d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie, la peau de la patiente se retrouve mise à rude épreuve. Des réactions et éruptions cutanées sont fréquentes lors des traitements, tout comme des changements au niveau des ongles mais aussi des cheveux. La peau peut aussi être sèche ou décolorée dans certains cas. Une évaluation des problèmes de peau déjà présents chez la patiente comme la rosacée, l'acné ou le psoriasis, permettrait de remédier aux éruptions cutanées. Pour ce qui est de la sécheresse cutanée, il est conseillé de garder la peau bien hydratée, de ne pas s'exposer au soleil ou alors en mettant de la crème solaire, des vêtements à manches longues et un chapeau. Les médicaments utilisés lors de thérapie ciblée comme le trastuzumab peut également amener à une insuffisance cardiaque (Shuel, 2022). D'autres effets secondaires sont également possibles, comme de la fièvre, une anémie, des troubles digestifs, une perte d'appétit et des changements hormonaux. Ces effets secondaires sont néanmoins moins fréquents que lorsque la patiente suit une chimiothérapie (Fondation contre le cancer, 26 octobre 2020).

### *d) Lors d'une hormonothérapie*

L'hormonothérapie, tout comme le reste des traitements contre le cancer du sein à de nombreux effets indésirables. Ce traitement, au vu de sa spécificité sur les hormones, est néanmoins mieux supporté que la chimiothérapie dans de nombreux cas. Cela reste tout de même difficile à vivre pour la patiente, au vu du nombre d'années sous lesquelles elles vont devoir être sous hormonothérapie (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2018).

Une femme sur deux souffre de douleurs articulaires suite au traitement par médicaments inhibiteurs d'aromatase et médicaments agonistes de la LH-RH. Les effets indésirables et douleurs rencontrées vont d'ailleurs, dans environ 13% des cas, pousser les patientes à arrêter leur traitement. Une interruption de traitement peut être dangereuse et avoir un impact sur la probabilité de survie de la patiente mais aussi sur son risque de récurrence (Drillon, Desvergée,

Prevost & Blaizot, 2022). L'ostéoporose est également plus susceptible d'apparaître suite au traitement par ce type de médicament (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2018).

Pour ce qui est du traitement à base de tamoxifène spécifiquement, il peut conduire à un risque de formation de caillots sanguins. Il peut également provoquer une prise de poids et un épaissement de la paroi à l'intérieur de l'utérus. Cet épaissement peut créer des dérèglements de cycle, des saignements mais aussi augmenter, même si de manière faible, les risques de cancer au niveau de l'utérus (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2018). Le tamoxifène peut également donner des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes. Une étude de Moon, Hunter, Moss-Morris & Hughes (2016) auprès de 740 femmes prenant du tamoxifène démontre que près de 84% d'entre elles ont des bouffées de chaleur et 80% souffrent de sueurs nocturnes. De ces femmes, près de 60% ont des symptômes considérés comme sévères. Les femmes ayant un emploi et souffrant de dépression sont d'ailleurs plus susceptibles d'avoir des symptômes sévères et ces symptômes sont généralement présents tout au long du traitement.

#### **2.10.5. Effets sur la fertilité**

Même si de nombreuses personnes souffrant d'un cancer du sein ont 50 ans et plus et sont donc en âge de ménopause, il en reste que près de 9% des femmes sont, elles, toujours en âge de procréer. Or, la chimiothérapie pourrait potentiellement rendre les femmes stériles (Ewertz & Jensen, 2011). Il existe différentes méthodes afin d'assurer aux femmes la possibilité d'avoir des enfants dans le futur. On peut tout d'abord congeler des embryons ou les ovocytes de la patiente ou également congeler des tissus ovariens si la patiente n'a pas le temps ou l'envie de s'occuper d'une fécondation in vitro (prenant 10 à 14 jours) (Oktem & Oktay, 2009).

#### **2.10.6. Psychologiques et émotionnels**

Les effets psychologiques de l'annonce du cancer du sein et ses traitements vont souvent continuer sur le long terme, au moins 5 ans après le diagnostic. On peut retrouver

dans ces effets de l'anxiété, de la dépression, une peur de récurrence mais aussi une mauvaise image de son corps. De nombreuses femmes n'ont pas l'impression d'avoir été averties des effets que le cancer du sein et ses traitements auraient sur leur vie professionnelle mais aussi privée (Kenyon, Mayer & Owens, 2014).

Lim, Devi & Ang (2011) ont trouvé que l'anxiété était omniprésente chez les malades suivant un traitement contre le cancer du sein. Elle est d'ailleurs beaucoup plus présente chez les femmes qui sont sur le point de suivre leur premier traitement de chimiothérapie mais aussi chez celles ayant subi une mastectomie. Les patientes subissant une tumorectomie ou ayant comme traitement de la radiothérapie avaient un niveau d'anxiété plus bas que les autres. Une étude par Karlsson, Wallengren, Bagge & Henoeh (2019) auprès de 39 patientes suivant une hormonothérapie démontre que bon nombre de femmes ressentent de l'anxiété lors de leur traitement. Cette anxiété peut être une détresse et une peine suite à l'annonce du diagnostic mais aussi une peur de récurrence. De nombreuses participantes ont également reconnu se sentir plus irritables avec leur entourage, avoir de fréquentes sautes d'humeur et souffrir de dépression.

La dépression peut survenir suite aux traitements contre le cancer du sein. En effet, le corps et la perception du corps de la femme se retrouvant changés suite à une mastectomie, à de la radiothérapie ou à de la chimiothérapie, cela peut causer une détresse émotionnelle chez elle. Les femmes ayant subi une mastectomie seule sans reconstruction sont celles étant le moins satisfaites de leur image, et cela est le cas surtout chez les femmes plus jeunes. En effet, les femmes plus âgées, dans certains cas, se soucient moins de leur image corporelle (Stravrou et al, 2009 ; Salibastic & Delibegovic, 2018). Dans le cas où la dépression est préopératoire, un plus grand risque de mortalité a été observé, que ce soit chez les patientes dont le stade du cancer est avancé, comme chez celles dont la maladie n'est qu'à ses débuts (Hjerl et al, 2003). Cette incidence sur la mortalité devrait pousser les médecins à régulièrement évaluer si leur patiente souffre de dépression et voir si une visite chez un spécialiste de la santé mentale pourrait lui être recommandée (Pinquart & Duberstein, 2010).

### **2.11. Le lien avec la vie professionnelle**

Comme précisé antérieurement au point 1.6, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme et en touche près de 11 000 par an en Belgique et 28 000 par an au Canada. Dans les deux pays, près de 80% des cas adviennent chez des femmes de 50 ans et plus, mais il peut également toucher, dans de plus rares cas, des femmes plus jeunes. Ce cancer touchant donc des femmes en âge de travailler, il est important de se rendre compte de leurs difficultés suite aux traitements, de leurs craintes face au retour au travail si elles ont dû prendre un arrêt maladie et de leurs besoins une fois revenues afin de pouvoir mettre en place des dispositifs les aidant, tout en assistant aussi les employeurs à gérer la situation.

### **3. Le cancer du sein dans le milieu professionnel**

#### **3.1. Suite au diagnostique**

Une fois le diagnostic posé, le travailleur peut choisir, ou non, d'informer son employeur de son cancer. Il n'y est pas tenu juridiquement, que ce soit au Canada (Buchanan, R. Heeney & D. Heeney, n.d.) ou en Belgique (Think Pink, 2019). Néanmoins, si la personne a besoin d'adaptation sur son lieu de travail, il est plus judicieux d'en informer son employeur. Il n'a pas un droit à toutes les informations concernant son employé mais il aura besoin d'un minimum d'informations concernant ses capacités et son état de santé général afin de prendre les mesures les mieux adaptées (Buchanan, R. Heeney & D. Heeney, n.d.). Comme vu précédemment, le cancer du sein a des traitements qui peuvent être lourds pour la personne touchée. Certaines femmes préfèrent continuer de travailler durant leur traitement afin de conserver une certaine routine journalière tandis que d'autres préfèrent quant à elles prendre congé. Néanmoins, dans de nombreux cas, les femmes atteintes de cancer du sein n'ont pas le choix et doivent prendre un arrêt maladie. Lors d'une chirurgie, il leur faudra un moment de convalescence. En général, il est possible de travailler durant une radiothérapie mais cela peut être plus compliqué lors d'une chimiothérapie vu les nombreux effets secondaires rencontrés et cités précédemment (Westmead breast cancer institute, 2013).

##### **3.1.1. Les indemnités suite à l'arrêt**

En Belgique, les travailleurs perçoivent un revenu garanti à charge de l'employeur durant une durée déterminée. Pour un employé, ce salaire garanti est pris en charge durant 30 jours. Pour un ouvrier, son salaire est garanti durant 7 jours, ensuite il commencera à recevoir un pourcentage de son salaire jusqu'au 30<sup>ème</sup> jour. Si l'arrêt de travail dépasse ces 30 jours, alors la mutualité du travailleur doit être mise au courant par un certificat d'incapacité de travail car c'est la mutualité qui va prendre en charge les revenus de remplacement (Sécurité sociale, n.d.) Ceux-ci sont de 60% du salaire durant la première année et sont ensuite déterminés par la situation familiale lors de la deuxième année (Institut national d'assurance maladie-invalidité, 2022).

Au Canada, l'employé sous réglementation fédérale a droit à maximum 17 semaines de congé pour raison médicale mais ce congé n'est pas à charge de l'employeur et n'est pas payé. Il devra d'ailleurs prouver son incapacité de travail en fournissant à son employeur un certificat

attestant de l'incapacité de travail (Emploi et développement social Canada, 2022). Une modification du code canadien du travail est cependant en cours. Ce projet de loi permettrait aux personnes travaillant dans le secteur privé sous réglementation fédérale de bénéficier de 10 jours de congé maladie payé. Les employés visés seraient donc les personnes travaillant dans les banques, le transport aérien, ... Ces entreprises ne représentant que 5% de la main d'œuvre Canadienne, le gouvernement Trudeau espère que, si ce projet de loi est adopté, cela poussera les provinces et territoires à prendre la même décision afin de protéger leurs travailleurs (Radio-Canada, 27 novembre 2021). Dans les secteurs privés, les normes vont changer en fonction de la province ou du territoire. Par exemple, au Québec, l'employé a droit à 2 jours de congé payé par an pour raison médicale. Ensuite, le travailleur aura droit à 26 semaines de congé en 1 année qui ne seront pas payés (Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail, n.d.)

Il existe des programmes gouvernementaux pouvant aider le travailleur à toucher un revenu lors de son absence. Tout d'abord, assurance-emploi. Cette assurance intervient pour les employés. En effet, lorsqu'une personne travaille, son employeur va déduire des cotisations, celles-ci permettront à l'employé d'avoir peut-être accès à des indemnités. Mais les conditions pour y souscrire sont multiples. Il faut tout d'abord que la personne soit en emploi et cotise auprès de l'assurance, qu'elle soit en incapacité totale de travail, que la rémunération hebdomadaire de la personne ait baissé de plus de 40% et enfin qu'elle ait travaillé un minimum de 600 heures au cours des 52 semaines précédentes (Gouvernement du Canada, 2020). Lorsque la personne est éligible, assurance-emploi accorde des aides financières de 55% du salaire durant 15 semaines. La plupart des traitements durant environ 38 semaines, cela n'est pas assez selon les patientes d'une étude réalisée en 2009 par le Réseau canadien du cancer du sein. De plus, comme énoncé précédemment, toutes les femmes ne peuvent pas y souscrire. La plupart des femmes perdent donc une partie de leurs revenus et doivent subvenir à leurs besoins en utilisant d'autres moyens comme leurs congés maladie, leurs économies ou en travaillant malgré le fait qu'elles ne se sentent pas bien (Réseau canadien du cancer du sein, n.d.). Il existe également des prestations d'invalidité disponibles de l'ordre de 524,64\$ par mois minimum mais les conditions pour y avoir droit sont complexes. En effet, une personne ayant un cancer du sein ne pourra pas forcément y avoir droit si elle n'est pas jugée assez invalide ou si son cancer n'est pas à un stade très avancé (Nitkin, Parkinson & Schultz, 2011).

### 3.1.2. Les coûts des traitements

Un cancer du sein est un cancer qui peut coûter cher. De manière générale, en Belgique, les patientes doivent déboursier près de 2000€, si pas plus, mais ces montants pourraient être bien plus élevés sans les assurances et le système de sécurité sociale. Ce montant serait alors de près de 19 000€ et pourrait aller jusqu'à 54 000 € (L'avenir, 25 octobre 2021). Ces coûts viennent notamment des frais qui ne sont pas pris en charge ou qui le sont mais à moindre mesure comme certains médicaments, les perruques, les visites médicales, les frais d'hospitalisation,... (Think Pink, 2019). Il est compliqué pour 1 femme sur 4 d'endosser ces coûts liés au cancer (L'avenir, 25 octobre 2021). L'assurance maladie est obligatoire en Belgique mais elle ne couvre pas l'entièreté des frais. Une bonne partie des gens ne sachant pas payer leurs factures n'ont pas d'assurance privée hospitalisation, parce qu'ils n'y ont soit pas pensé, soit n'avaient pas assez d'argent pour en contracter une. Il arrive aussi que les patientes ne prennent une telle assurance qu'après leur diagnostic, elles vont donc être moins remboursées que celles l'ayant contractée avant (Think Pink, 2019).

Une étude de l'Université Laval (as cited in Radio-Canada, 29 janvier 2013) affirme que les patientes vont en général devoir déboursier près de 1600\$ en frais non remboursés par le gouvernement et les assurances privées. Au Canada, le système de santé est réputé, universel et permet à chacun d'avoir accès aux soins. D'ailleurs, les soins médicaux de base tels que l'hospitalisation, les examens prescrits par des professionnels de la santé, les soins de base et les consultations avec des spécialistes sont remboursés. Mais, même si les soins urgents sont en général très bons, les soins qui le sont moins vont eux parfois prendre de longs mois d'attente. Aussi, certains soins comme les soins dentaires, qui pourraient être considérés comme de base, ne sont pas remboursés. Les services ambulanciers, les médicaments par ordonnance ou les soins ophtalmologiques ne sont généralement pas non plus pris en charge (Gillet, 18 mars 2022). De plus, le Canada comptant de nombreuses provinces et territoires, la situation géographique des patientes joue beaucoup. En effet, l'assurance maladie n'est pas la même d'une province à l'autre, et donc, leurs traitements ou médicaments ne vont pas être remboursés de la même manière. Tout comme en Belgique, les patientes peuvent avoir recourt à des assurances privées pour prendre en charge les soins non remboursés par le système de santé public. Ceci n'est malheureusement pas la solution à tout car ces assurances peuvent tout de même refuser les demandes de remboursement de certains médicaments,

forçant les patientes à le payer d'elles-mêmes ou à se tourner vers des aides (Canadian Breast Cancer Network, 2018).

### **3.1. L'après cancer**

Entre 60 et 80% des femmes travaillant avant la découverte de leur cancer reprennent le travail après la fin des traitements (Think Pink, 2019). Le retour au travail après un cancer du sein peut être bénéfique pour la personne car cela peut lui donner un sentiment de retour à la normale (Sun, Shigaki & Armer, 2017). Néanmoins, comme expliqué dans le point sur les effets du traitement, les femmes atteintes de cancer du sein et suivant un ou des traitements vont subir de nombreux effets secondaires qui vont avoir une incidence sur leurs vies privées comme professionnelles. Il existe de nombreux facteurs qui vont jouer lorsque les travailleuses vont décider si oui ou non elles retournent travailler.

#### **3.1.1. Facteurs rendant le retour au travail plus compliqué**

Il existe de nombreux facteurs ayant une incidence sur le retour au travail. De plus, après une grave maladie comme le cancer, il arrive que certaines femmes n'aient plus la même vision du travail. En effet, leurs priorités dans la vie mais aussi leur motivation à travailler change et la place du travail dans leur vie a été réévaluée (Tiedtke et al, 2010). En effet, la vie entière de la femme se retrouve chamboulée et pas uniquement sur son lieu de travail. Elle peut donc décider de quitter son travail mais également d'avoir moins d'ambition et de passer plus de temps en famille (Fantoni et al, 2010).

##### *a) La santé physique*

Premièrement, le stade du cancer joue un rôle important dans le retour au travail. Il est moins fréquent pour une femme ayant un cancer du sein avancé de revenir au travail. Cela pourrait s'expliquer de par les traitements plus lourds que la travailleuse va devoir subir et leurs effets secondaires (Spelten, Sprangers & Verbeek, 2002).

Le type de traitement que suit la travailleuse va également avoir un impact sur son retour au travail. Comme vu précédemment, de nombreux effets secondaires existent, rendant la vie de la femme plus compliquée. Il est donc important de prendre en compte les symptômes

possibles lorsque la travailleuse considère un retour au travail ou un aménagement au travail, le but étant de limiter les difficultés. D'ailleurs, lorsque la travailleuse subit plusieurs traitements en même temps, son retour au travail est généralement repoussé (Balack et al, 2008). Par exemple, les travailleuses revenant au travail après avoir suivi une chimiothérapie ont généralement des difficultés à se concentrer, des problèmes d'attention, des difficultés à faire plusieurs tâches à la fois,... Et cela à une incidence sur leur qualité de travail. Cela peut même les pousser à soit changer, soit quitter leur travail (Munir et al, 2010). Une étude de Shnur, Ouellette, Bovbjerg & Montgomery (2009), démontre que de nombreuses femmes suivant une radiothérapie rapportent se sentir épuisées et avoir des réactions cutanées très douloureuses. De plus, lors d'une radiothérapie, la patiente va devoir aller suivre le traitement durant plusieurs jours sur plusieurs semaines. Cela voudra donc dire soit avoir des journées de travail plus longues, soit devoir prendre congé pour se rendre au traitement. Les trajets ainsi que de plus longues journées de travail peuvent fatiguer la travailleuse (Mock, 1998, as cited in Park & Shubair, 2013).

Si la personne ne sent pas bien de manière générale, cela va jouer sur sa décision de revenir ou non au travail. La fatigue étant un des effets secondaires fréquemment perçus par les malades, cela peut diminuer l'envie de revenir au travail mais également être problématique si elles décident de travailler (Sun, Shigaki & Armer, 2017). Des études démontrent que près de 99% des malades se sentent fatiguées et que 60% d'entre elles le sont de manière modérée à sévère. La fatigue peut d'ailleurs être associée à divers problèmes psychologiques comme la dépression et l'anxiété. Cette fatigue peut s'accumuler et jouer sur les facultés physiques et mentales de la travailleuse, surtout lorsque son travail se fait debout ou si la personne doit soulever des charges (Bower et al, 2000). Ces tâches physiques au travail peuvent retarder la reprise. Effectivement, lorsque la personne a un travail plus physique, elle sera moins performante suite au cancer. Elle peut donc décider d'attendre avant de retourner travailler et, parfois, c'est l'employeur lui-même qui préférera ne pas la reprendre (Bijker et al, 2018). Le travail peut également ajouter à cette fatigue. En effet, si la personne doit interagir avec des clients ou si elle a un travail stressant, cela peut la fatiguer davantage (Mock, 1998, as cited in Park & Shubair, 2013).

Enfin, la perte de mobilité du bras ou de l'épaule a des conséquences sur la productivité du travailleur mais pas seulement. En effet, cette perte de mobilité peut entraîner des absences prolongées au travail et retarder le retour (Bijker et al, 2018).

### *b) La santé psychologique*

De nombreuses femmes suivant des traitements contre le cancer comme la chimiothérapie perdent leurs cheveux. Cela peut considérablement affecter leur image d'elles-mêmes mais aussi être traumatisant pour elles. Selon une étude, il arriverait même que des femmes envisagent de ne pas faire de chimiothérapie afin d'éviter cette alopecie dans près de 8% des cas. De plus, la perte de cheveux est un signe visible de la maladie, retirant ainsi son aspect privé et cela peut être dérangent pour les travailleuses et les rendre mal à l'aise, retardant ainsi leur retour au travail. Le regard des collègues peut être anxiogène pour les malades. De plus, dans certains métiers comme l'enseignement ou la restauration, l'apparence physique est importante aux yeux des travailleuses. Cette image de soi est un facteur qui va grandement influencer le retour au travail (Trüeb, 2009 ; Blinder et al, 2012).

La dépression va jouer sur différents aspects de la vie professionnelle de la travailleuse. Les personnes les plus à risque de rester sans emploi sur de plus longues périodes sont les personnes souffrant de dépression. De plus, lorsque la travailleuse est retournée au travail lors de son traitement, si elle ne se sent pas épaulée et si elle ne reçoit pas d'aide pour sa dépression, cela peut retarder son retour au travail (Harder & Scott, 2005).

L'impact émotionnel d'un cancer du sein joue également. Le retour au travail après traitement peut être source de peur, de stress et de frustration. Cela peut être dur psychologiquement pour la travailleuse. En effet, son cancer ne la quitte pas à la porte de sa maison, elle l'emporte avec elle au travail et y pense constamment, surtout si elle a des signes physiques de la maladie (Bijker et al, 2018).

### *c) Sa situation familiale*

Le système de soutien de la famille et des amis joue un rôle dans le retour au travail. En effet, lorsqu'elle ne se sent pas seule et qu'elle est soutenue, la travailleuse peut revenir au travail plus rapidement. Néanmoins, le statut marital a lui un impact négatif sur le retour au travail.

Cela peut s'expliquer car, avec une autre source de revenu, les femmes ont moins à se préoccuper des finances. De plus, la culture de la personne peut jouer un rôle sur son retour au

travail. Par exemple, le travail des femmes d'Asie de l'Est n'étant en général pas la première ressource de revenus de leur sphère familiale, il arrive qu'elles arrêtent de travailler pour se concentrer sur leur famille par la suite (Ahn et al, 2009 ; Sun, Shigaki & Armer, 2017).

#### *d) Salaire et éducation*

Les femmes ayant moins de diplômes sont moins susceptibles de revenir au travail. Au Canada, il est également noté que les femmes ayant un salaire annuel de 20 000\$ sont moins susceptibles de retourner travailler que les femmes gagnant 50 000\$ par an. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes ayant moins de revenus travaillent en général dans des métiers plus physiques. Elles ne se sentent pas forcément reconnues dans leur travail et le travail leur en demande trop physiquement, surtout lorsqu'il est répétitif (Fantoni et al, 2010). Selon une étude de la mutualité chrétienne (2019), les femmes ayant un statut d'ouvrières reprennent moins le chemin du travail que les femmes qui sont employées. Cela pourrait s'expliquer de par la nature du travail effectué. De plus, les femmes étant syndiquées mettent plus de temps à revenir travailler que les femmes non syndiquées. Il en va de même pour les femmes qui sont employées, elles mettent plus de temps à revenir travailler que les femmes indépendantes (Drolet et al, 2005).

#### *e) La discrimination*

La discrimination au travail est un autre facteur qui retarde le retour au travail. En effet, certaines personnes rapportent être discriminées après leur retour par leur employeur (Bouknight et al, 2006). Néanmoins, dans la littérature, il n'existe pas énormément de cas de discrimination. On ne retrouve pas de différences énormes dans les heures travaillées ou les salaires comparés à avant, sauf chez les femmes ayant une récidive récente. Il se peut pourtant tout de même que les travailleuses ressentent une discrimination de par leurs employeurs mais aussi leurs collègues. En effet, la relation se trouve généralement changée et peut laisser place à des silences ou questions qui peuvent déranger la travailleuse. Les changements de tâches non discutés au préalable et non demandés mais aussi la perte de son emploi peuvent également être perçus comme de la discrimination. Cette discrimination ressentie par les travailleuses ne leur donne pas envie de revenir au travail (Tiedtke et al, 2010).

### **3.1.2. Facteurs favorisant le retour au travail**

#### ***a) L'aspect financier***

Comme dit précédemment, le traitement du cancer a un coût. Dans une étude de Kennedy, Haslam, Munir et Pryce (2007), de nombreuses femmes disent se sentir forcées de retourner au travail pour raisons financières et près de la moitié d'entre elles disent même que c'était la raison principale pour laquelle elles sont retournées travailler. Ce facteur n'est pas forcément positif pour la travailleuse mais il est en tout cas l'une des raisons pour lesquelles elle revient au travail.

#### ***b) Un sentiment de normalité***

Continuer à interagir avec ses collègues lors de son absence permet également de se sentir soutenue. Il est important de garder ce lien et cette communication car cela permettra à la personne de se sentir mieux lorsqu'elle reprendra le travail (Fantoni et al, 2010). Comme dit auparavant, retourner au travail suite à un traitement peut permettre à la travailleuse de se sentir à nouveau « normale ». Chez certaines femmes, cela peut les aider à se vider la tête et à penser à autre chose que leur cancer. Voir du monde au travail permettrait de se sentir mieux également (Kennedy, Haslam, Munir & Pryce, 2007).

#### ***c) Le type d'entreprise***

Certaines employées ont peur de décevoir leur employeur, surtout dans les cas où elles travaillent dans une plus petite entreprise où il est difficile d'être remplacée et où la charge de travail laissée peut être difficile à gérer. Il leur arrive donc de travailler encore plus dur une fois de retour au travail ou de revenir plus rapidement au travail même si elles ne se sentent pas forcément bien. Cette peur de perdre son emploi mais aussi d'être moins performante a une incidence et peut causer beaucoup de stress à la travailleuse (Tiedtke et al, 2010). Certaines femmes peuvent aussi se sentir forcées de retourner au travail. En effet, elles sont parfois convoquées chez le médecin du travail car elles sont jugées absentes trop longtemps par leurs employeurs (Kennedy, Haslam, Munir & Pryce, 2007).

#### *d) L'environnement de travail*

Avoir le soutien de son employeur et de ses collègues est l'un des éléments principaux permettant un bon retour au travail.

Le fait de s'adapter aux besoins de la travailleuse lors de son retour au travail est très important. Il est prouvé que de nombreuses femmes ont besoin d'ajustement lorsqu'elles décident de revenir travailler. L'un de ses ajustements peut être l'horaire de travail. Si la personne travaille lors de son traitement, il est important de la laisser avoir des horaires plus flexibles lui permettant de se rendre à ses rendez-vous médicaux. Elle ne devra donc pas prendre de jours de congé ou d'arrêt de travail pour pouvoir se soigner. Il est également intéressant de créer des ajustements afin de diminuer la charge de travail qu'elles ont sur les épaules (Hasset et al, 2005).

L'assurance maladie procurée par l'employeur est aussi un bon moyen de faire revenir les travailleuses. Par exemple, aux Etats-Unis, la majorité des femmes ayant une assurance retournent au travail dans l'année qui suit le diagnostic. Cela peut s'expliquer de par la peur de perdre leur assurance maladie si elles perdent leur emploi (Islam et al, 2014).

Comme mentionné précédemment, il est important de conserver un lien avec ses collègues et/ou son employeur. L'une des manières les plus efficaces d'être sûr que son retour se passera bien est de le préparer à l'avance en communiquant avec son employeur. En effet, avoir un soutien mais aussi des adaptations sur son lieu de travail permet d'aider la femme à se sentir mieux et donc à se sentir prête à revenir au travail. Lorsque leurs collègues leur ont fourni de l'aide au travail en prenant une partie de leurs responsabilités ou de leur charge de travail, les femmes atteintes de cancer se sentaient plus soutenues (Tiedtke et al, 2010).

### **3.2. Des dispositifs seraient intéressants à mettre en place**

Le retour au travail fait donc face à de nombreux obstacles qui vont le retarder. Il est donc important pour les employeurs mais aussi les professionnels de la santé de se concentrer sur ces différents aspects afin de faire revenir plus facilement les employées. Le point suivant fera un état des lieux des dispositifs déjà mis en place.

## **4. Aides et dispositifs mis en place**

Il existe différentes aides et dispositifs mis en place pour aider la reprise ou le maintien au travail de la personne. Ces mesures ne se limitent souvent pas au cancer du sein à proprement parlé mais à tout type de cancer ou encore à des invalidités diverses.

### **4.1. La prévention**

#### **4.1.1. La mammographie**

Comme vu précédemment, le cancer du sein provoque des arrêts de travail fréquents, surtout lorsque la maladie est avancée. Il serait donc primordial de le diagnostiquer de manière précoce afin de limiter ces arrêts mais aussi d'améliorer les chances de survie des patientes.

Le cancer du sein étant plus propice à se déclarer chez les femmes en pré ou post ménopause, il est donc important de faire des mammographies régulières. On remarque des bénéfices de ce dépistage avec une baisse du risque de stade élevé au diagnostic et de risque de décès mais l'on remarque aussi que cette prévention a des limites. Il semblerait qu'il existe des faux positifs dans certains cas, ce qui peut amener à un stress, des coûts et une médication qui ne sont pas nécessaires. De plus, il arrive qu'un cancer soit détecté et traité même si celui-ci n'allait pas forcément se développer. Encore une fois, cela amène à un surdiagnostic et à une sur-médication. Dans près de 10% des cas. Il serait donc bon que le dépistage évolue (Delalogue et al, 2016).

En Belgique, les autorités recommandent aux femmes de faire une mammographie tous les 2 ans entre l'âge de 50 et 69 ans. Il n'est pas forcément recommandé d'en faire dès l'âge de 40 ans. Si la patiente est plus à risque en ayant par exemple des antécédents familiaux, alors on peut envisager un dépistage précoce. Pour cela, on peut commencer à suivre les patientes dès l'âge de 30-40 ans. En plus d'une mammographie, il est conseillé d'ajouter dans certains cas une IRM et une échographie. Lorsque la femme va faire sa mammographie dans le cadre d'un dépistage officiel, alors la mammographie sera analysée par deux radiologues (Verleye, Desomer, Gailly & Robays, 2012).

Au Canada, il est également recommandé pour les femmes de se faire tester lorsqu'elles ont passé un certain âge. L'âge est cependant un peu plus étendu qu'en Belgique. En effet, les femmes âgées de 50 à 74 ans sont encouragées à aller passer une mammographie tous les deux ans. Les femmes entre 40 et 49 ans et celles ayant plus de 75 ans doivent elles en parler avec leur médecin qui décidera si oui ou non une mammographie est indiquée (Société canadienne du cancer, n.d.).

#### **4.1.2. Le travail de nuit**

Le travail de nuit peut avoir une incidence sur la santé des travailleurs et augmenter le risque de cancer du sein chez la femme.

Selon le site du SPF (<https://www.emploi.belgique.be>), en Belgique, le travail de nuit tombe dans la catégorie d'activité à risque défini. Cela veut dire que les travailleurs vont donc être obligatoirement surveillés au niveau de leur santé. Avant même de commencer à travailler, l'état physique de la personne va devoir être évaluée. Si l'on découvre que la personne est plus à risque de développer des soucis de santé suite au travail de nuit, alors des mesures doivent être prises. On va donc avoir une surveillance de santé annuelle et spécifique pour le travailleur mais aussi un aménagement afin d'avoir des risques les plus bas possibles. En revanche, si la personne n'est pas prédisposée à des risques autres que ceux du travail de nuit, alors la visite médicale se fera tous les 3 ans. Néanmoins, une fois passé 50 ans et si le travailleur en fait la demande, alors il pourra être suivi annuellement. L'employeur a aussi la responsabilité d'informer ses employés des risques liés au travail de nuit et s'assurer que les soins d'urgence peuvent être administrés sur place.

Au Canada, il n'existe pas comme en Europe de directive encadrant le travail de nuit. Il n'y a donc aucune obligation de faire suivre les travailleurs médicalement, seulement des conseils à l'intention des employeurs. Par exemple d'éviter le travail de nuit permanent, d'éviter de donner plusieurs jours de suite d'activité suivis de plusieurs jours de congé et la mise en place d'une évaluation des risques des tâches que le travailleur se verra effectuer. Il y a également des conseils pour les employés afin de limiter les risques, mais ceux-ci se limitent à l'alimentation, le sommeil et l'activité sociale, tous des facteurs hors du cadre de travail. Dans un pays où les entreprises travaillant 24 heures sur 24 ne font que se multiplier, il serait

intéressant d'établir des lois garantissant la sécurité et la santé des travailleuses (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail, 2022).

#### **4.2. Aide financière**

Le cancer a un coût pour les malades, qui se retrouvent parfois contraintes de revenir au travail alors qu'elles ne se sentent pas forcément bien. Une aide financière pourrait donc diminuer le stress du retour au travail et s'assurer que la travailleuse se sente prête.

En Belgique, en plus des aides financières telles que la mutuelle, les assurances privées ou encore le CPAS, il est possible pour les personnes atteintes de cancer de demander une aide financière venant de la fondation contre le cancer. Cette aide est soumise à certaines conditions, comme celle d'avoir d'abord sollicité toutes les autres aides financières, le travailleur doit avoir une mutuelle et les soins de santé doivent être administrés en Belgique. Cette aide tient compte des revenus du ménage, des frais médicaux et des frais fixes afin d'être calculée. De plus, il est possible pour les malades de bénéficier d'une aide aux transports lorsqu'ils doivent suivre des traitements sans être hospitalisés (Fondation contre le cancer, 2022 ; INAMI, 2022).

Au Canada, en plus des aides financières comme assurance-emploi ou les prestations d'invalidités déjà mentionnées, il est possible d'obtenir des aides au transport médical sous certaines conditions, soumises à des critères stricts. Il faut que la personne n'ait pas accès aux soins de santé nécessaires dans sa province. Il faut une recommandation d'un médecin pour pouvoir se déplacer pour recevoir des soins. Cette aide peut rembourser les transports que ce soit par bus ou avion ainsi que les frais d'hébergements et les repas (Newfoundland and Labrador, n.d.). Il est également possible de contracter une assurance invalidité de courte ou de longue durée soit dans le privé, soit auprès de son employeur. En effet, certains employeurs offrent une assurance invalidité collective. Grâce à cette assurance, les travailleuses peuvent percevoir entre 60 et 85% de leur salaire, jusqu'à un montant maximal. Cette indemnité ne sera que sur une période donnée et ne sera octroyée que si la personne a une invalidité permanente (Gouvernement du Canada, 2020b). Les travailleuses peuvent également recevoir de l'aide financière par des organismes à but non lucratif comme la Callanish Society (Stoop, 2016).

### 4.3. Les professionnels de la santé dans les deux pays

Les professionnels de la santé jouent un rôle crucial dans l'accompagnement médical mais aussi le retour au travail de la personne. Lors d'un cancer, nombre d'entre eux entrent en jeu (Maheu et al, 2016).

#### 4.3.1. L'équipe médicale en charge du traitement

##### - Médecin traitant

Le médecin traitant a un rôle capital. Il détient toutes les informations sur l'état de santé de son patient comme les traitements suivis et le type de cancer dont il souffre. Cela va lui permettre de traiter au mieux les problèmes qui risqueraient d'empêcher le patient de revenir à son travail. (Maheu et al, 2016).

##### - L'oncologue, le radiooncologue et le chirurgien oncologue

Ils sont ceux traitant le cancer et ils connaissent les effets secondaires des différents traitements qu'ils administrent. Ils peuvent accompagner le travailleur en l'informant des effets secondaires mais aussi lui donner la durée des traitements. Toutes ces informations peuvent l'aider à choisir s'il reste en emploi ou non, et s'il le fait quels ajustements prendre. De plus, ces médecins peuvent aider la patiente à gérer les effets secondaires liés aux traitements en leur prescrivant notamment des médicaments (Maheu et al, 2016). Selon Pryce et al (2007), recevoir des conseils du corps médical est l'un des facteurs permettant un retour au travail réussi. De plus, lorsque le travailleur peut rester en emploi lors de son traitement, cela peut lui permettre de réduire son niveau d'anxiété vis-à-vis du traitement. Les chirurgiens, ayant traité de nombreux patients, sont plus à même de définir les périodes d'absence et quand il serait plus judicieux de retourner au travail. En effet, une étude de Akahane et al (2014) montre que les chirurgiens conseillent aux patientes ayant des emplois avec une lourde charge physique d'attendre 3 semaines au minimum avant de revenir travailler : dans 86% des cas lorsque qu'elles ont subi une ablation des ganglions lymphatiques de l'aisselle, dans 73,3% des cas après une mastectomie totale et dans 49,4% des cas après une chirurgie conservatrice. Dans le cas des emplois avec une charge physique moindre, comme un emploi de bureau, les chirurgiens conseillent aux travailleuses de revenir au travail dans les 2 semaines suite au traitement. Les femmes peuvent reprendre le travail

dans ces délais dans 89,8% des cas après une chirurgie conservatrice, dans 71,6% des cas après une mastectomie et dans 50,3% des cas après une ablation des ganglions lymphatiques. Les chirurgiens de l'étude considèrent qu'il va être beaucoup plus compliqué pour une patiente suivant une chimiothérapie à base de doxorubicine de travailler lors de son traitement. Les effets secondaires de la doxorubicine, comme mentionnés précédemment, vont être, entre autres, une toxicité de la peau et des hémorragies dans le système digestif de la patiente.

- Le psychiatre

Au vu des problèmes psychologiques pouvant résulter d'un cancer du sein et de ses traitements comme l'anxiété et la dépression, consulter un médecin spécialisé sur le sujet est recommandé aux patients. Le psychiatre va pouvoir déterminer si les problèmes découlent directement des traitements administrés et aider les personnes en les suivant et en leur prescrivant des médicaments pour les aider (Maheu et al, 2016).

#### **4.3.2. L'équipe paramédicale et de réadaptation**

##### ***a) L'infirmière coordinatrice de soins en oncologie***

Spécialiste du cancer, elle va suivre le patient tout au long des soins administrés à l'hôpital et collabore avec tous les autres acteurs de l'équipe soignante afin de s'assurer que le traitement est mis en œuvre. Cette infirmière est donc l'intervenante de première ligne qui permet la communication entre l'équipe médicale en charge du traitement et les patients. Elle va s'assurer que les patients ont bien compris toutes les informations communiquées par l'oncologue, radiooncologue ou chirurgien à propos des traitements et de leurs effets secondaires. Elle sera également là pour répondre aux éventuelles questions des patients et pour leur apporter, à eux et à leurs familles du soutien. L'infirmière peut aussi discuter des effets secondaires et symptômes ressentis par le patient et leur fournir des solutions afin de les soulager en les orientant vers différents professionnels (Maheu et al, 2016 ; CHU UCL Namur, n.d.).

##### ***b) Le pharmacien***

Certains médicaments contre le cancer se prennent sous forme orale. Ceux-ci peuvent être dangereux et il faut bien se laver les mains après les avoir pris. Le pharmacien est là pour conseiller les patients ou leur rappeler comment prendre leurs traitements en toute sécurité. Ils peuvent aussi conseiller le malade si celui-ci prend d'autres médicaments et le mettre en garde de possibles interactions entre médicaments. Le pharmacien peut également être de bon conseil sur les effets secondaires (Maheu et al, 2016).

### *c) Physiothérapeute*

La chirurgie et la radiothérapie peuvent avoir de lourdes conséquences sur le corps de la personne et causer une perte de mobilité et de la souffrance. Le physiothérapeute va donc se concentrer sur la santé physique du patient et l'aider à surmonter ces effets secondaires. Il va permettre à la personne de retrouver et de maintenir une certaine mobilité en améliorant ses capacités physiques. Il va pouvoir arriver à ces objectifs en utilisant par exemple des exercices, des étirements ou des massages. Les étirements sont une manière plus douce permettant de gagner de l'amplitude de mouvement et de diminuer la douleur. Cette mobilité peut aussi être retrouvée grâce à des exercices de musculation effectués à la maison. Les massages ont, eux, de nombreux bienfaits dont celui de drainage lymphatique. C'est pourquoi les physiothérapeutes sont très importants dans la prévention d'apparition de lymphœdèmes (Réseau canadien du cancer du sein, n.d.b).

### *d) L'ergothérapeute*

L'ergothérapie va elle se focaliser sur le corps entier et aller au-delà du physique. L'ergothérapeute peut aider les patients à changer certaines de leurs habitudes afin de limiter les symptômes de lymphœdèmes, de troubles neurologiques et tout autre effet secondaire. Pour cela, le professionnel va parler de prévention des infections, de quels types de vêtements le patient devrait porter et de comment prendre soin de sa peau. Il peut également aider la personne à maintenir ou retrouver de l'énergie, travailler sa mémoire et trouver des solutions à la sensation de cerveau embrumé dont de nombreux patients souffrent. L'ergothérapeute peut également trouver des idées pour que le malade puisse faire face à son stress et son anxiété (Réseau canadien du cancer du sein, n.d.b). Au niveau du travail, le professionnel peut conseiller le travailleur sur quels types d'adaptation lui seraient les plus bénéfiques (Maheu et al, 2016).

***e) Le kinésologue***

Ce professionnel de la santé va s'intéresser à la conception de programmes d'exercices pour le patient après évaluation de sa condition physique. Cela va lui permettre de gagner en capacité physique, notamment pour leur retour au travail (Maheu et al, 2016).

***f) Le neuropsychologue, psychologue et thérapeute***

Ces professionnels aident les patients en leur fournissant une aide et un soutien psychologique. Le neuropsychologue en particulier va se concentrer sur les fonctions cognitives de la personne. Cela veut dire se pencher sur les problèmes touchant le cerveau comme la perte d'attention ou de mémoire. Son travail va être primordial pour les personnes retournant au travail. En effet, leurs conseils peuvent permettre d'améliorer la qualité du travail effectué et l'efficacité de la personne (Maheu et al, 2016).

***g) Diététicienne***

Spécialisée dans l'alimentation et la nutrition, deux facteurs pouvant augmenter le risque de cancer, elle va pouvoir donner des conseils et élaborer des régimes avec le patient (Maheu et al, 2016).

### **4.3.3. Quelques exemples en Belgique**

Il existe divers programmes de révalidation oncologique en Belgique. La fondation contre le cancer finance 24 projets dans les hôpitaux du pays avec un budget de 1 701 685€. Ces projets encouragent les patients à reprendre une activité physique pendant et après traitements. Pour y avoir accès, ils doivent demander à leur médecin généraliste ou à leur oncologue de leur faire une prescription (Fondation contre le cancer, n.d.c).

Au CHU UCL Namur, les patients sont accompagnés par une équipe de kinésologues spécialement formés. Le programme d'Exercise Therapy est proposé par les services de Médecine physique et de Kinésithérapie de l'hôpital. Les séances se déroulent 2 fois par semaine par groupe de maximum 8 personnes et cela sur 12 semaines. Chaque séance est de 1h30. Les patients effectuent des exercices d'endurance, de résistance et cardio-vasculaires

principalement. Durant 1 an après la fin des traitements, les personnes atteintes de cancer peuvent également bénéficier de séances de yoga, de gymnastique, de piscine et de marche nordique. En plus de l'aspect physique, le CHU UCL Namur propose des services pour améliorer la qualité de vie. Le malade et ses proches peuvent bénéficier d'une aide par une psychologue spécialisée en oncologie. En plus des fonds de la fondation contre le cancer, le CHU UCL Namur bénéficie d'une aide des Fonds Emile Salomon. Cette contribution financière permet de soutenir son Espace Bien-être l'Essentiel. Ce lieu Namurois est accessible à toute personne atteinte de cancer en Belgique et non pas seulement aux personnes soignées dans l'hôpital comme c'est le cas pour le programme de revalidation oncologique. L'Essentiel dispense des soins individuels aux malades jusqu'à 3 mois après la fin des traitements. Ces soins sont par exemple des massages, des conseils en coiffure et maquillage, des soins esthétiques,... Ce centre propose également des activités et ateliers de groupe jusqu'à 1 an après la cessation des traitements. Sont proposés : de l'art thérapie, des groupes de parole, des ateliers cuisine et nutrition, des groupes de soutien concernant le retour au travail,... Une bibliothèque et divers sites sont aussi mis à dispositions des patients. Sur les sites de Dinant et Godinne, des massages, soins et conseils sont également disponibles en chambre gratuitement. De plus, des espaces sont proposés aux enfants et adolescents dont un proche est atteint du cancer (CHU UCL Namur, n.d.).

A la clinique St Jean, le programme de revalidation oncologique se déroule en 2 temps sur 3 mois. Les patients vont avoir 8 séances d'informations sur différents sujets tels que la fatigue ou l'alimentation et 24 séances physiques de 2 heures par groupe de 5 à 8 personnes. Le coût de ce programme est limité au ticket modérateur des séances de rééducation, c'est-à-dire que la personne devra payer le montant restant n'étant pas pris en charge par sa mutuelle (Saint-Jean, n.d.).

Les malades peuvent demander des aides financières auprès de leur mutualité après avoir contracté une assurance complémentaire ou auprès de leur assurance hospitalisation (Fondation contre le cancer, n.d.c).

#### **4.3.4. Quelques exemples dans différentes provinces du Canada**

La fondation Wellspring propose des programmes en ligne gratuits et disponibles pour toutes les personnes atteintes de cancer. Le malade peut s'inscrire à différents ateliers et

activités à suivre en ligne. Les activités et ateliers peuvent être physiques, informationnels, émotionnels et fonctionnels. Certains de ces programmes sont conçus pour les malades mais pas seulement. Leurs familles, leurs aidants mais aussi des volontaires peuvent y participer. On retrouve dans le programme de l'art thérapie, des groupes de parole et de soutien, du yoga, de la méditation, des séances d'informations sur divers sujets tels que la nutrition ou la santé mentale. Des professionnels de la santé sont également disponibles pour des exercices physiques et pour apprendre aux malades à gérer les effets secondaires des traitements. L'un des programmes disponibles se concentre sur le retour au travail. Des discussions se dérouleront durant 6 semaines et auront pour sujet les effets secondaires et leur impact sur le travail, le besoin d'ajustements des travailleurs, comment faire son retour au travail de manière réussie et perdurant dans le temps,... (Wellspring, 2022).

#### ***a) Ontario et Alberta***

La fondation Wellspring, en plus des opportunités en ligne, propose leurs programmes dans des centres en Ontario et Alberta. Une nouvelle fois, ces programmes sont entièrement gratuits car la fondation repose sur des donations pour se financer (Wellspring, 2022).

#### ***b) Dans d'autres provinces***

Près de 300 cliniques Lifemark existent au Canada à travers les différentes provinces. La plupart des assurances santé aident en partie ou intégralement à payer pour ces programmes. Le patient est suivi dans l'une des cliniques et a droit à un programme spécialisé. Il inclut des massages, des exercices physiques, des thérapies,... L'équipe de soins s'occupant du patient comprend un physiothérapeute, un ergothérapeute, un kinésologue, un psychologue et une diététicienne. En 2017, les résultats des différentes cliniques prouvaient que, grâce à leurs programmes, 94% des patients avaient une amélioration de leurs symptômes et 90% avaient atteint leur objectif concernant leur retour aux activités et tâches quotidiennes (Lifemark, n.d.).

## 4.4. Cadre législatif

### 4.4.1. En Belgique

#### *a) Trajet de réintégration*

##### Qu'est-ce que c'est ?

En Belgique, dans la réglementation du code du bien-être au travail, il existe le trajet de réintégration. Celui-ci va permettre de faire reprendre le travail à une personne étant en incapacité de travail en l'aidant à trouver la manière la plus adaptée à travailler (SPF, n.d.b). Avant de débiter, il est important de différencier les différents acteurs présents dans ce trajet (CGSLB n.d.).

- Le médecin traitant, qui est celui qui va pouvoir rédiger le certificat d'incapacité après avoir déclaré la personne inapte au travail. Si la personne lui en donne l'autorisation, il va pouvoir être en contact et informer le médecin - conseil de la mutualité et le conseiller en prévention - médecin du travail.
- Le médecin - conseil de la mutualité lui, suite au certificat médical, va évaluer l'incapacité du travailleur et pouvoir le convoquer pour une visite médicale. Ce médecin peut accompagner et donner des conseils lors d'un retour au travail.
- Le conseiller en prévention – médecin du travail est désigné par l'employeur mais ne prend aucune décision en fonction de lui ou même du travailleur. Il ne va pas examiner la personne mais analyser son état de santé général en fonction de l'emploi qu'elle occupe. Son rôle est de donner son avis sur l'ajustement du travail et de faire des propositions s'il juge que l'état de santé du travailleur le justifie.

La personne ayant l'un des rôles les plus importants dans ce trajet de réintégration va être le conseiller en prévention – médecin du travail. Celui-ci va se rendre compte de ce que le travailleur est encore capable de faire. Il va donc l'aider à trouver un aménagement de son travail passé ou en lui proposant un autre travail qui lui sera plus adapté. Ces changements se font toujours suite à des discussions entre le travailleur, le médecin du travail mais également l'employeur. (SPF, n.d.b).

### Qui peut choisir de le démarrer ?

3 personnes : Le travailleur et son médecin traitant suite à la demande du travailleur, le médecin conseil de la mutualité et l'employeur. Mais chacun a un délai à respecter avant de pouvoir le faire (SPF, n.d.b).

- Le travailleur ou son médecin peuvent à tout moment de l'invalidité demander au médecin du travail un trajet de réintégration et ce même lorsque le salaire garanti est toujours perçu.
- Le médecin conseil de la mutuelle peut lui réaliser un premier entretien au plus tard 2 mois après la remise du certificat d'incapacité de travail à la mutuelle et classer la personne dans 4 catégories.
  - Catégorie A : une reprise du travail est prévue dans les 6 mois suivants.
  - Catégorie B : un retour au travail n'est pas envisageable.
  - Catégorie C : suite au traitement médical suivi, il n'est pas encore recommandé au travailleur de réintégrer la vie professionnelle. Tous les 2 mois, une vérification sera faite.
  - Catégorie D : le retour au travail est possible si des adaptations sont réalisées. Le médecin va donc demander au travailleur de prendre contact avec le médecin du travail afin que celui-ci débute le trajet de réintégration.
- L'employeur, à partir du moment où son travailleur est en incapacité de travail depuis plus de 4 mois à la suite ou lorsqu'il lui remet un certificat attestant de son invalidité permanente.

Suite à la demande de réintégration, le médecin du travail va avoir maximum 40 jours pour réaliser l'examen de l'état de santé du travailleur et sa concertation avec lui, sa concertation avec les autres médecins et la remise de son rapport final au travailleur et à son employeur (CGSLB n.d.).

- Examen du travailleur : le travailleur va être convié à un entretien afin que le médecin du travail et lui puissent discuter des différentes possibilités pour que le travailleur retourne au travail. Il va ainsi voir en fonction des capacités du travailleur, s'il faut convenir à des adaptations limitées dans le temps ou si le travailleur ne pourra plus, in fine, reprendre son ancien travail.
- Concertation avec les autres médecins : après accord du travailleur, le médecin du travail peut discuter avec son médecin traitant de son état de santé et pourront s'échanger certaines données médicales du patient. Il peut également échanger avec le médecin conseil de la réintégration du travailleur. Le médecin conseil pourra donc analyser l'état d'avancement du trajet de réintégration mais aussi le volume de travail et son ampleur.
- Examen du poste de travail : en fonction du travail effectué et de l'invalidité du travailleur, une adaptation peut devoir se faire. Cette adaptation peut se faire au niveau de l'équipement utilisé mais aussi de l'environnement professionnel du travailleur dans son ensemble.
- Le rapport : une fois toutes ces données analysées et synthétisées, le médecin du travail va réaliser un rapport à l'intention du travailleur et de son employeur qui sera joint dossier de santé du travailleur. Il sera très important à consulter et conserver en cas de procédure judiciaire.

Suite à ce rapport, le médecin du travail va devoir prendre une décision. Celle-ci va influencer le retour au travail et donner 5 trajets de réintégration différents (SPF, n.d.b).et (CGSLB n.d.). Tout d'abord, les trajets A et B. Dans ces deux cas, l'invalidité du travailleur qui affecte son travail est temporaire et il pourra à terme reprendre son travail convenu dans le contrat de travail. Il existe cependant une distinction entre les deux.

- Le trajet A : il est possible pour le travailleur de revenir à son emploi, moyennant une adaptation de travail ou un changement de poste. Le médecin du travail va fixer ses modalités d'adaptation et fixer une date afin de réévaluer la situation et les capacités de travail de l'employé.

Un exemple concret d'autre travail : une personne devant porter des charges lourdes et qui est en incapacité de le faire va pouvoir passer à un travail de bureau en s'occupant des commandes.

- Le trajet B : en attendant son retour au travail dans les conditions mentionnées dans le contrat de travail, il n'y a pas de possibilité d'adapter le travail ou d'occuper un autre travail au vu de l'état de santé du travailleur. Le trajet de réintégration est donc temporairement mis à l'arrêt et une nouvelle évaluation devra être programmée. Si son état s'est amélioré, il pourra entreprendre le trajet A. Si ce n'est pas le cas, il pourra être dirigé vers le trajet D. Le médecin conseil de la mutuelle est mis au courant.

Pour les trajets C et D, le travailleur ne pourra pas revenir à son emploi initial et est considéré définitivement invalide.

- Le trajet C : il peut néanmoins travailler avec une adaptation de poste ou à un autre poste au sein de l'entreprise. Dans le cas de l'exemple au trajet A, l'employé passerait à un travail de bureau de manière permanente.
- Le trajet D : le travailleur est en invalidité et ne peut pas reprendre son poste initial. Cependant, il ne lui est pas possible non plus de reprendre un travail avec adaptation ou tout autre travail. Il se peut également que ce soit l'employeur lui-même qui n'ai pas d'autre poste à pourvoir ou qu'il lui est impossible d'adapter les conditions de travail. Dans ce cas, le trajet de réintégration est mis à l'arrêt de manière définitive.
- Le trajet E : la réintégration n'est pas encore envisageable pour le travailleur suite à son état de santé ou ses traitements en cours. Il doit être réévalué par le médecin conseil tous les 2 mois.

### Recours :

Lors des trajets C et D, si le travailleur n'est pas d'accord avec l'avis du médecin du travail et ne se sent pas inapte de manière définitive, il peut entreprendre des démarches dans les 7 jours suivant l'arrivée du rapport. Pour ce faire, il doit tout d'abord en informer son

employeur et ensuite envoyer le recours par lettre recommandée au médecin inspecteur social de la Direction générale Contrôle du bien-être au travail. Ce médecin prendra ensuite contact avec le médecin du travail et le médecin traitant du travailleur. Ensemble, ils ont 30 jours pour discuter de l'état de santé et des capacités du travailleur pour ensuite prendre une décision majoritaire. Si la décision initiale du médecin du travail est retenue, alors le travailleur sera déclaré inapte à revenir à son emploi convenu dans le contrat de travail (CGSLB n.d.).

#### Comment ce plan est-il établi ?

Dans le cas des trajets A et C avec adaptation du travail ou autre travail, l'employeur devra constater les possibilités qui pourront être proposées au travailleur. Le plan va être créé en concertation avec le travailleur et le médecin du travail mais il se peut également que le travailleur choisisse de se faire aider par un représentant du CPPT ou par un délégué syndical qu'il aura choisi. De plus, le médecin en prévention – médecin du travail va régulièrement surveiller que tout se déroule de la manière la plus optimale (CGSLB n.d.).

En fonction des trajets, l'employeur a un délai de mise en place différent. Lors du trajet A, le plan de réintégration du travailleur doit être établi maximum dans les 55 jours ouvrables.

Dans le cas du trajet C, étant donné que le travailleur ne pourra pas revenir à son emploi initial et que ce changement de poste ou les adaptations seront définitives, l'employeur dispose de 12 mois pour configurer ce plan de réintégration afin de pouvoir envisager toutes les possibilités (Cohesio, 28 novembre 2016).

Le plan de réintégration va devoir comprendre plusieurs informations en fonction de son type et être en adéquation avec les décisions du médecin du travail. Il va notamment contenir des détails sur sa durée, ses adaptations proposées mais aussi une description de l'autre travail. Il se peut également que le travailleur doive suivre une formation afin de pouvoir commencer un autre travail ou en avoir un adapté (Cohesio, 28 novembre 2016).

#### Ces plans sont-ils obligatoires à accepter ?

Non. Que ce soit au niveau de l'employeur ou du travailleur, aucun des deux n'est obligé de l'accepter. L'employeur va devoir se justifier sur ce refus mais il n'est pas obligé par la loi de proposer un trajet de réintégration si celui-ci n'est pas faisable et que cela représente pour lui une trop grande charge. Du côté du travailleur, une fois reçu le plan de

réintégration via son employeur, il dispose de 5 jours pour donner ou non son accord. Dans le cas où il le refuse, le trajet de réintégration prend fin (Cohesio, 28 novembre 2016).

Pour résumer, le trajet de réintégration peut être arrêté dans 3 situations. Lorsque le travailleur refuse le trajet proposé par l'employeur, lorsque l'employeur motive sa décision de ne pas adapter le travail ou d'en donner un autre et lorsque le travailleur ne peut pas revenir à son emploi initial de manière définitive mais ne peut pas non plus effectuer d'autre travail. Il n'existe à ce jour pas de sanction légale si l'employeur et/ou le travailleur ne veulent pas coopérer, même si cela a été en discussions lors du gouvernement Michel (SPF, n.d.b).

Le contrat de travail pourra être résilié dans des cas de force majeure si l'employeur et/ou le travailleur le souhaitent suite à une reconnaissance d'incapacité à travailler au poste convenu mais aussi adapté. Cela voudra néanmoins dire que le travailleur ne touchera pas d'indemnités de préavis. Si cette rupture de contrat est une décision commune, alors il peut y avoir négociation de préavis ou d'indemnités de rupture du contrat (CGSLB n.d.).

Le trajet de réintégration n'est pas la seule norme du code du bien-être au travail quant à une bonne réintégration. Il y a également la visite de pré reprise qui s'effectue entre le médecin du travail et le travailleur suite à sa propre demande. Cette visite n'est pas une visite médicale essayant de déterminer la capacité du travailleur mais un entretien avec lui, une chance de lui trouver un travail qui sera aménagé à ses besoins dès qu'il reprendra son activité. Il y a aussi l'examen de reprise du travail. Ici, le médecin du travail va examiner le travailleur absent depuis au moins 4 semaines pour maladie afin de déterminer si il est possible pour lui de reprendre le travail et dans quelles conditions (SPF, n.d.b). Cet examen est obligatoire quand le travailleur effectue un emploi comme un poste de vigilance (poste où la personne doit entre autres conduire des véhicules, des grues et qui pourrait mettre à risque la santé d'autres travailleurs si elle ne sait pas travailler correctement), un poste de sécurité (poste où il est primordial d'être concentré et de surveiller des installations) ou une activité à risque défini (le travail de nuit, le travail avec des risques pour la santé,...) (SPF, n.d.b).

### ***b) Loi sur l'incapacité de travail***

Selon la loi du 20 décembre 2016, lorsque le travailleur revient au travail sous certaines conditions temporaires comme l'aménagement de son temps de travail ou en

effectuant un autre travail, l'exécution de son contrat de travail initial n'est pas suspendue. De cette manière, tous les avantages acquis du travailleur sont conservés, à moins de faire un avenant du contrat de travail. Un avenant veut dire une modification ou même la suppression d'une clause dans le contrat de travail. Dans le cas de l'incapacité de travail, cet avenant sera limité dans le temps et concernera l'adaptation du travail comme par exemple les horaires ou le volume de travail effectué. Le but de cette loi étant d'encourager les travailleurs à revenir sur leur lieu de travail grâce notamment au trajet de réintégration. Si la personne se retrouve de nouveau en incapacité de travail malgré les adaptations apportées, alors l'employeur ne devra plus lui verser son salaire garanti. Il n'est possible de briser le contrat de travail en ayant recours à la force majeure uniquement après que le travailleur en incapacité définitive ait terminé son trajet de réintégration. (Cesi, 2016).

### *c) Loi sur la discrimination*

La loi du 10 mai 2007 interdit la discrimination à compter de 19 critères dont l'état de santé actuel ou futur. Cette loi, applicable dans tous les secteurs et pour tout travailleur peu importe son statut, couvre les conditions de travail mais aussi la rupture de contrat (CSC, n.d.).

## **4.4.2. Au Canada**

### *a) Loi sur la discrimination*

Au Canada, il existe la loi canadienne sur les droits de la personne qui interdit la discrimination basée sur l'âge, le sexe, l'état physique, ... Cette loi fédérale s'applique à un certain nombre de personnes mais pas tous. Elle s'applique par exemple aux personnes travaillant pour le gouvernement fédéral ou aux entreprises telles que les banques ou les compagnies aériennes. Les provinces et les territoires ont, eux, leurs propres lois pour les travailleurs. Mais, même si chaque province peut avoir des lois différentes, au niveau des droits de la personne, elles sont très similaires.

De plus, les droits et libertés des travailleurs sont inscrites dans la loi fondamentale du pays grâce à la charte canadienne des droits et libertés (Direction de la recherche parlementaire, 1997).

### ***b) Loi d'accommodement***

L'employeur est tenu par le code des droits de la personne au niveau fédéral, provincial mais aussi territorial de tenir compte des besoins des personnes en invalidité. Il doit essayer que le travailleur puisse réintégrer son emploi initial avec des ajustements mais, si ce n'est pas possible, il doit penser à un emploi de remplacement. Celui-ci peut être temporaire mais aussi permanent en fonction de l'invalidité du travailleur. Néanmoins, il existe des limites. L'employeur n'est pas obligé de créer de nouveau poste si celui-ci ne le trouve pas nécessaire. Il faut également que le travailleur soit toujours productif et indispensable à l'employeur.

(Commission ontarienne des droits de la personne, n.d.). De plus, si cet ajustement apporte des contraintes excessives à l'employeur, il ne sera pas obligatoire. Ces contraintes sont au niveau du coût, de la santé, de la sécurité mais aussi en garantissant les droits d'autrui afin d'éviter tout conflit. En effet, si les coûts d'accommodation sont beaucoup trop importants pour l'employeur, si la demande du travailleur incombe aux droits d'un autre travailleur et si la santé et la sécurité du travailleur, des autres employés et du public au sens large se retrouve compromis, alors il n'y aura pas d'obligation de s'adapter pour l'employeur (Bibliothèque du parlement, 2012). Néanmoins, au niveau du secteur public, cette surcharge de coûts pour l'employeur est décidée au niveau de l'entreprise dans sa globalité et non de par sa succursale ou l'établissement spécifique au travailleur. Par exemple, dans le cas d'un pompier d'une caserne de Montréal, on prend en compte qu'il existe une multitude de casernes dans la même municipalité. Le manager va donc devoir essayer de trouver un poste adapté dans l'ensemble des casernes et non seulement dans la sienne. De plus, le Conseil du Trésor du Canada prévoit que les entreprises et ministères du secteur public aient un budget leur permettant de couvrir les besoins des employés handicapés. Cela rend donc plus compliqué pour les grandes entreprises ou institutions de prouver qu'ils subissent une contrainte excessive (La flamme, 2009).

### ***c) Programme de maintien et de retour au travail***

Au Canada, il n'existe pas à proprement parlé de loi nationale encadrant le retour au travail mis à part celles mentionnées plus tôt. Mais il existe des programmes de maintien au travail et de retour au travail pouvant permettre d'aider les employeurs et les employés. Ces deux programmes peuvent assez se ressembler et partagent de nombreuses caractéristiques

communes dont celles d'être temporaires, même si il est possible dans certains cas qu'elles deviennent permanentes (The Conference Board of Canada, 2013).

Il existe plusieurs étapes.

- Évaluer la situation

Tout d'abord, il est important que l'employeur garde contact avec son employé lors de son absence. Cela ne doit pas être utilisé de manière à pousser le travailleur à revenir. Mais, cela peut aider à connaître l'état du travailleur, tout comme ses besoins futurs pour un retour au travail. Une bonne communication entre l'employeur et son employé est un point très important pour que tout se passe bien lors du retour (The Canadian Association for Supported Employment, n.d.).

Dans certains cas, les deux parties auront déjà prévu une date de retour au travail. Parfois ce n'est pas le cas. Si le travailleur n'informe pas à temps son employeur d'un besoin d'ajustements dans son travail, alors l'employeur peut lui demander d'avoir plus de temps afin de considérer toutes les options disponibles. Dans le cas où l'employeur ne trouve pas de solution d'accommodation, il est important pour lui de garder une trace écrite prouvant qu'il a pensé à toutes les éventualités, mais n'en a pas trouvées de convenable.

Il est également intéressant pour l'employeur de créer un dossier lorsqu'il démarre un programme de maintien et de retour au travail. Prendre des notes lors d'entretiens avec l'employé concerné est un must. Garder une trace écrite de tout le processus va permettre de se rendre compte de son état de progression.

Il faut également regarder au certificat d'invalidité de la personne et s'informer du mieux que l'on peut sur sa santé. L'employeur peut demander à obtenir plus d'informations sur son état de santé mais le travailleur a le droit de le refuser, même si cela n'est pas bénéfique pour lui car l'employeur n'aura pas accès à ses besoins et ne pourra donc pas trouver d'ajustements (Commission canadienne des droits de la personne, 2007).

- Prendre contact avec les services de santé

Si l'employeur trouve que les informations sur l'état de santé données ne lui permettent pas de trouver une méthode d'adaptation adaptée, alors il peut se tourner vers des professionnels

de la santé. Premièrement, il peut demander directement au médecin de son employé, après consentement de celui-ci, un certificat d'aptitude au travail. Ce certificat devra inclure quelles sont les capacités du travailleur mais aussi si il lui est possible de revenir travailler si des ajustements sont réalisés mais aussi quelles sont ces accommodations. Il est tout de même important de noter que l'employeur n'a pas le droit à ces informations. Il devra demander le consentement de son travailleur d'abord et, dans certains cas il lui sera interdit de le demander pour maladie de courte durée (Commission canadienne des droits de la personne, n.d.).

Il pourra également demander à ce que le travailleur se rende à un examen médical mais ce n'est possible que dans peu de cas. En effet, il est possible pour l'employeur d'obtenir un examen médical lorsqu'il estime que le travailleur n'est pas apte à travailler et que son retour pourrait mettre sa santé mais aussi celle des autres travailleurs en péril. Il faut que ces raisons soient fondées et documentées pour pouvoir aboutir (Commission canadienne des droits de la personne, 2007).

- Prendre contact avec les syndicats si nécessaire

Un représentant syndical peut être d'une bonne aide pour l'employeur s'il le souhaite. Il est cependant obligatoire d'inclure ce syndicat lorsque le travailleur en fait lui-même la demande ou lorsque les mesures prises pour accommoder le travailleur risquent d'affecter les droits, comme les droits à l'ancienneté, des autres employés présents dans l'entreprise. L'employeur va discuter avec le représentant tout en faisant attention à ne pas violer la vie privée du travailleur. Le rôle des syndicats est d'aider à trouver des solutions d'ajustement. Ils ne peuvent pas faire front à une solution, même si celle-ci peut ne pas être en adéquation avec les conventions collectives. Néanmoins, cette solution ne doit qu'être l'ultime possibilité. Il faut que l'employeur ait tout d'abord pensé à toute autre éventualité et que celle-ci soit la seule disponible (Commission canadienne des droits de la personne, 2007).

- Examiner les possibilités d'adaptation

Ensuite, il devra évaluer le type de travail que l'employé effectue afin de savoir si celui-ci va devoir dépasser ses limites. Il peut faire ceci en vérifiant la description de travail ou simplement en discutant avec l'employé qui a une bonne connaissance de son emploi passé.

En effet, les personnes travaillant dans l'entreprise ont une meilleure idée des tâches et des demandes de leur emploi au quotidien (Commission canadienne des droits de la personne, n.d.).

Il n'est cependant pas tenu d'accepter toutes les demandes faites par le travailleur ni de trouver la solution parfaite. Il doit cependant trouver des ajustements en adéquation avec les besoins médicaux de la personne. L'employeur propose ensuite les solutions trouvées au travailleur. Si celui-ci refuse les options qui lui sont présentées, l'employeur peut essayer de trouver une autre voie ou alors, s'il considère avoir envisagé toutes les options possibles, refuser au travailleur son accommodation. Il est important encore une fois de garder des traces écrites de ce refus, que ce soit celui du travailleur ou de l'employeur et des motivations qui l'entourent (Commission canadienne des droits de la personne, 2007).

- Implémenter les mesures prises

Une fois les adaptations trouvées et approuvées, l'employeur peut les mettre en place afin que l'employé revienne au plus vite. Cela peut notamment prouver que le travailleur est attendu et que l'employeur est déterminé à ce que ce retour au travail fonctionne bien. Suite à son retour il est important de vérifier que tout se passe bien et que les mesures mises en place soient bien efficaces. Pour cela, discuter avec l'employé ou les collègues de celui-ci est primordial. En effet, il se peut que lors de la réintégration de l'employé, ses collègues doivent se partager une partie de sa charge de travail. Afin de déterminer comment cela va se passer, l'employeur peut prendre contact avec son service de ressources humaines. Si besoin, lorsque le travailleur n'est pas satisfait des ajustements entrepris alors que l'employeur les juge maximum, l'employé peut prendre contact avec la commission canadienne des droits de la personne (Commission canadienne des droits de la personne, 2007).

#### Les 7 principes de base :

Une équipe de l'Institut de recherche sur le travail et la santé a trouvé que les personnes revenaient plus vite au travail lorsque leur entreprise mettait en exergue 7 principes de base qui sont les suivants : (Institute for Work & Health, 2007).

- La santé et la sécurité sont des points primordiaux pour l'entreprise et chaque personne y étant employée le montre de par son attitude.

Par exemple, les programmes de retour au travail sont inclus dans les stratégies voire même dans les conventions collectives. De plus, un retour au travail en toute sécurité est primordiale pour les managers tout comme pour le reste des employés.

- Un travail adapté est disponible pour les travailleurs malades afin qu'ils puissent au plus vite revenir dans l'entreprise.

Ce travail adapté doit bien évidemment convenir aux capacités du travailleur. Demander l'avis d'un spécialiste en ergonomie est un plus, surtout lorsque le manager ne sait pas comment s'y prendre lors de l'élaboration d'un travail adapté au travailleur.

- Le retour au travail est mis en place de manière à prendre en compte tout le personnel de l'entreprise, afin que personne ne se retrouve désavantagé.

Il est important de prendre en compte tout le personnel de l'entreprise lors de l'élaboration d'ajustements pour le travailleur. En effet, les collègues, s'ils se sentent lésés en reprenant des tâches qui n'étaient pas de base les leurs, vont avoir tendance à ne pas être enclins à aider le travailleur. Il faut également que l'employeur reconnaisse l'ampleur du travail à fournir si ses quotas de productions ne changent pas et que l'un de ses travailleurs a besoin d'ajustements. Prendre en compte ces deux facteurs lors de l'élaboration du programme de retour au travail permet d'avoir de meilleurs résultats.

- Les managers participent à l'élaboration du plan de retour au travail et y sont formés.

Les managers directs sont au plus près du travailleur et du terrain, les rendant donc mieux placés pour aider le travailleur. Des programmes pour les former sont intéressants dans le cas du retour au travail. Cela leur permet de comprendre comment se mettre en contact avec le travailleur lors de son absence, comment trouver des ajustements mais aussi comment procéder aux vérifications pour que tout se passe bien et résoudre les problèmes qui pourraient survenir.

- L'employeur prend contact avec son travailleur rapidement et continue de communiquer lors de son absence initiale.

Le manager direct du travailleur doit prendre contact avec son travailleur assez rapidement. En effet, cela va permettre au travailleur de rester et de se sentir connecté à son lieu de travail lors de son absence mais va également lui signifier que son employeur se soucie de lui et de son état de santé. Bien évidemment, ce contact se passera d'autant mieux si la personne a une bonne perception de son lieu de travail et une bonne relation avec son superviseur.

- Un coordinateur est désigné.

Lorsqu'un coordinateur, qu'il soit interne ou externe à l'entreprise, est impliqué, les programmes de retour au travail sont d'autant plus fructueux. Il va avoir un rôle assez important. Il va tout d'abord regarder aux besoins du travailleur et lui fournir un plan personnalisé. Il va s'assurer que tous les acteurs impliqués, le travailleur lui-même, ses collègues ou son superviseur, sachent ce qui va se passer et quel seront leurs rôles lors du retour au travail du travailleur. Il va aussi veiller à ce que la communication ne soit jamais coupée et que tout se passe bien. Ils vont également regarder aux différentes prestations d'assurances et les programmes auxquels l'employé a droit.

- L'employeur et les services de santé collaborent et s'échangent des informations.

Les professionnels de la santé peuvent jouer un rôle primordial lors du retour au travail. Lorsque l'employeur les contacte, il peut ainsi avoir une meilleure compréhension des difficultés de son employé et de ses besoins. De plus, lorsque les professionnels de la santé en apprennent plus sur le type d'environnement de travail du patient, ils sont plus à même de le conseiller et de prendre des décisions. Dans certains cas, un professionnel de la santé peut venir sur le lieu de travail afin d'évaluer les ajustements. Ce professionnel peut soit être le médecin de famille ou un médecin externe.

#### **4.5. Les aides et adaptations du travail possibles**

Les différentes aides et ajustements proposés au travailleur sont multiples.

- Modifications des tâches de travail et de la façon de les effectuer

Suite à de la fatigue, de la douleur ou des effets secondaires aux traitements, il est nécessaire pour le travailleur de revoir sa manière de travailler et d'avoir pour cela l'aide de son employeur. Par exemple, le travailleur peut réduire ses efforts physiques et fractionner ses tâches afin de les réaliser petit à petit. Utiliser des outils tels que des brouettes ou des chariots permettent de diminuer les charges, tout comme un déambulateur peut alléger la pression effectuée sur les membres inférieurs. Si la personne a plus de risques de se blesser suite au traitement, l'employeur peut lui donner des tâches de rechange. Les tâches non essentielles au poste peuvent également être déléguées à un collègue. Du télétravail peut être envisageable tout comme avoir plus de pauses tout au long de la journée. Dans le cas où un uniforme est exigé au travail, le travailleur souffrant de nausées peut demander à mettre une tenue qui ne le comprimera pas au niveau de l'abdomen. Le travailleur ayant un lymphœdème peut quant à lui porter des vêtements de compression. Les personnes ayant des problèmes cutanés peuvent demander à ne plus travailler en extérieur mais aussi de porter des gants de protection adéquats (Johnson, n.d.).

- Modification des horaires

Le travailleur peut revenir à son emploi avec un aménagement de ses horaires. Cela veut donc dire de diminuer le nombre d'heures prestées par jour ou le nombre de jours prestés. Cela lui permet de revenir progressivement au travail et d'ensuite augmenter progressivement les horaires jusqu'à un retour complet. Cela permet au travailleur de se réhabituer au travail à son rythme (SPF, n.d.c).

En Belgique, cela permet à l'employé de conserver une partie de ses indemnités d'invalidité tout en percevant une partie de salaire. En effet, il existe le mi-temps médical, permettant de revenir partiellement au travail en ne perdant pas totalement ses indemnités. En effet, lorsque le travailleur décide de revenir au travail pour moins de 20% de son activité dite normale, il ne perd aucune de ses indemnités. Mais au-delà, elles seront réduites (Lagrave, 18 novembre 2021).

Ce retour au travail à temps partiel est également possible au Canada. D'ailleurs, la modification des horaires de travail est la plus sollicitée par les travailleurs (Statistique Canada, 2019).

- Modification du milieu de travail

Le travailleur peut demander à pouvoir se garer au plus près de la porte d'entrée, de pouvoir mettre son poste de travail près des toilettes ou de la salle de repos. L'employeur peut également permettre à l'employé de stocker un lit d'appoint sur son lieu de travail afin de pouvoir effectuer des siestes. Le travailleur peut également demander à ce qu'un professionnel en ergonomie évalue son poste de travail et que celui-ci lui donne des conseils. Comme par exemple d'utiliser un casque anti bruit, de s'asseoir régulièrement et de manière optimale (dans les cas où s'asseoir n'est pas une option), d'utiliser un tapis anti-fatigue,... (Johnson, n.d.).

- Formations

Le travailleur peut également suivre des formations afin de correspondre au mieux à son nouvel emploi s'il ne pourra pas revenir à celui initialement prévu dans le contrat de travail. En Belgique, celles-ci sont proposées par l'assurance indemnités. Il en existe deux : la réhabilitation professionnelle et la réorientation professionnelle. La réhabilitation prend place lorsque le travailleur a déjà une certaine expérience et la formation ne ferait qu'actualiser ses connaissances et/ou compétences dans le domaine. Dans le cas de la réorientation professionnelle, le travailleur n'a pas de connaissances dans le domaine et doit donc tout apprendre (SPF, n.d.c).

#### **4.6. Ces aides et dispositifs sont-ils efficaces ?**

Les dispositifs ou aides spécifiques accordés aux femmes ayant ou ayant eu un cancer du sein sont limités. En effet, les mesures prises dans la loi, les programmes de réintégration ou encore le financement sont tous des aspects qui englobent tout type de cancer ou d'invalidité et non pas le cancer du sein spécifiquement. Le point suivant va se concentrer sur les aides et dispositifs proposés et analyser si ceux-ci répondent correctement aux difficultés et freins rencontrés par les travailleurs.

## **5. Les dispositifs existants répondent-ils aux difficultés rencontrées par les femmes atteintes de cancer du sein ?**

Il est important de se pencher sur le retour au travail des femmes ayant un cancer du sein car celles-ci peuvent prendre de longs moments d'arrêt de travail lors de leurs traitements. Se sentir en confiance et en contrôle de son cancer sont des facteurs influençant ce retour. Voilà pourquoi trouver des dispositifs répondants aux difficultés rencontrées est un atout (Cooper, Hankins, Rixon, Eaton & Grunfeld, 2013).

### **5.1. La prévention**

Dans le cas du cancer du sein, la prévention peut jouer un rôle intéressant. En effet, les mammographies régulières permettent d'avoir un diagnostic de stade moins élevé mais également de réduire le risque de décès. Il serait tout de même recommandé que cette méthode évolue car elle possède des limites (Delalogue et al, 2016). Une visite médicale programmée par l'employeur lorsque le travail en lui-même comporte des risques accrus de cancer du sein est également une bonne idée, ainsi que la prévention au niveau du travail en lui-même (SPF, n.d.) (Antao et al., 2022).

### **5.2. Le financement**

#### **5.2.1. Les revenus des travailleurs**

La peur de perte de revenu joue un rôle essentiel dans le retour au travail. La travailleuse en arrêt ne va plus toucher son salaire initial mais seulement une partie de ce salaire.

En Belgique, il est obligatoire de souscrire à une mutuelle. Celle-ci donnera des indemnités d'invalidité à la travailleuse jusqu'à 2 ans après la remise du certificat d'invalidité (INAMI, 2022). Néanmoins, lorsque la personne touche des indemnités d'invalidité, il ne va pas forcément être avantageux pour elle de revenir au travail si cela peut avoir des conséquences sur sa situation financière (Think Pink, 2019). En effet, revenir au travail pour plus de 20% de son activité dite normale va avoir des conséquences et amener une diminution des indemnités de la travailleuse, même si cela lui permet aussi de toucher une partie de salaire de l'autre côté. (Lagrange, 18 novembre 2021).

Au Canada, l'aide fournie par l'assurance-emploi n'est que de 15 semaines et équivaut à 55% du salaire. Une étude réalisée en 2009 par le réseau canadien du cancer du sein prouve que cette aide n'est pas suffisante et les aides financières existantes en complément sont difficiles à obtenir. De plus, si la personne essaye de toucher un plus gros revenu en contractant plusieurs assurances, elle n'y arrivera pas. En effet, les différentes assurances peuvent être prises en même temps, mais elles ne dépasseront jamais le seuil des 60 à 80% du salaire du travailleur. Cela ce produit car, lorsque le malade va toucher une prestation d'une nouvelle source, les montants des prestations qu'il touche déjà vont diminuer (Gouvernement du Canada, 2020b).

#### Existe-t-il un pays avec un meilleur système ?

En Islande, chaque mois que la personne travaille, elle a droit à 2 jours de congés maladie payés à 100% de leur salaire. Ensuite viennent la Norvège avec jusqu'à 1 an de congés payés à 100% de leur revenu (Ardill, 13 mai 2021).

Il serait peut-être intéressant de vérifier par des études si le retour précipité suite à des problèmes financiers alors que la personne n'est pas ou ne se sent pas forcément apte à revenir peut avoir des conséquences sur son retour au travail mais également sur sa performance au travail.

### **5.2.2. Remboursements des coûts du traitement**

En Belgique, les consultations médicales sont à payer entièrement par le malade dans un premier temps. Ce n'est qu'après avoir envoyé une attestation de soins à sa mutuelle que la personne va pouvoir être remboursée. Les personnes invalides depuis 3 mois peuvent bénéficier de l'intervention majorée, tout comme les personnes touchant une allocation sociale. Cette intervention majorée va permettre à ce que le patient bénéficie du tiers-payant, c'est-à-dire qu'il ne va pas payer au médecin la consultation totale, il ne payera que sa part et la mutualité payera ensuite sa part au professionnel de soins (Fondation contre le cancer (n.d.c)).

Il existe des anomalies quant au remboursement dans de nombreux pays d'Europe. Les politiques de remboursement n'ont pas forcément évolué sur le continent malgré les progrès dans la prise en charge et le traitement du cancer du sein. Par exemple, l'utilisation de

traitements oraux au lieu de venir à l'hôpital suivre un traitement par intraveineuse ou les techniques de chirurgies permettant d'éviter une mastectomie sont des progrès plutôt récents. Certains médicaments à prendre de manière orale ne sont pourtant toujours pas reconnus éligibles au remboursement. Même si les problèmes sont similaires partout en Europe, il n'est pas possible de trouver une solution commune au vu des différences de financement des soins de santé notamment. Il faudra donc que chaque pays se concentre sur son propre système de remboursement. Si celui-ci s'aligne avec les recommandations visant à optimiser le soin au patient, alors les soins de santé seront plus rentables. Une meilleure utilisation des ressources, étant assez limitées en service hospitalier, permettra à un plus grand nombre de patientes de se faire soigner. (Cardoso et al., 2021). Les pays les plus susceptibles de rembourser les médicaments anticancéreux sont les pays avec un système de soins de santé financés par les taxes. Ils ont également une meilleure rentabilité (Lim, Lee, Koh & Heo, 2014).

Le Canada est le seul pays au monde à ne pas avoir d'assurance-médicaments alors qu'il possède un système de soins de santé universel. Sans cette assurance-médicaments, le pays n'est pas en mesure de négocier de meilleurs prix avec les fournisseurs. Les ventes de médicaments oncologiques ont presque triplé dans ce pays lors des dix dernières années et ils sont de plus en plus coûteux. La chimiothérapie par intraveineuse se déroulant en hôpital est prise en compte dans le système de soins de santé mais pas les médicaments prescrits en dehors. Plus de la moitié des ventes des médicaments valent plus de 7 500\$ pour 28 jours de traitement. La population vieillissant et étant donc plus à risque de contracter un cancer, la demande en médicaments ne fera qu'augmenter dans les prochaines années (Bains, 29 octobre 2020 ; Gouvernement du Canada, 2020c).

Faire évoluer les systèmes de remboursement en même temps que les progrès dans la prise en charge des patients pourrait être primordial pour limiter les frais pour les patients mais aussi les gouvernements.

### **5.3. L'équipe de professionnels de santé**

Les programmes permettant aux femmes atteintes du cancer du sein de gérer les effets indésirables de leurs traitements sont primordiaux, même s'ils pourraient être plus développés.

L'exercice physique est important pour regagner du mouvement et atténuer les douleurs. Une étude de Rangel, Tomàs & Fernandes (2018) auprès de 94 femmes atteintes de cancer du sein en témoigne. En effet, près de la moitié des femmes ayant suivi une physiothérapie considère que cela a été efficace dans leur revalidation. La majorité des femmes ayant souffert d'un lymphœdème parlent elles aussi de l'efficacité de la physiothérapie. Celle-ci leur a permis de regagner en mobilité mais surtout de diminuer la douleur ressentie dans le bras, la nuque et l'épaule.

Selon Wada et al (2012), les chirurgiens estiment qu'il leur est impossible de fournir à leurs patients un suivi et un soutien adéquat car ils n'en ont pas objectivement le temps avec tous les patients qu'ils doivent traiter.

Une analyse de de Boer (2018) démontre qu'il existe peu de recherches et d'études sur le rôle du médecin traitant dans le retour au travail. D'ailleurs, un grand nombre d'entre eux ne sont pas assez documentés et n'ont pas accès aux stratégies et lignes directrices sur le sujet. D'ici 2025 au Canada, la demande en soins oncologiques devrait surpasser l'offre en spécialistes de l'équipe médicale en charge des cancers. Développer le rôle du médecin traitant et l'intégrer d'avantage dans le suivi du patient devient donc primordial (Chaput, 2018).

#### **5.4. Programmes mis en œuvre pour un bon retour au travail**

Il est intéressant pour les employeurs de se concentrer sur des programmes permettant de garder leurs employés en emploi. En effet, l'absentéisme des travailleurs à un coût pour les employeurs non seulement au niveau de la productivité mais aussi au niveau de leurs revenus. Malgré cela, une étude de la Conference Board du Canada montre que seulement la moitié des entreprises établissent un suivi de l'absentéisme au sein de leur organisation (The Conference Board of Canada, 2013b).

La perte d'un employé amène une perte de productivité, parfois il faut engager des remplaçants mais il y a aussi dans certains cas une augmentation des cotisations aux régimes d'avantages sociaux. Les coûts engrangés suite à l'absence d'un employé peuvent être directs avec les dépenses occasionnées par le salaire de l'employé absent, mais aussi indirects avec les coûts de remplacements, la charge de travail augmentée subie par les collègues de la

personne absente, les retards que cela engendre et cela peut également avoir une incidence directe sur la satisfaction client (Chénier, Hoganson et Thorpe, as cited in The Conference Board of Canada (2013c).

*a) Suite à la théorie, qu'en est-il des faits en réalité ?*

Une étude de la Conference Board du Canada démontre que moins de 4 employés sur 10 avaient un programme de maintien au travail au sein de leur entreprise. De plus, il semblerait que la prévalence d'un tel programme dépende de plusieurs caractéristiques. Elle serait moins présente dans le secteur privé que dans le secteur public, avec 36 contre 47%. La taille de l'entreprise joue également un rôle, avec les grandes entreprises possédant plus souvent de tels programmes comparés aux entreprises de moyenne ou petite taille. De plus, les entreprises avec syndicats sont plus à même d'avoir ce type de programme que celles sans syndicats (The Conference Board of Canada, 2013).

Près de 84% des sondés de l'étude de la Conference Board du Canada ont profité des ressources offertes par leur entreprise et 95% d'entre eux ont trouvé ces ressources utiles. La grande majorité des sondés ont eu une bonne expérience ont ainsi bénéficié d'ajustements ou de ressources qui les ont aidé à se maintenir en emploi ou à y revenir plus rapidement. D'ailleurs, près de 55% des sondés ont affirmé que ce type de programme les a aidé à ne pas prendre de congé (The Conference Board of Canada, 2013).

Dès lors, il est vraiment intéressant pour les employeurs de se pencher vers ce type de programme au vu des résultats obtenus dans le sondage mentionné au paragraphe précédent. En effet, des ajustements qui ne sont pas trop lourds pour l'employeur mais qui signifie énormément pour le travailleur pourraient donc permettre de les garder en emploi et de ne pas forcément devoir les remplacer (The Conference Board of Canada, 2013c).

En Belgique, selon une étude réalisée auprès de 350 femmes atteintes de cancer du sein il a été démontré que toutes les entreprises ne proposent pas forcément d'ajustements. De plus, nombre des sondées disent ne pas avoir assez d'informations sur leurs droits et obligations. Un bon nombre de femmes aimeraient revenir au travail mais à temps partiel et, encore une fois, cela n'est pas toujours forcément possible car le système de travail est assez rigide et il

n'existe pas de législation à proprement parlé permettant une telle flexibilité. De plus, il arrive parfois que les travailleuses soient mises à la porte durant leur congé ou dans les semaines suivant leur retour. Lorsqu'elles reviennent en recherche d'emploi, il peut être compliqué d'obtenir un temps partiel ou de demander des aménagements de travail adaptés à leurs capacités et ce malgré la loi anti-discrimination (Think Pink, 2019).

Quant au trajet de réintégration, si aucune des parties ne souhaite l'utiliser car il peut paraître un petit peu formel avec des échéances et des étapes qui sont régies par la loi, alors la travailleuse peut choisir une voie un peu moins formelle. Avec celle-ci, la travailleuse peut simplement discuter avec son employeur de ses besoins et voir quelles options sont envisageables. Il peut être intéressant de tout de même programmer une visite médicale chez le médecin du travail afin de recueillir son avis. Au cas où une adaptation n'est pas possible, une rupture de contrat est possible pour force majeure. Néanmoins, cela n'équivaut pas à un licenciement et, même si la travailleuse pourra toucher les allocations chômage, elle n'aura pas droit à une quelconque indemnité ni de préavis de la part de son employeur (Think Pink, 2019).

### En résumé

Les femmes souffrant d'un cancer du sein ont besoin d'une approche multidisciplinaire et interprofessionnelle. Elles ont besoin non seulement de programmes se concentrant sur leur santé mais aussi des programmes leur garantissant un accès aux soins de santé et une rémunération lors de leur absence mais aussi des programmes leur permettant d'avoir des ajustements sur leur lieux de travail (Institute for Work and Health, 2018).

## 6. Bref tableau récapitulatif Belgique – Canada

	<b>Belgique</b>	<b>Canada</b>
<b>Indemnités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salaire garanti à charge de l'employeur durant 30 jours.</li> <li>- Ensuite, mutuelle avec 60% du salaire pendant 1 an.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 17 semaines de congé médicaux non payés.</li> <li>- Assurance-emploi pendant 15 semaines à 55% du salaire.</li> </ul>
<b>Coût du cancer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2000€ en frais non remboursés.</li> <li>- Assurance privée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1600\$.</li> <li>- Possibilité de prendre une assurance privée.</li> </ul>
<b>Type de système de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mutuelle obligatoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Système de soins de santé universel</li> </ul>
<b>Prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mammographie entre 50 et 69 ans.</li> <li>- Travail de nuit régulé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mammographie entre 50 et 74 ans.</li> <li>- Travail de nuit non régulé.</li> </ul>
<b>Aides financières supplémentaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide des transports.</li> <li>- Aide par la fondation contre le cancer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aide des transports.</li> <li>- Assurance invalidité auprès de son employeur.</li> </ul>
<b>Programmes par les services de soin de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances en groupe sur plusieurs semaines. Aide par une équipe professionnelle pluridisciplinaire. Quelques services gratuits.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances en groupe sur plusieurs semaines par une équipe de professionnels. Certains services gratuits.</li> </ul>
<b>Lois</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loi sur la discrimination.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loi sur la discrimination.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Loi sur l'incapacité de travail.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Loi d'accommodement.</li></ul>
<b>Programmes de réintégration au travail</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Trajet de réintégration complet inscrit au code du bien-être au travail.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Programme de maintien et de retour au travail. 7 principes de base.</li></ul>

## 7. Conclusion

Le cancer du sein est une maladie touchant chaque année de plus en plus de femmes. D'ailleurs, les femmes les plus touchées sont aux alentours de la ménopause et donc en âge de travailler. Le cancer a différents stades, types et catégories qui ne répondent pas de la même manière aux traitements. Ces mêmes traitements sont d'ailleurs multiples, avec de la chirurgie, de la chimiothérapie, de la radiothérapie,... Ils peuvent être également combinés. De nombreux effets indésirables en découlent, rendant la vie privée comme professionnelle de la travailleuse difficile. Ils peuvent être d'ordre physique ou psychologique, une grande majorité des patientes ont rapporté se sentir très fatiguées et avoir des douleurs suite aux traitements également. Suite à cela, de nombreuses malades ont besoin d'un soutien de la part de leur sphère de travail mais aussi de la part des professionnels de la santé. Pour ce faire, elle peut compter sur toute une équipe de professionnels l'encadrant et lui apportant des solutions pour pallier aux effets secondaires vécus. De plus, un dialogue avec son employeur et un programme de retour au travail avec des aménagements prévus permettent de revenir plus facilement au travail. Tous ces programmes existants ne sont pourtant pas toujours disponibles et certains patients ne vont pas recevoir le soutien dont ils ont besoin. De plus, les programmes ne sont en général pas pensés dans une dimension multidisciplinaire. Les programmes proposés par les professionnels de la santé ne vont pas ou alors très peu inclure le retour au travail. Les patients ne sont d'ailleurs pas seuls à profiter de l'aide apportée. En général, les ateliers et/ou activités se passent en groupe. On ne retrouve donc pas de soutien individuel personnalisé. De plus, les aides et dispositifs mis en place étant conçus pour tous types de cancer ou pour tout type d'invalidité et la littérature sur le sujet étant parfois datée ou peu présente, il peut être compliqué de savoir le vrai impact qu'ils ont sur la femme atteinte du cancer du sein. Au vu des de ce travail, il serait intéressant de se pencher sur le réel impact que ces dispositifs ont sur les femmes ayant un cancer du sein et non de se concentrer sur une si large population.

## 8. Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada (2019). *Breast cancer in Canada*. [Brochure]. Retrieved from

<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/cancer/breast-cancer/cancer-breast-eng.pdf>

Ahn, E., Cho, J., Shin, DW., Park, BW., Ahn, SH., Noh, DY., Nam, SJ., Lee, ES. & Yun, YH (2009) Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Res Treat* 116(3):609–616

Akahane, K., Tsunoda, N., Murata, T., Fujii, M., Fuwa, Y., Wada, K., Oda, K., Nagino, M (2014). An awareness survey of surgeons involved in breast cancer treatment regarding their patients returning to work. *Nagoya J Med Sci*. Aug;76(3-4):315-22. PMID: 25741040; PMCID: PMC4345690.

Antao, V., Grad, R., Thériault, G., Dickison, J., Szafran, O., Singh, H., Rezkallah, R., Waughe, E. & Bell, N (2022). A l'encontre du statu quo en matière de dépistage. *Le médecin de famille canadien* Vol 68. Retrieved from <https://www.cfp.ca/content/cfp/68/5/e140.full.pdf>

Ardill, L (2021, Mai 13). *Which countries have the best and worst sick pay?* Retrieved from <https://www.siliconrepublic.com/careers/which-countries-have-the-best-and-worst-sick-pay>

Auclerc, G., Buthiau, D., & Brunet, A (1998). Le cancer du sein inflammatoire. *La Lettre du Sénologue*, pp.16-20. Retrieved from <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/6440.pdf>

Bains, C (2020, Octobre 29). Les ventes de médicament ont presque triplé au pays. *La presse Canadienne*. Retrieved from <https://lactualite.com/actualites/les-ventes-de-medicaments-pour-traiter-le-cancer-ont-presque-triple-au-pays/>

- Balak, F., Roelen, C.A.M., Koopmans, P.C., ten Berge, E.E., & Groothoff, J.W (2008). Return to work after early-stage breast cancer: A cohort study into the effects of treatment and cancer-related symptoms. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, 267–272.
- Battu, C (2018). Alopecie et traitements anticancéreux. *Actualités Pharmaceutiques*, 57(579), 59–61. doi:10.1016/j.actpha.2018.07.013
- Benabu, J., Stoll, F., Gonzalez, M., & Mathelin, C (2015). Travail de nuit, travail posté : facteur de risque du cancer du sein ?. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 43(12), pp.791-799. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.10.004>
- Bibliothèque du parlement (2012). *L'obligation d'accommodement dans le contexte des droits de la personne au Canada*. Retrieved from [https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr\\_CA/ResearchPublications/201201E#a3](https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/fr_CA/ResearchPublications/201201E#a3)
- Bijker, R., Duijts, SFA., Smith, SN., de Wildt-Liesveld, R., Anema JR & Regeer BJ (2018). Functional impairments and work-related outcomes in breast cancer survivors: a systematic review. *J Occup Rehabil* 28(3):429–451. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9736-8>
- Binkley, J., Harris, S., Levangie, P., Pearl, M., Guglielmino, J., Kraus, V., & Rowden, D (2012). Patient perspectives on breast cancer treatment side effects and the prospective surveillance model for physical rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer*, 118(S8), pp.2207-2216. <https://doi.org/10.1002/cncr.27469>
- Blinder, VS., Murphy, MM., Gold HT, de Melo-Martin I., Hayes MK., Chuang E., Moore A. & Mazumdar M (2012) Employment after a breast cancer diagnosis: a qualitative study of ethnically diverse urban women. *J Community Health* 37(4):763–772
- Bouckaert (2021, Octobre 29). La Belgique a le taux de cancer du sein le plus élevé au monde. *Le Vif*. <https://www.levif.be/belgique/la-belgique-a-le-taux-de-cancer-du-sein-le-plus-eleve-au-monde/>
- Bouknight, R.R., Bradley, C.J., & Luo, Z (2006). Correlates of return to work for breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 24(3), 345–353.

Bourgier, C (2014). Actualités en radiothérapie des cancers du sein diagnostiqués précocement. *La Lettre du Sénologue*, 66, pp.10-11. Retrieved from <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/22321.pdf>

Bower, J.E., Ganz, P.A., Desmond, K.A., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E. & Belin, T.R (2000). Fatigue in breast cancer survivors: Occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Journal of Oncology*, 18, 743–753

Buchanan, A., Heeney, R., & Heeney, D (n.d.). *Questions d'ordre juridique : Canada*. Retrieved from <https://www.cancerandwork.ca/fr/survivants/questions-dordre-juridique-canada/#inform>

Buxeraud, J., & Fougere, É (2020). Les médicaments du cancer du sein. *Actualités Pharmaceutiques*, 59(598), 14–17. doi:10.1016/j.actpha.2020.06.008

Canadian Breast Cancer Network (2018). *Répercussions économiques du cancer du sein*. Retrieved from <https://cbcn.ca/web/default/files/public/Reports/FR%20Economic%20Impact%20Report%202018.pdf>

Cardoso, F., MacNeill, F., Penault-Llorca, F., Eniu, A., Sardanelli, F., Nordström, E., & Poortmans, P (2021). Why is appropriate healthcare inaccessible for many European breast cancer patients? – The EBCC 12 manifesto. *The Breast*, 55, 128-135. doi: 10.1016/j.breast.2020.12.010

Cellules RISE (2015). *L'utilisation de substances chimiques sur le lieu de travail*. Retrieved from [http://rise.be/files/library/Publications/Passer-a-l-action/Substances chimiques/DOC Substances chimiques\(1\).pdf](http://rise.be/files/library/Publications/Passer-a-l-action/Substances_chimiques/DOC_Substances_chimiques(1).pdf)

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (2022). *Le rapport sur la santé et la sécurité. Vol 12. No 11*. Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST). <https://www.cchst.ca/newsletters/hsreport/issues/2014/11/ezine.html>

- Cesi (2016). Incapacité de travail. *Loi du 20 décembre 2016 portant dispositions diverses en droit du travail (M.B.30.12.2016)*. Retrieved from [https://www.cesi.be/sites/default/files/incapacite\\_travail\\_droit\\_travail\\_loi20161220\\_note\\_1\\_egislativ.pdf](https://www.cesi.be/sites/default/files/incapacite_travail_droit_travail_loi20161220_note_1_egislativ.pdf)
- CGSLB (n.d.). *Le trajet de réintégration des travailleurs en incapacité de travail*. Retrieved from [https://www.cgslb.be/sites/default/files/publicaties/brochure\\_trajet\\_de\\_re-integration\\_incapacite\\_travail.pdf](https://www.cgslb.be/sites/default/files/publicaties/brochure_trajet_de_re-integration_incapacite_travail.pdf)
- Chan., V. & Yeo, W (2011). Antiemetic therapy options for chemotherapy-induced nausea and vomiting in breast cancer patients. *Breast Cancer: Targets and Therapy*, (pp.151-160). doi: 10.2147/BCTT.S12955
- Chaput, G (2018). The survivorship care plan: a valuable tool for primary care providers *Current Oncology*. Vol. 25 No 3. Retrieved from [https://mdpi-res.com/d\\_attachment/curroncol/curroncol-25-04156/article\\_deploy/curroncol-25-04156.pdf?version=1609334390](https://mdpi-res.com/d_attachment/curroncol/curroncol-25-04156/article_deploy/curroncol-25-04156.pdf?version=1609334390)
- Chénier, Louise, Hoganson Crystal et Karla Thorpe. Justifier les investissements dans la santé et le mieux-être au travail, Ottawa, Le Conference Board du Canada, juin 2012. Retrieved from [https://www.sunlife.ca/static/canada/Sponsor/About%20Group%20Benefits/Group%20benefits%20products%20and%20services/The%20Conversation/Disability/CreatingAnEffectiveWorkplace\\_SUNLIFE\\_FR.PDF](https://www.sunlife.ca/static/canada/Sponsor/About%20Group%20Benefits/Group%20benefits%20products%20and%20services/The%20Conversation/Disability/CreatingAnEffectiveWorkplace_SUNLIFE_FR.PDF)
- CHU UCL Namur (n.d.). Vivre avec le cancer : votre carnet de bord. Retrieved from <https://www.chuucnamur.be/wp-content/uploads/2021/03/com-017a-03-web.pdf>
- Clere, N (2016). Les traitements du cancer du sein. *Actualités Pharmaceutiques*, 55(558), pp.20-25. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2016.06.012>
- Clinique Saint-Jean (n.d.). *La réévaluation oncologique*. Retrieved from <https://www.clstjean.be/la-revalidation-oncologique>

Cliniques universitaires Saint-Luc (2018). *L'hormonothérapie du cancer du sein*. [Brochure]. Retrieved from <https://www.saintluc.be/sites/default/files/2020-09/commu-dsq-099-hormonotherapie-cancer-sein.pdf>

Cohesio (2016, Novembre 28). *Nouvelle réglementation concernant le trajet de réintégration des travailleurs*. Retrieved from <https://www.cohezio.be/fr/nouvelle-reglementation-concernant-le-trajet-de-reintegration-des-travailleurs>

Collège national de pharmacologie médicale (2022, Mai 13). *Inhibiteurs de l'aromatase*. Retrieved from [https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/inhibiteurs-de-l-aromatase#:~:text=L'aromatase%20est%20une%20enzyme,surr%C3%A9nales\)%20chez%20la%20femme%20m%C3%A9nopaus%C3%A9e.](https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/inhibiteurs-de-l-aromatase#:~:text=L'aromatase%20est%20une%20enzyme,surr%C3%A9nales)%20chez%20la%20femme%20m%C3%A9nopaus%C3%A9e.)

Commission canadienne des droits de la personne (2007). *A guide for managing the return to work*. Retrieved from [https://www.chrc-ccdp.gc.ca/sites/default/files/gmrw\\_ggrt\\_en\\_2.pdf](https://www.chrc-ccdp.gc.ca/sites/default/files/gmrw_ggrt_en_2.pdf)

Commission canadienne des droits de la personne (n.d.). *Accommodation works !* Retrieved from [https://www.chrc-ccdp.gc.ca/sites/default/files/accommodation\\_works\\_application\\_manual\\_format.pdf](https://www.chrc-ccdp.gc.ca/sites/default/files/accommodation_works_application_manual_format.pdf)

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (n.d.). *Maladie ou accident non lié au travail*. Retrieved from <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/conditions-travail/conges/accidents-maladies/maladie-accident-non-lie-au-travail>

Commission ontarienne des droits de la personne (n.d.). Retrieved from <https://www.ohrc.on.ca/en/policy-ableism-and-discrimination-based-disability/8-duty-accommodate>

Cooper, A., Hankins, M., Rixon, L., Eaton, E & Grunfeld, E (2013). Distinct work-related, clinical and psychological factors predict return to work following treatment in four different cancer types. *Psycho-oncology*. Volume 22, Issue 3 (pp. 659-667). <https://doi.org/10.1002/pon.3049>

Costa, A., Fontes, F., Pereira, S., Gonçalves, M., Azevedo, A., & Lunet, N (2014). Impact of breast cancer treatments on sleep disturbances – A systematic review. *The Breast*, 23(6), pp.697-709. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2014.09.003>

CSC (n.d.). *Discrimination au travail*. <https://www.lacsc.be/vos-droits/travailler-dans-le-secteur-prive/Bien-etre-au-travail/discrimination>

Cutuli, B (2019). Les carcinomes canaux in situ en 2019 : diagnostic, traitement, pronostic. *La Presse Médicale*, 48(10), pp.1112-1122.

Darby, S., Ewertz, M., McGale, P., Bennet, A., Blom-Goldman, U., Brønnum, D., Correa, C., Cutter, D., Gagliardi, G., Gigante, B., Jensen, M., Nisbet, A., Peto, R., Rahimi, K., Taylor, C., & Hall, P (2013). Risk of Ischemic Heart Disease in Women after Radiotherapy for Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*, 368(11), pp.987-998. doi: [10.1056/NEJMoa1209825](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1209825)

de Boer, A (2018). The role of the general practitioner in return to work after cancer – a systematic review. Conférence du Cancer and Primary Care Research International Network (Ca-PRI), du 18 au 20 avril 2018, Groningen, Pays-Bas.  
Retrieved from : <https://ca-pri.org>.

Delaloge, S., Bachelot, T., Bidard, F., Espie, M., Brain, E., Bonnefoi, H., Gligorov, J., Dalenc, F., Hardy-Bessard, A., Azria, D., Jacquin, J., Lemonnier, J., Jacot, W., Goncalves, A., Coutant, C., Ganem, G., Petit, T., Penault-Lorca, F., Debled, M., Campone, M., Levy, C., Coudert, B., Lortholary, A., Venat-Bouvet, L., Grenier, J., Bourgeois, H., Asselain, B., Arvis, J., Castro, M., Tardivon, A., Cox, D., Arveux, P., Balleyguier, C., André, F., & Rouzier, R (2016). Dépistage du cancer du sein : en route vers le futur. *Bulletin du Cancer*, 103(9), pp.753-763. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2016.06.005>

Direction de la recherche parlementaire (1997). Retrieved from <https://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/MR/mr102-f.htm#LES%20LOIS>

- Drillon, P., Desvergée, A., Prevost, A., & Blaizot, X (2022). Impact de l'activité physique adaptée sur les douleurs articulaires induites sous hormonothérapie adjuvante du cancer du sein : une revue de la littérature. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 80(4), ???.  
<https://doi.org/10.1016/j.pharma.2022.06.003>
- Drolet, M., Maunsell, E., Mondor, M., Brisson, C., Brisson, J., Masse, B., & Deschenes, L (2005). Work absence after breast cancer diagnosis: a population-based study. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(24), 1813–1822.
- Emploi et développement social Canada (2022). *Types de congés offerts aux employés dans les industries et milieux de travail sous réglementation fédérale*. Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/services/emplois/milieu-travail/normes-travail-federales/conges.html#h2.11>
- Engel, C., Rasanayagam M., Gray, J., & Rizzo, J (2018). Work and female breast cancer : the state of the evidence, 2002-2017. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 28(1), <https://doi.org/10.1177/1048291118758460>
- Ewertz, M., & Jensen, A (2011). Late effects of breast cancer treatment and potentials for rehabilitation. *Acta Oncologica*, 50(2), pp.187-193.  
<https://doi.org/10.3109/0284186X.2010.533190>
- Fantoni, S.Q., Peugniez, C., Duhamel, A., Skryzpczak, J., Frimat, P., & Leroyer, A (2010). Factors related to return to work by women with breast cancer in northern France. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20, 49–58.
- Feyer, P., Jahn, F., & Jordan, K (2014). Radiation induced nausea and vomiting. *European Journal of Pharmacology*, 722, pp.165-171. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2013.09.069>
- Fondation contre le cancer (2020, Octobre 26). Traitements ciblés. <https://www.cancer.be/les-cancers/traitements/les-nouveaux-traitements-cibl-s>
- Fondation contre le cancer (2022). *Les cancers du sein*. [Brochure] Retrieved from <https://www.cancer.be/publication/les-cancers-du-sein>

Fondation contre le cancer (n.d.a). *Lexique : hormone de libération de la lutéinostimuline (LH-HR)*. Retrieved from <https://www.cancer.be/lexique/h/hormone-de-lib-ration-de-la-lut-inostimuline-lh-rh>

Fondation contre le cancer (n.d.b). *Lexique : Traitement adjuvant*. Retrieved from [https://www.cancer.be/lexique/t/traitement-adjuvant#:~:text=Traitement%20administr%C3%A9%20en%20plus%20du,maladie%20\(c%20me%20le%20cancer\)](https://www.cancer.be/lexique/t/traitement-adjuvant#:~:text=Traitement%20administr%C3%A9%20en%20plus%20du,maladie%20(c%20me%20le%20cancer))

Fondation contre le cancer (n.d.c). *A qui puis-je m'adresser ?* Retrieved from <https://www.cancer.be/aide-aux-patients/lactivite-physique-pendant-et-apres-un-cancer/qui-puis-je-madresser>

Fondation contre le cancer (n.d.d). *Les frais liés au cancer et les aides*. Retrieved from <https://www.cancer.be/aide-aux-patients/aspects-financiers/les-frais-li-s-au-cancer-et-les-aides#:~:text=Ainsi%2C%20d%C3%A8s%20que%20le%20total,conventionn%C3%A9s%20ne%20sont%20pas%20rembours%C3%A9s>

Fondation pour la recherche sur le cancer (2020). *Les cancers du sein*. [Brochure]. Retrieved from <https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-sein>

Ganz, PA. & Bower, JE (2007). Cancer related fatigue: a focus on breast cancer and Hodgkin's disease survivors. *Acta Oncol* 46 : 474–9. <http://dx.doi.org/10.1080/02841860701367845>

Gärtner, R., Jensen, M., Nielsen, J., Ewertz, M., Kroman, N., & Kehlet, H (2009). Prevalence of and Factors Associated With Persistent Pain Following Breast Cancer Surgery. *JAMA*, 302(18), p.1985. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1568>

Gilbert, M (2019, Janvier). *La Belgique a le taux de cancer du sein le plus élevé du monde*. [Press release]. Retrieved from <https://www.bigagainstbreastcancer.org/fr/news/la-belgique-le-taux-de-cancer-du-sein-le-plus-%C3%A9lev%C3%A9-du-monde#:~:text=Les%20taux%20d'incidence%20du,188%20cas%20sur%20100.000%20femmes>.

Gillet, J (2022, Mars 18). *Les soins de santé au Canada comment ça fonctionne*. [Blog]. Retrieved from <https://julieunefois.be/les-soins-de-sante-au-canada-comment-ca-fonctionne/>

Gouvernement du Canada (2020). *Les prestations de maladie de l'assurance-emploi*. Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/assurance-emploi/ae-liste/rapports/maladie.html#h2.2>

Gouvernement du Canada (2020b). *Assurance invalidité*. Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/agence-consommation-matiere-financiere/services/assurance/invalidite.html#toc1>

Gouvernement du Canada (2020). *Les médicaments oncologiques au Canada : tendances et comparaisons internationales, 2010-2019*. Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/examen-prix-medicaments-brevetes/services/sniump/etudes-analytiques/medicaments-oncologiques-tendances-comparaisons-internationales.html#a7>

Haïfa, B., El Mhabrech, H., Zouari, I., Njima, M., Daldoul, A., Ahmed, H., Awatef, H., Khchine, W., Zaidi, S., & Faleh, R (2019). Le carcinome lobulaire infiltrant du sein: à propos de 30 cas. *Pan African Medical Journal*, 34. <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2019.34.70.18780>

Harder, H.G. & Scott, L.R (2005). *Comprehensive disability management*. London, England: Elsevier.

Hassett, MJ., O'Malley, AJ. & Keating, NL (2009). Factors influencing changes in employment among women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*, 115(12):2775-82

Haute Autorité de Santé (2015). *Dépistage et prévention du cancer du sein*. [Référentiel] Retrieved from [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces\\_k\\_du\\_sein\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf).

Hjerl, K., Andersen, E., Keiding, N., Mouridsen, H., ; Mortensen, P., & Jørgensen., T (2003). *Depression as a Prognostic Factor for Breast Cancer Mortality.* , 44(1), 0–30. doi:10.1176/appi.psy.44.1.24

Humbert, P (2009). Prévenir l’alopécie chimio-induite. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 136, pp.S29-S32. [https://doi.org/10.1016/S0151-9638\(09\)72395-6](https://doi.org/10.1016/S0151-9638(09)72395-6)

Institute for Work & Health (2007). Seven key principles support employee’s successful return to work. *At work 47*. Retrieved from <https://www.iwh.on.ca/newsletters/at-work/47/seven-key-principles-support-employee-s-successful-return-to-work>

Institute for work and health (2019). Supporting return to work among employees with musculoskeletal or mental health conditions : An evidence-based practical resource. [Brochure]. Retrieved from [https://www.iwh.on.ca/sites/iwh/files/iwh/tools/iwh\\_supporting\\_rtw\\_among\\_employees\\_w\\_ith\\_musculoskeletal\\_or\\_mental\\_health\\_conditions\\_resource\\_2019.pdf](https://www.iwh.on.ca/sites/iwh/files/iwh/tools/iwh_supporting_rtw_among_employees_w_ith_musculoskeletal_or_mental_health_conditions_resource_2019.pdf)

Institut national d’assurance maladie-invalidité (2022). *Calcul de votre indemnité d’incapacité de travail comme travailleur ou chômeur.* Retrieved from <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/incapacite-travail/salaries-chomeurs/Pages/calculer-indemnite.aspx>

Institut national du cancer (n.d.a). *Après l’intervention.* Retrieved from <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Chirurgie-tumorectomie-et-mastectomie/Apres-l-intervention#toc-la-dur-e-de-l-hospitalisation>

Institut national du cancer (n.d.b). *Chambre implantable.* Retrieved from <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Chimiotherapie/Chambre-implantable>

Islam, T., Dahlui, M., Majid, H., Nahar, A., Mohd Taib, N., & Su, T. (2014). Factors associated with return to work of breast cancer survivors: a systematic review. *BMC Public Health*, 14(3 Supplement), S8–. doi:10.1186/1471-2458-14-S3-S8

- Jodar, M., Jacquin, J-P., & Vallée, J (2016). Perception des effets indésirables de la chimiothérapie et de l'hormonothérapie par les femmes prises en charge pour un cancer du sein. *Therapies*, 71 (3), pp. 263-273. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2016.02.025>
- Johnson, K (n.d.). *Aménagements du milieu de travail pour les personnes atteintes d'un cancer*. Retrieved from <https://www.cancerandwork.ca/fr/survivants/amenagements-du-milieu-de-travail/amenagements-du-milieu-de-travail-pour-les-personnes-atteintes-dun-cancer/>
- Jordan, K., Schmoll, H., & Aapro, M (2007). Comparative activity of antiemetic drugs. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 61(2), pp.162-175. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2006.08.003>
- Jung, B., Ahrendt, G., Oaklander, A., & Dworkin, R (2003). Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain*, 104(1), pp.1-13. [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00241-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00241-0)
- Karlsson, S., Wallengren, C., Bagge, R., & Hénoch, I (2019). Women's coping strategies during the first three months of adjuvant endocrine therapy for breast cancer. *Nurs Open*, 7(2), pp. 605-612. doi: [10.1002/nop2.430](https://doi.org/10.1002/nop2.430)
- Kennedy, F., Haslam, C., Munir, F. & Pryce, J (2007). Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer, 16(1), 17–25. doi:10.1111/j.1365-2354.2007.00729.x
- Kenyon, M., Mayer, D., & Owens, A (2014). Late and long-term effects of breast cancer treatment and surveillance management for the general practitioner. *In focus*, 43(3), pp.382-398. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12300>
- Laflamme, A-M (2009). La défense de contrainte excessive est-elle possible pour les employeurs du secteur public?, 87-2 *Revue du Barreau canadien* 427. [https://www.canlii.org/fr/doctrine/doc/2009CanLIIDocs142#!fragment/zoupio-\\_Tocpdf\\_bk\\_1/BQCwhgziBcwMYgK4DsDWszlQewE4BUBTADwBdoAvbRABwEtsBaAfX2zhoBMAzZgi1TMAjAEoANMmylCEAIqJCuAJ7QA5KrERCYXAnmKV6zdt0gAynlIAhFQCUAogBI7ANQCCAOQDC9saTB80KTsIiJAA](https://www.canlii.org/fr/doctrine/doc/2009CanLIIDocs142#!fragment/zoupio-_Tocpdf_bk_1/BQCwhgziBcwMYgK4DsDWszlQewE4BUBTADwBdoAvbRABwEtsBaAfX2zhoBMAzZgi1TMAjAEoANMmylCEAIqJCuAJ7QA5KrERCYXAnmKV6zdt0gAynlIAhFQCUAogBI7ANQCCAOQDC9saTB80KTsIiJAA)

Lagrave, H (2021, novembre 18). *Le mi-temps médical, 3 choses que vous devez savoir.*

Retrieved from <https://welexit.be/le-mi-temps-medical/>

L'avenir (2021, Octobre 25). *Le coût du cancer du sein encore trop élevé pour les patientes.*

L'avenir. Retrieved from <https://www.lavenir.net/actu/belgique/2021/10/25/le-cout-du-cancer-du-sein-encore-trop-eleve-pour-les-patientes-472DNLIGCVHALCSCLRFL72HHBE/>

Lifemark (n.d.). Cancer rehab treatment. Retrieved from

<https://www.lifemark.ca/services/cancer-rehab>

Lim, C., Devi, M., & Ang, E (2011). Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(3), pp.215-235. doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00221.x.

Lim, C.S., Lee, YG., Koh, Y. & Heo, D (2014). International comparison of the factors influencing reimbursement of targeted anti-cancer drugs. *BMC Health Serv Res* 14, 595 . <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0595-0>

Maheu, C., Parkinson, M., Oldfield, M., Kita-Stergiou, M., Bernstein, L., Esplen, M. J., (2016). on behalf of the Cancer and Work core team members. *Cancer and Work*. Retrieved from <https://www.cancerandwork.ca/fr/employeurs/le-role-des-professionnels/#vocrehab>

Marin, S (2020, Octobre 23). Les femmes priées de ne pas retarder leur rendez-vous de dépistage. *La Presse Canadienne*. <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-10-23/cancer-du-sein/les-femmes-priees-de-ne-pas-reporter-leur-rendez-vous-de-depistage.php>

Mock, V (1998). Breast Cancer and Fatigue. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*.46(9), 425–433

Moon, Z., Hunter, M., Moss-Morris, R., & Hughes, L (2016). Factors related to the experience of menopausal symptoms in women prescribed tamoxifen. *Journal of Psychosomatic*

Obstetrics & Gynecology, 38(3), pp.226-235.  
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1216963>

Munir, F., Burrows, J., Yarker, J., Kalawsky, K., & Bains, M (2010). Women's perceptions of chemotherapy-induced cognitive side effects on work ability: a focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1362–1370.

Newfoundland and Labrador (n.d.). *Programme d'aide au transport medical*. Retrieved from <https://www.gov.nl.ca/hcs/mcp/fr/travelassistance/>

Nitkin, P., Parkinson, M., & Schultz, I (2011). *Cancer and work : a canadian perspective*. Retrieved from [https://moodle.adaptland.it/pluginfile.php/20647/mod\\_data/content/40968/2011-Nitkin.pdf](https://moodle.adaptland.it/pluginfile.php/20647/mod_data/content/40968/2011-Nitkin.pdf)

Oktem, O., & Oktay., K (2009). Fertility preservation for breast cancer patients. *Seminars in Reproductive Medicine*, 27(6), pp.486-492. doi: 10.1055/s-0029-1241059

Pinquart, M., & Duberstein, P (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 40(11), pp.1797-1810. doi: 10.1017/S0033291709992285

Programme des Nations Unies pour l'Environnement et de l'Organisation mondiale de la Santé (2013). State of the sciences of endocrine disrupting chemicals. In A. Bergman, J. Heindel, S. Jobling, K. Kidd & R. Zoeller (Eds.). *Why should we be concerned ? – Human disease trends (pp.8-9)*.

Pryce, J., Munir, F. & Haslam, C (2007). Cancer survivorship and work: symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *J Occup Rehabil*. Mar;17(1):83-92. doi: 10.1007/s10926-006-9040-5. PMID: 17318459.

Radio-Canada (29 janvier 2013). *Les coûts cachés du cancer du sein*. Retrieved from <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/597787/cancer-sein-couts-etude>

Radio-Canada (2021, Novembre 27). *10 jours de congés de maladie pour les employés sous juridiction fédérale*. Retrieved from <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1843109/conges-maladie-travailleurs-gouvernement-federal-intimidation-sante>

Rangel, J., Tomás, MT. & Fernandes, B (2019). Physical activity and physiotherapy: perception of women breast cancer survivors. *Breast Cancer*. May;26(3):333-338. doi: 10.1007/s12282-018-0928-7.

Réseau canadien du cancer du sein (n.d.). *Returning to work*. Retrieved from [https://cbcn.ca/en/mbc\\_practical\\_issues](https://cbcn.ca/en/mbc_practical_issues)

Réseau canadien du cancer du sein (n.d.b). Le cancer du sein. *Les thérapies complémentaires*. Retrieved from <https://www.cbcn.ca/web/default/files/public/Reports/French%20Complementary%20Therapies.pdf>

Roche (n.d.). *Les perfusions de chimiothérapie en pratique*. Retrieved from <https://www.roche.fr/fr/patients/info-patients-cancer/traitement-cancer/traitement-chimiotherapie/chimiotherapie-definition.html>

Ruiz-Casado, A., Álvarez-Bustos, A., de Pedro, C., Méndez-Otero, M., & Romero-Elías, M (2021). Cancer-related Fatigue in Breast Cancer Survivors: A Review. *Clinical Breast Cancer*, 21(1), 10-25. doi: 10.1016/j.clbc.2020.07.011

Salibasic, M., & Delibegovic., S (2018). The quality of life and degree of depression of patients suffering from breast cancer. *Medical Archives*, 72(3), pp.202-205. doi: [10.5455/medarh.2018.72.202-205](https://doi.org/10.5455/medarh.2018.72.202-205)

Sancho-Garnier, H., & Colonna, M (2019). Epidémiologie des cancers du sein. *La Presse Médicale*, 48(10), pp.1076-1084. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.09.022>

Sécurité sociale (n.d.). *Salaire garanti en début d'incapacité de travail*. Retrieved from <https://www.socialsecurity.be/citizen/fr/incapacite-de-travail-accident-de-travail-et->

[maladies-professionnelles/accident-du-travail/salaire-garanti-en-debut-d-incapacite-de-travail](#)

Schnur, J. B., Ouellette, S. C., Bovbjerg, D. H., & Montgomery, G. H (2009). Breast cancer patients' experience of external-beam radiotherapy. *Qualitative Health Research*, 19(5), 668–676. <https://doi.org/10.1177/1049732309334097>

Shuel, S (2022). Thérapies ciblées contre le cancer. *Le médecin de famille Canadien*, 68. Retrieved from <https://www.cfp.ca/content/cfp/68/7/e199.full.pdf>

Sibaud V, Delord JP, Robert C. Dermatologie des traitements anti-cancéreux. Clubdermaweb. Retrieved from [www.clubdermaweb.com](http://www.clubdermaweb.com)

Société canadienne du cancer (n.d.). *Dépistage du cancer du sein*. Retrieved from <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/screening>

Spelten, ER., Sprangers, MA. & Verbeek, JH (2002). Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psychooncology*. Mar-Apr;11(2):124-31. doi: 10.1002/pon.585. PMID: 11921328.

SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (n.d.). *Travail de nuit et travail posté*. SPF. Retrieved from <https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/organisation-de-travail-et-categories-specifiques-du-travailleurs-4>

SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (n.d.b). Retour au travail après une absence longue durée pour raison médicale. Retrieved from [https://emploi.belgique.be/sites/default/files/fr/modules\\_pages/publicaties/document/bien-etre\\_welzijn/retourtravailraisonmedicale.pdf](https://emploi.belgique.be/sites/default/files/fr/modules_pages/publicaties/document/bien-etre_welzijn/retourtravailraisonmedicale.pdf)

SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (n.d.c). *La surveillance de la santé des travailleurs*. Retrieved from [https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/la-surveillance-de-la-sante-des-travailleurs#toc\\_heading\\_1](https://emploi.belgique.be/fr/themes/bien-etre-au-travail/la-surveillance-de-la-sante-des-travailleurs#toc_heading_1)

Statistique Canada (2019). *Workplace accommodations for employees with disabilities in Canada*. Retrieved from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2019001-eng.htm>

Stavrou, D., Weissman, O., Polyniki, A., Papageorgiou, N., Haik, J., Farber., N., & Winkler, E (2009). Quality of life after breast cancer surgery with or without reconstruction. *Eplasty*, 9, pp.161-168.

Stoop, P (2016). *Le retour au travail après un traitement de cancer du sein*. Nouvelles du réseau automne 20. Retrieved from <https://pub.lucidpress.com/NNautomne16/#jqa.8YKTg17S>

Sun, Y., Shigaki, C., & Armer, J (2017). Return to work among breast cancer survivors: A literature review. *Supportive Care in Cancer*, 25(3), 709–718. doi:10.1007/s00520-016-3446-1

Szkiela, M., Kusideł, E., Makowiec-Dąbrowska, T., & Kaleta, D (2020). Night Shift Work— A Risk Factor for Breast Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), p.659. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17020659>

Tiedtke, C., de Rijk A., Dierckx de Casterlé B., Christiaens M-R. & Donceel P (2010). Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: a literature review. *Psychooncology*. Jul;19(7):677-83. doi: 10.1002/pon.1633. PMID: 19823971.

The Canadian Association for Supported Employment, (n.d.). *Return to work*. Retrieved from <https://supportedemployment.ca/hrtoolkit/return-to-work/>

The Conference Board of Canada (2013). *Employeurs, êtes-vous prêts ?* [Rapport]. Retrieved from [https://www.sunlife.ca/static/canada/Sponsor/About%20Group%20Benefits/Group%20benefits%20products%20and%20services/The%20Conversation/Disability/DisabilityManagement\\_SUNLIFE\\_FR.pdf](https://www.sunlife.ca/static/canada/Sponsor/About%20Group%20Benefits/Group%20benefits%20products%20and%20services/The%20Conversation/Disability/DisabilityManagement_SUNLIFE_FR.pdf)

The Conference Board of Canada (2013b). L'absentéisme dans les organisations canadiennes. Quand les employés manquent à l'appel. [Note d'information]. Retrieved from [https://www.sunlife.ca/static/canada/Sponsor/About%20Group%20Benefits/Focus%20Update/2013/Special%20Edition%20-%20Sept.%202023%20-%20%20Sun%20Life%20co-sponsors%20major%20new%20Conference%20Board%20of/MissinginAction\\_SUN%20LIFE\\_FR.pdf](https://www.sunlife.ca/static/canada/Sponsor/About%20Group%20Benefits/Focus%20Update/2013/Special%20Edition%20-%20Sept.%202023%20-%20%20Sun%20Life%20co-sponsors%20major%20new%20Conference%20Board%20of/MissinginAction_SUN%20LIFE_FR.pdf)

The Conference Board of Canada (2013c). Pour un programme efficace de gestion de l'invalidité en milieu de travail. [Note d'information]. Retrieved from [https://www.sunlife.ca/static/canada/Sponsor/About%20Group%20Benefits/Group%20benefits%20products%20and%20services/The%20Conversation/Disability/CreatingAnEffectiveWorkplace\\_SUNLIFE\\_FR.PDF](https://www.sunlife.ca/static/canada/Sponsor/About%20Group%20Benefits/Group%20benefits%20products%20and%20services/The%20Conversation/Disability/CreatingAnEffectiveWorkplace_SUNLIFE_FR.PDF)

Thiébaud, A ( 2020, décembre 15). Reconstruction mammaire et cancer : prothèse, coût, remboursement. Retrieved from <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-maladies/2568670-reconstruction-mammaire-cancer-prothese-infection-graisse-prix-convalescence-remboursement-cout/>

Think Pink (2019). Tout savoir pour vivre pendant et après le cancer du sein. [Brochure]. Retrieved from [https://www.thinkpink.be/Portals/0/documenten/Think%20Pink\\_2019\\_FR\\_HR-c.pdf](https://www.thinkpink.be/Portals/0/documenten/Think%20Pink_2019_FR_HR-c.pdf)

Trüeb, R (2009). *Chemotherapy induced alopecia*. Retrieved from [https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/issues/articles/vol28\\_i1\\_Chemo-Induced\\_Alopecia.pdf](https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/issues/articles/vol28_i1_Chemo-Induced_Alopecia.pdf)

Union for International Cancer Control (2016). TNM classification of malignant tumours. 8<sup>th</sup> edition. In J. Brierley, M. Gospodarowicz & C. Wittekind (Eds.), *Breast tumours* (pp.152-159).

Verleye, L., Desomer, A., Gailly, J., & Robays, J (2012). Dépistage du cancer du sein : comment identifier les femmes exposées à un risque accru - Quelles techniques d'imagerie utiliser?. Good Clinical Practice (GCP). KCE Reports 172B. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

<https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/depistage-du-cancer-du-sein-comment-identifier-les-femmes-exposees-a-un-risque-accru-quelles>

Wada, K., Ohtsu, M., Aizawa, Y., Tanaka, H., Tagaya, N. & Takahashi M (2012). Awareness and behavior of oncologists and support measures in medical institutions related to ongoing employment of cancer patients in Japan. *Jpn J Clin Oncol.* Apr;42(4):295-301. doi: 10.1093/jjco/hyr202.

Warr, D., Street, J., & Carides, A (2010). Evaluation of risk factors predictive of nausea and vomiting with current standard-of-care antiemetic treatment: analysis of phase 3 trial of aprepitant in patients receiving Adriamycin-cyclophosphamide-based chemotherapy. *Supportive Care in Cancer* 19, pp.807-813. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0899-5>

Wellspring (2022). Welcome to Wellspring. Retrieved from [https://ebooks.wellspring.ca/epub\\_ws\\_guide/mobile/index.html#p=12](https://ebooks.wellspring.ca/epub_ws_guide/mobile/index.html#p=12)

Westmead breast cancer institute (2013). *Breast cancer in younger women*. [Brochure]. Retrieved from <https://www.bci.org.au/wp-content/uploads/2016/09/Westmead-BCI-Breast-Cancer-in-Younger-Women-Fact-Sheet.pdf>

## RESUME

La Belgique est le pays avec le plus haut taux d'incidence de cancer du sein dans le monde. Ces dernières années, le nombre de personnes touchées n'a d'ailleurs fait qu'augmenter. Heureusement, grâce aux progrès de dépistages et de traitements, l'espérance de vie et les rémissions sont à la hausse. Les personnes touchées étant généralement des femmes en âge de travailler, il est important de savoir quel impact cette maladie peut avoir sur la travailleuse. De nombreux freins comme l'agressivité des traitements et les effets secondaires qui en découlent peuvent retarder un retour au travail. Des dispositifs permettant à la personne de revenir en emploi sont intéressants du point de vue du travailleur mais aussi de l'employé. Mais répondent-ils aux attentes ? Un pays tel que le Canada est-il mieux équipé à gérer ce type de maladie et son impact sur le travail ?

## MOTS-CLEFS

Cancer du sein – Retour au travail

