

Influence de la précarité sociale et du soutien social perçu, sur le retour au travail des femmes ayant un cancer du sein, dans l'année suivant le début des traitements adjuvants

Impact of Precariousness and Perceived Social Support, on the Return to Work of Women with Breast Cancer, in the Year Following the Beginning of Adjuvant Treatments

B. Porro · A. Michel · F. Cousson-Gélie

Reçu le 16 décembre 2021 ; accepté le 21 janvier 2022
© Lavoisier SAS 2022

Résumé L'objectif est d'étudier les liens entre précarité sociale, soutien social perçu et retour au travail (RAT) dans la première année suivant le début des traitements adjuvants du cancer du sein. Soixante-huit patientes incluses au début des traitements adjuvants (T0) ont été suivies à 3 (T1) et 12 mois (T2). Le soutien informatif des amis à T0 favorise le RAT à T1. La précarité et le soutien négatif à T0 et T2 sont des freins au RAT à T2. La prise en charge du RAT doit être proposée et adaptée dès le début des traitements.

Mots clés Cancer du sein · Retour au travail · Précarité sociale · Soutien social perçu · Sources de soutien

Abstract The aim is to assess the associations between social precariousness, perceived social support, and the return to work (RTW) in the first year following the beginning of adjuvant breast cancer treatment. Sixty-eight breast

cancer patients encountered when starting their adjuvant treatment (T0) were followed up at 3 (T1) and 12 months (T2). Friends' informative support at T0 favours the RTW at T1. Precariousness and negative support at T0 and T2 decrease the likelihood of RTW at T2. RTW support should be offered and tailored at the outset of treatment.

Keywords Breast cancer · Return to work · Social precariousness · Perceived social support · Sources of social support

Introduction

Le cancer du sein est la pathologie cancéreuse la plus diagnostiquée chez la femme en France [1]. L'efficacité des campagnes de prévention et les progrès médicaux ont toutefois permis de réduire sa mortalité ces dernières décennies [1]. Les survivantes au cancer du sein sont donc susceptibles de vivre avec des effets secondaires, à long terme, de la maladie et ses traitements (fatigue, douleurs ou détresse émotionnelle par exemple) impactant considérablement leur quotidien et notamment leur vie professionnelle, pour celles en âge de travailler [2,3]. Pourtant, le retour au travail durable après le diagnostic d'un cancer du sein est une issue favorable pour les patientes permettant de regagner un sentiment de normalité et de sécurité financière, de maintenir les relations sociales et de recouvrer les habiletés fonctionnelles (physiques, psychologiques et/ou cognitives) [3,4].

Les travaux visant à identifier les déterminants du retour au travail après le diagnostic d'un cancer du sein le définissent comme un processus dynamique et multifactoriel [3,5–7]. Des conceptualisations, fondées sur le modèle biopsychosocial, ont d'abord été proposées mais ont été qualifiées de linéaires, ne reflétant pas la complexité et la dynamique du

B. Porro (✉) · A. Michel (✉) · F. Cousson-Gélie (✉)
Université Paul-Valéry Montpellier-III, Université de Montpellier,
EPSYLON EA 4556, F-34000 Montpellier, France
e-mail : bertrand.porro@univ-angers.fr,
aude.michel@univ-montp3.fr,
florence.cousson-gelie@univ-montp3.fr

B. Porro
Université Angers–Université Rennes, Inserm,
EHESP, Irset (Institut de recherche en santé, environnement et
travail) — UMR_S1085, SFR ICAT, SIRIC ILIAD,
F-49000 Angers, France

A. Michel
Montpellier Institut du Sein (MIS),
25, rue de Clémentville, F-34070 Montpellier, France

F. Cousson-Gélie
Épidaure, Département Prévention de l'Institut du Cancer de
Montpellier (ICM),
Centre régional de lutte contre le cancer Val-d'Aurelle
209, rue des Apothicaires, F-34298 Montpellier Cedex 05, France

processus [3,5,6,8]. Plus récemment, le modèle REWORK-BC [3] a conceptualisé le retour au travail des survivantes au cancer du sein comme un processus multifactoriel, transactionnel, dynamique et ergonomique. Son caractère multifactoriel réside notamment dans le fait que le retour au travail des patientes dépend de nombreux facteurs sociodémographiques (âge, statut marital, niveaux de revenus et d'étude, etc.), professionnels (statut professionnel, type de contrat, etc.), médicaux (gravité du cancer, traitements, etc.), ergonomiques (marges de manœuvre notamment) et psychosociaux (fatigue, détresse émotionnelle, soutien social perçu, etc.) [3]. Dans le champ de la psychologie de la santé, les relations entre la fatigue, la détresse émotionnelle et le retour au travail des femmes traitées pour un cancer du sein sont maintenant bien connues [2,9,10]. En revanche, bien que le modèle conceptuel REWORK-BC suppose la précarité sociale et le soutien social perçu comme des déterminants du retour au travail de ces patientes [3], des investigations françaises complémentaires sont nécessaires [2]. De plus, la majorité des travaux français, à ce jour, ont été réalisés de façon rétrospective entre deux et cinq ans après le diagnostic [11–14]. Pourtant, il est maintenant bien établi que l'étude des déterminants du retour au travail requière des investigations prospectives, dès la première année suivant le diagnostic [2].

Wresinski [15] définit la précarité sociale comme un « processus dans lequel l'instabilité sociale est caractérisée par l'absence d'une ou de plusieurs sécurités qui devraient permettre d'assumer les obligations professionnelles, familiales, sociales et de jouir des droits fondamentaux de tous citoyens ». Bien que cette définition souligne l'intérêt de la précarité, au regard des obligations professionnelles, aucune étude à notre connaissance n'a appréhendé l'impact d'un statut précaire sur le retour au travail des femmes ayant un cancer du sein, en France. Pourtant, la lutte contre les discriminations et les inégalités sociales en matière de santé étant une priorité de l'Organisation mondiale de la santé [16], de nombreux auteurs recommandent de s'intéresser à l'impact d'une situation précaire sur la réhabilitation des patients ayant un cancer [17,18]. Vidor et al. [19] préconisent, plus précisément, d'accorder une attention particulière au rôle des inégalités sociales dans la réadaptation professionnelle et la réinsertion de ces femmes. Cela se justifie d'autant plus que les femmes, diagnostiquées d'un cancer du sein et ayant les plus faibles statuts socioéconomiques témoignent généralement de faibles niveaux de qualité de vie [20]. Par ailleurs, une étude réalisée par Pauwels et al. [18], auprès de 465 femmes ayant un cancer du sein, a mis en évidence que les patientes ayant les plus faibles niveaux d'études et de revenus sont également les plus demandeuses en termes de soutien social. Ainsi, 20,8 % d'entre elles réclament un soutien relatif à leur retour au travail pendant les traitements et 33 % après les traitements [18].

Le soutien social perçu est défini comme une ressource psychologique qui regroupe l'ensemble des perceptions d'un sujet en ce qui concerne la disponibilité et la qualité de ses relations sociales [21]. On distingue quatre types de soutien :

- émotionnel qui réside dans la protection et la réassurance apportée à une personne ;
- d'estime qui consiste à rassurer un individu concernant ses compétences, sa valeur ;
- matériel ou financier qui peut être apporté à travers le don d'argent et n'importe quel service rendu ;
- informatif, qui consiste à donner des conseils, faire des propositions ou encore apporter des informations sur les questions que se pose la personne [22].

Plus récemment, un autre type de soutien a été défini : le soutien négatif, qui serait généralement associé à un manque de soutien informatif, d'un soutien informatif non souhaité ou encore de maladresses venant de l'entourage [23]. En France, cette perception de soutien négatif a été mise en exergue au travers de 40 entretiens semi-directifs, menés par Segrestan et al. [24], auprès de 21 patients ayant un cancer et de 19 conjoints. À notre connaissance, les travaux s'intéressant à l'impact du soutien social perçu sur le retour au travail des patientes n'ont montré aucun lien significatif avec la perception de soutien émotionnel, matériel ou informatif, ni pendant les traitements, ni après la fin des traitements adjuvants [25,26]. Cependant, l'impact du soutien négatif perçu, sur le retour au travail des patientes, n'a pas été appréhendé dans ces recherches [25,26]. Un autre élément important du soutien social est sa source, puisqu'il peut être prodigué par le conjoint, la famille, les amis, les professionnels de santé ou les collègues de travail, par exemple. La majorité des études relatives au retour au travail ont montré une association entre un faible soutien des collègues de travail/des supérieurs hiérarchiques et une faible probabilité de retour au travail des patientes [27]. Une étude française menée auprès de 379 femmes, âgées de 18 à 60 ans et diagnostiquées d'un cancer du sein, s'est intéressée à l'impact du soutien de la famille, des amis et des collègues sur le retour au travail deux ans après le diagnostic, sans distinction des différents types de soutien perçu [11]. Seul le soutien provenant des collègues était significativement associé au retour au travail des patientes [11]. Toutefois, cette étude emploie une méthodologie rétrospective, n'évalue pas la perception de soutien social à l'aide d'un questionnaire validé et ne s'intéresse pas au retour au travail durant la première année suivant le diagnostic [11].

Le principal objectif de cette étude est d'évaluer les associations entre la précarité sociale, le soutien social perçu et le retour au travail des femmes diagnostiquées d'un cancer du sein, pendant les traitements adjuvants et un an après le début des traitements adjuvants. L'objectif secondaire consiste à identifier les sources de soutien

(conjoint, famille, amis, connaissances, personnel soignant, collègues de travail) en lien avec le retour au travail des patientes. Nous supposons que de faibles niveaux de précarité et de soutien négatif perçu et des niveaux élevés de soutien émotionnel, instrumental et informatif perçus favoriseront le retour au travail des patientes. De plus, nous faisons l'hypothèse qu'un soutien émotionnel, instrumental et informatif venant du conjoint, de la famille, des amis, des connaissances, du personnel soignant ou des collègues de travail favorisera le retour au travail, alors qu'un soutien négatif, venant de ces mêmes sources, diminuera les chances de retour au travail des patientes.

Méthode

Patientes et procédure

Cette étude, ayant reçu l'approbation du comité de protection des personnes (CPP) de Marseille le 26 juillet 2013, s'est déroulée au Montpellier Institut du Sein (Clinique Clémentville, Montpellier). Les patientes étaient éligibles à l'inclusion si elles étaient âgées de 25 à 60 ans, avec un emploi au moment du diagnostic d'un premier cancer du sein. Les chirurgiens ont présenté l'étude lors de l'entretien diagnostic et leur ont proposé d'y participer. Après un délai de 15 jours, un appel téléphonique, réalisé par un assistant de recherche psychologue, a permis de connaître la réponse définitive des patientes. Lorsqu'elles acceptaient, un premier entretien interindividuel (T0) était convenu en début de chimiothérapie ou de radiothérapie. Pour les patientes ne bénéficiant pas de ces traitements, un rendez-vous a été convenu dans le mois suivant la chirurgie. Le suivi a été réalisé par un assistant de recherche psychologue, par voie téléphonique trois mois après T0 (T1) et 12 mois après T0 (T2). La durée de participation pour chaque patiente était de 12 mois.

À T0, nous avons évalué les variables sociodémographiques (âge, statut marital, enfants à charge, estimation des revenus au foyer), professionnelles (profession exercée, type de structure de travail, ancienneté, statut hiérarchique, temps de travail) et médicales (type de chirurgie réalisée, traitements adjuvants, suivi psychologique), le niveau de précarité et le soutien social perçu. À T1, nous avons relevé le retour ou non au travail. À T2, nous avons évalué le retour ou non au travail ainsi que le soutien social perçu.

Mesures

Retour au travail : il a été évalué, à T1 et à T2, à l'aide d'une question « *Avez-vous repris votre travail ?* », dont le système de réponse était binaire (oui/non).

Précarité sociale : le niveau de précarité sociale a été évalué, à T0, à l'aide de l'indicateur individuel de précarité

des centres d'examen de santé (score EPICES) [28]. Il s'agit d'un questionnaire autorapporté de 11 items, dont le système de réponse est binaire (oui/non). Ce score, mis en place par les centres d'examen de santé (CES) est un indicateur quantitatif qui donne une vision plus nuancée de la situation de la personne depuis l'aisance sociale jusqu'à la précarité. Plus le score est élevé et moins la personne se situe dans une situation aisée. Le score seuil de 30 a été établi par Labbe et al. [29]. Les individus ayant un score supérieur à 30 sont ainsi identifiés comme précaires. La validité prédictive de ce questionnaire a notamment été évaluée au sein d'une étude française récente et montre que le score EPICES est un déterminant de la qualité de vie dans un échantillon de 396 patientes ayant un cancer du sein et stratifiées selon l'âge [20,30]. Sa validité discriminante et son intérêt en tant qu'indicateur de santé ont également été testés par analyses de correspondances multiples. Les résultats indiquent notamment la pertinence du score EPICES, comme un outil de mesure de la situation de précarité, en lien avec les indicateurs socioéconomiques et avec les données de santé. Il permet ainsi d'identifier les individus ayant une situation socioéconomique et un mode de vie défavorables, susceptibles d'avoir un état de santé dégradé [28,29].

Soutien social perçu : la perception de soutien social a été évaluée, à T0 et à T2, à l'aide du questionnaire de soutien social spécifique au cancer (QSSSC) [24, 31]. Il s'agit d'un questionnaire autorapporté mesurant le soutien social perçu des patients cancéreux en 20 items, suivant une échelle de Likert en cinq points, allant de 1 « *Jamais* » à 5 « *Très souvent* ». Il évalue quatre dimensions : le soutien émotionnel (9 items), le soutien matériel/distractif (5 items), le soutien informatif (2 items) et le soutien négatif (4 items). Pour chaque dimension, la satisfaction du soutien perçu est mesurée en six points de Likert allant de 6 (« *Très satisfait* ») à 1 (« *Très insatisfait* »), puis les sources de soutien (conjoint, frère/sœur, amis, personnel soignant, parents/beaux-parents, enfants, connaissances, collègues) sont évaluées avec une modalité de réponse binaire (oui/non). Ce questionnaire présente d'excellentes qualités psychométriques [31] et a montré une bonne qualité prédictive de la détresse émotionnelle [32]. La version initiale du questionnaire présente d'excellents indices de Cronbach (soutien émotionnel : $\alpha = 0,86$; soutien matériel/distractif : $\alpha = 0,78$; soutien informatif : $\alpha = 0,92$; soutien négatif : $\alpha = 0,70$; Segrestan-Crouzet, 2010). Dans notre échantillon, les coefficients de Cronbach aux dimensions : soutien émotionnel ($\alpha = 0,87$), soutien matériel/distractif ($\alpha = 0,69$), soutien informatif ($\alpha = 0,87$) et soutien négatif ($\alpha = 0,70$) sont satisfaisants. Certaines patientes étant susceptibles de ne pas avoir de frère ou de sœur, d'enfant ou encore d'avoir des parents décédés, nous avons regroupé ces trois sources de soutien en une seule, que nous avons nommée « *famille* ».

Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 27.0. Les liens entre la précarité, le soutien social perçu, les sources de soutien social et le retour au travail, à T1 et à T2, ont été évalués à l'aide d'analyses de régressions logistiques multivariées, réalisées au sein d'un modèle hiérarchique par blocs, en utilisant une méthode progressive dite « *descendante de Wald* ». Cette méthode a pour particularité d'intégrer toutes les variables au modèle et d'en retirer de façon itérative toutes celles qui ne contribuent pas significativement à l'amélioration du modèle prédictif [33]. Les déterminants sociodémographiques, professionnels et médicaux ont été contrôlés, sachant que les variables catégorielles à plus de deux modalités ont été transformées en *dummy variables* (0–1).

Les déterminants sociodémographiques, professionnels et médicaux ainsi que le niveau de précarité ont été inclus au bloc 1 ; le niveau de soutien perçu et les sources ont respectivement été inclus au sein du bloc 2. Nous avons évalué l'influence du niveau de précarité sur le retour au travail à T1 et à T2. Aussi, nous avons évalué l'impact du soutien social perçu à T0 sur le retour au travail à T1 et à T2 ; puis du soutien social perçu à T2 sur le retour au travail à T2. De même, nous avons appréhendé l'impact des sources de soutien à T0 sur le retour au travail à T1 et à T2 ; puis celui des sources de soutien à T2 sur le retour au travail à T2.

Résultats

Caractéristiques de la population étudiée

L'étude a été proposée à 103 femmes diagnostiquées d'un cancer du sein entre mai 2014 et juillet 2015, et l'échantillon final est composé de 68 femmes, d'âge moyen : 46,97 ans (écart-type [ET] = 6,92). Soixante-six patientes (97,06 %) ont répondu à T1 et 55 (80,88 %) ont répondu à T2.

Sur le plan professionnel, 42 patientes (61,8 %) à l'inclusion travaillent au sein d'une entreprise privée, 52 (76,5 %) travaillent à temps plein, 38 (55,9 %) ont un contrat à durée indéterminée et 37 (54,4 %) ont une ancienneté de plus de dix ans. Sur le plan médical, la majorité des participantes est diagnostiquée d'un cancer du sein de stade I ($n = 36$; 52,9 %), et lors du premier entretien, 29 patientes (42,6 %) entamaient un traitement par chimiothérapie, 27 (39,7 %) par radiothérapie, quatre (5,9 %) par hormonothérapie. À T1, 33 patientes (50,0 %) sont de retour au travail, alors qu'à T2, 41 patientes (74,5 %) sont de retour au travail. L'analyse descriptive de l'échantillon est disponible au sein du tableau 1 ci-après.

Analyse descriptive de la précarité sociale et du soutien social perçu

Le score moyen de précarité à l'inclusion est de 12,75 (ET = 14,12 ; Tableau 1). Un test t de Student pour échantillon unique a indiqué que ce score est significativement inférieur au score seuil de 30 signifiant la précarité sociale ($t = -10,07$; $ddl = 67$; $p < 0,001$). Seules dix participantes (14,7 %) ont un score supérieur ou égal à 30 et sont donc identifiées comme précaires.

Les moyennes et ET ainsi que les effectifs et pourcentages obtenus au QSSSC à T0 et à T2 (types et sources) sont disponibles au sein du tableau 2. Une diminution significative du soutien émotionnel perçu ($t = 2,18$; $ddl = 54$; $p < 0,05$), du soutien matériel/distractif perçu ($t = 5,85$; $ddl = 54$; $p < 0,001$) et du soutien informatif perçu ($t = 6,14$; $ddl = 54$; $p < 0,001$) sont notables entre T0 et T2 (Tableau 2). De plus, significativement moins de participantes rapportent un soutien émotionnel de la part de leur conjoint ($\text{Chi}^2 = 8,42$; $ddl = 1$; $p < 0,05$) ou de leurs collègues de travail ($\text{Chi}^2 = 6,04$; $ddl = 1$; $p < 0,05$) à T2 en comparaison à T0. Aussi, significativement moins de participantes rapportent un soutien matériel/distractif de la part de connaissances ($\text{Chi}^2 = 6,07$; $ddl = 1$; $p < 0,05$) ou de leurs collègues de travail ($\text{Chi}^2 = 9,13$; $ddl = 1$; $p < 0,01$) à T2 en comparaison à T0. Par ailleurs, significativement moins de participantes rapportent un soutien informatif de la part de leurs amis à T2 comparativement à T0 ($\text{Chi}^2 = 6,40$; $ddl = 1$; $p < 0,05$). Enfin, significativement moins de participantes rapportent un soutien négatif de la part de leur famille ($\text{Chi}^2 = 6,13$; $ddl = 1$; $p < 0,05$) ou des amis ($\text{Chi}^2 = 4,20$; $ddl = 1$; $p < 0,05$) à T2 comparativement à T0, alors qu'une proportion significativement plus élevée de patientes rapporte un soutien négatif de la part des collègues à T2 par rapport à T0 ($\text{Chi}^2 = 14,44$; $ddl = 1$; $p < 0,001$).

Effets du niveau de précarité sociale et du type de soutien social perçu, sur le retour au travail

Aucun lien significatif n'est observable entre le soutien social perçu et le retour au travail à T1. En revanche, les résultats multivariés montrent que des scores élevés au soutien négatif perçu à T0, diminuent significativement les chances de retour au travail à T2 ($\beta = -0,30$, OR = 0,74 [0,56–0,97], $p < 0,05$; Tableau 3). De plus, des scores élevés de précarité diminuent significativement les chances de retour au travail à T2 ($\beta = -0,07$, OR = 0,93 [0,88–0,99], $p < 0,05$; Tableau 3). En outre, de hauts niveaux de soutiens négatifs perçus à T2 diminuent significativement la probabilité de retour au travail à T2 ($\beta = -0,52$, OR = 0,59 [0,39–0,90], $p < 0,05$; Tableau 4).

Tableau 1 Analyse descriptive de l'échantillon en début de traitements adjuvants (<i>n</i> = 68)		
	n (%)	Moyenne (ET)
Variables sociodémographiques		
<i>Âge</i>		46,97 (6,92)
<i>Statut marital</i>		
En couple	56 (82,4)	
Célibataire	12 (17,6)	
<i>Nombre d'enfants</i>		
0	6 (8,8)	
1	23 (33,8)	
2	24 (35,3)	
3 enfants et plus	15 (22,1)	
<i>Financement des études des enfants</i>		
Oui	51 (75,0)	
Non	17 (25,0)	
<i>Estimation des revenus</i>		
À l'aise financièrement	40 (58,8)	
Revenus justes, mais cela reste correct	19 (27,9)	
Revenus justes, avec des fins de mois parfois difficiles	9 (13,2)	
De réelles difficultés financières	0 (0,0)	
Variables médicales		
<i>Grade de Scarff-Bloom et Richardson</i>		
In situ	10 (14,7)	
I	6 (8,8)	
II	39 (57,4)	
III	13 (19,1)	
IV	0 (0,0)	
<i>Stade</i>		
In situ	10 (14,7)	
I	36 (52,9)	
II	19 (27,9)	
III	3 (4,4)	
<i>Type de chirurgie réalisée</i>		
Pas de chirurgie	17 (25,0)	
Chirurgie conservatrice	36 (52,9)	
Chirurgie non conservatrice	15 (22,1)	
Reconstruction	1 (1,5)	
<i>Chimiothérapie</i>		
Oui	29 (42,6)	
Non	39 (57,4)	
<i>Radiothérapie</i>		
Oui	27 (39,7)	
Non	41 (60,3)	

Tableau 1 (suite)		
	n (%)	Moyenne (ET)
<i>Hormonothérapie</i>		
Oui	4 (5,9)	
Non	64 (94,1)	
<i>Suivi psychologique</i>		
Oui	18 (26,5)	
Non	50 (73,5)	
Variables professionnelles		
<i>Profession</i>		
Profession libérale	9 (13,2)	
Manager, cadre de la fonction publique	3 (4,4)	
Profession scientifique, intellectuelle et artistique	2 (2,9)	
Manager, cadre d'entreprise privée	13 (19,1)	
Profession intermédiaire, administrative et commerciale des entreprises	4 (5,9)	
Technicienne, contremaître et agent de maîtrise	4 (5,9)	
Employée de la fonction publique	16 (23,5)	
Employée administrative d'entreprise privée	8 (11,8)	
Employée de commerce	2 (2,9)	
Ouvrière	0 (0,0)	
Autres	7 (10,3)	
<i>Structure de travail</i>		
État, administration nationale ou locale	14 (20,6)	
Entreprise publique	9 (13,2)	
Entreprise privée	42 (61,8)	
Association	3 (4,4)	
Autres	0 (0,0)	
<i>Ancienneté</i>		
Moins de 3 ans	9 (13,2)	
Entre 3 et 5 ans	12 (17,6)	
Entre 6 et 10 ans	10 (14,7)	
Plus de 10 ans	37 (54,4)	
<i>Position hiérarchique au sein de la structure</i>		
Employée	33 (48,5)	
Cadre	24 (35,3)	
Travailleur non salarié	11 (16,2)	
<i>Contrat de travail initial</i>		
Contrat à durée déterminée	2 (2,9)	
Contrat à durée indéterminée	38 (55,9)	

(Suite page suivante)

Tableau 1 (suite)		
	n (%)	Moyenne (ET)
Autres	28 (41,2)	
<i>Temps de travail initial</i>		
Temps plein	52 (76,5)	
Temps partiel	16 (23,5)	
Variables psychosociales		
<i>Précarité</i>		
		12,75 (14,12)
<i>Soutien social perçu</i>		
Émotionnel		
		37,07 (6,18)
Matériel/distractif		
		19,22 (3,74)
Informatif		
		7,97 (1,61)
Négatif		
		8,22 (3,30)

Notes. n : effectifs ; ET : écart-type

Sources de soutien en lien avec le retour au travail

Concernant les sources de soutien, les résultats indiquent qu'une perception de soutien informatif venant des amis à T0 augmente significativement les chances de retour au travail à T1, ($\beta = 1,66$, OR = 5,25 [1,23–22,40], $p < 0,05$; Tableau 5), alors que cette probabilité se voit diminuée, de façon non significative mais tendancielle, pour une perception de soutien négatif venant des amis à T0, ($\beta = -1,26$, OR = 0,28 [0,07–1,12], $p < 0,10$; Tableau 5). Aucun résultat significatif n'est observable concernant le retour au travail à T2.

Discussion

Les principaux résultats montrent qu'une forte perception de soutien négatif, au début des traitements et 12 mois après, est un frein au retour au travail des patientes, un an après le début des traitements adjuvants. À ce jour, aucune étude à notre connaissance n'avait identifié ces différents types de soutien (émotionnel, instrumental, informatif et négatif) comme des déterminants du retour au travail des femmes ayant un cancer du sein durant l'année suivant le diagnostic. Une étude comparative réalisée par Cimarolli et Wang [34], auprès de 97 patients ayant des déficiences visuelles, avait toutefois mis en évidence que les individus, n'étant pas en emploi, percevaient significativement plus de soutien négatif que leurs homologues actifs professionnellement. Ainsi, les

problèmes interpersonnels comme la fuite de l'entourage, une communication rompue ou encore une centralisation de l'entourage sur la maladie impactent considérablement le retour au travail des patientes, en sus de leur effet délétère sur leur bien-être [32].

Les résultats de cette étude indiquent également que plus les femmes sont précaires et moins elles ont de chances de retourner au travail 12 mois après le début des traitements adjuvants. La précarité sociale n'avait jamais été évaluée, à notre connaissance, dans le cadre d'une recherche appréhendant le retour au travail des femmes ayant un cancer du sein. Un tel résultat confirme donc que les inégalités sociales liées au cancer se retrouvent également dans le processus de retour au travail des patientes comme suggéré par le modèle REWORK-BC [3]. Toutefois, ces résultats sont à nuancer en raison des faibles tailles d'effet et du très faible niveau de précarité sociale des patientes incluses dans l'étude [28,29].

L'objectif secondaire de cette étude était d'identifier les sources de soutien en lien avec le retour au travail à 3 et 12 mois après le début des traitements adjuvants. Les résultats indiquent qu'un soutien informatif venant des amis au début des traitements favorise le retour au travail, trois mois après le début des traitements adjuvants, alors qu'un soutien négatif venant des amis en représente un frein tendanciel. Ce résultat soulève l'importance de la sphère amicale, pour les patientes, pendant la période des traitements, dans leur processus de retour au travail. En effet, une étude qualitative réalisée auprès de 28 patients âgés de 24 à 63 ans et diagnostiqués d'un cancer s'est intéressée aux raisons de leur retour au travail ou des changements professionnels suivant l'annonce [35]. Les auteurs montrent que les patients accordent une importance particulière aux conseils prodigués par leurs amis vis-à-vis de leur retour au travail dans le but « *de sortir de leur dépression, en redevenant professionnellement productifs* » [35]. Jusque-là, seul le soutien venant des supérieurs hiérarchiques avait été identifié comme bénéfique pour le retour au travail des patientes, pendant la période des traitements adjuvants [27] ; résultat que nous n'observons pas dans cette étude. Cela se justifie par le fait que le questionnaire de soutien social, que nous avons utilisé, n'indiquait que « *les collègues* » parmi les sources. Il aurait été judicieux d'ajouter une évaluation concernant les supérieurs hiérarchiques. À cet effet, les patientes renseignaient à la fois, dans cette case, les informations relatives aux collègues et aux supérieurs hiérarchiques, ce qui ne nous a pas permis de distinguer ces deux types de sources pourtant différentes.

Cette étude présente néanmoins quelques limites, la principale étant la petite taille d'échantillon qui ne nous permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des femmes ayant un cancer du sein. De plus, il aurait été préférable d'évaluer le niveau de soutien social perçu et les sources de soutien, trois mois après le début des traitements adjuvants (T1) ; ce qui n'a pas été réalisé en raison d'un délai

Tableau 2 Résultats descriptifs du soutien social perçu (types et sources) à T0 et à T2

	Soutien social perçu											
	Émotionnel			Matériel/distractif			Informatif			Négatif		
	T0	T2	p	T0	T2	p	T0	T2	p	T0	T2	p
Moyenne (écart-type)	37,07 (6,18)	35,07 (5,73)	< 0,05	19,22 (3,74)	16,00 (4,53)	< 0,001	7,97 (1,61)	6,05 (2,32)	< 0,001	8,22 (3,30)	8,60 (3,22)	NS
Sources de soutien (n ; %)												
Conjoint	61 (89,7)	48 (87,3)	< 0,05	62 (91,2)	47 (85,5)	NE	9 (13,2)	4 (7,3)	NE	7 (10,3)	2 (3,6)	NE
Famille	63 (92,6)	50 (90,9)	NE	65 (95,6)	45 (81,8)	NE	22 (32,4)	2 (3,6)	NE	17 (25,0)	11 (20,0)	< 0,05
Amis	65 (95,6)	47 (85,5)	NE	63 (92,6)	51 (92,7)	NE	26 (38,2)	9 (16,4)	< 0,05	24 (35,3)	19 (34,5)	< 0,05
Connaissances	47 (69,1)	22 (40,0)	NS	20 (29,4)	9 (16,4)	< 0,05	10 (14,7)	6 (10,9)	NS	28 (41,2)	25 (45,5)	NS
Collègues de travail	59 (86,8)	35 (63,6)	< 0,05	37 (54,4)	19 (34,5)	< 0,01	13 (19,1)	5 (9,1)	NE	18 (26,5)	17 (30,9)	< 0,001
Personnel soignant	60 (88,2)	26 (47,3)	NE	4 (5,9)	1 (1,8)	NE	66 (97,1)	46 (83,6)	NE	5 (7,4)	0 (0,0)	NE

Notes. NS : non significatif ; NE : non évaluable
Toutes les variables continues suivant la loi Normale, les comparaisons entre les moyennes ont été réalisées à l'aide d'un test t de Student pour échantillons appariés
Les comparaisons d'effectifs ont été réalisées à l'aide d'un test de Chi² de Pearson ou un test exact de Fisher selon la répartition des effectifs 2 × 2

initialement jugé trop court après le premier temps de l'étude (T0). Pourtant, la période des traitements adjuvants, du cancer du sein, s'inscrit dans une phase où les patientes sont en demande importante de soutien social, notamment face à la problématique de leur retour au travail [18,36]. En dépit de ces limites, nous pouvons relever certaines forces. Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude française, longitudinale et prospective, s'intéressant au retour au travail des femmes ayant un cancer du sein, au cours de la première année suivant le début des traitements adjuvants. Une autre force réside dans l'évaluation du soutien social à l'aide d'un outil spécifique au cancer et validé, construit avec des patients français, et non d'une adaptation d'un questionnaire ou de l'utilisation d'un questionnaire général.

Applications pratiques

Au regard des résultats de cette étude, les patientes en situation de précarité devraient être identifiées dès le début des traitements du cancer du sein [3]. Pour ces patientes, une prise en charge précoce, par une assistante sociale notamment, permettrait d'anticiper les démarches administratives, souvent longues et fastidieuses, ce qui faciliterait le processus de retour au travail le moment venu [3]. De plus, le soutien négatif étant principalement défini comme un défaut ou un manque de soutien informatif [23], deux axes de prise en charge pourraient être proposés parmi d'autres :

- des entretiens visant à augmenter la littératie en santé des patientes dans la mesure où les personnes en mesure d'identifier et d'interpréter, justement, les informations relatives à leur santé témoignent également d'une meilleure qualité de vie [37] ;
- des échanges avec une patiente-partenaire, sous la supervision d'un psychologue, seraient utiles pour fournir un soutien émotionnel et informatif, aux patientes, tout en échangeant sur une expérience de vie commune [38,39].

Perspectives de recherche

L'identification des sources de soutien permettra aux recherches futures d'élargir les perspectives d'analyse, au soutien provenant de la sphère amicale, en sus de celui provenant de la sphère professionnelle [27]. Par exemple, des investigations relatives à la qualité des relations interpersonnelles et leurs associations avec le retour au travail des patientes pourraient être envisagées [40]. Compte tenu des difficultés de recrutement liées aux critères d'inclusion souvent restrictifs (les patientes devant être en âge de travailler et avoir un emploi au diagnostic), des investigations qualitatives ou mixtes sont à privilégier [2].

Tableau 3 Précarité, soutien social à T0 et retour au travail à T2 — Résultats multivariés					
<i>n</i> = 54		β	OR [IC 95 %]	<i>p</i>	Wald
<i>Variable contrôlée</i>					
	Stade II (réf. = autres stades)	-2,45	0,09 [0,01–0,52]**	0,008	7,13
	Précarité	-0,07	0,93 [0,88–0,99]*	0,022	5,21
	Soutien négatif (T0)	-0,30	0,74 [0,56–0,97]*	0,029	4,76
Notes. * <i>p</i> < 0,05 ; ** <i>p</i> < 0,01					
Test de Hosmer-Lemeshow : $\chi^2 = 5,074$ (<i>p</i> > 0,05) ; R ² de Nagelkerke = 0,449, <i>p</i> < 0,001 ; -2LL _{initial} = 59,609 ; -2LL _{modèle} = 40,345					
Le traitement par chimiothérapie n'est pas évaluable à ce temps. Pas d'effet de l'âge ou du statut d'employée					

Tableau 4 Précarité, soutien social à T2 et retour au travail à T2 – Résultats multivariés					
<i>n</i> = 52		β	OR [IC 95 %]	<i>p</i>	Wald
<i>Variable contrôlée</i>					
	Stade II (dummy variable)	-4,47	0,01 [0,001–0,24]**	0,004	8,26
	Précarité	-0,10	0,90 [0,83–0,99]*	0,024	5,10
	Soutien négatif (T2)	-0,52	0,59 [0,39–0,90]*	0,013	6,17
Notes. * <i>p</i> < 0,05 ; ** <i>p</i> < 0,01					
Test de Hosmer-Lemeshow : $\chi^2 = 2,934$ (<i>p</i> > 0,05) ; R ² de Nagelkerke = 0,622, <i>p</i> < 0,001 ; -2LL _{initial} = 53,663 ; -2LL _{modèle} = 27,084					
Le traitement par chimiothérapie n'est pas évaluable à ce temps. Pas d'effet de l'âge ou du statut d'employée					

Tableau 5 Résultats multivariés des sources de soutien social à T0 en lien avec le retour au travail à T1					
<i>n</i> = 66		β	OR [IC 95 %]	<i>p</i>	Wald
<i>Variables contrôlées</i>					
	Âge	-0,17	0,85 [0,76–0,95]**	0,003	8,54
	Statut d'employée (réf. = autres statuts)	-2,02	0,13 [0,03–0,54]**	0,005	7,92
	Chimiothérapie	-2,12	0,12 [0,03–0,54]**	0,005	7,73
<i>Sources de soutien</i>					
	Soutien informatif-Amis	1,66	5,25 [1,23–22,40]*	0,025	5,03
	Soutien négatif-Amis	-1,26	0,28 [0,07–1,12] [†]	0,072	3,24
Notes. [†] <i>p</i> < 0,10 ; * <i>p</i> < 0,05 ; ** <i>p</i> < 0,01					
Test de Hosmer-Lemeshow : $\chi^2 = 1,974$ (<i>p</i> > 0,05) ; R ² de Nagelkerke = 0,527 ; -2LL _{initial} = 91,495 ; -2LL _{modèle} = 58,335					

Conclusion

Le processus du retour au travail après l'annonce d'un cancer du sein revêt un aspect tant individuel que collectif incluant la sphère amicale des patientes. La prise en charge devrait être adaptée en fonction de la situation socioéconomique de la patiente, dès le début des traitements.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

- INCa (2019) Les cancers en France, l'essentiel des faits et chiffres/Édition 2019. Institut national du cancer, Boulogne-Billancourt, France
- Porro B, Bertin M, Bonnaud Antignac A, et al (2019) Assessment of psychosocial dimensions of return to work after a cancer diagnosis: current perspectives and future opportunities. *Psychooncology* 28:2429–31. <https://doi.org/10.1002/pon.5235>
- Porro B, Durand MJ, Petit A, et al (2021) Return to work of breast cancer survivors: toward an integrative and transactional conceptual model. *J Cancer Surviv.* <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01053-3>

4. Wells M, Williams B, Firmigl D, et al (2013) Supporting “work-related goals” rather than “return to work” after cancer? A systematic review and meta-synthesis of 25 qualitative studies: meta-synthesis of qualitative studies on return to work after cancer. *Psychooncology* 22:1208–19. <https://doi.org/10.1002/pon.3148>
5. Knauf MT, Schultz IZ (2016) Current conceptual models of return to work. In: Schultz IZ, Gatchel RJ (eds) *Handbook of return to work*. Springer US, Boston, MA, pp 27–51
6. Porro B (2017) Identification des principaux freins et leviers du retour à l’emploi, dans l’année suivant le début des traitements de cancer du sein : quels apports des variables psychosociales ? Une étude longitudinale et prospective en psychologie de la santé. Université Paul-Valéry, Montpellier 3
7. Wang L, Hong BY, Kennedy SA, et al (2018) Predictors of unemployment after breast cancer surgery: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Clin Oncol* 36:1868–79. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.77.3663>
8. Feuerstein M, Todd BL, Moskowitz MC, et al (2010) Work in cancer survivors: a model for practice and research. *J Cancer Surviv Res Pract* 4:415–437. <https://doi.org/10.1007/s11764-010-0154-6>
9. Porro B, Michel A, Zinzindohoué C, et al (2019) Quality of life, fatigue and changes therein as predictors of return to work during breast cancer treatment. *Scand J Caring Sci*. <https://doi.org/10.1111/scs.12646>
10. Dumas A, Luis IMVD, Bovagnet T, et al (2019) Return to work after breast cancer: comprehensive longitudinal analyses of its determinants. *J Clin Oncol* 37:11564. https://doi.org/10.1200/JCO.2019.37.15_suppl.11564
11. Fantoni SQ, Peugniez C, Duhamel A, et al (2010) Factors related to return to work by women with breast cancer in Northern France. *J Occup Rehabil* 20:49–58. <https://doi.org/10.1007/s10926-009-9215-y>
12. Peugniez C, Fantoni S, Leroyer A, et al (2011) Return to work after treatment for breast cancer: single center experience in a cohort of 273 patients. *Bull Cancer (Paris)* 98:E69–E79
13. Guittard M, Capitain O, Guittard E, et al (2016) Facteurs influençant le retour au travail et le maintien en emploi après un cancer du sein. *Arch Mal Prof Environ* 77:157–64. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2015.09.003>
14. Peretti-Wattel P, Ben Diane MK, Bouhnik AD, et al (2018) La vie cinq ans après un diagnostic de cancer
15. Wresinski J (1987) Grande pauvreté et précarité économique et sociale: séances des 10 et 11 février 1987. Direction des journaux officiels
16. OMS (2009) Combler le fossé en une génération. Instaurer l’équité en santé en agissant sur les déterminants de la santé. World Health Organization
17. Moriceau G, Bourmaud A, Tinquaut F, et al (2016) Social inequalities and cancer: can the European deprivation index predict patients’ difficulties in health care access? A pilot study. *Oncotarget* 7:1055–65. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.6274>
18. Pauwels EEJ, Charlier C, De Bourdeaudhuij I, et al (2013) Care needs after primary breast cancer treatment. Survivors’ associated sociodemographic and medical characteristics. *Psychooncology* 22:125–32. <https://doi.org/10.1002/pon.2069>
19. Vidor C, Leroyer A, Christophe V, et al (2014) Decrease social inequalities return-to-work: development and design of a randomized controlled trial among women with breast cancer. *BMC Cancer* 14:267
20. Dialla PO, Chu WO, Roignot P, et al (2015) Impact of age-related socio-economic and clinical determinants of quality of life among long-term breast cancer survivors. *Maturitas* 81:362–70. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.03.025>
21. Cohen S, McKay G (1984) Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. In: *Handbook of psychology and health*. Baum A, Taylor SE, Singer, JE (eds) Hillsdale, NJ, pp 253–67
22. House JS (1981) *Work stress and social support*. Addison-Wesley Educational Publishers Inc, Reading, Mass
23. Dunkel-Schetter C (1984) Social support and cancer: findings based on patient interviews and their implications. *J Soc Issues* 40:77–98. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01108.x>
24. Segrestan C, Rasle N, Cousson-Gélie F, Trouette R (2007) *Analyse exploratoire du soutien des patients cancéreux et de leurs proches*. Toulouse, France
25. Blinder V, Patil S, Eberle C, et al (2013) Early predictors of not returning to work in low-income breast cancer survivors: a 5-year longitudinal study. *Breast Cancer Res Treat* 140:407–16. <https://doi.org/10.1007/s10549-013-2625-8>
26. Blinder V, Patil S, Thind A, et al (2012) Return to work in low-income Latina and non-Latina white breast cancer survivors: a 3-year longitudinal study. *Cancer* 118:1664–74. <https://doi.org/10.1002/cncr.26478>
27. Greidanus MA, de Boer AGEM, de Rijk AE, et al (2018) Perceived employer-related barriers and facilitators for work participation of cancer survivors: a systematic review of employers’ and survivors’ perspectives. *Psychooncology* 27:725–33. <https://doi.org/10.1002/pon.4514>
28. Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, et al (2006) Le score EPICES : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *Bull Epidemiol Hebd* 14:93–96
29. Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, et al (2007) Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. *Rev Ires* 3–49
30. Chu W, Dialla PO, Roignot P, et al (2016) Determinants of quality of life among long-term breast cancer survivors. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1248-z>
31. Segrestan-Crouzet C (2010) Évolution et différences dans l’ajustement des couples au cancer du sein : rôle des facteurs psychosociaux et influence réciproque des deux membres de la dyade. Bordeaux-II
32. Boinon D, Sultan S, Charles C, et al (2012) How social sharing and Social support explain distress in breast cancer after surgery: the role of alexithymia. *J Psychosoc Oncol* 30:573–92. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.703769>
33. Hosmer D, Lemeshow S, Sturdivant RX (2013) *Applied Logistic Regression*, 3rd Edition. Wiley-Blackwell, Hoboken, New Jersey
34. Cimarolli VR, Wang S (2006) Differences in social support among employed and unemployed adults who are visually impaired. *J Vis Impair Blind* 100:545–56
35. Main DS, Nowels CT, Cavender TA, et al (2005) A qualitative study of work and work return in cancer survivors. *Psychooncology* 14:992–1004. <https://doi.org/10.1002/pon.913>
36. Boinon D, Sultan S, Charles C, et al (2014) Changes in psychological adjustment over the course of treatment for breast cancer: the predictive role of social sharing and social support. *Psychooncology* 23:291–8. <https://doi.org/10.1002/pon.3420>
37. Halverson JL, Martinez-Donate AP, Palta M, et al (2015) Health literacy and health related quality of life among a population-based sample of cancer patients. *J Health Commun* 20:1320–9. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1018638>
38. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, et al (2015) The Montreal model: the challenges of a partnership relationship between patients and healthcare professionals. *Sante Publique (Bucur)* 1:41–50
39. Hu J, Wang X, Guo S, et al (2019) Peer support interventions for breast cancer patients: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat* 174:325–41. <https://doi.org/10.1007/s10549-018-5033-2>
40. Cousson-Gélie F, de Chalvron S, Zozaya C, Lafaye A (2013) Structural and Reliability Analysis of Quality of Relationship Index in cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 31:153–67. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.761317>