

2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Expériences et représentations des médecins généralistes dans le cadre d'un maintien ou d'un retour à l'emploi des femmes traitées pour un cancer du sein

NOURI Monia ■

Née le 06/06/1984 à RENNES (35)

PALUSSIÈRE Christophe ■

Né le 04/07/1986 à ANCENIS (44)

Sous la direction de Madame le Professeur BARON-HAURY Céline et ■
Madame PENCHAUD Anne-Laurence

Membres du jury

Monsieur le Professeur HUEZ Jean-François	Président
Madame le Professeur BARON-HAURY Céline	Directeur
Madame PENCHAUD Anne-Laurence	Codirectrice
Monsieur le Docteur BEGUE Cyril	Membre
Monsieur le Docteur CAPITAIN Olivier	Membre
Madame le Docteur PETIT Audrey	Membre

Soutenue publiquement le :
4 Octobre 2016



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée **NOURI Monia**
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le 02/09/2016

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné **PALUSSIÈRE Christophe**
déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant le 02/09/2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

Communs

A Monsieur le Professeur HUEZ,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et de juger notre travail, nous vous en remercions. Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

Aux membres de notre jury de thèse, Monsieur le Docteur BEGUE, Monsieur le Docteur Capitain, Madame le Docteur PETIT,

Vous nous faites l'honneur de consacrer de votre temps si précieux pour juger notre travail, nous vous en sommes reconnaissants . Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

A notre directrice de thèse, Madame le Professeur BARON-HAURY,

Pour nous avoir encadré pendant ce long travail. Merci pour vos nombreux conseils et votre expérience précieuse.

A notre co-directrice de thèse, Madame PENCHAUD,

Pour avoir su nous transmettre vos connaissances et avoir enrichi ce travail avec votre approche sociologique . Merci pour votre sens de la pédagogie .

A nos deux directrices de thèse,

Merci infiniment pour votre disponibilité et votre enthousiasme . Merci pour votre patience et votre soutien indéfectible pendant ces trois années de travail . Merci d'avoir enrichi notre travail par vos nombreux échanges . Ce travail est le fruit d'une réelle collaboration .

A tous les médecins qui ont participé à notre travail,

Merci de nous avoir accueilli et d'avoir consacré de votre temps. Nous vous en sommes très reconnaissant.

Monia

A **Christophe,**

Merci d'avoir partagé ces 3 années de travail avec moi . Merci pour ton investissement, tes envolés lyriques et tes petits craquages . Je te souhaite de suivre ta voie, ici ou ailleurs ...

A **Martine, Claire-Lyse et Coraline** qui m'ont aidé malgré leur emploi du temps bien chargé . A **Manu**, pour ses précieux conseils et son enthousiasme à suivre ce travail .

Aux **équipes des CH de Mayenne et de Saint Barthélémy d'Anjou, à mes co-internes** qui ont su m'accueillir avec le sourire et m'aider dans mes débuts laborieux

Aux **Médecins** que j'ai pu rencontrer pendant ces années d'études . Merci de m'avoir accompagner pendant mes différents stages, je prends un peu de chacun de vous pour essayer de devenir le médecin généraliste que je souhaite être . Un merci particulier à Nathalie et Catherine qui m'ont confortée dans mon choix professionnel .

A **mes amis rennais** qui sont partis aux 4 coins de la France mais que j'ai tant de plaisir à revoir . Les filles de Lacanau, c'est fait ! A **Mél, à Florie, Fred et Sarah, à la bande des Mayennais**, merci de m'avoir fait rire et d'avoir suivi, sous la contrainte, l'avancement de ma thèse !

A **ma belle-famille**, merci de m'avoir accueilli et de m'avoir aidé à réaliser ce travail

A **mon petit frère**, j'espère qu'il sera fier de moi comme je suis fière de lui .

A **mon papa et ma maman**, qui, chacun à leur façon, m'ont accompagnée dans mes études comme dans ma vie . Merci de m'apporter tant d'amour . Ce travail est une petite façon de vous remercier .

A **Nicolas,**

Merci d'avoir patienté, d'avoir pris le relai pendant les longues journées, d'avoir porté notre famille pendant ces long mois . Merci de m'écouter, de m'épauler, de me faire rire, d'être le meilleur anxiolytique au monde, sans rien attendre en retour . Je t'aime

A **Naël et Marius, mes enfants,**

Maman est disponible maintenant ! Naël, c'est promis, je ferme mon ordinateur !

Merci pour vos sourires, pour tout l'amour que je reçois en bisous ou en bavouille chaque jour .

Je vous aime tant .

Christophe

A Monia,

Merci de ton investissement et d'avoir pu m'accompagner dans la réalisation de ce travail. Je te souhaite plein de bonnes choses pour toi et ta famille pour la suite

A mes parents,

qui m'ont toujours soutenu dans mes études et bien au delà. Je ne vous remercierai jamais assez

A mon frère,

pour ta joie de vivre et ton souci permanent du bonheur des autres. Reste comme tu es

A mes grands-parents,

pour leur gentillesse et leur présence, et leurs questionnements innocents sur le monde médical qui me font sans cesse sourire

A ma tante Claudie,

pour sa présence, et son soutien sans faille.

A mes ami(e)s rencontré(e)s sur les bancs de la fac et plus particulièrement **Laure, Audrey et Marion** pour tous les bons moments passés ensemble depuis toutes ces années

A Vianney,

je n'ai qu'une page ici pour te remercier alors qu'il me faudrait bien plus

A Michel et Gaëtane,

de m'avoir accueilli à bras ouverts

A Simon, Delphine, Clémence et Juliette,

pour votre soutien et votre joie de vivre

A Claire,

pour tous les bons moments passés ensemble au lycée, à la fac et en colocation, les fous rires et le bonheur que tu transmets

A tous mes amis,

qui sont rentrés dans ma vie depuis quelques années maintenant sur Angers, surtout depuis un certain hiver à Risoul, et celles et ceux qui se sont ajoutés ensuite; ils et elles se reconnaîtront!

A Stéphanie, David et Régine, de m'avoir permis de confirmer mon choix pour la médecine générale, et par l'accueil que vous m'avez réservé lors de mon stage. Merci!

A toutes celles et ceux, médecins, internes, étudiants, collègues paramédicaux, cadre, secrétaires...

qui m'ont accompagné à un moment ou à un autre dans mes stages, mes gardes et mon parcours depuis le début de mes études, merci! On se croise, parfois quelques semaines, quelques jours ou quelques heures, pourtant le souvenir reste toute une vie. Merci.

A Noisette, pour ses ronronnements apaisants durant les longues heures de travail

Liste des abréviations

[illegible]

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

METHODES

RESULTATS

1 Les représentations de la capacité de la patiente au retour au travail après un cancer du sein

1.1 La perception des difficultés et appréhensions de la patiente

- 1.1.1 La fatigue en premier lieu
- 1.1.2 Des incapacités fonctionnelles liées aux traitements projetées avec la capacité de reprendre le poste de travail
- 1.1.3 Un état de pseudo-déprime aux contours mal définis
- 1.1.4 Des modifications corporelles exposées au regard des autres qui influencent le retour au travail
- 1.1.5 Faire avec des difficultés inhérentes au profil socio-économique et professionnel de la patiente
- 1.1.6 L'impact de l'origine culturelle dans la reprise du travail

1.2 La primauté du "feeling" et de l'expérience du clinicien

- 1.2.1 L'importance du ressenti en complément du discours de la patiente
- 1.2.2 La rencontre de deux expériences: l'expérience professionnelle du médecin et sa relation avec la patiente

1.3 Les repères cliniques retenus pour la reprise du travail

- 1.3.1 L'amélioration de l'état physique comme critère nécessaire
- 1.3.2 La reprise nécessaire d'une vie quotidienne
- 1.3.3 Une capacité psychologique retrouvée et la prise en compte de la motivation

1.4 La nécessaire approche du poste de travail

2 Les représentations du travail par le médecin généraliste

2.1 Les valeurs du travail mobilisées par le médecin généraliste

- 2.1.1 Un lien social à faciliter en s'adaptant au contexte
 - 2.1.1.1 La promotion des loisirs comme maintien des activités collectives
 - 2.1.1.2 L'intérêt de rencontrer et de partager dans les associations de malades avec une proposition limitée en milieu rural
 - 2.1.1.3 La prise en compte du maintien du lien avec les collègues et du milieu professionnel
- 2.1.2 Une place à retrouver
 - 2.1.2.1 Réinvestir son poste
 - 2.1.2.2 Retrouver son statut social
 - 2.1.2.3 Se repositionner dans la famille

- 2.1.3 Le travail comme signe de bonne santé
- 2.1.3.1 La reprise du travail comme rémission
- 2.1.3.2 Le rôle thérapeutique du travail

2.2 Encourager à repenser son poste en évoquant les risques du stress au travail

3 Les médecins face à l'évènement "cancer" dans la biographie de leur patiente

3.1 Accompagner la patiente dans sa trajectoire de vie

- 3.1.1 Cancer et parenthèse de vie
- 3.1.2 Entre continuité et discontinuité
- 3.1.3 Faire avec des trajectoires professionnelles particulières

3.2 Redevenir acteur dans la trajectoire de soin de la patiente

- 3.2.1 Evolution de la place donnée au médecin généraliste du diagnostic de la maladie à la reprise du travail
- 3.2.2 Les représentations qu'ont les médecins généralistes de leurs rôles
- 3.2.3 Un médecin peu sollicité pour des situations finalement peu fréquentes et majoritairement sans difficultés
- 3.2.4 Se repositionner dans les relations interprofessionnelles
 - 3.2.4.1 Le médecin du Travail, partenaire incontournable à solliciter
 - 3.2.4.2 Le médecin généraliste comme coordinateur
 - 3.2.4.3 Les relations avec les autres intervenants dans la reprise du travail

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

I- Guide d'entretien initial

II- Guide d'entretien final

III- Exemple verbatim: entretien n°5

IV- Extrait tableau de codage

Expériences et représentations des médecins généralistes dans le cadre d'un maintien ou d'un retour à l'emploi des femmes traitées pour un cancer du sein

NOURI Monia - PALUSSIÈRE Christophe

Au total 21 entretiens ont été réalisés : 10 entretiens ont été menés en Mayenne par Monia, et 11 en Maine-et-Loire par Christophe.

Chaque enquêteur a retranscrit ses propres entretiens, qui ont ensuite été double-codés et analysés par les deux enquêteurs.

Pour simplifier le début de la rédaction : Monia s'est concentrée sur la partie 2 des résultats et la seconde moitié de la partie 3 et Christophe sur la partie 1 des résultats et la première moitié de la partie 3.

L'introduction, la discussion et le reste du travail de rédaction et de recherche sont le fruit d'un travail en commun.

La rédaction de ce document a été réalisée de manière concertée, toutes les parties ont été ensuite soumises à relecture et correction éventuelle par les deux enquêteurs.

INTRODUCTION

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment rencontré dans la population féminine en France (1) et est susceptible de toucher les femmes actives. Avec un taux de survie des patientes atteintes d'un cancer du sein qui s'est nettement amélioré, passant de 81% de survie nette à 5 ans pour les cas diagnostiqués en 1989-1991 à 89% pour ceux diagnostiqués en 2001-2004 (1), nombre d'entre elles peuvent envisager un retour à l'emploi . Une étude menée dans le Nord de la France a montré qu'environ 82% des femmes qui travaillaient avant leur diagnostic de cancer du sein sont retournées au travail après un congé maladie d'une durée médiane de 10,8 mois (22).

Depuis plus de 10 ans, la question du retour au travail après un cancer a été abordée dans différentes études. En 2004, une enquête française de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) intitulée « La vie deux ans après le diagnostic de cancer » (2,3) a rapporté la multiplicité des difficultés rencontrées par les patients atteints d'un cancer pour se maintenir dans le monde du travail: limitations fonctionnelles, problèmes émotionnels, changement de priorité de vie... . Elle a également souligné l'impact de contraintes sociales (économiques ou issues de représentations sociales classiques du rôle sexué) dans les différences entre les hommes et les femmes pour la reprise du travail.

Depuis 2003, le retour et le maintien dans l'emploi est un axe développé successivement dans les différents "Plan Cancer". Le "Plan Cancer" 2014-2019 a pour objectif de poursuivre le travail initié dans le domaine du diagnostic, de la prise en charge, de la prévention et de la qualité de vie des patients atteints d'un cancer (4). L'objectif 9 vise à "diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle en accordant une priorité au maintien ou au retour à l'emploi". Le but étant d'augmenter de moitié les chances de retour à l'emploi deux ans après le diagnostic des personnes atteintes d'un cancer. L'un des objectifs de ce plan est de "favoriser une approche pluridisciplinaire en développant une meilleure coordination entre les différents

acteurs de ce retour à l'emploi" (Médecins du Travail, médecins généralistes, médecins-conseils, responsables des ressources humaines ...).

C'est dans ce contexte qu'a été réalisée cette étude. L'objectif principal était de comprendre les expériences et les représentations des médecins généralistes dans le cadre d'un maintien ou d'un retour à l'emploi des femmes traitées pour un cancer du sein.

METHODES

1- Choix de la méthode

Ce travail a été initialement envisagé dans le cadre de l'étude *ERECA*, centralisée sur le CHU de Nantes, qui visait à étudier les représentations et les pratiques des professionnels de la santé et de l'emploi dans le cadre d'un maintien ou d'un retour à l'emploi des femmes traitées pour un cancer du sein. Cette étude exploratoire cherchait à déterminer l'intérêt d'un dispositif spécifique de retour à l'emploi. Elle avait pour objectif principal de connaître les représentations des professionnels de santé et ceux de l'emploi sur les difficultés rencontrées par les femmes et dans un second temps, d'étudier les pratiques de ces professionnels. Malgré l'interruption de ce projet sur Nantes, nous avons souhaité poursuivre ce travail en ciblant les médecins généralistes.

Afin d'étudier au mieux leurs représentations, nous avons réalisé une étude qualitative avec entretiens individuels semi-dirigés auprès de 21 médecins généralistes. Ces entretiens ont été réalisés afin de favoriser la libre expression des participants. Ils se sont déroulés sur le lieu d'exercice des médecins généralistes interviewés.

2- Constitution de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été fixée *a priori* à 20 médecins généralistes du Maine-et-Loire et de la Mayenne. Nous avons cherché à obtenir un échantillonnage à variation maximale concernant l'âge, le sexe, le lieu d'exercice et une population ciblée sur les critères d'inclusion suivants : leur intérêt dans l'accompagnement des patientes suivies pour un cancer du sein et une expérience professionnelle de quelques années dans ce domaine.

Le recrutement s'est fait par contact téléphonique et courriel. Nous avons réalisé une prospection téléphonique *via* l'annuaire professionnel et nous avons également sollicité des médecins évoqués par les premiers professionnels interrogés.

3- Réalisation de la grille d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé à partir d'une revue de la littérature. Il a secondairement évolué au fil des retranscriptions et de l'analyse des premiers entretiens. La grille d'entretien était séquencée en 4 grandes parties qui permettaient par des questions ouvertes de balayer l'ensemble des objectifs : l'exploration de ce qu'expriment les patientes à leurs médecins, l'étude des pratiques des médecins généralistes, les représentations des médecins sur le travail des femmes, comprendre et recueillir les réflexions des praticiens sur leurs expériences .

4- Méthode d'analyse

Les entretiens ont été réalisés consécutivement, indépendamment et dans un seul département pour les deux enquêteurs. Chaque verbatim était unique par la prise en charge spécifique et singulière de chaque médecin. Les entretiens ont été retranscrits intégralement et ont fait l'objet d'un double-codage permettant l'analyse thématique de l'ensemble du verbatim.

5- Ethique

Le consentement des participants a été recueilli oralement. Les données ont été anonymisées concernant l'identité des participants et des individus cités ainsi que les lieux.

Après concertation avec nos directrices de thèse, ce travail n'a pas été soumis au préalable à un comité d'éthique. Il sera présenté, avant publication, au comité d'éthique du CNGE.

RESULTATS

1) Les représentations de la capacité de la patiente au retour au travail après un cancer du sein

1.1 La perception des difficultés et appréhensions de la patiente

Les médecins se basent sur ce que les patientes expriment mais nous avons observé qu'ils prennent en compte également leur situation socio-économique.

1.1.1 La fatigue en premier lieu

L'asthénie était le premier symptôme comme facteur limitant la reprise *"Ouais, la fatigue, l'asthénie, clairement."* Les médecins étaient attentifs à la fatigabilité de la patiente, c'est à dire la propension plus ou moins grande à être fatiguée *"Elles sont fatigables, elles font plein de choses mais elles sont fatigables quand même"*.

Les traitements et plus particulièrement la chimiothérapie étaient responsables de cette fatigue selon eux, au point de se représenter comme nécessaire l'arrêt du travail sous chimiothérapie *"la chimiothérapie, ça les fatigue énormément", "Moi, je pense que la chimio...c'est pas possible de travailler."*

- L'approche complexe et subjective du symptôme fatigue

Aucun médecin ne se reportait à une échelle d'évaluation précise ou à un référentiel afin d'évaluer ou de quantifier cette fatigue *"J'utilise rien du tout, d'évaluation, d'échelles ou quoi que ce soit, moi"* qui était subjective et peu mesurable *"Quand elle dit : « je suis fatiguée », je n'ai pas beaucoup de moyen de mesurer ça"*.

Sa perception et son approche évoluaient pour devenir plus exactes avec l'expérience du médecin et sa connaissance de la patiente *"Au départ, quand je voyais les jeunes femmes et qu'elles me disaient qu'elles étaient un peu fatiguées, j'étais un peu comme les spécialistes (...) Donc voilà, j'ai un peu modifié ma vision parce qu'au départ, je pensais que ou c'était"*

psychologique, ou qu'il y avait une récurrence alors qu'en fait, je pense que vraiment il y a une fatigue liée aux traitements".

1.1.2 Des incapacités fonctionnelles liées aux traitements, projetées avec la capacité de reprendre le poste de travail

Les douleurs du bras, la gêne dans la motricité du membre supérieur et le lymphoedème, conséquences possibles du traitement du cancer du sein étaient fréquemment avancés par les médecins *"c'est le gros bras. Moi je pense que le gros bras gêne..."*. Ils identifiaient aussi les douleurs articulaires et myalgies qui découlait de certains traitements comme un frein pour la reprise *"le fait qu'elle soit sous traitement pendant 5 ans ça a pas forcément facilité son retour au travail parce qu'elle avait des douleurs type TMS quoi."*

Il y avait là, par le souci du recueil et de l'intégration des différentes plaintes exprimées par la patiente, la projection des difficultés qui s'annonçaient pour la reprise du travail. Les médecins *"cartographiaient"* les plaintes de la patiente, finalement presque de façon anatomique, afin de les répertorier et de les rapprocher au plus près de ce qu'ils se représentaient comme nécessaire de la fonctionnalité au travail, pour un poste donné, des organes atteints *"la perte de mobilité au niveau de l'épaule, et notamment, la gêne pour l'écriture au tableau..."*, *"elle est professeur de chant en particulier. Donc, qui a eu pas mal de difficultés au niveau de sa capacité vocale...thoracique au départ."*

- Un état physique diminué pendant le traitement, source d'une grande appréhension pour la reprise

Le constat d'une diminution de la capacité physique de la patiente était source d'appréhension au moment de la reprise *"la peur de ne pas pouvoir physiquement."*

Plusieurs raisons semblaient l'expliquer:

- la permanence du statut de malade au travers le constat d'une diminution de la capacité physique par rapport à l'état antérieur *«La peur de...bah, de pas*

pouvoir faire autant qu'avant et puis que ça leur renvoie qu'elles sont toujours malades»

- une incertitude personnelle à s'auto-évaluer *«qui ne se rendent pas compte, elles, de savoir si elles peuvent le faire»*

1.1.3 Un état de pseudo-déprime aux contours mal définis

La majorité des médecins étaient confrontés à des troubles du moral chez leurs patientes, non considérés formellement comme une dépression mais plutôt comme une "pseudo-déprime" : *"Ça peut passer par une période un peu de déprime (...) d'apparition d'éléments un peu de déprime, quoi, difficiles. ...pas vraiment de dépression? Non. "*

Quelques-uns pouvaient néanmoins avoir rencontré de véritables syndromes dépressifs ou se l'imaginaient comme possible *«L'idée vraiment qu'un syndrome dépressif était en train de s'installer», «Il y a sûrement ça, des patientes qui rentrent dans une dépression après cette amputation mammaire et qui ont peut-être du mal à remonter la pente» .*

- Un syndrome fluctuant et non étiqueté dans la nosographie

Les médecins ne donnaient pas de description précise ou de référence à des critères clairement établis pour définir cette "pseudo-déprime" mais constataient son caractère fluctuant *"Oui! Je pense qu'il y a des fluctuations du moral, oui. (...) Et il peut y avoir, au gré de l'évolution, des mouvements un peu sinusoïdaux, ça dépend, euh..." .*

Ces troubles du moral étaient malgré tout bien identifiés par les médecins comme un facteur de risque à relever et à prendre en compte chez les patientes pour la reprise *"Si l'épisode cancer entre guillemets est fini mais qu'il reste encore la dépression, ça doit être sûrement un frein au retour au travail." .*

La genèse de ces troubles du moral était diversement expliquée, tantôt comme effet secondaire du cancer, tantôt des traitements eux-mêmes *"C'est pour ça que je mets quand même ce syndrome dépressif en lien avec le cancer parce que je me dis s'il y avait pas eu ce gros coup, j'en sais rien..."*, *"Ça met un coup au moral en plus, d'avoir l'alopécie, d'avoir la nausée, d'avoir..."*. Le degré d'implication du cancer était donc difficile à estimer : *"C'est toujours difficile pour nous de dire je le mets en lien, je le mets pas en lien."* Un état psychologique antérieur fragile était malgré tout un facteur de risque identifié, et le cancer se révélait alors comme l'élément déclenchant *"Et en même temps, une personne dépressive, qui a en plus a un cancer du sein...(rires) Ca va peut-être pas être facile!, "Ca a sûrement été le facteur déclenchant, ah oui sûrement " .*

Un médecin pouvait situer l'apparition de ces troubles du moral juste après la reprise " *E : Et à quel moment, précisément, c'est arrivé, là, ces éléments un peu de moral fluctuant, enfin de..? I: C'est à dire rapidement, quelques semaines après le début de la reprise, je pense. "*

1.1.4 Des modifications corporelles exposées au regard des autres qui influencent le retour au travail

- Des modifications corporelles visibles qui exposent au regard de l'autre

Parce que les traitements pouvaient affecter physiquement la femme et modifier son apparence, notamment au niveau de caractères sexuels secondaires comme les seins ou la chevelure, le cancer du sein prenait un caractère " visible " par rapport à d'autres cancers, dans la représentation des médecins : *" C'est plus l'idée que la mastectomie ou le lymphoedème au niveau du bras provoquent des troubles de l'image de soi (...) C'est vraiment un cancer qui est visible, pour les autres" .* C'est ce qui en faisait, pour eux, une spécificité du cancer du sein.

Les médecins insistaient sur la stigmatisation corporelle de la mastectomie: *"cicatrice" "inesthétisme"*. Cela était identifié comme un élément freinateur de la reprise du travail : *"Là, s'il y a eu une amputation, enfin une...une mastectomie sans reconstruction peut-être que ça*

peut les...les freiner" . La chirurgie reconstructrice, dans le but de réparer cette image altérée, venait alors soutenir la reprise: *" est venu le temps pour elle de (..) penser à la reconstruction. Se reconstruire, c'était aussi peut-être repenser...penser de nouveau à être vers un 100% professionnel."*

- Des représentations corporelles pas toujours en adéquation avec celles des patientes

Dans le discours de leurs patientes, c'était surtout l'alopecie secondaire aux traitements qui était relevée comme le facteur physique visible limitant la reprise, plutôt que la mastectomie *"Elle ne voulait pas retourner au travail avec sa perruque, elle voulait retrouver ses cheveux"*.

Les écarts de représentations corporelles entre le médecin et sa patiente risquaient de donner lieu à de l'incompréhension. Dans une expérience marquante, la différence d'appréciation de l'image corporelle a pu mettre en difficulté la patiente : *"Sa reconstruction a été merveilleusement bien réussie et c'est là que, c'est vrai, je la montrais un petit peu trop aux étudiants en disant vous voyez, on peut arriver 6 ans après à retrouver toute son image. Et en fait elle avait pas retrouvé toute son image. J'aurais peut-être dû, j'ai pas analysé assez ses comportements intimes parce que cette femme là, elle restait très blessée et en plus très pudique"*

- Une importance individuelle accordée au regard de l'autre

La question du regard des autres prenait un caractère singulier puisque toutes les femmes n'y accordaient pas la même importance : *"Mais ça n'a pas été pesant pour elles, en tout cas, le regard...des autres, au travail."*

- Le bénéfice de la continuité du lien avec l'environnement professionnel

La permanence du lien avec le monde du travail, et notamment avec les collègues, pendant la maladie était identifiée comme un facteur positif pour les médecins concernant leur aptitude à faire face au regard des autres : *" Celles qui ont été coupées complètement, elles ont peur du regard des autres."*

- L'exposition au public qui exacerbe ces difficultés

Les professions au contact du public étaient logiquement les plus exposées pour les médecins : *" regard des étudiants... lors de ses cours"*. La crainte de jugements négatifs ou encore le fait d'être amenées à évoquer leur maladie étaient alors les principales préoccupations des patientes : *"qui est secrétaire médicale, c'est très compliqué . Elle a vraiment l'impression qu'à chaque fois qu'elle parle à quelqu'un que (...) c'est compliqué, c'est qu'est-ce que les gens vont penser?"* : *"Je ne veux pas qu'il y ait de rumeurs", voilà ce qu'elle dit, "Ca parle beaucoup, dans mon service."* Il fallait donc aussi prendre en compte le risque d'être exposé aux questions des autres.

1.1.5 Faire avec des difficultés inhérentes au profil socio-économique et professionnel de la patiente

- la reprise envisagée comme une nécessité financière

Les difficultés financières et administratives induites par l'arrêt de travail supplantaient souvent les problèmes intrinsèques au travail *" J'ai envie de dire les gens sont plus embêtés par les problèmes assurantiels et bancaires que par les problèmes de travail, je trouve "*.

L'interruption de versement des indemnités perçues par la patiente en cas de prolongation de son arrêt ou la menace de cette interruption pouvaient contraindre à une reprise plus précipitée *" Le côté financier c'est ça, au bout d'un moment ce qui s'est passé c'est que, en plus au bout d'un moment, la Sécu va commencer à mettre le ola et puis financièrement et bien il faut reprendre "*.

La reprise du travail motivée par des nécessités financières était finalement le reflet d'une société ne valorisant pas le travail *"I: Après on cherche les motivations du retour au travail, elles ne sont pas toujours claires. Des fois c'est simplement des histoires d'argent et on est un peu déçu, un peu désolé. E : Désolé pourquoi ? I : Désolé parce que ce n'est pas très glorieux pour la société d'être obligé d'envoyer les gens au travail pour gagner trois sous pour faire vivre sa famille. Un peu triste. On paye des tas gens à rien foutre. Voilà c'est comme ça"*

- Le régime social peu favorisant des professions indépendantes et libérales les rendant plus vulnérables

Les professions libérales et indépendantes, dont le régime social semblaient désavantageux dans ce contexte, étaient poussées plus rapidement à reprendre le travail " *Elle était à temps libéral alors bah y avait la pression financière de la reprise de travail là par contre* ", un médecin prenait même sa profession comme exemple de cette précarité " *Je pense qu'en libéral, comme nous, médecins, ça peut être un gros problème d'être absent un an (...) financièrement c'est difficile parce que on a toujours nos charges qui sont là*".

Le Régime Social des Indépendants (RSI) était particulièrement mis en cause et notamment dans l'impossibilité de mettre en place un aménagement du temps de travail lors de la reprise pour les patientes " *Et là où j'ai des soucis, c'est avec RSI qui ne veut pas de mi-temps thérapeutique et qui demande que le travail soit repris complètement, tout de suite* "

Dans ces situations, les médecins pouvaient alors avoir eu l'expérience de patientes qui avaient baissé les bras et dû reprendre le travail de manière anticipée " *Elle a reçu des courriers un peu pas sympas du style « maintenant, vous allez reprendre parce qu'on ne veut plus vous couvrir » etc. et ça a été jusqu'à une visite d'expertise . Et là, elle dit : « C'est bon, je ne vais pas à Nantes, je reprends mon travail »*" .

- Les agricultrices et les commerçantes identifiées comme professions particulièrement à risque

Les agricultrices cultivaient l'image du labeur et d'une quasi-abnégation pour leur travail dans l'esprit des médecins, en partie pour les raisons de couverture sociale citées juste avant, mais peut-être aussi liée à une représentation un peu séculaire d'une profession acharnée au travail " *On n'a pas parlé des agricultrices, mais elles ne se mettent pas en arrêt de travail, hein. Elles bossent* ". Le médecin s'inquiétait donc plus pour ces patientes " *Elle va reprendre le travail. Je serai plus inquiète parce que j'aurai peur qu'elle...qu'elle ait pas pris le temps de se reposer.*"

Les commerçantes ne s'autorisaient que rarement un arrêt de travail, là encore en partie par nécessité financière, mais également pour éviter de culpabiliser de laisser son

commerce à l'abandon : *"La commerçante s'arrête pas."* : *"Laisser son commerce et rester chez elle c'est très très pénible donc elle me dit : « j'ouvre pas, donc je me cache pour ne pas ouvrir. »"*

- Faire avec une hiérarchie parfois peu compliante et peu attentive

Il fallait parfois compter avec des employeurs avec qui les relations n'étaient pas bonnes *"ça se passait très mal avec son employeur"* voire même qui faisait subir des pressions pour la reprise *"Psychologiquement, ben, elle l'a embêtée pour sa reprise du travail."*

Les attentes de l'employeur et l'état physique de la patiente était parfois discordants *"Elles ont repris, ça y est, au bout d'un mois, elles doivent être opérationnelles comme elles l'étaient avant, ce qui est quand même pas le cas ."*

- Des problèmes différents en fonction de l'âge

- Des appréhensions plus grandes pour la santé des plus jeunes

Les médecins estimaient globalement rencontrer de plus en plus de femmes jeunes atteintes de cancer du sein, avec aussi l'idée d'une maladie plus guérissable que par le passé *"C'est vrai que je trouve qu'il y a de plus en plus de femmes jeunes...", "Il y a le fait que ça concerne des femmes jeunes et qu'on a un taux de guérison quand même assez bon contrairement à d'autres cancers"*. Le jeune âge était malgré tout associé à une image péjorative du cancer, notamment concernant son agressivité *"Quand ils sont jeunes, je suis un peu inquiète (...) ces cancers là sont plus méchants quand ils sont jeunes "*.

-L'incertitude autour de la fin de carrière, et des appréhensions pour la retraite qui compliquent la reprise

Pour les femmes d'un âge plus avancé, les préoccupations autour de l'incertitude de la sécurité de l'emploi en fin de carrière, et jusqu'à la retraite, relèguaient les questions ayant

attirait à la féminité au second plan *"La personne de 50 ans (...) elle questionne certainement moins, effectivement, la sexualité. (...) elle va plus être dans...dans...la question professionnelle du travail, l'arrêt des revenus, la douleur (...) chez la femme de plus de 50-55 ans, en tout cas il y a la question du travail, du temps, encore, à faire au travail ", "C'est que...une femme qui a plus de 55 ans, c'est déjà compliqué, sur le plan du travail et de la reprise professionnelle.", "Je sais pas ce qu'elle va devenir, parce qu'elle va arriver à 59, 60 ans et..."* .

La rupture avec le monde du travail était encore plus nette pour ces femmes, ne favorisant pas leur reprise *" Qui sont plutôt près de la pré-retraite, retraite et puis tu vois bien que après un an de cycle thérapeutique, tu vois bien qu'elles sont plus dans le circuit du travail"* .

Dans ces situations, la tentation était grande de prolonger l'arrêt de travail jusqu'au début de l'ouverture des droits à la retraite pour la patiente. Une mise en invalidité pouvait être envisagée: *"E: Oui, donc finalement, les...les femmes en pré-retraite ou dans ces zones... I: Oui, voilà. Que faire? E: Quoi faire dans ces cas-là? I: Voilà. Quoi faire? E: Et que finalement, on peut être en difficulté pour ces femmes là, et... I: Surtout, qu'en plus, elle aura pas... Elle aura sa retraite dans trois, quatre ans. Alors c'est là que, des fois, je laisse passer le temps, et invalidité, et hop!"* .

La maladie qui se projetait au début de la retraite prochaine faisait craindre le bien-être de sa patiente *" Je suis plus inquiète par rapport à l'avenir parce que je me dis: "Ben, ils vont pas... Ils vont profiter de leur retraite en étant déjà malade au départ."* .

1.1.6 L'impact de l'origine culturelle dans la reprise du travail

- La projection des difficultés d'intégration lors de la reprise du travail

Il pouvait y avoir un parallèle entre les efforts qu'une patiente a pu fournir pour son intégration dans la société et ses efforts pour reprendre un travail. Un médecin pouvait relater cela, au travers des difficultés rencontrées autour de l'image de soi d'une patiente d'origine étrangère *" I: Alors, pour cette dame là, c'était surtout l'image de soi qui était importante... E:*

Oui. I: Euh... Ne pas montrer qu'elle avait été malade. C'était vraiment la chose qui...l'obnubilait un petit peu. Ouais. E: D'accord. Et pour quelle raison plus profonde? C'est par rapport à une acceptation...? C'est par rapport à quoi? I: Je ne sais pas. Alors, peut-être que c'est aussi le fait qu'elle soit, donc, d'origine africaine, mariée avec un français qui l'a connu dans son pays d'origine... E: Ouais. I: Elle est venue en France. Donc pour elle, il y a eu un travail...euh...d'implantation, hein...très progressif, qui est bien effectué, et peut-être qu'elle avait l'impression qu'elle allait recommencer un autre travail... ".

- Faire avec une patiente aux représentations différentes

Le médecin pouvait entendre des croyances et des représentations différentes, qu'il fallait intégrer toujours dans l'idée de la singularité des parcours *"La polonaise qui a des croyances un peu mystiques, qui est un peu particulières d'abord mais peut-être par sa...son histoire, hein! (...) Pendant un an elle a refusé tout traitement! Elle a fait...huiles essentielles. C'est une patiente polonaise."*

Ces représentations différentes selon l'origine et la culture pouvaient surprendre le médecin dans les décisions prises alors par sa patiente *"les femmes anglaises ont une relation un peu différente (...) Je suis surpris que chez les patientes anglaises qui ont eu une mastectomie , je n'en ai pas vu faire une reconstruction"* . Des raisons financières, peut-être plus fréquentes dans ces circonstances, pouvaient aussi être avancées *"Et je crois qu'il y a un problème de prise en charge et de coût"*.

1.2 La primauté du "feeling" et de l'expérience du clinicien

1.2.1 L'importance du ressenti en complément du discours de la patiente

- Accorder de l'importance au discours de la patiente dans son souhait de reprendre :

Les médecins accordaient beaucoup d'importance au discours de leurs patientes. L'expression de leur volonté ou encore leur motivation à reprendre étaient intégrées comme élément facilitateur *"Bah, quand c'est leur demande, en général, c'est pas très difficile..."*,

"Ces deux personnes là avaient vraiment cette volonté de reprendre rapidement.". Ils se donnaient les moyens de les interroger directement *"En l'interrogeant directement. Pour ma part, c'est ça.", " Est-ce que psychologiquement vous vous sentez d'attaque pour reprendre?"* ou prenaient le temps de les écouter.

- Compléter l'évaluation par le ressenti

Mais dans d'autres circonstances, les choses pouvaient être moins bien définies ou non verbalisées. Afin d'évaluer au mieux sa patiente sur sa capacité à reprendre le travail, le médecin faisait appel à son propre ressenti. On retrouvait, en particulier, les termes de *"feeling"* ou de *"pif du clinicien"*, non dans un sens hasardeux mais plutôt dans la perception, dans le fait de *"sentir"* les choses *"Quand je sens qu'elles sont un petit peu plus présentes, qu'on peut rediscuter du travail (...) je demande : « Qu'est-ce que vous pensez de la reprise ? »"*

Contraint de prendre en compte des facteurs tels que l'asthénie ou encore le moral, d'évaluation souvent empreinte de subjectivité, le médecin s'aidait de ce qu'il ressentait de sa patiente, sans se référer à des grilles d'évaluation *"Après c'est sur la bonne foi de la patiente, si elle nous dit qu'elle a encore besoin de dormir l'après-midi, on la croit . C'est un peu du ressenti par rapport à ce qu'elle me dit . C'est vrai qu'il y a pas vraiment de grille . "*

Il y avait une primauté du discours de la patiente dans le ressenti du médecin qui faisait office de validation *«E: Donc tu les sens capable de reprendre quand elles te disent qu'elles sont capables de reprendre ? I: Exactement . Tout à fait, et là on fait des essais» .*

Cette importance donnée au ressenti, qui semblait alors se justifier par lui-même, intégrait également la singularité des parcours de chaque patiente *"Je suis pas certain que dans cette pathologie là avec toutes les implications que ça puisse avoir, on est pas dans de l'arbre décisionnel. On est vraiment dans du cas par cas ".*

Le ressenti du médecin se basait donc sur le caractère unilatéral du discours de la patiente, sa confiance en ce qu'elle pouvait lui rapporter et la prise en compte de la singularité

de chaque situation. Conscients de mobiliser une qualité aux contours mal définis, il arrivait malgré tout à en expliciter le contenu, peut-être pour y accorder une certaine légitimité.

- L'influence du genre dans le ressenti

Même si l'impact du sexe du médecin était difficile à établir dans ce processus de retour au travail, il en modifiait parfois les perceptions « *C'est vrai que la vision, la perception féminine...est différente, quoi!* ».

Les femmes risquaient de se projeter et de s'identifier à leurs patientes "*Ce sont des femmes donc forcément il y a aussi des identifications*". Sans être dans le militantisme affirmé ni forcément remettre en question le parcours de soin, elles pouvaient se sentir dans la préoccupation de la place des femmes dans la prise en charge en général "*j'ai un côté féministe, il faut bien le reconnaître (rires) donc je trouve que les gynéco hommes sont un peu machistes dans beaucoup de cas donc ça m'énerve (rires)*".

Les hommes se sentaient parfois lésés dans cette situation, pouvant même être vécue comme un handicap "*J'ai un gros handicap c'est que je suis médecin généraliste et que je ne suis pas une femme, double handicap .*" , qu'ils pouvaient expliquer par une empathie s'articulant plutôt sur des représentations que des projections "*je sais pas comment vous le vivez vous en tant que femme quand vous voyez une femme avec une mastectomie . On a mal pour elle . C'est quelque chose qui est difficile*".

- Faire appel au ressenti de l'entourage

Pour parfaire ce ressenti, le médecin interpellait le conjoint si la situation se présentait "*Quand je vois le conjoint, j'essaie de parler, de savoir comment il ressent les choses aussi* ".

1.2.2 La rencontre de deux expériences: l'expérience professionnelle du médecin et sa relation avec la patiente

- Une expérience personnelle mise en avant

L'expérience du médecin généraliste acquise au fil des années était mise en avant comme une qualité lui permettant d'aborder les difficultés qui pouvaient se présenter : *«D'abord parce que l'expérience... Je pense que je peux maintenant appréhender tout ce qui peut arriver quand même, pas tout, mais...une partie».*

- La connaissance de sa patiente acquise par son statut de médecin généraliste

Cette expérience acquise du médecin s'articulait avec la connaissance, acquise aussi dans le temps, de sa patiente. Le statut de médecin généraliste apportait un bénéfice tout à fait particulier dans cette situation *«On les connaissait déjà avant , donc il y a des choses qu'elles ont pas forcément besoin d'expliquer ou de réexpliquer . On sait où elles travaillent, on sait dans beaucoup de cas, on sait comment est l'entreprise . Elles ont pas besoin d'expliquer bah moi dans l'entreprise, j'ai des cadences pas possibles, ça on le sait déjà . C'est plus simple de pouvoir dire: « je veux y retourner, je veux pas y retourner» , elles ont moins besoin d'argumenter donc ça je pense que c'est un côté positif».*

- Une pratique avec des limites:

- ☐ le manque d'expérience du médecin avec sa patiente

De facto sont mises en relief les limites rencontrées par les jeunes médecins, faute d'expérience *« Auparavant, c'est vrai que, quand je remplaçais, j'avais pas l'impression qu'il y en avait tant que cela».*

A l'occasion du diagnostic et de la prise en charge d'un cancer du sein, le médecin pouvait être amené à prendre en charge une nouvelle patiente qu'il ne connaissait pas avant *« Je ne suis pas son médecin, en tout cas, au moment où elle est atteinte de ce cancer, mais dans l'après. Elle vient au cabinet médical quand elle est dans la reprise professionnelle.»* On pouvait donc s'attendre à une carence d'informations biographiques, limitant le ressenti du médecin.

- La préoccupation sur l'éventualité de prendre en charge une consœur, atténuée par l'expérience du médecin

L'hypothèse d'être confronté au retour au travail d'une consœur faisait s'installer le doute *"Mais c'est pareil, là, la reprise du travail chez un médecin, je ne sais pas du tout..."* . L'idée de l'arrêt de travail était difficilement envisageable dans la profession médicale car synonyme de rupture dans une relation de soin à l'autre *"Je pense que le fait de s'arrêter et de ne plus pouvoir aider les autres , ce serait aussi compliqué"* . La reprise du lien avec le patient était alors décrite comme laborieuse *"Quand on est absent trop longtemps, (...) ils (NDRL: les patients) ont du mal à revenir des fois à notre retour"* .

Là encore, l'expérience du médecin était un atout *"Et puis il y a des médecins aussi qui ont eu des cancers du sein, même jeunes parfois qui retrouvent une vie et une carrière"*.

1.3 Les repères cliniques retenus pour la reprise du travail

1.3.1 L'amélioration de l'état physique comme critère nécessaire

Pour apprécier la capacité physique de leur patiente, les médecins prenaient en compte plusieurs critères.

- La nécessité d'une disparition de la douleur

L'absence de douleur était recherchée par les médecins. Cela revenait souvent comme un critère important pris en compte dans l'évaluation de la capacité de la patiente à reprendre le travail *« sans souffrance, sans rien », « s'il n'y a pas des demandes d'antalgiques, de voir comment elles se mobilisent, comment les choses sont...sont formulées. »*

En outre, le médecin s'attendait à rencontrer, pour certains postes de travail, des difficultés dans le cas de douleurs articulaires secondaires par exemple à un traitement hormonal *" y a quand même aussi les traitement hormonaux qui sont source de désagréments: douleurs musculaires douleurs articulaires qui viennent s'imbriquer aussi avec*

certain types de travail" . Le médecin essayait donc déjà de se projeter les conditions de travail de sa patiente.

- Rechercher l'amélioration de l'état général et une capacité physique retrouvée

Les médecins relevaient des marqueurs d'un état général amélioré ou retrouvé. Pour cela, ils se basaient sur des critères biométriques (poids), l'appétit... *"Quand le poids est stable, quand l'appétit est revenu."* Il fallait aussi rechercher la perception par la patiente d'une capacité retrouvée pour endurer une journée de travail « *Que le matin, quand elle se lève, ben, elle se sent apte à faire une journée complète* ».

- L'amélioration de la fatigue et une convalescence terminée

Le médecin s'efforçait d'évaluer le niveau de fatigue de sa patiente et la prenait en compte comme un critère pour la reprise " *E: la fatigue qui est un...critère de jugement pour vous? I: Oui. (...) On fera le point. Ca se passe bien? Vous êtes fatiguée? Vous n'êtes pas fatiguée?"* En parallèle, il s'assurait qu'une période de convalescence nécessaire était bien achevée *"est-ce qu'il y a une période de convalescence qui, au fond, est terminée?"*.

1.3.2 La reprise nécessaire d'une vie quotidienne

La reprise d'une autonomie par la patiente était une condition pour la reprise du travail. Les médecins se penchaient alors sur leur vie à domicile.

- Questionner la reprise d'une vie normale à la maison, préambule d'une reprise du travail

Ils pouvaient directement les questionner, notamment sur le déroulement de la vie au domicile, la réalisation des tâches ménagères, la charge des enfants au domicile *"Déjà, je l'interroge sur...euh....la façon dont elle peut mener sa vie elle-même, les tâches ménagères...son activité...voilà."*, *"celles qui ont des enfants jeunes et bien est-ce qu'elles s'en occupent un peu plus , est-ce que c'est un peu plus difficile..."* .

La reprise d'une vie normale à la maison était alors un signal pour le médecin d'une reprise envisageable «*Quand elles font leur potagers . C'est essayer de repérer quand à la*

maison, tout se passe bien .(...) on se dit qu'on peut peut-être essayer d'aller un petit peu plus loin»

Même si cette évaluation de l'autonomie était indirecte car elle passait par le discours de la patiente, elle semblait suffisante pour les médecins. Aucun d'entre eux n'a rapporté l'utilisation d'échelle de mesure type performance status de l'OMS, échelle de Karnofsky...

1.3.3 Une capacité psychologique retrouvée et la prise en compte de la motivation

Les médecins intégraient l'amélioration de l'état psychologique et moral de la patiente comme critère pour la reprise *"S'il n'y a pas un élément, on va dire, dépressif trop marqué", "Après ça peut être aussi au niveau du moral. Au niveau psychologique, comment la personne voit la reprise au travail".*

L'évaluation de l'état psychologique de la patiente à ce moment se rapprochait de la recherche d'un syndrome dépressif *« En fonction de l'humeur, pas de la grille de la dépression mais un petit peu quand même quoi . Le manque de motivation . Oui, le psychologique se jugerait plus sur une grille déprime entre guillemets ».*

- L'impact psychologique de l'épanouissement au travail et de la motivation à reprendre

L'épanouissement au travail, au travers de la motivation et de son impact sur le moral de la patiente, pouvait être identifié comme un facteur prédictif positif pris en compte dans la capacité à reprendre *"Celles qui sont passionnées par leur métier, qu'ont un travail qui rythme leur vie, elles sont plutôt...beaucoup rapidement au travail et un travail plus intense que celles qui ont un peu trainé la patte qui...qu'ont pas un travail qui les passionne", "I: Il s'agit d'un travail qu'elle aime, et que... E: C'est pris en compte, aussi, ça... I: Bien sûr! Ouais!"*.

1.4 La nécessaire approche du poste de travail

Le médecin généraliste s'efforçait d'être au plus prêt d'une congruence entre l'idée qu'il se faisait du poste de travail et la réalité du travail.

En abordant la reprise du travail, le médecin cherchait indubitablement à apprécier le poste de travail de sa patiente. Il pouvait déjà, comme vu plus haut, chercher à identifier les répercussions physiques et fonctionnelles du cancer chez sa patiente, notamment au niveau du lymphoedème et des douleurs résiduelles *"Elles disent si elles ont mal, si elles ont des lymphangites, si elles sont gênées pour tel ou tel mouvement"*.

- La représentation de poste de travail avec contraintes particulières

L'approche de la pénibilité du poste de travail passait par l'identification des professions ou situations que le médecin jugeait à risques, liées à des contraintes physiques importantes (essentiellement le port de charge lourde) ou encore à des mouvements répétitifs et nécessitant une grande dextérité *"Moi je pense qu'un travail physique va poser plus problème..."*, *"Mouvements répétitifs surtout. (...) travail à la chaîne, donc quand même la nécessité d'être rapide"*, *"Si c'est un travail de...de répétition, d'ouvrière, quoi!"*

Il découlait des difficultés intrinsèques à chaque poste de travail dans la représentation du médecin, comme par l'exemple donné d'une chanteuse lyrique et l'importance donnée à la récupération d'une capacité pulmonaire suffisante avant d'envisager de reprendre le travail *"C'est une chanteuse lyrique et du coup c'était plus cet aspect physique. Capacité pulmonaire! Qui a été...bon, un peu compliqué "* ou encore d'une employée en pépinières *"Si, quelqu'un qui travaillerait dans des pépinières ou des choses comme ça, de pas se blesser, enfin de pas... "*.

- Le travail de nuit représenté comme limitant la reprise

Le travail de nuit était redouté par le médecin car plus difficile à tenir par la suite *"aide-soignante de nuit, ça va être plus compliqué à mettre en oeuvre, une dame qui travaille en usine avec des horaires de nuit, ça va être plus compliqué à mettre en oeuvre, voilà. "*, *"Mais je pense que c'est principalement sur le rythme qu'elle pouvait avoir, la nuit c'est vraiment quelque chose qu'elle avait beaucoup de mal à faire maintenant" .*

- Une approche forcément limitée par le manque de connaissance du médecin

Le médecin pouvait être bloqué dans l'appréciation nécessaire de ce poste de travail. A cela plusieurs raisons évoquées: sa non-spécialisation et le manque de connaissance

concernant le monde du travail *"un certain avis d'expertise qu'on n'a pas forcément d'ailleurs parce qu'on ne connaît pas leurs conditions de travail"* et une évaluation ne reposant que sur le discours de la patiente *"on sait ce qu'elles nous en disent mais on sait pas forcément la réalité du terrain professionnel"*.

2- Les représentations du travail par le médecin généraliste

La prise en considération des représentations qu'ont les médecins généralistes du travail impactent leurs pratiques .

Dans ce chapitre, nous étudierons les différents sens et fonctions attribués au travail par les praticiens .

2.1- Les valeurs du travail mobilisées par le médecin généraliste

Le travail était nettement valorisé par les médecins . Ils l'évoquaient auprès des patientes avec une approche positive . Après l'annonce diagnostique, les patientes semblaient emportées dans le cercle vicieux du cancer *« la question se pose après le cycle infernal chimio chirurgie radiothérapie quoi en fait »* , les médecins utilisaient la reprise du travail pour positiver de nouveau *"Faut faire passer des choses positives, le travail en fait partie me semble-t-il "* .

2.1.1- Un lien social à faciliter en s'adaptant au contexte

De nombreuses fonctions étaient attribuées au travail dont celle d'établir des relations sociales . Il est considéré comme le moyen principal de tisser un lien social avec l'autre *"Le lien social, le lien social dans le travail"* . L'annonce de la maladie et l'arrêt de travail qui en découle venaient donc rompre ces interactions et, de ce fait, isoler les patientes . Alors que le travail était un symbole de vie en collectivité, le cancer du sein marquait une rupture, avec la naissance d'un sentiment d'abandon *« ce sentiment, un petit peu, d'abandon »* .

Le cancer du sein avait pour spécificité d'être de plus en plus fréquemment rencontré chez les femmes jeunes et actives *« C'est vrai que je trouve qu'il y a de plus en plus de*

femmes jeunes... » . Les médecins mettaient en avant les difficultés des patientes à maintenir une vie sociale lorsque les fréquentations de leur âge étaient, elles, dans la vie active *"refaire des choses avec les copines, pas avec les retraités"*.

2.1.1.1- La promotion des loisirs comme maintien des activités collectives

Cependant, le maintien du lien social par l'intermédiaire du milieu associatif était recherché par certains médecins avant la reprise du travail *"Si j'ai une de mes patientes qui travaille un peu à la bibliothèque"* . Ils insistaient sur l'intérêt des relations sociales établies en milieu associatif comme élément facilitant le retour au travail, ce lien devant être maintenu autant que possible *"Moi je pense que la vie associative doit continuer."*, *"J'encourage à ce qu'elles continuent"* . Alors que l'incapacité physique pouvait être un frein à la reprise du travail, certains médecins ne le considéraient pas comme tel pour le maintien des loisirs *« Mais la vie associative, je vois pas pourquoi ça s'arrêterait. Donc, ça, je leur demande plutôt de continuer leurs activités »*, *« Mais toujours essayer de garder une activité physique si possible avec les copines mais toujours essayer de garder une activité physique »* . A l'opposé, pour certains, il existait des freins à la mise en place d'une vie associative du fait des effets secondaires des traitements avec principalement une grande fatigabilité et des limites physiques . Devant un panel d'activités restreint, se limitant principalement à des activités physiques, ils se devaient de limiter le maintien des loisirs *« Sinon dans les autres associations, du coup tu vas te retrouver avec le cours de gym et souvent comme elles sont trop fatiguées, elles y vont plus »* .

2.1.1.2- L'intérêt de rencontrer et de partager dans les associations de malades avec une proposition limitée en milieu rural

Selon leurs expériences, les médecins orientaient leurs patientes vers les associations de malades facilitant le partage d'un vécu similaire face à la maladie et à ses traitements *« pouvoir avoir une relation, de pouvoir discuter avec d'autres personnes qui ont eu la même chose »* . Cependant, aucun médecin ne se le représentait comme nécessaire pour le retour au travail . Ils n'utilisaient pas le lien associatif comme précurseur du lien social par le travail .

Ils insistaient néanmoins sur les limites rencontrées en lien avec leur situation géographique . Il existait des difficultés à sociabiliser les patientes devant l'absence d'une vie associative accessible et en particulier, devant l'absence d'association de malades en milieu rural, leur isolement étant majoré *"Peut-être pas suffisamment non plus d'associations de malades où les femmes puissent se retrouver entre elles", "Les associations de patients c'est extrêmement compliqué quand on est à la campagne "* . Malgré tout, les médecins ne l'évoquaient pas comme un élément pouvant précipiter le retour au travail afin de renouer des relations sociales .

2.1.1.3- La prise en compte du maintien du lien avec les collègues et du milieu professionnel

Les médecins ont également insisté sur la place importante des collègues dans la réalisation du retour au travail . Au-delà de leur importance dans l'acceptation du regard des autres, ces derniers facilitaient la reprise de l'emploi en étant considérés comme un soutien *"je pense que c'est important le soutien au travail "* . Il existait une influence de la permanence du lien avec les collègues . Les médecins constataient que la perte de ce lien était un facteur freinateur du retour au travail *« Alors ça dépend. Celles qui ont continué à avoir du contact pendant leur maladie avec leurs collègues ou avec leur milieu de travail, ou celles qui n'y ont pas été du tout »* . La qualité des relations initiales avec les collègues facilitait cette continuité du lien *« je pense que quand elles y étaient bien, elles gardent un lien ... »* .

Le questionnement autour du lien entretenu avec l'employeur ou le supérieur hiérarchique était différent puisqu'il était plus empreint de méfiance . Pour le médecin l'employeur regardait aussi ses propres intérêts. Lorsque les rapports étaient faciles, l'organisation pour le retour au travail l'était également, naturellement *"elle pouvait vraiment s'organiser comme elle voulait, elle avait un employeur assez compréhensif"*. Le médecin s'interrogeait sur la véracité des motivations affichées de l'employeur, en gardant une certaine distance dans l'importance à lui accorder *"l'empathie sur le plan professionnel, ça m'interroge ou en tout cas, on l'a peut-être pour un mois et puis après, ça se dilue..."* Il pouvait aussi craindre les représentations de la maladie chez l'employeur, qui pèserait sur le retour au

travail *"le seul soucis, c'est, il me semble pour moi, c'est si professionnellement la femme estime être en mesure de retravailler et que son employeur estime lui qu'elle n'est pas en capacité de le faire. (...) Parce que lui a décidé, en entendant parler cancer du sein, que ça ne sera pas possible comme avant"* .

2.1.2- Une place à retrouver

2.1.2.1- Réinvestir son poste

Les médecins constataient la brutalité de la rupture avec le monde du travail ressenti par les patientes lors de l'annonce diagnostique *"Après la rechute, on a été obligé de fermer le magasin en 4 minutes, 5 minutes"* . Cette notion de rupture était en opposition avec la continuité de l'activité de l'entreprise durant l'absence de la patiente . Lorsqu'était envisagée la reprise, les médecins étaient confrontés au désir immédiat des femmes à retrouver leur place dans une entreprise qui avait su fonctionner sans elles . Certaines patientes exprimaient leurs appréhensions à réintégrer leur entreprise et réinvestir un poste qui n'était peut-être plus celui qu'elles avaient quitté *« Il y a des craintes des patientes qu'il y ait des choses qui aient changé à...? Oui! »* . Alors que les médecins se représentaient l'entreprise avec un fonctionnement continu malgré l'absence des femmes, ces dernières l'envisageaient comme restant figé depuis leur départ *"Vous avez été absent longtemps, donc il faut bien que ça s'organise. On peut pas arriver comme ça : "Donnez-moi du travail" un matin! Y'en a qui croit ça des fois"*.

- Recouvrer plus facilement son poste par l'aménagement du temps de travail et la visite de pré-reprise

Concrètement, les médecins amenaient la mise en place d'un temps partiel thérapeutique, lorsque cela était possible, comme facilitateur de la reprise d'un poste de travail pour envisager une reprise en douceur et éviter de reproduire un nouveau moment de brutalité *"C'est pour ça que le temps partiel est l'idéal (...) éviter que ça soit trop brutal... Voilà. "* Cette option semblait également avoir le mérite de s'accompagner d'une réussite plus rapide à la reprise du travail *"et ça c'est quelque que chose qui les rassure et je pense que ça permet de reprendre plus rapidement le travail"*.

La visite de pré-reprise, réalisée par le médecin du travail, était aussi envisagée pour anticiper et préparer au mieux cette reprise de poste. Mais les expériences des médecins divergent assez à ce sujet *"j'avoue que je ne leur en parle pas forcément"*.

2.1.2.2- Retrouver son statut social

- Le travail fondateur d'une identité sociale

Pour les médecins, le cancer excluait les patientes de notre société car il interrompait le travail qui permettait de forger un statut social . La patiente passait du statut d'actif à celui de malade . Or, les médecins considéraient qu'il n'existait pas de statut pour la personne malade *"Sans travail, il n'y a pas vraiment de place pour nous dans la société "* . Pour avoir un rôle dans notre société, il fallait être en mesure de lui apporter quelque chose mais la femme malade n'était pas utile et représentait même un fardeau vis-à-vis de notre société . Redevenir active libérait de l'inanité de cette place *« de ne plus être à la charge de la société »* .

- La reconnaissance par le travail de l'identité sociale en dehors du statut de femme au foyer

La vision des médecins de l'importance donnée au travail dans notre société était accentuée par le genre féminin . La considération sociétale des femmes serait d'autant plus liée au travail puisque le rôle de femme au foyer ne leur accorderait pas de statut *« La place dans la famille de femme active, je pense qu'elles veulent la retrouver . C'est pas la même chose que d'être femme au foyer . Sans travail, il n'y a pas vraiment de place pour nous dans la société»* .

Le travail était donc une condition *sine qua non* à la considération et à la légitimité d'une personne dans la société actuelle *"pour être accepté par la société, il faut travailler"*, *" Retourner au travail, c'est peut-être réintégrer un peu la société et reprendre sa place dans la société ."* .

2.1.2.3- Se repositionner dans la famille

Au-delà de la patiente malade, le cancer modifie également le schéma familial à de nombreux niveaux . Pour les médecins interrogés, il était donc évident que lorsque les deux parents travaillent, le cancer du sein et l'arrêt de travail qu'il engendre, destructuraient l'organisation familiale « *la panique que ça a du mettre dans la maison cette histoire de cancer* » .

- La reprise du travail modulée par l'activité maternelle

L'âge des patientes et surtout l'âge des enfants étaient un critère évalué par les médecins pour envisager un retour au travail . Leurs attitudes étaient différentes en fonction de la présence ou non des enfants au domicile "*Ca dépend du contexte familial*" . La présence des enfants ayant une valeur positive et permettant de maintenir une activité, les médecins temporaient la reprise de l'emploi . A l'inverse, l'absence de vie familiale, représentée majoritairement par l'absence de maternité, était un élément prédisposant à la réinsertion précoce dans le milieu professionnel "*Si je vois une jeune femme qui commence à broyer du noir chez elle toute seule, qu'il n'y a personne chez elle et qu'elle est toute seule*" . Alors que les patientes jeunes étaient susceptibles d'avoir des enfants en bas âge et que cela pouvait être une difficulté rencontrée pendant la phase des traitements, la charge des enfants n'était pas un obstacle à la reprise du travail "*I: "Le soucis c'était plus ça, comment on s'organise par rapport aux enfants quand je suis en traitement . Même si le mari était là quand il y avait besoin d'hospitalisation, la garde des enfants lui a posé problème quand même . E : (...) Et pendant la phase de retour au travail? I: Non parce que là ça roulait"* .

- La sortie libératrice du carcan familial

Le travail semblait le moyen de s'extérioriser du domicile familial où étaient « enfermées » les patientes, favorisant ainsi un sentiment d'isolement "*elle a beaucoup de mal avec son arrêt de travail et le fait de rester chez elle*", "*de ne pas rester enfermée chez elle*" . Le travail permettait de sortir du carcan familial et était ainsi considéré comme un espace de liberté "*Pour celles qui jugeaient qu'il fallait travailler pour avoir un espace de liberté*" .

Les médecins abordaient le travail comme structurant le modèle familial . L'absence de travail de la femme modifiait son rôle intrinsèque dans la famille et envisager une reprise lui permettait de reprendre son rôle de pilier familial « *elles reprennent leur place aussi de soutien familial* », *"on n'a pas le même rôle dans la famille quand on travaille que quand on ne travaille pas "* .

- L'ajustement de l'activité à celle investie par le conjoint

L'investissement du conjoint dans la vie familiale, interrogé par les médecins, libérait la femme pour reprendre une activité professionnelle *"Elle a un mari qui n'est pas très présent , ça je le sais parce qu'on en avait déjà parlé donc je ne pousse pas parce que je pense que c'est déjà assez compliqué à la maison, donc pas besoin de rajouter le travail en plus"* . La difficulté pour la garde des enfants était fréquemment avancée dans ce contexte, même si ce dernier point était plus problématique pendant la phase de traitement que lors de la reprise .

2.1.3- Le travail comme signe de bonne santé

2.1.3.1- La reprise du travail comme rémission

- Le travail comme marqueur d'amélioration de l'état de santé sans parler de guérison

Le retour à l'emploi semblait être une étape primordiale dans l'évolution de l'état de santé des patientes, considérée comme marqueur de bonne santé . Envisagé lorsque l'épisode cancer se terminait, il devenait marqueur d'une rémission « *puisque je suis capable de reprendre, c'est que je vais bien* », « *Retravailler, c'est être guérie!* » .

Cette symbolique du retour au travail était également rassurante pour l'entourage familial *"et je pense que le fait de retravailler, ça doit les (...) rassurer, en disant : ça y est maman reprend le travail, ça va mieux, c'est reparti "* .

Le travail mettait un terme à la maladie mais les médecins insistaient sur la nuance entre rémission et guérison *"on parle jamais de guérison, on parle de rémission"* en s'appuyant sur

leurs connaissances techniques *« on peut pas parler de rémission parce que ça fait pas cinq ans, ça fait deux ans, là, mais, elle, elle s'est remise à travailler »* . Alors que, pour les patientes, le travail avait valeur de guérison, les médecins insistaient pour qu'elles considèrent cette étape comme symbole de rémission, avec le potentiel de rechute qui en découle *« Elles ont ça dans la tête quand même! Guéries, ça... On leur dit bien "rémission". C'est pas par hasard. Elles savent ça. »* .

A *contrario*, cette valeur du travail comme guérison était temporisée par le potentiel récidivant de leur maladie avec la persistance de cette épée de Damoclès *« Elles ont eu l'épée de Damoclès qui leur est tombée dessus », « elles ont quand même l'épée de Damoclès sur leur tête »* .

- Le travail pour être vivant

Le cancer était considéré comme une maladie singulière associée à une connotation fortement négative du fait de son potentiel létal *« ça sonne quand même "décès", hein, quand on annonce un cancer »* . L'approche de leurs patientes devenait donc particulière *« est-ce qu'on a la même attitude face à quelqu'un qui a un cancer donc une maladie grave potentiellement grave voir mortelle que quelqu'un qui a une lombalgie chronique »* . Il était donc évident que le cancer étant assimilé à la mort, le travail l'était d'autant plus à la vie *« remettre un pied chez les vivants, les bien-portants », « les éloignent un petit peu de leur réalité sordide voire morbide »* .

2.1.3.2- Le rôle thérapeutique du travail

Le travail était considéré comme entité thérapeutique et devenait un moyen pour aboutir à une guérison, amené comme un traitement, dans la continuité des thérapeutiques plus conventionnelles comme la chimiothérapie ou la radiothérapie *« ça faisait partie du traitement le retour au travail »* . Les médecins constataient une complète obnubilation des femmes par la maladie *"Donc elle avait parfois du mal à sortir de la maladie parce qu'elle était toujours plongée dedans"* . Le travail, occupant l'esprit, permettait de ne plus se penser comme un être malade *« quand on est au travail , on pense plus à sa maladie »* . Les médecins lui attribuaient

donc une vertu thérapeutique « *Il y a des dames pour qui c'est thérapeutique parce qu'il s'agit de se changer les idées et de réinvestir la vie par des contraintes matérielles* » .

2.2- Encourager à repenser son poste en évoquant les risques du stress au travail

Les patientes impliquaient parfois leur activité professionnelle dans la genèse du cancer . L'appréhension du stress au travail pouvait constituer un frein à la reprise « *ils ont peur de reprendre parce qu'on leur a dit que le stress et tout ça était pourvoyeur de cancer , l'hygiène de vie était pas bonne et que ça a peut-être été un des facteur* », "*si jamais le stress faisait rechuter mon cancer*" . Les médecins incitaient donc leurs patientes à approcher leur travail différemment « *je les incite à changer leur rapport au travail parce que j'ai l'intime conviction que le stress au travail, pas forcément l'épuisement professionnel, le stress au travail soit avec la hiérarchie, soit avec les collègues, il y a pu avoir des failles qui ont favorisé la survenue de phénomènes carcinologiques qui nous échappent* » . Ils encourageaient le partage des tâches dès leur reprise « *Partant du principe que le stress est générateur et pourvoyeur de cancer, je souhaite qu'elles travaillent beaucoup plus en équipe, partager les responsabilités du boulot* » . Cette préoccupation des médecins pouvaient les amener à s'interroger sur la nécessité de légiférer en ce sens « *Moi, je pense qu'il faudrait presque une loi pour dire : le retour au travail après un cancer exige le partage des responsabilités . Un truc comme ça qui protège durablement les gens de la récurrence* . »

3) Les médecins face à l'évènement "cancer" dans la biographie de leur patiente

3.1 Accompagner la patiente dans sa trajectoire de vie

3.1.1 Cancer et parenthèse de vie

- Une parenthèse obligée qui arrête la patiente dans la vie active

La pathologie cancéreuse induisait une parenthèse obligée dans la trajectoire de vie des patientes *"C'est une espèce de parenthèse dans la vie, j'ai l'impression (...) On fait un break", «Et je pense que le cancer quel qu'il soit, et bah on n'a pas le choix, on est obligé de se poser»* .

Le diagnostic de la maladie s'abattait tel un couperet qui, outre sa représentation morbide, pouvait aussi sonner le glas de la vie professionnelle *"Ca sonne encore beaucoup cancer du sein égale fin de la vie professionnelle, enfin..."* .

Cette arrêt brutal et inattendu sidérait la patiente dans sa vie quotidienne et professionnelle *"ça les stupéfait, là où elles s'attendaient pas."* Les médecins avaient alors le sentiment d'une sanction injuste pour leurs patientes, sentiment d'autant plus exacerbé qu'elles étaient dans une dynamique professionnelle ou dans une période charnière *«Je venais enfin, enfin de décrocher le travail de ma vie et il me tombe ça dessus », "Ses enfants commençaient à être grands donc elle se disait: « je vais pouvoir me consacrer à mon travail un peu plus», et bingo le cancer du sein"* .

- Une parenthèse qui réveille l'idée de fin et entraîne une introspection

Il y avait, dans la survenue du cancer et de cette pause chez la patiente, un brutal rappel au caractère morbide de l'existence, avec toute l'appréhension qui pouvait en découler *"Peur de mourir quand même", "ça sonne quand même "décès", hein, quand on annonce un cancer"*

L'existence de la patiente était soudainement impactée par cette irruption de l'idée de mort au point même de l'envahir complètement *"Dès le départ c'était quelqu'un qui était parti sur le fait qu'elle avait un cancer et que c'était la fin du monde"* .

Selon les médecins, cet événement donnait l'opportunité de faire le point . Parce qu'elles étaient jusque là absorbées dans leur vie quotidienne, le cancer et la pause nécessaire qui l'accompagnait créaient un moment propice à un questionnement sur l'orientation à prendre dans leur vie *« Quand on est dans la vie de tous les jours en tant que femme, maman, le boulot, les courses, le ménage, les enfants, le machin, je pense qu'on est dans un cercle de vie, pfff (...) infernal des fois . Et on se pose pas pour se dire: «Eh bah tiens si je meurs demain , est-ce que je profite bien de ma vie?» Et je pense que le cancer quel qu'il soit, et bah on n'a pas le choix, on est obligé de se poser . Et là on est obligé de se dire, bon là si je m'en sors je fais comment là: je revis comme avant ou je modifie des choses»* .

Dans des contextes compliqués au travail, avec des ressentis difficiles, cet état de conscience pouvait alors amener à un changement radical dans la trajectoire professionnelle de sa patiente *«I: Celle qui supportait plus sa patronne, qui l'agressait tout le temps et bien maintenant , elle est beaucoup plus sereine dans son emploi puisqu'elle est sa propre patronne . Elle a modifié les choses, elle a repris un emploi mais elle a modifié des choses . Elle s'est rendue compte qu'avec cette maladie là qu'elle a eu, elle s'est dit: «mais pourquoi je supporte ça dans ma vie, des gens comme ça donc elle a changé, elle a changé de travail . E: D'accord, ça change la vision sur leur... I: Je pense oui . Je pense qu' une fois que tu vis quelque chose, une épée de Damoclès sur la tête . T'as failli mourir quand même, on parle de cancer . Je pense que ta vision de la vie derrière , elle est différente . Profiter de chaque instant, je pense qu'on est plus dans l'instant présent et je pense que se prendre la tête avec un patron, je pense que une fois qu'on a vécu quelque chose d'aussi lourd, on relativise et surtout on se dit: si je peux faire autrement, je vais faire autrement . Pourquoi je vais passer ma vie à me faire agresser»* .

- L'occasion d'une remise en question des liens existants au travail

L'existence de l'entourage se retrouvait bouleversée par la maladie *"Evènement extrêmement grave, qui a mis la personne, tout son entourage en branle"* .

Le cancer a entraîné une pause dans certaines relations avec les collègues et l'entourage amical, pouvant se traduire par un certain isolement. Ce moment était l'occasion d'un état des lieux, de faire preuve d'une certaine introspection sur ses relations aux autres *"Elle était très proche de collègues et puis à partir du moment où voilà..."piouf!", elle n'a plus vu personne"* , *«J'ai fait le tri de mes amies avec la maladie, il y en a qui m'ont téléphoné, il y en a qui ne m'ont pas téléphonée»* .

- L'occasion d'une réflexion, spécifiquement pour les femmes

Alors que les femmes pouvaient mettre à profit cette parenthèse pour essayer de réfléchir au sens à y donner, les hommes, pour les autres formes de cancer, étaient plutôt dans l'immédiateté, et dans la volonté de tirer rapidement un trait sur cet épisode, selon les représentations des médecins, en extrapolant à d'autres expériences rencontrées *"je trouve que...certains patients masculins ont repris leur travail d'emblée, sans aménagement, sans temps thérapeutique, et...et...voilà. Comme si...il y avait quelque chose à... à d'important pour eux à y être et à y être pleinement et d'emblée, voilà. Et puis...et puis ça ne se parle pas trop cette histoire là. C'était une parenthèse et "hop!" on redémarre. Et du côté du féminin, il y a plutôt...à prendre le temps, hein, à essayer de...peut-être d'en comprendre quelque chose de ce qui s'est passé là, pour eux, de rattraper ce temps où justement il y a eu de l'arrêt, de voir si c'est possible..."* .

3.1.2 Entre continuité et discontinuité

- La comparaison permanente à l'état antérieur qui fige la patiente

Le cancer a pu altérer la vie des patientes, de façon plus ou moins permanente, entraînant une rupture *"Il y a un avant et il y a un après"* . La comparaison avec cet état antérieur révolu et la constatation d'une diminution de leur capacité en général était un rappel permanent à la maladie et un frein à la reprise *"La peur de...bah, de pas pouvoir faire autant qu'avant et puis que ça leur renvoie qu'elles sont toujours malades"* . La permanence de l'idée

de maladie, par la crainte de la récurrence, figeait la patiente aussi bien que le médecin dans cette parenthèse *"Mais, je pense que c'est le fait qu'on ne soit pas sûr à cent pour cent que ça soit fini qui les empêche de retourner travailler"* .

- L'absence de vécu de cette parenthèse dans le cas du déni de la maladie

Cette discontinuité s'effaçait dans les cas de difficultés d'acceptation de la maladie *"elle a eu beaucoup de mal à s'arrêter même pendant ses traitements et elle ne voulait surtout pas que la maladie prenne de la place dans sa vie"* pouvant aller à une dissociation entre le cancer et le temps de la patiente *"il y avait elle, qui allait bien, et puis il y avait son cancer. Comme si il y avait besoin de cette dissociation (...) Comme si, en fait, il y a la patiente et il y a le cancer à côté"* .

- Tendre vers une forme de résilience pour intégrer cette parenthèse dans la biographie de la patiente

La reprise du travail était l'occasion de tourner la page et de fermer cette parenthèse de leur vie *"C'est que la page se tourne. Quand on reprend le boulot, la page se tourne."*, *"Je pense que ça les aide à passer à l'étape suivante"*. Il y avait une dynamique qui reprenait *"On s'est arrêté, on redémarre"* .

Les conditions nécessaires étaient donc l'acceptation et l'intégration d'éléments nouveaux apportés par la maladie *"On revient à quelque chose d'antérieur à la maladie, avec des éléments nouveaux, en fait"*, *"Elles vont aller travailler et elles vont faire comme avant mais c'est pas comme avant , ça peut pas être comme avant"* .

Dans ce contexte se rapprochait donc l'idée de résilience pour faire lien entre continuité et discontinuité *"I: C'est pas une reconstruction, c'est une continuité . Quand je crève un pneu sur le bord de la route, bah on change de pneu et on repart, c'est pas pour ça qu'on va rester arrêté sur le bord de la route, bah on continue . (...) E: C'est une parenthèse? I : C'est une parenthèse, oui on apprend à vivre avec, on apprend à vivre avec une roue qui a été réparée,*

elle roule quand même. Moi, je parle beaucoup de résilience, on l'a tous cette capacité de résilience, il faut la chercher dans un petit endroit et puis qu'il y a une bonne raison de continuer." .

3.1.3 Faire avec des trajectoires professionnelles particulières

Pour tous les médecins, la prise en charge de leur patiente était singulière . Ils mettaient en évidence cette notion de cas par cas *"On est aussi en plus dans de l'accompagnement individuel dans ces situations là "*.

Cette singularité a été appuyée par la problématique du soignant malade qui pouvait parfois mettre en difficultés les praticiens.

Les médecins insistaient sur le fait que reprendre le travail permettait de mettre un terme à la maladie. Leurs représentations étaient alors mises en défaut dans le cadre du soignant-malade . Il leur semblait difficile de fermer la parenthèse de la maladie lorsque les patientes la côtoyaient au quotidien dans le cadre professionnel *"Donc elle avait parfois du mal à sortir de la maladie parce qu'elle était toujours plongée dedans" , "Dès que ça a été diagnostiqué, elle ne pouvait plus supporter d'aller au travail. (infirmière annonce cancer...)"* .

Il semblait difficile d'aborder le poste de soignant en dehors d'un état complet de bonne santé " *C'est: "comment je vais pouvoir m'occuper des autres dans le soin alors que je suis malade?" "*

- La reprise du travail et le désir de maternité : la transposition de deux trajectoires

L'irruption du cancer au moment d'une grossesse et l'interruption de celle-ci pouvaient être considérées comme un facteur aggravant pour la reprise professionnelle par les médecins « *Celle qui a découvert un cancer du sein pendant une grossesse, qui est interrompue, on est déjà dans un contexte particulier, parce ce que...on interrompt une grossesse de façon volontaire, donc forcément psychologiquement, c'est plus difficile à la reprise* » .

Dans ce cas, la trajectoire de vie professionnelle était mise en parallèle avec la vie génitale de la patiente et le retour au travail était considéré comme un moyen de se projeter dans un projet de maternité « *Maintenant, je me...je reprends mon travail pour me projeter sur une grossesse.* » .

3.2 Redevenir acteur dans la trajectoire de soin de la patiente

3.2.1 Evolution de la place donnée au médecin généraliste du diagnostic de la maladie à la reprise du travail

- Une place qui s'efface au moment de l'arrêt de travail

Happée par sa prise en charge spécialisée, la patiente était majoritairement perdue de vue par les médecins généralistes durant la phase des traitements « *Tant qu'elles sont en chimio, en radiothérapie, elles ne viennent pas.* »

Pour autant, certains gardaient un suivi régulier pour échanger sur l'avancée des traitements notamment « *c'était plus tout simplement dans le suivi pour me tenir informée des avancés du traitement, de comment ça s'était passé* » ou encore les recevaient en consultation pour des effets secondaires des traitements « *Juste pour des effets secondaires. Mais j'ai du la voir très peu. Une à deux fois. Et puis, après je l'ai beaucoup vu au moment de la reprise* ».

Des suivis particuliers en dehors de la pathologie, comme la nécessité de renouvellement d'autres traitements, étaient l'occasion de revoir la patiente « *sauf s'il y a une pathologie à côté que je suis, je sais pas une hypertension, mais sinon je ne les vois pas forcément* ».

Les médecins pouvaient se sentir frustrés d'avoir été exclus du suivi de leur patiente et regrettaient de n'être sollicités qu'au moment de difficultés naissantes « *Quand ça traîne pour faire reprendre le travail.* », ou de n'être considéré que comme la dernière roue du carrosse

«des fois on a l'impression que les gens sont embringués dans des suivis de cancer où on est un peu mis de côté (...) Ca c'est vrai qu'on peut ne plus voir les gens pendant des mois et on les a que quand il y a des problèmes qui arrivent», «Je trouve que c'est un peu frustrant quand même, j'ai eu le sentiment, même si j'ai passé beaucoup de temps avec elles après, mais au moment de la maladie, on les voit plus quoi » .

- Un ras le bol du corps médical à l'origine d'une rupture dans le suivi

La perte de vue de la patiente pouvait être l'expression d'une saturation envers le monde médical incluant le médecin généraliste *"Arrêter ce contact avec le...les soignants, quoi. Arrêter d'avoir que des rendez-vous à l'hôpital, ou...dans les cabinets (...) un ras le bol du monde médical à ce moment là? Ah bah ouais, je pense..."* , *"A chaque fois, elles parlent un petit peu de saturation, enfin... (...) On ne s'est pas beaucoup vu parce que...voilà, "Ca va, quoi!"".*

- Reprendre un accompagnement plus régulier des patientes rythmé par l'arrêt de travail et l'aménagement du travail à la reprise

La gestion de l'arrêt de travail de la patiente semblait la pierre angulaire de la reprise du suivi de la patiente dans ce contexte. Souvent initiés par le spécialiste *« En général, les premiers arrêts de travail, c'est fait par la Clinique du sein, je ne fais rien »* , c'était à l'occasion d'une consultation pour un renouvellement d'arrêt de travail que le médecin reprenait, par la force des choses, contact avec sa patiente *« Comme il faut que je prolonge l'arrêt, il faut bien qu'elle revienne »* .

L'échéance des arrêts de travail rythmait le plus souvent mensuellement leurs rencontres *"Je la vois une fois par mois parce qu'il y a des arrêts de travail et uniquement les arrêts de travail" , "Elles ont la pression entre guillemets mensuellement ou bimensuellement de revenir pour renouveler leur arrêt de travail"*. Ces intervalles n'étaient pas jugés assez fréquents par les médecins *"Je renouvelle un arrêt de travail à un mois donc ça veut dire que je ne la vois pas très souvent quoi" .*

Les renouvellements d'arrêt de travail étaient une occasion bien identifiée d'aborder la reprise du travail, et de proposer une borne de repère pour la patiente « *Quand on fait les prolongations d'arrêt, on parle de toute façon, c'est en parlant de la reprise un jour* ».

Même s'ils y voyaient une compétence partagée, les médecins retrouvaient un rôle décisionnaire au travers de la gestion de l'arrêt de travail « *Là-dessus on a une main qui est relative parce que y a aussi l'oncologue qui a aussi la main et qui parfois renouvelle les arrêts de travail* » , « *A la fin du compte, c'est nous qui faisons les arrêts de travail donc on le fait ou on ne le fait pas* » .

L'aménagement du temps de travail notamment à travers le temps thérapeutique partiel était dans la seconde phase de la réappropriation de la place du médecin généraliste dans ce contexte. Très largement envisagé ou envisageable « *J'utilise vraiment beaucoup le mi-temps thérapeutique...dans ce cadre là* », le temps thérapeutique partiel était alors un moyen d'intervention par le médecin généraliste pour le retour à l'emploi de sa patiente, dans une décision avec d'autres partenaires « *Ensuite c'est validé par le médecin du travail et le médecin conseil* ».

- Reprendre finalement sa place de médecin généraliste

Au travers de cette reprise du suivi, c'était surtout la réappropriation pleine et entière de son rôle de médecin généraliste. Il y avait une continuité dans le suivi malgré l'événement « maladie », et ce suivi se révélait être une des spécificités du généraliste " *C'est quelqu'un qu'on a connu avant la maladie et quelqu'un qu'on connaîtra après alors que le cancérologue c'est une parenthèse* " .

3.2.2 Les représentations qu'ont les médecins généralistes de leur rôle

- La demande d'un retour rapide au travail qui impacte le rôle du médecin dans ce contexte

D'une manière générale, les médecins rapportaient une demande en faveur d'une reprise rapide du travail émanant de leurs patientes « *En général, elles ont envie de repartir au travail . Elles ont pas envie de rester chez elles entre 4 murs, désocialisées.* » Ils étaient sollicités par leurs patientes dans ce sens « *A comment je pouvais la soutenir dans le maintien de son travail surtout. »* .

- Un rôle d'écoute et d'accompagnement privilégié

En étant à son écoute, le médecin recueillait les appréhensions et les attentes de sa patiente, permettant d'aller au devant des difficultés « *Parce que si elle pose des questions, c'est qu'elle pense qu'elle va rencontrer des difficultés.* ». La disponibilité du médecin généraliste était une caractéristique mise en relief par rapport à d'autres spécialités « *le médecin traitant c'est toujours le seul que tu peux déranger tout le temps et qui va te recevoir immédiatement et donc forcément il a cette place là qu'on est les seuls à avoir* », « *ma place de médecin, où l'idée pour moi c'est d'être là, et souvent là.* ».

La consultation était mise à profit comme un espace et un temps à disposition de la patiente, comme une sorte d'exutoire « *elle tient le coup chez elle, moi je pense que ici c'est un endroit où on peut craquer , où on peut dire que c'est fatigant, où on peut dire qu'on a peur parce qu'il y a ça aussi quand même .* » .

L'accompagnement de sa patiente, empreint d'empathie, tendait vers un dynamisme de reprise, à la façon d'un entraînement « *Il y a l'aspect coaching aussi* ». Cela se rapprochait de la reprise d'un élan vital, avec des bénéfices escomptés pour la patiente comme pour le médecin « *à partir du moment où le médecin tient un discours gagnant, le patient, il adhère au discours. (...) Je pense que c'est probablement 60% de la guérison . C'est classiquement ce qu'on dit, il y a 60% pour le mental et 40% pour les traitements adjuvants .* ». Cet accompagnement était clairement identifié par les médecins comme un soutien psychologique,

toujours dans la dynamique de reprise *« Mon objectif, c'est ça, de donner un sens à sa vie d'après en faisant que la personne se revalorise, qu'il n'y ait pas de dévalorisation de soi »* .

- un rôle d'expertise et un avis influent

Face à des craintes ou des difficultés ressenties, elles venaient solliciter directement leur expertise de médecin généraliste, selon eux *« un certain avis d'expertise »*, parfois directement sur des questionnements physiques *"Est-ce que je vais me faire mal ? (...) Est-ce que je vais être capable d'y arriver?"*. Exerçant une forme d'autorité et de référence, ils étaient sollicités pour donner leur approbation au retour au travail *« Elle me demandait « Est-ce que vous pensez que là je vais pouvoir reprendre ? » », « Effectivement je pense qu'elle attendait de moi que je lui dise qu'elle pouvait continuer à travailler, tout simplement, quoi. »* .

Dans ces circonstances, le médecin exposait les différentes solutions possibles pour l'adaptation du retour à l'emploi parfois méconnues de la patiente. Ce rôle d'informateur lui semblait dévolu *« Elles ne connaissent pas le processus de mi-temps thérapeutique et de reprise d'emblée , ça c'est plutôt nous qui devons aborder les choses »*, *« I :Oui, les choses sont quand même, les choses existent, il faut juste en parler. I : Et c'est le rôle du médecin généraliste ? I : Oui, je pense »* .

- Le rôle administratif lourd et contraignant

La rédaction de certificats, de courriers et de protocoles de soins revêtait un rôle *« administratif »* pour les médecins, comme par exemple la sollicitation d'un courrier pour la Médecine du Travail *« souvent on leur a conseillé de voir le médecin du Travail (...) Et moi je les vois dans ce cadre-là, dans ce cadre administratif, plus! »* . Fastidieux, entraînant une perte de temps *« Il y a tout ce qui concerne les dossiers d'assurance, c'est...lourd! »*, ce rôle était finalement effectué par les médecins généralistes sans grand enthousiasme et semblait également avoir la même considération du point de vue des patientes, selon eux *« Les patientes savent que ça nous embête! (...) Elles culpabilisent un petit peu de nous demander une charge de travail sachant qu'on en a déjà pas mal. »*.

Alors qu'il pouvait se sentir acteur par le renouvellement des arrêts de travail par exemple, le médecin ne voyait pas dans sa sphère d'intervention l'obligation de faire reprendre le travail à sa patiente *"Je ne me sens pas une obligation à les remettre au travail (...) C'est pas mon travail à moi du coup"* .

Pour autant, loin de vouloir en être totalement exclus, ils espéraient y garder un certain regard et marge de manoeuvre *"J'espère que ce sera toujours le problème du médecin généraliste parce que si ce rôle là devait nous échapper dans tout cette accompagnement là..."* .

3.2.3 Un médecin peu sollicité pour des situations finalement peu fréquentes et majoritairement sans difficultés

Dans un certain nombre de situations, les médecins exprimaient n'avoir eu qu'une faible intervention dans la reprise du travail, les patientes s'étant débrouillées sans aide *« Pas grand-chose parce qu'elles ont tout fait toutes seules en fait »* .

Beaucoup se posaient finalement la question de leur rôle exact dans ce contexte, estimant par exemple qu'il faudrait interroger directement la patiente *« Ca, c'est les patientes qui pourraient te le dire, moi j'en sais rien..."* Ils pouvaient malgré tout espérer avoir eu un rôle important, sans pouvoir précisément le définir *« Bah, je sais pas trop . J'aimerais me dire une place importante (rires) »* . D'autres encore ne pouvaient se prononcer sur leur rôle supposé *« Je ne sais pas exactement si, véritablement j'ai joué un rôle là-dedans »* .

A cela, plusieurs éléments de réponse étaient amenés par les médecins :

- des cas finalement estimés peu fréquemment rencontrés par les médecins « *C'est pas des cas hyper, hyper fréquents quand même* », concernant en majorité des femmes inactives professionnellement « *Je n'en ai pas tellement qui était en âge de travailler* ».
- la méconnaissance par le médecin des attentes de la patiente « *Et bah, j'en sais rien de ce qu'elles attendent* ».
- le spécialiste avait parfois géré le retour à l'emploi de manière autonome « *Le cancérologue les voit pour leur visite de suivi après la fin des traitements, il leur dit vous pouvez reprendre et des fois on les voit pas* ».
- des patientes très dynamiques et volontaires dans l'ensemble pour la reprise avec finalement peu de sollicitation dans ce contexte « *A part une où je sentais qu'elle avait pas vraiment envie de reprendre mais les autres, elles avaient vraiment envie de reprendre, ça a pas été vraiment compliqué* », « *J'ai pas d'exemple de refus de retour au travail* ».

3.2.4 Se repositionner dans les relations interprofessionnelles

3.2.4.1 Le médecin du travail, partenaire incontournable à solliciter

- Des relations interprofessionnelles simples où le patient est vecteur de l'information

Le médecin du travail était fréquemment sollicité lors du retour à l'emploi. Certains l'interrogeaient de façon systématique *"c'est toujours avec l'aide du médecin du travail"*, et parfois, de part leurs expériences sur le retour au travail, son intervention revêtait même un caractère obligatoire « *De toute façon, elles sont obligées de revoir le médecin du travail.* ».

Alors que l'ensemble des médecins considéraient qu'ils ne rencontraient aucune difficulté, quelques-uns constataient qu'ils le sollicitaient en cas d'obstacle au retour au travail *"faut vraiment qu'il y ait un problème pour demander la médecine du travail"*. La représentation de leur rôle semblait évoluer selon l'expérience du médecin généraliste « *Ils sont très partie prenante dans le bien-être des patients, ce qui n'était pas le cas il y a 30 ans* ».

La singularité de cette relation résidait dans le fait que les échanges étaient indirects . Le médecin traitant encourageait la patiente à se mettre en contact avec le médecin du travail « *C'est aux patientes d'aller voir le médecin du travail, c'est pas à nous d'intervenir.* » . Cette incitation avait, entre autre, pour but de laisser la patiente redevenir actrice de sa prise en charge "*j'essaie de ne pas prendre le téléphone à la place de mes patientes quand elles vont bien*" .

Cette relation confrontait deux notions antagonistes que sont le monde du travail et le partage d'informations de santé, les médecins insistaient sur l'importance du secret médical sous lequel se faisaient ces échanges, et de l'accord de la patiente « *avec l'autorisation du patient.* », « *sous couvert aussi du secret professionnel* » .

- Un expert qui fait lien avec le milieu professionnel et qui valide la reprise

Alors que la décision de retour au travail avait été envisagée entre la patiente et le médecin généraliste, ces derniers sollicitaient le médecin du travail en quête d'une validation de cette décision « *c'est lui qui va pouvoir dire que bah: "oui, ça va être possible" ou "je vais intervenir "* . *C'est son travail. Je fais comme ça.* », « *c'est une certaine validation en fait . Ah oui, bien sûr .* ».

Les médecins généralistes étaient confrontés à leur méconnaissance du monde de l'entreprise "*parce qu'on ne connaît pas leurs conditions de travail*", ils leur semblaient nécessaire de se référer au médecin du travail qui possédait ce savoir «*lui connaît le poste de travail, les adaptations possibles, connaît la hiérarchie* » . Pour envisager au mieux ce retour au travail, la connaissance du positionnement de l'employeur était nécessaire et les médecins se représentaient donc le médecin du travail comme le seul pouvant échanger avec la hiérarchie « *je dirais l'employeur, c'est peut-être plus le médecin du Travail qui cause avec...* » et ainsi jauger la faisabilité de la reprise "*Si le médecin du travail me dis que : dans cette boîte là, il n'est pas question, le patron ne le voudra jamais, je ne vais pas le proposer à l'employé, ce n'est pas la peine de lancer le sujet, c'est se battre pour rien*" .

3.2.4.2 Le médecin généraliste comme coordinateur

Il était difficile d'emblée pour les médecins de préciser quel avait pu être leur rôle . Ils espéraient avoir eu un rôle important qui s'inscrivait dans une relation qu'ils considéraient comme privilégiée et particulière *"une place privilégiée », "je pense que ce qu'on dit a vraiment du poids sur cette reprise progressive du travail" .*

- Une place privilégiée pouvant être centrale

Certains se considéraient exclus de cette étape du fait de l'absence de sollicitation de leurs patientes . Ils n'avaient pu avoir un rôle car les patientes ne souhaitaient pas les engager dans la reprise du travail *« Là, je ne me sens pas... Je ne sens pas qu'elles... Elles ne me donnent pas de place particulière à ce moment là », « Non, elle ne m'a pas faite intervenir, je n'avais rien de plus à faire de ce côté-là . » .*

Certains envisageaient leur rôle de médecin comme central dans cette prise en charge . Les autres intervenants gravitaient alors autour de ce référent *"Ca s'articule un petit peu autour de nous tout ça " .*

- Coordonner les différents professionnels pour optimiser le suivi

La prise en charge des pathologies cancéreuses était singulière de par sa pluridisciplinarité . Il était d'autant plus important de faire lien entre les différents intervenants pour proposer la prise en charge la plus cohérente *« Il est un petit peu le lien entre tout le monde, la patiente, le cancérologue, la médecine du travail » .* Les médecins s'attribuaient donc ce rôle de coordinateur *"Coordonner au mieux leurs soins ", « Centralisateur, coordinateur, bon. » .* L'enjeu de la coordination était d'optimiser le suivi . Il s'agissait de mettre en place un système de double contrôle pour ne rien omettre *"pour qu'on n'oublie rien, pour que la prise en charge soit optimale dans le traitement et dans le suivi " .*

- Le référent pour la famille

Dans ce cercle vicieux de la maladie et de ses traitements, il était nécessaire de maintenir un lien entre les différents protagonistes médicaux . Ce lien était également mis en défaut auprès des familles . Le médecin généraliste se considérait comme le référent auprès de l'entourage « *et puis du lien un peu avec la famille, ou en tout cas une explication à la famille, dès fois. Pour rassurer la famille aussi ou pour expliquer certaines...certaines réactions* » .

3.2.4.3 Les relations avec les autres intervenants dans la reprise du travail

- Une sollicitation de professionnels au cas par cas

Alors que le médecin du travail était considéré comme l'interlocuteur principal, les médecins attribuaient aussi un rôle à l'oncologue ou au médecin conseil dans le retour au travail . Ce dernier était représenté comme un contrôleur administratif et il n'existait pas de communication direct avec le médecin généraliste "*ils convoquent directement le patient*" . Les médecins se figuraient l'oncologue comme un technicien médical et intervenait ainsi lors d'une certaine expertise . Les échanges s'envisageaient moins dans une notion de concertation puisque les médecins se sentaient dépossédés de leur patiente par les oncologues . Le retour au travail étant envisagé au cas par cas, d'autres professionnels non médicaux pouvaient intervenir de façon plus sporadique (psychologue, assistante sociale ...).

- Le rôle non négligeable de la famille dans ce retour au travail

La reprise ne se limitait pas au champ professionnel . Les médecins incluait l'entourage familial dans ce processus « *La reprise professionnelle, c'est questionner à côté du travail aussi, pour...* » .

Le ressenti du mari n'était pas particulièrement interrogé lors du retour au travail « *Peut-être qu'elles leur posent la question en «off» on va dire! Mais moi, j'ai jamais vu le mari arriver à côté en disant: "Bon, bah, quand est-ce que ma femme reprend le boulot?" Non.* » . Certains s'accordaient sur le possible intérêt de consulter le conjoint lors de ce processus et sur la

remise en question de leur pratique concernant la place à lui accorder « *L'autre question c'est aussi...celle du conjoint absent dans la reprise professionnelle, et peut-être que l'on n'interroge pas assez* », « *c'est vrai qu'on en n'a presque pas parlé et pour la dernière, encore moins, en fait* » . Lorsque la femme travaillait avec son conjoint, celui-ci pouvait avoir des représentations erronées de la capacité réelle de sa femme à reprendre ou poursuivre le travail, qui pouvaient alors la mettre en difficultés "*Chez les agriculteurs, ça arrive de temps en temps que les agriculteurs ne se rendent pas trop compte de l'état de leur femme*" .

DISCUSSION

Discussion de la méthode

Ce travail était basé sur une approche compréhensive de la pratique des médecins généralistes . La démarche qualitative était la plus adaptée de part la rigueur avec laquelle elle permet d'étudier des éléments considérés subjectifs comme les représentations. La réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés a permis de centrer notre travail sur les conceptions et les descriptions des pratiques des médecins interviewés (16) . Cependant, il peut exister un biais de mémoire devant le fait qu'il était volontaire de notre part de ne demander aucune préparation préalable aux participants . On peut imaginer que seules les situations les plus récentes ou les plus marquantes nous ont été présentées .

Dans les études qualitatives, et particulièrement dans le milieu médical, l'identification de l'enquêteur comme un pair, par le médecin interrogé, apporte un discours plus riche et plus chargé émotionnellement, que si l'enquêteur est identifié comme un non-clinicien. Cela doit être pris en compte dans l'interprétation et l'analyse des données (21).

- Echantillonnage

La taille de l'échantillon avait été fixée *a priori* à 20 médecins généralistes . Ayant obtenu un corpus d'informations déjà ample et riche, nous avons considéré notre échantillon comme valide après 21 entretiens .

Nous avons également cherché à obtenir un échantillonnage sur une population à variation maximale concernant l'âge, le sexe, le lieu d'exercice, sur deux départements (Maine-et-Loire et Mayenne) .

Les critères d'inclusion ont été choisis avec un sens large pour cette étude exploratoire, afin de recueillir un témoignage riche permettant de répondre à l'objectif principal.

Les motifs avancés de refus étaient principalement l'indisponibilité, le manque d'intérêt pour le sujet et l'absence d'expérience de retour au travail pour des patientes suivies pour un

cancer du sein. Certains médecins ont été recrutés de proche en proche, il est alors envisageable que certains aient accepté de participer par obligeance .

Nous avons dû solliciter par mail, téléphone et de proche en proche 90 médecins pour obtenir 21 entretiens au final, soit un taux d'acceptation final d'environ 23%.

- Entretiens

Les entretiens ont été systématiquement enregistrés par système audio (tablette, smartphone ou micro-tige) . Bien que chaque participant ait été informé du mode de recueil, nous avons pu constater une réticence initiale de certains médecins à la vision du microphone pouvant ainsi constituer un biais dans leur liberté de discours . Les entretiens n'ont pas été limités dans la durée pour favoriser la libération de la parole, la durée des entretiens s'étend de 14 minutes à 1h47 .

- Méthode d'analyse

A chaque étape de l'étude, de l'ébauche de la grille d'entretien jusqu'à la rédaction, des échanges réguliers et constructifs entre les enquêteurs et les directrices de thèse ont permis une triangulation appuyant la validité de ce travail.

Discussion des résultats

1) Une prise en charge au cas par cas imposée par une biographie singulière

Il était difficile pour les médecins de proposer un suivi protocolisé et systématisé . Cette absence de "schéma-type" met en exergue la singularité de chaque retour au travail, se construisant autour de la trajectoire de la patiente nourrie de particularités biographiques . Il est alors tentant, dans ce cas, d'aborder la situation du maintien ou retour à l'emploi sous le regard du modèle biopsychosocial, mais il reste trop dualiste pour être utilisé seul ici, dans la mesure où il ne fait souvent que juxtaposer, et non réellement intégrer, paramètres biologiques, psychologiques et sociaux (19).

- La représentation d'une capacité physique et psychologique peu "schématisable" car singulière

La patiente atteinte d'un cancer du sein est confrontée à l'impact physique de la maladie et de ses traitements, qui peuvent être à l'origine d'une "diminution des capacités physiques et obligent donc à repenser le travail en fonction de ce que l'on peut encore faire" (31). Dans nos entretiens, il y a une spontanéité du médecin à mettre en parallèle les symptômes physiques relevés chez sa patiente projetés à la représentation qu'il se fait du poste de travail: par exemple, la gêne du bras chez une ouvrière. Chercher à approcher la capacité de reprise de sa patiente pourrait donc se limiter à lister, pour un poste donné, un ensemble d'aptitudes physiques présentes ou non . Mais en partie par sa méconnaissance du monde du travail, il est forcé de faire appel à d'autres critères, moins objectivables.

L'asthénie en est un bon exemple. Identifiée comme un élément majeur pouvant freiner la reprise du travail, comme dans d'autres travaux récents (32,33,34), les médecins restaient assez vagues dans son évaluation, faisant souvent appel à leur propre perception plutôt qu'à des échelles. Un crédit est apporté à leur expérience personnelle .

La "pseudo-déprime", retrouvée quasiment dans tous les entretiens illustre bien ce tiraillement entre le réflexe du clinicien d'une tentative de cerner et d'individualiser des

symptômes peu quantifiables, avec la prise en compte de valeurs subjectives oscillant entre perception et expérience personnelle. Cet état de fluctuation du moral, à mi-chemin entre le normal et le pathologique, était perçu de manière différente entre les médecins mais ne correspondait pas à de véritables syndromes dépressifs tels qu'ils peuvent être décrits dans certaines études, notamment après une mastectomie (30). Dans la littérature, J-C Mino et C. Lefève (6) , en étudiant les trajectoires de femmes ayant traversé un cancer du sein, relèvent également des situations de "coups de blues, une baisse d'humeur voire une dépression" dans l'après cancer, où la femme, dont la vie n'est plus rythmée par la prise en charge active du cancer, se retrouve abandonnée dans une situation d'errance passagère, où faire face à une situation de survivance peut entraîner des désordres psychiques transitoires (26). Cette situation d'errance nosographique tend aussi à rejoindre le concept de démoralisation, construit psychiatrique qui s'adresse à la question de la souffrance psychologique, dont la prévalence semble plus élevée dans le cas de maladies chroniques, et chez les femmes (7).

- Identifier des trajectoires particulières pour mieux intervenir

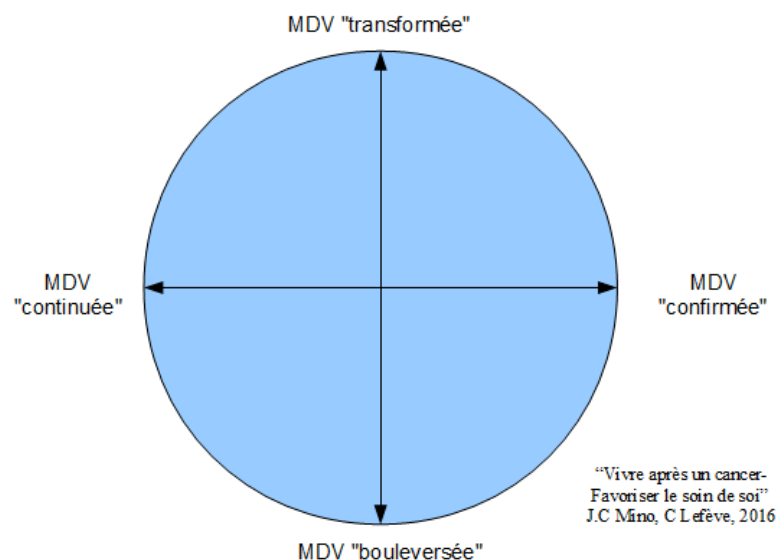
Comme nous l'avons vu dans les résultats, le médecin observe un bouleversement de la vie professionnelle de sa patiente par le cancer, entraînant une rupture biographique. Les femmes se voient alors dans l'obligation d'une révision de l'articulation des trajectoires (17) dans lesquelles elles se trouvent à ce moment là (6,10). Certaines études exploratoires s'intéressant au retour au travail, comme après des troubles musculo-squelettiques, ont fait émerger des trajectoires dans le processus du retour au travail, dans le but d'être utilisées par les cliniciens pour en approcher la complexité et planifier leur intervention (29).

Comment le médecin peut-il approcher, dans le cas du cancer du sein, cette révision de l'existence sous l'angle des trajectoires, afin de mieux cerner son champ d'action ?

Afin d'obtenir une réponse, nous pouvons nous appuyer sur le souci permanent de la comparaison avec l'état antérieur à la maladie, comme le font les patientes selon les médecins interrogés. Cela rejoint deux situations que décrit dans son travail Pierre A. Vidal-Naquet (10): la patiente reprend à l'identique sa trajectoire professionnelle d'avant la maladie, dans une "continuité de trajectoire"; ou bien l'épisode du cancer, en fonction qu'il permet de récupérer tout ou partie de ses capacités antérieures, introduit une "bifurcation". L'identification précoce

de ces différentes trajectoires pourraient s'avérer un préalable au repérage de situations à risque pour le retour au travail.

En reprenant les parcours décrits par Marie Ménoret (8), et le caractère chronique du cancer, les médecins notaient une combinaison de la trajectoire professionnelle avec celle de la maladie chez leurs patientes, ce qui semble attendu en sachant que les sphères de la santé et du travail s'affirment comme d'emblée nécessairement encadrées (10,11). Le champ des possibilités de parcours des patientes s'élargit donc. Toujours dans l'idée d'identifier des trajectoires pour mieux intervenir, il est possible de s'appuyer sur le modèle exposé par J.C. Mino et C. Lefève (6) en abordant les changements vécus par les patientes dans l'après cancer du sein dans le champ des activités, des relations et des valeurs, définissant des motifs de vie, non dans le sens d'une raison mais d'une illustration d'un parcours de vie (Figure 1.) : dans un motif de vie "bouleversée", la maladie marque profondément l'existence et en constitue un prolongement douloureux. Dans le motif de vie "transformée", la maladie apparaît comme un épisode surmonté. La maladie peut-être l'occasion de confirmer, d'approfondir et de développer ses valeurs dans le motif de vie "confirmée". Enfin, la vie peut continuer comme avant, sans bouleversement, dans le motif de vie "continuée".



Les motifs de vie (MDV) de l'après cancer du sein

Figure 1.

Cette description de parcours a l'intérêt pour le médecin de porter une attention particulière à l'accompagnement de chaque patiente.

- Intégrer les différentes sphères de la vie privée de la femme pour l'envisager dans une globalité lors de la reprise du travail

La réorganisation de la vie familiale, mise à mal brutalement par la maladie, va être une des premières priorités pour la femme. Selon la disponibilité des membres de la famille, et surtout du conjoint, le degré de compréhension et la qualité du soutien qui pourront être témoignés varieront (17), et le médecin a donc toutes les raisons d'essayer d'interroger cela en consultation, même si le rôle exact que peut apporter l'accompagnant est incertain (6,25) .

Etre marié apparaît comme un frein dans la reprise du travail après un cancer du sein (32,23,38). Dans nos entretiens, le conjoint, quand il est présent, n'apparaît pas avoir une place principale et active dans le retour au travail de la patiente, mais le médecin cherchera à l'interroger si l'occasion se présente. L'impact du statut marital n'est pas évident. La femme reste actrice et autonome dans la reprise, l'avis de son conjoint reste consultatif. Mais la question se pose différemment quand le conjoint est le partenaire de travail ou l'employeur. Le cas des agricultrices en est exemple: leur rapport en est modifié, la femme n'est-elle pas plus rapidement contrainte à reprendre son travail ?

Le désir de maternité a pu être mis à mal par la maladie. Longtemps, le corps médical jugeait impossible voire importun tout désir de grossesse dans l'immédiat mais aussi dans le suivi du cancer du sein (18). Mais la projection d'une reprise du travail dans le but d'envisager une grossesse, retrouvée dans un entretien, est un changement qui interpelle. Au delà de l'amélioration des traitements et des pronostics du cancer du sein qui peuvent expliquer plus facilement cette possibilité, c'est aussi accorder une place plus importante à l'expression de la volonté de la femme . Il est aussi interpellant de relever que, dans ce contexte précis, la grossesse, qui est habituellement mise en rapport avec une période de congés nécessaires, est abordée paradoxalement dans une dynamique de reprise du travail.

Le niveau d'éducation n'est pas spontanément évoqué par les médecins dans les entretiens. Un niveau d'étude plus élevé est clairement établi dans la littérature comme un facteur prédisant un retour au travail plus rapide (17,22,27).

Même si des représentations culturelles différentes pouvaient donner lieu à des questionnements, notamment sur la question de l'image du corps et des traitements, il n'est pas apparu clairement d'impact dans le retour au travail après un cancer du sein, selon les médecins généralistes.

2) L'accompagnement dans la durée et la recherche de la permanence du lien dans la reprise du travail

- La nécessité d'accompagner sa patiente dans la durée pour mieux intervenir et coordonner

Aborder la reprise du travail nécessite de se positionner dans la durée pour le médecin généraliste. Même si des événements clés peuvent être identifiés comme des moments propices à une intervention (la fin des traitements, la reprise du contact à l'occasion d'un arrêt de travail...), il semble évident que les médecins cherchent à reprendre sans urgence une place dans le temps de la personne et non dans le temps de la maladie. Cette préoccupation d'un suivi dans une durée non prédéfinie est probablement une des raisons pour laquelle aucune proposition de "parcours fléché à suivre" par la patiente dans le retour au travail après un cancer du sein ne nous a été formellement soumise.

D'autres explications sont à avancer dans les raisons pour lesquelles les médecins ne s'enferment pas d'un cadre temporel strict. On pourrait se poser la question de la menace d'une récurrence du cancer, qui semble toujours planer dans le cancer du sein, notamment pour les patientes les plus jeunes et qui limiterait les certitudes, pour l'avenir.

Le médecin généraliste se définit volontiers comme un coordinateur, qui, tel un chef de gare, oriente sa patiente dans les situations plus difficiles mais la laisse voyager seule, en autonomie, s'il pense qu'elle suit le bon chemin.

Il peut être amené à solliciter directement ou indirectement différents spécialistes, et surtout, comme il a été vu dans cette étude, le médecin du travail. De nombreux travaux ont mis en évidence l'importance des relations entre le médecin généraliste et le médecin du travail. De bonnes relations de coopération sont une condition nécessaire à une prise en charge de qualité (9). S'y investir peut demander du temps.

Le médecin se retrouve embarqué dans une prise en charge multidisciplinaire imposée par la prise en charge de la maladie où chaque intervenant peut avoir son mot à dire. Plusieurs auteurs et en particulier Cohen et al. qui ont proposé un modèle dit « de poubelle » (« garbage can »), évoquant un processus chaotique, basé sur le fait que les décideurs, mis en face de la complexité et de l'ambiguïté étaient débordés par une sorte d'anarchie (5). Coordonner sans être incontournable, orienter sans vouloir absolument imposer, le médecin, dans le retour au travail, a besoin que ce processus s'effectue dans la durée, et qu'il puisse se confondre avec le lien privilégié qu'il entretient déjà avec sa patiente en sa qualité de médecin généraliste. Il y a donc la volonté d'assumer une proximité revendiquée et durable avec leurs patientes, et notamment dans ce contexte de cancer (13).

Au final, la préoccupation globale des patientes est importante pour les médecins même s'ils doivent apporter des priorités. Dans le cadre de maladies chroniques d'évolution incertaine, le médecin peut avoir un cadre de recommandations de pratiques à suivre, établissant des références. Mais, parce qu'il est dans une préoccupation plus générale du patient, il doit faire avec des compromis, limitant parfois le respect strict de ces recommandations (24). Etablir des références, dans le contexte du retour et maintien au travail après un cancer du sein, n'apparaît pas forcément adapté, selon les médecins.

- La permanence du lien au travail

La permanence du lien avec le monde du travail pendant son arrêt, facilitant le retour au travail, était recherché par les médecins. La motivation et l'épanouissement qu'elles avaient au travail avant la maladie (28), le rôle positif des collègues (22,27) et d'un environnement de travail favorable et attentionné (36) sont donc à prendre en compte et à promouvoir.

3) Les représentations du travail et de la féminité

Nous avons constaté l'importance des représentations des médecins généralistes lors du processus de retour au travail .

- L'âge module l'attitude du médecin, aux extrémités de la vie professionnelle

Dans le monde du travail, les seniors constituent des catégories plus vulnérables et à risque d'inactivité après un cancer (12,15,16). Dans nos entretiens, nous avons retrouvé une préoccupation certaine des médecins pour les classes d'âge extrêmes. En fin de carrière, le médecin craindra pour le maintien en emploi de sa patiente, jusqu'à la retraite. Son attitude en sera modifiée puisqu'il songera plus facilement à une mise en invalidité jusqu'à l'ouverture des droits. Il faut insister sur le rôle facilitateur du système français de protection sociale, qui permet plus facilement aux femmes proches de la retraite, dans ce contexte de maladie chronique, de ne pas retourner au travail (22).

Pour ses patientes les plus jeunes, le médecin sera surtout préoccupé par la représentation d'une maladie plus agressive, à risque supérieur de récurrence.

- Les difficultés inhérentes aux professions indépendantes

Ces situations professionnelles étaient souvent décrites à risque . La pression financière et l'impossibilité de suppléance, rejoignant les données de la littérature (37), obligeaient les patientes à reprendre plus précocement leur travail limitant leur travail d'introspection . Le parcours mieux "fléché" de la reprise d'un salarié (temps partiel thérapeutique, adaptation de poste) devenait inapplicable pour le professionnel libéral . Les médecins sont-ils confrontés à des profils de patientes plus entreprenantes et volontaires dans la reprise en main de leur vie professionnelle pouvant compenser ces difficultés ? Les représentations de l'activité libérale auraient-elles été similaires en interrogeant des médecins salariés ? N'existe-t-il pas des projections de l'investissement professionnel des médecins sur celui des travailleurs indépendants ?

L'image de l'exercice libéral dans la pensée collective serait plutôt celle d'un travail libéré de la contrainte de la hiérarchie limitant les facteurs de tension et facilitant le retour à l'emploi . Karine Chassaing et Anne-Marie Waser ont montré que certains malades salariés, après que l'épisode "cancer" les ait obligés à se repositionner dans leur travail, ont envisagé de travailler comme indépendant pour ainsi pouvoir agir sur les contraintes de leur environnement (19) .

- Les appréhensions des médecins qui découlent de leurs représentations

Dans notre étude, les médecins interrogés se disaient plus inquiets pour la reprise de poste physique en cas de douleurs résiduelles, de limitation d'amplitude physique et de lymphoedème.

Les postes de travail à fortes contraintes physiques ou très exposés au regard des autres, puisque qu'ils s'annoncent spontanément plus à risque, attirent d'emblée l'attention des médecins. Dans ces situations, l'identification de repères pour jauger la reprise semble aussi plus facile cliniquement. Les ressources mobilisables (médecin du travail, temps partiel thérapeutique...) semblent également plus codifiées. Mais quelles peuvent être les risques de ne se reposer que sur des représentations d'un poste de travail dans ce contexte? Le médecin ne se projette-t-il pas spontanément sur l'image du handicap possible plutôt que de la réalité de l'exercice du poste de travail? N'y a-t-il pas un risque de surprotection de ces patientes et de retard dans le retour au travail?

- La particularité d'un cancer qui interpelle directement la féminité

Les médecins considéraient le cancer du sein comme singulier en ce qu'il modifiait le rapport au corps et à la féminité des patientes . Le cancer du sein était envisagé comme une maladie visible, le sein étant alors le symbole de l'identité féminine . La mastectomie était considérée comme stigmatisante car elle correspondait à l'amputation visible de la féminité. Pour les femmes, les travaux s'intéressant à leur vécu et à leur ressenti mettent en exergue les difficultés à accepter un nouveau corps altéré principalement par les effets secondaires de la chimiothérapie (14); les troubles des phanères et, en particulier, l'alopécie dégradent l'image du corps et l'image de soi . Cette dissemblance peut-elle constituer un frein à la reprise en précipitant au travail des patientes n'ayant pas terminé leur cheminement d'acceptation de ce nouveau corps ? Pourquoi, pour le médecin, alors que le cancer du sein altérerait l'image de

la féminité, les cancers génitaux de l'homme n'ébranlèrent-ils pas la masculinité ? "L'atteinte des fonctions sexuelles n'entraîne pas forcément des modifications évidentes en termes d'identité de genre. Par exemple, les hommes opérés d'une ablation des testicules à la suite d'un cancer ne souffrent pas forcément d'une diminution de leur sentiment de masculinité, car le registre narratif du cancer le renforce au contraire" (12) . Le champ lexical employé alors par les hommes autour du cancer est plutôt d'ordre militaire, les sortant d'une image de vulnérabilité.

Il n'a pas été constaté de disparité des représentations de la féminité en fonction du genre du médecin mais les médecins femmes n'excluaient pas la place de la projection face aux situations de leurs patientes . Cette identification n'entraîne-t-elle pas une projection de leur histoire dans celle de leur patiente ? Les médecins hommes, qui parfois se sentaient en difficultés à comprendre la condition féminine, sont-ils plus enclin à se détacher de cet accompagnement ?

La féminité se concevait différemment en fonction de l'âge . Il existait un effet cumulatif du corps meurtri par le cancer associé au vieillissement . Dans une société cultivant le jeunisme et son esthétisme, l'image du corps est encore plus rapidement altérée par l'effet synergique de l'âge et de la maladie .

La capacité des femmes à verbaliser et à intellectualiser le cancer était soulignée dans ces résultats et confirmée par la littérature qui constate que "l'expression des émotions est socialement différenciée selon les sexes, les femmes étant davantage socialisées à les verbaliser et les mobilisent ainsi davantage dans le contexte de la maladie grave" (12) . Ne serait-ce pas un avantage finalement dans cette prise en charge de cancer féminin? Est-ce que ces différences entre hommes et femmes sont réellement de l'ordre du naturel ou sont-elles l'écho de la construction du genre dans notre société ? (35) .

CONCLUSION

Faisant écho aux représentations du travail évoquées par Dominique Méda (39) pour qui « un travail « moderne » est sans doute d'abord un travail mieux intégré dans le reste de la vie », ce travail souligne la singularité de chaque retour au travail des femmes après un cancer du sein . Le médecin généraliste, par un lien privilégié avec sa patiente, s'emploie à considérer tout un ensemble de facteurs médicaux et organisationnels du travail mais aussi psychologiques et sociaux dans le retour au travail après un cancer du sein . Les médecins s'appuient sur les valeurs du travail comme éléments moteurs dans le retour à l'emploi, rejoignant M.Jahoda : « le travail, outre sa fonction manifeste (apporter un revenu), remplit cinq fonctions indispensables : « il impose une structure temporelle de la vie ; il crée des contacts sociaux en dehors de la famille ; il donne des buts dépassant les visées propres ; il définit l'identité sociale et il force à l'action » » (39) .

Le rôle de coordinateur, spécifiquement dans le retour au travail, est actuellement source de recherche . Au Québec, par exemple, l'équipe de Marie-José Durand du Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT) de l'Université de Sherbrooke se penche sur les rôles attribués au coordinateur dans le processus du retour au travail et étudie actuellement leur place dans des situations de salariés en situation de vulnérabilité, et notamment en cas de maladies chroniques. Malgré un système de soins différents ne permettant pas d'extrapoler ces recherches directement au système français, ces résultats pourront-ils conforter le médecin généraliste dans son rôle de coordination ?

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Institut National du Cancer. (page consultée le 30/08/2016). *Epidémiologie des cancers, Les cancers en France - Edition 2014* [en ligne]. <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>
- (2) Paraponaris A., Ventelou B., Malavolti L., Eichenbaum-Voline S. *Le maintien dans l'activité et dans l'emploi*, in: Le Corroller-Soriano A.G., Malavolti L., Mermilliod C. *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*, DREES-INSERM (collection Etudes et Statistiques), La Documentation Française, Paris, 2008, pp. 243-257
- (3) Malavolti L., Paraponaris A., Ventelou B. *La reprise du travail après un diagnostic de cancer : un processus distinct entre hommes et femmes*, in: Le Corroller-Soriano A.G., Malavolti L., Mermilliod C. *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*, DREES-INSERM (collection Etudes et Statistiques), La Documentation Française, Paris, 2008, pp. 259-270
- (4) Plan Cancer 2014-2019, <http://www.plan-cancer.gouv.fr/>
- (5) Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). *Décider pour faciliter le retour au travail. Étude exploratoire sur les dimensions de la prise de décision dans une équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail*. Québec; décembre 2004
- (6) Mino JC, Lefève C. *Vivre après un cancer - Favoriser le soin de soi*. Paris: Edition Dunod; 2016
- (7) Hassan F. *Démoralisation: utilité du concept dans la clinique psychosociale*. [thèse de doctorat en médecine, psychiatrie]. Université Angers; 2014
- (8) Ménoret M. *Les Temps du Cancer*. éditions du CNRS, pp.237, 1999, CNRS SOCIOLOGIE, 2271056373. hal-00929758
- (9) Ménard C, Demortière G, Durand E, Verger P, Beck F, dir. *Médecins du travail / Médecins généralistes : regards croisés*. Saint-Denis: Inpes, coll. Etudes Santé, 2011: 192 p.

- (10) Vidal-Naquet P. *Faire avec le cancer dans le monde du travail*. Paris: Éditions L'Harmattan; 2009
- (11) Héliardot V. *Parcours professionnels et histoires de santé: une analyse sous l'angle des bifurcations*. Cahiers internationaux de sociologie 2006/1 (n°120), p59-83
DOI 10.3917/cis.120.0059
- (12) Derbez B, Rollin Z. *Sociologie du cancer*. Paris: La Découverte, coll. « Repères Sociologie »; 2016
- (13) Bungener M et al. *La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ?*. Pratiques et Organisation des Soins, 2009/3 Vol. 40, p. 191-196. DOI : 10.3917/pos.403.0191
- (14) Soum-Pouyalet F. *Le Corps rebelle : les ruptures normatives induites par l'atteinte du cancer*. Corps 2/2007 (n° 3) , p. 117-122
- (15) Choi K.S et al. *Job loss and reemployment after a cancer diagnosis in Koreans: a prospective cohort study* . Psycho-Oncology, 2007 vol.16, n°3, p. 205-213
- (16) Carlsen K. et al. *Risk for unemployment of cancer survivors a Danish cohort study* . European Journal of Cancer, 2008 vol. 44, n°13, p 1866-1874
- (17) Bungener M. *La Trame de la Négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, Anselm L Strauss, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger. In: Sciences sociales et santé. Volume 10, n°4, 1992. Contributions à l'histoire de la recherche médicale en France au XXe siècle. pp. 154-157;
- (18) Lebeer G. *L'épreuve du cancer. Sociologie d'une éthique au quotidien*. Bruxelles: Editions de l'Université de Bruxelles; 1998.
- (19) Berquin A. *Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie*. In: *Revue Médicale Suisse*, 2010, Vol. 6, no. 258, p. 1511-1513
- (20) Chassaing K, Waser AM. *Travailler autrement. Comment le cancer initie un autre rapport au travail ?* . Travailler 2010/1 (n° 23), p. 99-136. DOI 10.3917/trav.023.0099
- (21) Chew-Graham CA, May CR, Perry MS. *Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals*. Family practice 2002 ; 19:285-289

- (22) Fantoni SQ, Peugniez C, Duhamel A, Skrzypczak J, Frimat P, Leroyer A. *Factors related to return to work by women with breast cancer in northern France*. J Occup Rehabil (2010) 20:49–58 DOI 10.1007/s10926-009-9215-y
- (23) Ahn E, Cho J., Shin DW, Park BW, Ahn SH, Noh DY, Nam SJ, Lee ES, Yun YH. *Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them*. Breast Cancer Res Treat 2009; 116(3):609-16
- (24) Bachimont J et al. *Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2* . Sciences sociales et santé 2006/2 (Vol. 24), p. 75-103. DOI 10.3917/sss.242.0075
- (25) Fantino B et al. *Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient* . Santé Publique 2007/3 (Vol. 19), p. 241-252. DOI 10.3917/spub.073.0241
- (26) Cavro E, Bungener C, Bioy A. *Le syndrome de Lazare : une problématique de la rémission. Réflexions autour de la maladie cancéreuse chez l'adulte*. Rev Francoph Psycho-Oncologie (2005) Numéro 2 : 74-79 DOI 10.1007/s10332-005-0059-1
- (27) Pélissier C, Fontana L, Chauvin F. *Factors influencing return to work after illness in France*. Occupational Medicine 2014;64:56–63
- (28) Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. *What promotes sustained return to work of employees on long-term sick leave? Perspectives of vocational rehabilitation professionals*. Scand J Work Environ Health 2011;37(6):481-493
- (29) Durand MJ, Baril R, Loisel P, Gervais J., *Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail : étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire , Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* (consulté le 30/08/2016) [En ligne], 10-2 | 2008 <https://pistes.revues.org/2223>
- (30) Christensen S, Zachariae R, Jensen AB, Vaeth M, Moller S, Ravnsbaek J, Von der Maase H. *Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer*. Breast Cancer Res Treat 2008, DOI 10.1007/s10549-008-9920-9.

- (31) Tarantini C, Gallardo L, Peretti-Watel P. *Travailler après un cancer du sein. Enjeux, contraintes et perspectives*. Sociologie. 2014/2 Vol. 5, p. 139-155. DOI : 10.3917/socio.052.0139
- (32) Asselain D. *Analyse des difficultés rencontrées lors de la reprise du travail après un cancer spécificités du cancer du sein*. [thèse de doctorat en médecine, médecine du travail]. Université Paris Descartes (Paris 5); 2011
- (33) Guitard M. *Facteurs influençant le retour au travail et le maintien en emploi après un cancer du sein*. [thèse de doctorat en médecine, médecine du travail]. Université d'Angers; 2014
- (34) Bouhnik AD, Préau M. *La qualité de vie*. in «La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après cancer», collection Études et enquêtes, INCa, juin 2014
- (35) Chapple A, Ziebland S. *Prostate cancer: embodied experience and perceptions of masculinity* . Sociology of Health & Illness Vol. 24 No. 6 2002 ISSN 0141-9889, pp. 820-841
- (36) Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z. *Correlates of Return to Work for Breast Cancer Survivors*. J Clin Oncol. 2006; 24(3):345-353
- (37) Paraponaris A, Sagaon Teyssier L, Seror V, Tison A. *Situation professionnelle deux ans après le diagnostic de cancer. et Arrêt-maladie après le diagnostic de cancer et retour à l'emploi*. in: © «La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après cancer», collection Études et enquêtes, INCa, juin 2014 p266-288 et p324-346
- (38) Marino P, Sagaon Teyssier L, Malavolti L, Le Corroller-Soriano AG. *Sex differences in the return-to-work process of cancer survivors 2 years after diagnosis results from a large French population-based sample*. Journal of Clinical Oncology 2013 Apr 1 ;31(10) 1277-84
- (39) Méda D. *Le Travail*. Paris: Presses Universitaires de France; 4ème édition; 2004

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Les motifs de vie (MDV) de l'après cancer du sein, d'après: Mino JC, Lefève C. *Vivre après un cancer - Favoriser le soin de soi*. Paris: Edition Dunod; 2016.....

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS

PLAN

INTRODUCTION	2
---------------------	---

METHODES	4
-----------------	---

RESULTATS	6
------------------	---

1 Les représentations de la capacité de la patiente au retour au travail après un cancer du sein	6
---	---

1.1 La perception des difficultés et appréhensions de la patiente	6
--	---

1.1.1 La fatigue en premier lieu	6
----------------------------------	---

1.1.2 Des incapacités fonctionnelles liées aux traitements projetées avec la capacité de reprendre le poste de travail	7
--	---

1.1.3 Un état de pseudo-déprime aux contours mal définis	8
--	---

1.1.4 Des modifications corporelles exposées au regard des autres qui influencent le retour au travail	9
--	---

1.1.5 Faire avec des difficultés inhérentes au profil socio-économique et professionnel de la patiente	11
--	----

1.1.6 L'impact de l'origine culturelle dans la reprise du travail	14
---	----

1.2 La primauté du “feeling” et de l’expérience du clinicien	15
---	----

1.2.1 L'importance du ressenti en complément du discours de la patiente	15
---	----

1.2.2 La rencontre de deux expériences: l'expérience professionnelle du médecin et sa relation avec la patiente	17
---	----

1.3 Les repères cliniques retenus pour la reprise du travail	19
---	----

1.3.1 L'amélioration de l'état physique comme critère nécessaire	19
--	----

1.3.2 La reprise nécessaire d'une vie quotidienne	20
---	----

1.3.3 Une capacité psychologique retrouvée et la prise en compte de la motivation	21
---	----

1.4 La nécessaire approche du poste de travail	21
---	----

2 Les représentations du travail par le médecin généraliste	23
--	----

2.1 Les valeurs du travail mobilisées par le médecin généraliste	23
---	----

2.1.1 Un lien social à faciliter en s'adaptant au contexte	23
--	----

2.1.1.1 La promotion des loisirs comme maintien des activités collectives	24
---	----

2.1.1.2 L'intérêt de rencontrer et de partager dans les associations de malades avec une proposition limitée en milieu rural	24
--	----

2.1.1.3 La prise en compte du maintien du lien avec les collègues et du milieu professionnel	25
--	----

2.1.2 Une place à retrouver	26
-----------------------------	----

2.1.2.1 Réinvestir son poste	26
2.1.2.2 Retrouver son statut social	27
2.1.2.3 Se repositionner dans la famille	27
2.1.3 Le travail comme signe de bonne santé	29
2.1.3.1 La reprise du travail comme rémission	29
2.1.3.2 Le rôle thérapeutique du travail	30
2.2 Encourager à repenser son poste en évoquant les risques du stress au travail	31
3 Les médecins face à l'évènement "cancer" dans la biographie de leur patiente	32
3.1 Accompagner la patiente dans sa trajectoire de vie	32
3.1.1 Cancer et parenthèse de vie	32
3.1.2 Entre continuité et discontinuité	34
3.1.3 Faire avec des trajectoires professionnelles particulières	36
3.2 Redevenir acteur dans la trajectoire de soin de la patiente	37
3.2.1 Evolution de la place donnée au médecin généraliste du diagnostic de la maladie à la reprise du travail	37
3.2.2 Les représentations qu'ont les médecins généralistes de leurs rôles	39
3.2.3 Un médecin peu sollicité pour des situations finalement peu fréquentes et majoritairement sans difficultés	42
3.2.4 Se repositionner dans les relations interprofessionnelles	43
3.2.4.1 Le médecin du Travail, partenaire incontournable à solliciter	43
3.2.4.2 Le médecin généraliste comme coordinateur	45
3.2.4.3 Les relations avec les autres intervenants dans la reprise du travail	46
DISCUSSION	48
CONCLUSION	59
BIBLIOGRAPHIE	60
LISTE DES FIGURES	64
TABLE DES MATIÈRES	65
ANNEXES	
I- Guide d'entretien initial	
II- Guide d'entretien final	
III- Exemple verbatim: entretien n°5	
IV- Extrait tableau de codage	

ANNEXES

Les données sources sont disponibles intégralement sur demande par mail:

cpalussi.med@gmail.com et/ou mnouri6684@gmail.com

I. Annexe 1: Guide d'entretien initial

GUIDE PREMIER ENTRETIEN EXPLORATOIRE

Résumé de la thèse:

Analyse des pratiques des médecins généralistes dans le cadre d'un maintien ou d'un retour à l'emploi des femmes traitées pour un cancer du sein .

Objectif :

- Quelles sont les expériences et les représentations des médecins généralistes face au maintien ou au retour à l'emploi pour les femmes traitées pour un cancer du sein ?

Objectifs secondaires :

- Dégager des caractéristiques de l'employabilité des femmes.*
- Comprendre le sens du travail chez ces femmes.*
- Etudier les relations entre les professionnels impliqués dans leur accompagnement.*

I-)Exploration de ce qu'exprime les patientes:

Parlez-moi de vos patientes et de ce que vous entendez pendant la consultation:

Questions sous-jacentes :

- Quand viennent-elles voir le MG ?
- Quelles sont les questions posées par les patientes?
- Qui aborde le retour au travail?
- Quelles sont les difficultés les plus fréquemment rencontrées par les patientes concernant le retour ou maintien à l'emploi?
- Pourquoi veulent-elles reprendre le travail ?
- Envisagent-elles un changement de profession?
- Quel sens donnent-elles au travail ?
- Qu'attendent-elles de vous ?
- Etablissent-elles un lien entre le travail et la vie familiale ? Et vie sociale?
- Quels sont, selon vous des problèmes inhérents au cancer du sein?
- (Dits et Non-dits : Pourquoi elles n'osent pas aborder certaines questions ?)
- (Psychogénèse)

II- Etudier les pratiques des médecins généralistes:

Comment avez-vous fait dans cette situation?

Questions sous-jacentes :

- Quel(s) moyens mobilisez-vous?
- A qui faites-vous appel ? Intervention de relations interprofessionnelles ?
- Avez-vous prévu/envisagé une visite de pré-reprise ?
- Avez-vous travaillé en relation avec la médecine du travail ?
- Comment concevez-vous votre rôle et votre place dans cette étape de la vie des patientes? Par rapport aux autres professionnels concernés dans la prise en charge?
- Y a t'il une préparation (anticipée) du retour à l'emploi ? Qui en prend l'initiative?
- Quelles sont les ressources mobilisées?
- Y'a t il des répercussions dans la prise en charge ultérieure de vos patientes?
- Quelle(s) difficulté(s) avez-vous pu rencontrer?

III- Comprendre l'expérience et recueillir les réflexions des praticiens sur cette expérience :

Pourquoi avez-vous été intéressé par ce sujet , quelles sont les raisons d'une telle expérience ?

Questions sous-jacentes:

- Quelle place pensez-vous avoir (eu)?
- Pensez-vous que les femmes attendent quelque chose de leur médecin généraliste?
- Qu'avez-vous perçu des attentes des femmes?
- Y a t'il selon vous une caractéristique de l'employabilité des femmes?
- Anticipez-vous ces/leurs demandes?
- Où en êtes-vous par rapport à cette prise en charge?
- Quels sont les difficultés actuelles ?
- Avez-vous des projets?
- Qu'avez-vous appris durant votre parcours professionnel?
- Avez-vous modifié votre pratique?
- Pensez-vous qu'un complément de formation professionnelle soit nécessaire? Et à quel moment?

II. Annexe 2: Guide d'entretien final

GUIDE D'ENTRETIEN

Résumé de la thèse:

Analyse des pratiques des médecins généralistes dans le cadre d'un maintien ou d'un retour à l'emploi des femmes traitées pour un cancer du sein .

Objectif :

- *Quelles sont les expériences et les représentations des médecins généralistes face au maintien ou au retour à l'emploi pour les femmes traitées pour un cancer du sein ?*

Objectifs secondaires :

- *Dégager les représentations des médecins sur la capacité des femmes à reprendre ou non le travail.*
- *Etudier les relations entre les professionnels impliqués dans leur accompagnement.*

I-)Exploration de ce qu'expriment les patientes à leur médecin:

Pouvez-vous me raconter une/des expériences vécues?

La dernière consultation avec une patiente dans ce contexte?

1. Qu'entendez-vous pendant ces consultations?
2. Quelles sont les questions posées par les patientes?
3. Quand viennent-elles voir le médecin généraliste?
4. A quelle fréquence les voyez-vous?
5. Quelles sont les difficultés les plus fréquemment rencontrées par les patientes concernant le retour ou maintien à l'emploi?
6. Quelles sont leurs appréhensions ?
7. Quels sont les problèmes spécifiques au cancer du sein?
8. Quelles sont les difficultés propres au type d'emploi ou à la qualification de l'emploi ?

II- Etudier les pratiques des médecins généralistes:

Comment avez-vous fait dans cette situation?

1. Quel(s) moyen(s) mobilisez-vous?
2. A qui faites-vous appel ?
3. Quel(s) professionnel(s) intervien(nen)t dans ce contexte? De quelle manière?

4. Avez-vous travaillé en relation avec la Médecine du Travail ? Comment?
5. Avez-vous prévu/envisagé une visite de pré-reprise ? (auprès de la Médecine du Travail ?)
6. Avez-vous été amené à faire une demande de mi-temps thérapeutique ou de mise en invalidité?
7. Comment appréciez-vous la capacité ou non de la patiente à reprendre ou poursuivre son travail?
8. Quelles sont vos représentations et critères pour déterminer que votre patiente est en capacité ou non de reprendre une activité dans ce contexte? Sur quoi vous basez-vous?
9. Comment est anticipé le retour au travail? Qui en prend l'initiative?
10. Quelle(s) difficulté(s) avez-vous pu rencontrer?
11. Vers qui vous tournez-vous alors?

III- Exploration des représentations du médecin sur le travail des femmes :

1. Quel sens donnent-elles au travail selon vous?
2. Que pensez-vous qu'elles attendent de leur médecin généraliste?
3. Pourquoi veulent-elles reprendre le travail à votre avis?
4. Pourquoi n'arrêtent-elles pas le travail?
5. D'après vous, quelle place donnent-elles au travail au sein de leur vie familiale ? Et vie sociale?

IV- Comprendre l'expérience et recueillir les réflexions des praticiens sur cette expérience :

1. Quelle place pensez-vous avoir (eu)?
2. Qu'avez-vous perçu des attentes des femmes?
3. Pensez-vous anticiper leur(s) demande(s) ?
4. Comment qualifieriez-vous la place du médecin généraliste dans le parcours de ces femmes?
5. Que pouvez-vous apporter en tant que médecin généraliste?
6. Estimez-vous que l'accompagnement des femmes dans ce contexte est satisfaisant ? Pouvez-vous développer?
7. Qu'est ce qui vous intéresse en particulier dans cette prise en charge?
8. Quelles sont les raisons d'une telle expérience ?

III. Annexe 3: exemple Verbatim entretien n°5

Enregistrement durée: 35min45sec	n°5
<i>Intervieweur</i>	
Interviewé	
<i>Voilà. Alors, en une phrase ou deux, est-ce que vous pouvez, brièvement, présenter votre mode d'exercice?</i>	
Oui. Moi, je suis médecin généraliste, heureux. (Rires)	
<i>Ouais. Très bien. D'accord. Est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière expérience vécue, d'une femme atteinte d'un cancer du sein, et la problématique du travail?</i>	
La dernière?	
<i>Oui, par exemple.</i>	
Euh, oui, oui, oui. Je prends le dossier? Ou pas?	
<i>Comme vous voulez.</i>	
Oui, moi je préfère. Alors, moi, j'avais de mémoire, comme ça...j'ai fait une liste de patientes. Alors, la dernière.... (silence). Pour situer un peu, alors, je résume un peu son histoire en même temps.	
<i>Oui.</i>	
Elle a aujourd'hui 44 ans, elle a été opérée en 2011, donc elle avait 41 ans, c'est ça? Elle a eu un traitement chirurgical, chimiothérapeutique et radiothérapeutique. Et, on va dire que...2011...sa fin de traitement...ensuite, elle a été opérée en juillet 2011...première cure de chimio en septembre 2011...et puis, elle est sortie...début de la radiothérapie en mars 2012. Et là, enfin, j'avais marqué sur la consult: on avait prévu la reprise de travail à partir du 1er juin 2012.	
<i>D'accord.</i>	
Elle est employée de banque.	
<i>Ouais.</i>	
Donc juillet...donc...un an...enfin, onze mois après, quoi. Mais elle... Elle, elle voulait reprendre son travail, etc... Donc on est parti sur un mi-temps thérapeutique.	
<i>D'accord.</i>	
Donc on a anticipé...enfin, les démarches, etc... la médecine du Travail...au mois de mars. Mais c'est à sa demande.	
<i>D'accord, d'accord.</i>	
Au mois de mars, avant la fin... avant le début même de la radiothérapie, on a envisagé la reprise du travail. Et ça s'est bien passé. Alors, mi-temps thérapeutique...je ne sais même plus combien de temps.	
<i>Au pire, on y reviendra après, de toute façon. Qu'est ce que vous avez entendu pendant ces consultations, par rapport au travail? Qu'est-ce qu'elle vous a dit? Quels étaient les problèmes rencontrés par exemple?</i>	
Par rapport à la reprise de travail? Ou...?	
<i>Hum? Globalement.</i>	
Globalement? De mémoire, elle avait quand même... enfin... Elle a eu une certaine difficulté, enfin au début, à parler de sa maladie, quoi. Donc il a fallu bien sûr justifier son arrêt de travail auprès de son employeur. Donc il y avait une certaine réticence par rapport à ça. Et en fait, elle, elle était volontaire pour reprendre son travail, donc elle a bien compris que si...elle voulait sortir de...du processus de la maladie, il fallait qu'elle retourne au travail, donc c'était plus dans un but...oui...de...d'essayer d'anticiper le plus possible la reprise du travail, dans un but thérapeutique, quoi. Pour elle.	
<i>D'accord, d'accord.</i>	
Et, en fait, ça s'est très bien passé, au niveau de son entreprise, parce que, alors, m'a t'elle dit: bah oui, la femme de son chef de banque,	

enfin...je ne sais pas comment on dit, a eu le même problème, donc...donc elle a eu l'impression qu'elle a été bien reçue par rapport à ça, quoi.

D'accord.

Elle a été bien comprise, plutôt, par rapport à ça. Et depuis, elle a continué son travail. Et, quand même m'a t'elle dit, elle a du, quand même, tirer un peu la langue au début....

Oui. C'est à dire?

Alors, c'est à dire, tirer la langue physiquement! Excusez-moi.

C'était de la fatigue?

Oui, c'était de la fatigue, ouais, de la fatigue physique. Mais, euh, aucune...par rapport à ses séquelles chirurgicales, etc... Non, non... Aucun problème par rapport à ça.

Donc, a priori, la fatigue est au premier plan, en fait, à ce moment là?

Ouais, la fatigue, tenir la journée, etc... donc le mi-temps thérapeutique était vraiment indispensable, quoi. En terme de durée de travail. En terme de rentabilité, y'a pas...enfin, rentabilité, façon de parler, mais d'efficacité au niveau du travail, il n'y a pas eu de problème particulier.

Ouais.

Donc ça, c'était en 2012. C'est la reprise, tout ça.

Et, à quel moment elle a abordé cette question du travail, dans...par rapport à sa pathologie? Est-ce que c'était dès le début? Au milieu? Juste avant la reprise?

Nan, c'était avant le début de la radiothérapie, donc, c'était...on va dire, au milieu, quoi.

D'accord, d'accord. Ok. Et, donc, hormis la fatigue, est-ce-qu'il y avait d'autres difficultés rencontrées par cette patiente ou les patientes qui vous viendraient à l'esprit?

Alors, les difficultés? Euh... Pour d'autres patientes, alors, les difficultés, on va dire...les difficultés physiques. Moi, j'ai le cas d'une patiente, là, oui, qui était... Le problème, c'est le type de travail, quoi, qui était ouvrière en confection, et qui a eu de gros problèmes, on va dire de fatigabilité du bras, etc... et qui a dû changer de poste, donc ça c'est, voilà...le premier point... Après, voilà, c'est bien sûr le côté asthénie, qui peut perdurer, par rapport aux traitements...et puis, et puis... Voilà! Les difficultés que j'ai eu, enfin, là, je pense qu'on va y revenir aussi, ce sont des patientes qui avaient quand même, des difficultés avant, soit relationnelles, soit morales, soit psychologiques, soit dépressives, etc... Et qui se sont retrouvées avec les mêmes difficultés, mais bien sûr majorées au moment de la reprise du travail, quoi.

D'accord d'accord.

J'ai un cas précis par rapport à ça. Qui était dans la difficulté, enfin...qui n'était pas dans l'épanouissement dans leur travail personnel, dans leur travail... et qui, bien sûr, ça a majoré la difficulté. Donc c'est plus, pour moi, c'est plus...enfin...les difficultés par rapport au cancer du sein, la reprise du travail, ça dépend du boulot d'avant, ça dépend s'il y a une prédisposition, une pathologie préexistante. Mais, dans le cas que j'ai, plutôt d'ordre moral, psychologique, que d'ordre physique.

D'accord d'accord. Quelles sont les difficultés propres au type d'emploi ou à la qualification de l'emploi, selon vous? Dans ce contexte là...

Les difficultés propres au type d'emploi?

Hum, hum?

Et ben, c'est la motricité du bras, enfin, c'est là...les séquelles douloureuses, une lymphadénectomie... Donc, c'est...c'est les mouvements répétitifs, c'est... Voilà c'est les travaux, on va dire "manuels". Mouvements répétitifs surtout.

Donc, mouvements répétitifs, ça, pour vous, c'est quelque chose de... ?

Alors, moi, j'ai une petite anecdote, enfin je ne sais pas si ça vous intéresse ?

Mais bien sûr! Si, si!

Ca, ça remonte à il y a 15 ans, je crois que c'était au sujet de Madame X, justement, et elle avait eu son traitement classique, chirurgie, lymphadénectomie, chimio et radiothérapie. Et le radiothérapeute, qui était un vieux radiothérapeute, qui n'existe plus maintenant, lui avait dit: "Vous ne reprendrez pas votre travail." Avant...enfin dans le cadre des consultations au stade du traitement, quoi.

Ouais, ouais.

Et, Un, moi ça m'avait surpris. Elle, ça ne l'avait pas trop satisfaite, et en fait, c'est elle qui est ouvrière en confection, etc... par rapport à des... une réticence par rapport à ses aptitudes physiques au niveau de son membre supérieur et...et elle a repris son boulot. Ca n'a pas été simple, mais elle a repris son boulot. Mais, bon, voilà, je pense que c'était le discours médical à l'époque, quoi. Enfin, plus... Et ça, ça

remonte à...j'ai regardé, c'était 2002, 2003, vous voyez! Donc ça fait il y a une dizaine d'années.

Et à ce moment là, finalement, pour elle, les difficultés qui ont été rencontrées, c'était de...de quoi? De passer outre l'avis du médecin qu'elle avait vu? Qui lui avait dit "vous ne reprendrez pas le travail?"

Non, mais je me souviens qu'elle était venue ici un peu catastrophée, enfin... Ca l'avait quand même un peu démoralisée! Elle était quand même... Enfin... Elle est à la retraite, elle a 63 ans, j'ai regardé. Il y a 10 ans, elle avait 53 ans, donc elle était quand même... Elle avait un petit peu de bouteilles et ça n'a pas été du tout un défi, mais j'ai l'impression que, psychologiquement, ça l'avait marqué et c'est vrai que la reprise de travail, en plus elle avait un travail manuel, avec plus de fatigabilité, quand même, peut-être, chez elle, par rapport aux histoires des autres patientes, ça a été plus difficile, parce qu'elle est restée en mi-temps thérapeutique pendant un an, cette patiente, après.

D'accord, d'accord.

Donc... Mais, est-ce que c'est ça qui a influencé ? Sûrement pas mais...mais voilà! C'était un petit handicap supplémentaire, je pense.

Oui, oui.

Alors que elle, bah si... Elle perdait son boulot, quoi! Elle était au chômage et que c'est pas du tout... à 55 ans...à 53 ans, ce n'est pas du tout ce qu'elle voulait.

Et elle travaillait dans la confection depuis toujours ?

Depuis toujours, oui. Je me demande même si elle n'était pas repasseuse, enfin, je crois que c'était de l'autre côté, mais euh...

Ouais. Donc, euh. D'accord, très bien. Est-ce que vous voulez, déjà là pour le début, me raconter une autre histoire? Ou qui vous viendrait...

Non, non. Il y en aura d'autre!

Oui, oui ! Après, ce sont des questions qui sont assez ouvertes, c'est pas...

Ah si, l'autre histoire, c'est toujours pareil, c'est...enfin là où ça s'est pas très bien passé, c'était une patiente qui a... Quel âge elle a? Qui a décompensé, on va dire, un état dépressif préexistant avec, alors...un travail manuel, répétitif aussi puisque elle est préparatrice en commande. Elle travaille à la chaîne, donc quand même la nécessité d'être rapide et, dans le contexte maladie, traitement, chirurgie, enfin...refus d'acceptabilité de cette maladie...en plus, elle a eu une reconstruction mammaire, ça ne s'est pas bien passé, donc elle a eu des arrêts de travail multiples, donc elle a fait, bien sûr, un syndrome dépressif, mais elle a fait une tentative d'autolyse et...en fait... Enfin, bon, j'ai regardé le compte-rendu tout à l'heure, justement...d'hospitalisation, et... bon pour elle, elle justifiait, bien sûr, par la difficulté qu'elle avait à supporter cette maladie, ses...le traitement, etc... Mais c'était une problématique qui était préexistante, quoi.

D'accord, ouais.

Et, elle a repris son boulot.

D'accord.

A mi-temps... Comme... On pourra en reparler... En invalidité, première catégorie, et, mi-temps professionnel, mais là, ça n'a pas été simple, puisqu'il a fallu faire intervenir la médecine du Travail pour que l'employeur accepte qu'elle travaille à mi-temps, puisqu'il ne voulait pas qu'elle travaille à mi-temps, c'était tout ou rien, enfin, c'était...

D'accord.

Elle a quand même réussi. Mais, euh... Elle, ça a été très compliqué, avec arrêts de travail multiples, mais parce que, bien sûr, il y avait cette fragilité antérieure, et non pas plus pour des raisons d'aptitude physique, quoi.

D'accord. Donc c'est ce qui a rendu un petit plus difficile, finalement...

Beaucoup plus difficile, mais, voilà, ce n'est pas les séquelles de...au premier degré, de son traitement, de sa chirurgie et de sa maladie.

D'accord. Quels moyens vous mobilisez dans ces cas-là? A qui faites-vous appel si vous avez des difficultés pour...

Moi, c'est le médecin du Travail en premier, et puis, bah c'est tout parce que... Si ça se passe bien, ben, c'est reprise à mi-temps, etc... Donc, l'employeur est d'accord, la Sécu est toujours d'accord, et puis... Ben, sauf la dame, là, qui est restée un an en mi-temps thérapeutique. Alors, je ne sais plus comment on a fait, mais c'est le médecin...enfin...le médecin conseil intervient au bout d'un certain temps, qui a dû donner son accord, mais... Le médecin conseil en deuxième position. Mais c'est le médecin du Travail, en premier lieu...

D'accord. Est-ce que vous estimez que vous travaillez facilement avec eux, ou...?

Oui.

Et comment est-ce que vous...?

Par courrier.

D'accord.

Parce qu'on ne sait pas trop... Ca tourne beaucoup, on est... Bah, la patientèle, elle est...tout autour. Donc, bah... Il n'y a pas toujours les mêmes intervenants, alors, même avec un peu d'ancienneté, ça tourne beaucoup. Donc, c'est courrier.

D'accord. Est-ce que vous estimez que les contacts, justement, avec vos collègues de médecine du Travail, sont satisfaisants?

Oui. Oui. Oui.

D'accord.

Oui, parce que... Enfin, indépendamment de la problématique du cancer du sein, euh... On est, quand même, de plus en plus confronté à ça, et ça se passe bien.

D'accord.

Ca se passe bien.

Donc, effectivement, vous travaillez avec la médecine du Travail dans ces cas-là. Est ce qu'il y a d'autres professionnels qui interviennent, hormis la médecine du Travail? Est-ce que vous abordez la question de la reprise du travail, indirectement, ça peut être par courrier ou par l'intermédiaire de la patiente, par exemple, auprès des oncologues, auprès des...?

Pas du tout.

D'accord.

Pas du tout. Pas du tout, parce que... Enfin, ouais... Ca n'apparaît jamais... Sauf le cas de la dame à qui on avait dit " Vous ne pourrez pas reprendre votre boulot", mais ça n'apparaît pas du tout dans le dossier médical, dans la discussion... Donc, non. Pas du tout.

D'accord.

Je ne pourrais pas du tout... Je ne suis pas sûr que ça fasse partie du dossier... Enfin...C'est déjà pas facile... Au niveau d'une consultation patient...enfin... malade à oncologue... Donc, non, non, pas du tout.

D'accord. Ok. Donc vous avez été amené à faire des mi-temps thérapeutiques, et des mises en invalidité? Enfin, est-ce qu'il y a des patientes qui ont été mises en invalidité suite à...?

Oui, première catégorie. Donc, ça, c'est dans la... Mais c'est pas à ma demande!

Non?

C'était dans le cadre de la problématique de la fin du mi-temps, donc sur convocation du médecin Sécu, qui... eux, ils mettent une échéance au processus. Et voilà. Après, c'est étudié, ils vont voir l'assistante sociale, ils font leurs calculs, etc... J'ai Me Z qui a fait ça... Me Y... Non. Me W... Deux ou trois.

D'accord, d'accord. Et, autrement, pour la reprise du travail, pour les autres patientes, est-ce que, majoritairement, elles ont pris un mi-temps thérapeutique? Elles ont repris un mi-temps thérapeutique ou pas?

Majoritairement, oui.

Majoritairement oui?

Enfin je pense ... où ça a été problématique... Me T. Alors, elle... Elle en a profité pour changer de travail.

Oui, d'accord. A quel moment elle s'est posée la question de changer de travail?

Alors je ne me souviens plus trop de l'histoire, je vais regarder... (Silence. Consulte le dossier) Elle est jeune, enfin...elle a 45 ans. Mais elle a été opérée... Elle est porteuse du gène, de la mutation, euh... Elle a été opérée en 2006... 45 ans...donc à 37 ans. Je ne sais plus ce qu'elle faisait. Maintenant, elle travaille dans un bureau, elle a un travail administratif, mais je ne sais plus ce qu'elle faisait. (Silence...) A bah tiens, j'en ai oublié, j'en ai deux comme ça. J'y pense! (Silence...)

Est-ce que vous vous souvenez si cette patiente-là avait, quand même, essayé de reprendre son travail ou pas du tout? Son poste d'avant?

Alors, j'avais marqué qu'elle avait vu le médecin du travail, donc, il n'y avait pas possibilité d'inaptitude. On avait fait un dossier COTOREP à l'époque, MDPH, et elle était partie en mi-temps thérapeutique, ouais.

D'accord.

Et on avait téléphoné... Enfin, j'avais téléphoné... Puisque ça, c'est marqué, c'était en 2006...téléphoné au médecin du Travail, reprise d'un mi-temps thérapeutique, alors ils appelaient ça avec une cellule de maintien. Donc, là, je pense qu'elle avait été coraqué par le médecin du Travail. Ca vous dit quelque chose, ça, cellule de maintien?

Oui, oui.

Moi ça ne me dit pas trop, mais...

Si, si. J'ai déjà entendu ça.

Avec cellule de maintien dans l'emploi. "On reste en mi-temps thérapeutique le plus longtemps possible", ça, c'était pour moi, pour que la Sécu tienne... Et elle a du faire une formation, donc, dans le cadre de cette cellule de maintien, qui lui a permis de changer de boulot. Mais je ne me souviens plus de ce qu'elle faisait comme travail.

C'est temporaire, la cellule de maintien... C'est réévalué...

Là, je sais qu'elle travaille à temps plein dans une entreprise...ou à 80%...enfin bref! Mais elle n'a pas eu d'invalidité.

D'accord.

Mais, euh... Je m'en souviens. Ca a été... Elle essayait d'en tirer "un certain bénéfice" de son truc, et...et...on a pu discuté de ça. Et puis Me T... Là, c'est pareil, elle était... Son truc...

C'est vrai que j'ai assez peu de cas, encore, où les femmes ont changé complètement d'activité...professionnelle...

Ouais, je ne me souviens plus ce qu'elle faisait avant. Elle devait être dans une...elle doit être compt... elle devait être secrétaire, enfin elle a fait un truc de comptabilité, enfin une formation qui lui a permis de... de grimper... Mais, elle a changé d'entreprise, ça c'est sûr. Il fallait qu'elle retrouve du boulot, et elle avait été super battante, quoi. Donc, là, c'était peut-être un point positif aussi, enfin je sais pas! Entre le... Est-ce que le cancer...

Est-ce que le...?

Le profil psychologique? La maladie? Est-ce que... Ca peut être stimulant chez certain, quoi. Alors que d'autres se retrouvent à avaler la boîte de comprimés, et puis d'autres...

Est-ce que ça a été le déclencheur finalement ça... aussi? Ou...?

Ouais, enfin, une personnalité positive aussi! Mais, euh... Ouais. Donc, elle, opérée en 2010, donc elle a 50 ans, donc elle avait 45 ans. Et elle, je crois... (Silence.Regarde sur dossier) Donc, elle a eu chirurgie, elle a eu chimio, elle a eu... Alors, "discussion reprise du travail", le **/01/2011, en consultation. Elle a été opérée en mai 2010. Pour reprendre à peu près... De toute façon, le temps du traitement, de la chimio et de la radiothérapie, on est à quoi...? Huit mois? Neuf mois?

Oui...? Oui, c'est à peu près ça...

Oui c'est ça. Donc j'ai dit, janvier 2011... C'est assez standard, quoi, malheureusement...

Est-ce que pour vos patientes qui ont une chimiothérapie, vous les prévenez systématiquement ou vous abordez systématiquement qu'il y aura arrêt de travail? Ou pas? Ou est-ce que vous avez eu des patientes qui ont eu une chimiothérapie, sans arrêt de travail?

Sans arrêt de travail? (Silence) Je vais réfléchir, mais je ne crois, pas... Et, le truc, c'est...toujours au début... C'est le premier arrêt de travail, enfin une fois que c'est lancé, quoi, bien sûr, le diagnostic, la chirurgie, elles sortent de l'opération, c'est "combien de temps est-ce qu'on met l'arrêt de travail?" Et moi, mon discours, souvent, c'est "Je vous mets six mois, enfin...ça ne vous coupe pas les jambes, etc..."

D'accord.

On sait très bien qu'au bout de six mois, ce n'est pas terminé, mais... Non, non. C'est plutôt ça. Donc, qui ont travaillé sous chimio? Je vais voir mais je ne pense pas...

Dans votre esprit, oui, majoritairement, elles arrêtent sous chimiothérapie?

Ah oui. Oui, oui. Enfin, sous chimio, j'en ai pas... même... Alors, on va dire, ça dépend si elles sont salariées ou profession libérale, mais... Je finis avec celle-là! Donc, en janvier...elle a été opérée au mois de mai, donc "discussion reprise de travail", "dossier MDPH", "ne reprendrait pas son travail pourrait avoir sa formation en arrêt de travail..." Ah oui, c'est ça. Donc elle, elle devait être...aide à domicile.

Oui, d'accord.

Et elle... Ah nan... Ou elle travaillait... Ah, je ne sais plus si elle travaillait dans la fonction territoriale, c'est ça le truc parce que, eux, ils sont... Elle a refait une formation pour monter en grade, donc elle doit être aide-soignante...ou coordinatrice...enfin, elle a un travail plus administratif. Oui, c'est ça. Elle devait être aide-soignante et puis elle est plus dans l'organisation de la structure, etc...

D'accord.

Mais, non, pendant son arrêt de travail, elle a fait sa formation. Mais elle n'a pas changé de protection sociale. Donc, elle était dans la fonction territoriale, elle n'était pas fonctionnaire, mais presque...

D'accord.

Donc elle en a "profité"... Enfin, profité... Je pense que cette opportunité de formation, elle ne l'aurait pas eu si elle avait été en arrêt de travail, elle n'aurait pas eu son dossier MDPH, quoi...

D'accord. Ok.

Alors, chimio, chimio... Non je n'en ai pas. Enfin, qui ont travaillé en cours de traitement, non je n'en ai pas.

Quelles sont vos représentations, en tout cas vos critères, pour déterminer que votre patiente, elle est capable de reprendre le travail ou pas? Sur quoi vous vous basez? Dans ce contexte là...?

Non, moi c'est le... Bah c'est le discours de la patiente.

Oui. D'accord.

Et puis si c'est: "Ah bah non, je peux pas...", là on embraie, médecin du Travail, etc... Mais c'est le discours...enfin...c'est le discours de la patiente.

D'accord, ouais ouais...

Parce que, encore une fois, la problématique, elle se pose, oui, au bout de... au bout de six mois, sept mois d'arrêt de travail, donc... Non, non, c'est le discours de la patiente. Alors, est-ce que c'est moi qui enclenche la conversation ou c'est la patiente? Je ne saurais pas le dire, mais voilà. Je ne force pas la patiente à reprendre le travail, ça c'est sûr. Je n'ai jamais refusé un arrêt de travail, ou une prolongation ou une prolongation de mi-temps...

D'accord. Est-ce que vous pensez que vous êtes souvent amené à freiner, justement, la reprise du travail?

Non.

...pour une patiente, qui voudrait reprendre trop rapidement?

Oui, oui! Non, non, non. Non, parce que, je sais pas... Je trouve que ça c'est pas trop mal passé pour certaines, donc, enfin... J'allais dire toute pathologie confondue, presque! Mais, non, non. Non, je ne freine pas. J'aurai le discours inverse de ce...du vieux radiothérapeute qui avait coupé les pattes à ma patiente. Donc, non, non.

Et, quel sens elles donnent, selon vous, à la reprise du travail, à ce moment-là? ...selon vous?

Quel sens elles donnent? Alors, elles donnent...retour à la normalité. Sortir de la maladie, voilà, tout ça, hein! Sortir des soins, de la maladie. Et puis...voilà! Retour à la normalité. Et puis, il y a forcément une raison aussi financière qui fait que...voilà. Non, non, retour à la normalité.

Ouais. Et, est-ce qu'elles vous...parfois, elles vous disent: "retour au travail, c'est comme une guérison pour moi?" Ou pas du tout.

Non, parce que c'est pas un terme qu'elles utilisent.

Ok. Il faut qu'on le note.

Non, retour à la normalité, oui, voilà. Une façon d'aider...à tourner la page. Et je ne pense pas, sincèrement, parce que j'ai eu une patiente hier, et elle avait 63 ans, et elle ne travaillait plus. Donc elle a été opérée il y a un an, etc... Et elle est dans la plainte perpétuelle, elle est...enfin, dans la plainte...oui, un discours un peu négatif, etc... Et ça, on l'a beaucoup moins chez les patientes qui travaillent, quoi. Donc, voilà. C'est une réalité.

D'accord. Et qu'est-ce que vous pensez qu'elles attendent de leur médecin généraliste?

Alors, là... Joker! (Rires). Non, je ne sais pas quoi répondre. Par rapport à la reprise du travail?

Oui. Toujours.

Non, je ne peux pas répondre à ça, quoi. Euh, pfff... La démarche du médecin, de toute façon, c'est... enfin ma démarche, c'est... Voilà. C'est d'avancer, quoi. Donc... C'est pas de leur dire "elles sont guéries", c'est pas de leur dire "on n'en parle plus", mais on passe à autre chose, quoi. Et, bon, moi ça m'aide aussi dans le discours d'annonce au départ, de la maladie, donc, voilà... "Il y a huit mois de votre vie qui est bien programmée, et que ça va pas être rigolo", et puis après, on passe à autre chose, quoi. Donc voilà, c'est ça. Oui, ça permet de passer à autre chose.

D'accord. Est-ce que justement, par rapport à...une fois qu'elles ont repris le travail, ensuite, est-ce que vous...du coup, par rapport à leur pathologie, vous pensez les suivre plus particulièrement par rapport à ça, ou...?

Non.

...vous continuez dans un suivi classique...?

Un suivi classique, ouais.

Est-ce que...

Je n'ai pas que des histoires drôles...ou pas drôles, mais...

Bien sûr.

Parce que c'est vrai, ça... C'est des cas pour lesquels ça se passe bien.

Oui, oui.

Pardon, je vous ai coupé...

Non, non, je vous écoute. Si vous voulez ajouter quelque chose qui vous vient à l'esprit...

Parce que j'en ai quand même deux ou trois, comme la patiente qui a fait une tentative...enfin qui a... fait un syndrome dépressif avec une tentative de suicide. J'en ai une qui a divorcé, qui a du changer de boulot, et puis là, c'est la catastrophe. Elle se retrouve dans une galère pas possible, hein. Enfin, voilà... A cause de la maladie! Enfin c'est en remontant le fil, on revient au point de départ, c'est à cause...c'est à cause de la maladie...qui s'est retrouvée en arrêt de travail, mais qui n'a aucune indemnité, donc elle ne sait plus... On va la prendre celle-là? Elle doit avoir une formation... Mais...

Dans ce contexte là...

C'est aussi un peu compliqué chez elle... (Consulte le dossier) Parce que, je pense, dans sa tête, elle s'était dit: "Bon, bah c'est terminé, on passe à autre chose..." Donc, on change de mari, on change de boulot, on change...on déménage et puis elle s'est retrouvée serveuse dans un restaurant, et puis...le bras n'a pas suivi, ça c'est sûr! Le physique n'a pas suivi. Le moral n'a pas suivi, bien sûr, non plus, mais... Mais c'est ce que je disais tout à l'heure, il y avait quelque chose de préexistant avant, quoi!

Oui, oui!

Des difficultés qui faisaient...qui se sont majorées. Et elle, au niveau boulot...(Silence. Consulte le dossier) "Doit contacter le médecin du Travail...un dossier d'incapacité au travail pour prévoir...son prochain module de formation." Oui, c'est ça. Elle rentre dans un circuit de formation professionnelle, mais comme elle était en arrêt de travail sur...suite à son travail de serveuse, qu'elle a pris pendant deux-trois mois, mais qu'elle n'a pas tenu, il fallait qu'elle soit licenciée de son travail de serveuse, et ça a été compliqué... Alors, en fait, oui, c'est ça. Il voulait faire une incapacité. Alors, les médecins du Travail, quand ils font une incapacité pour raison médicale, ils essaient de se couvrir avec un...la nécessité d'un deuxième avis, hein, c'est ça? Donc elle a été voir un deuxième avis, à Nantes...

Un expert...

Au service...un expert. Qui lui a dit que: "Bah non, pas d'incapacité." Donc intérêt à demander une invalidité première catégorie. Mais, elle était toujours en arrêt de travail. Il fallait qu'elle soit en arrêt de travail pour bénéficier de la formation. Donc c'est un peu... Ouais. C'est très bancal comme situation. Donc elle doit être dans une formation...

Ouais...

...par l'intermédiaire de la Sécu, pour remise à l'emploi, avec un dossier MDPH bien sûr, et elle n'a pas demandé son invalidité première catégorie, parce qu'elle ne veut pas que ça la pénalise quelque part.

Oui.

Bref. Donc, elle est dans la difficulté, celle-là.

D'accord.

Mais, encore une fois, pour une problématique préexistante, qui a, bien sûr, été décompensée par sa pathologie, (et pas arrangée) et alors qu'elle pensait pouvoir reprendre, elle a flanché, physiquement...le dos...en grande partie à cause de ses arrêts de travail multiples et de ses séquelles, parce que, elle aussi, elle a eu une reconstruction mammaire...

D'accord.

Donc, reconstruction mammaire, c'est... souvent trois fois, quatre fois, des fois. Et c'est arrêt de travail à chaque fois, enfin...donc c'est... Les employeurs, ils n'aiment pas trop ça... (Rires)

D'accord. Bien sûr.

Donc arrêt...et puis après, ça continue pendant... On doit être à trois ans de son truc. Donc ça c'est important aussi. Je sais pas... C'est un point... C'est pénalisant.

Bien sûr. Et est-ce qu'elles vous font part, ces patientes, de difficultés par rapport à leur perception de leur image, au travail?

Non.

Une image qui aurait changé, d'elle-même...?

Oui, oui. Non, non.

Pas particulièrement...

Non. Alors, j'aborde peut-être pas forcément le sujet de plein fouet. On en parle un petit peu parce qu'il y a quand même eu... Enfin, là, je vous ai parlé de celle-là qui s'est...enfin qui a divorcé. Enfin, j'en ai eu plusieurs qui ont eu des difficultés, on va dire, conjugales à ce moment-là. Dont une en particulier. Et puis, bah c'est revenu, quand même, sur le tableau, quoi. Parce que au niveau relationnel, même sexuel, c'est pas terrible non plus, hein. Donc, là, on en parle, quoi. Mais, par rapport au boulot, non.

D'accord.

Plus la relation familiale...

Dans le cercle...

...restreint! Le boulot, non. Je repense à ma patiente qui était employée de banque, elle a dû recommencer... Enfin, les cheveux n'avaient pas repoussé... Enfin elle commence avec sa prothèse capillaire et puis... Même pour un boulot...

...de contact...?

...de représentation, quoi.

Ouais, voilà. Au contact des gens...

Donc, non, ça n'est pas trop revenu dans la...

D'accord.

Ca c'est la prochaine... Je pense à ça, ma collègue, elle vous a répondu ou pas?

Non, non.

Je sais qu'on en avait parlé, mais elle est partie en vacances, alors...

C'est pas grave. Je la recontacterai.

C'est marrant, parce que je lui ai dit... Vous êtes là aujourd'hui, cette semaine... Et puis, on en a parlé et puis... Et puis on est arrivé à peu près au même... C'est vrai que la vision, la perception féminine...est différente, quoi!

Jusqu'à présent, je n'ai interrogé qu'un seul médecin homme, sinon ce n'étaient que des femmes.

Ah oui! On est si en voie de disparition que ça ???! (Rires)

Oui, on est minoritaire, je pense, maintenant! Comment vous mettriez la place du médecin généraliste dans le parcours de ces femmes? Comment vous qualifieriez sa place?

Par rapport à la problématique du travail, toujours?

Oui. Du cancer du sein, de la reprise du travail et, est-ce que c'est...? Je vous laisse développer.

Oui, oui. Est-ce que c'est.?

...un relais? Est-ce que c'est toujours être attentif, à l'écoute? Est-ce que c'est...?

Ah...Euh... Oui, enfin, il faut d'abord stimuler, il faut d'abord encourager, il faut relayer. Et puis c'est sûr, quand ça se passe mal, c'est à nous de gérer le truc.

Par exemple?

Par exemple. Donc, il faut être dedans, oui. Il faut être dedans.

D'accord.

Je pense à ma patiente, là, qui était en arrêt de travail, mais qui ne touchait rien du tout, qui s'est rendue compte qu'elle ne touchait rien du tout au bout d'un certain temps, là, c'était le pataquès total, et, même moi je ne m'y retrouve pas, elle ne s'y retrouvait pas, l'assistante sociale ne s'y retrouvait pas. Donc il faut...Oui! On est quand même...derrière mais pas très loin, quoi. Donc faut faciliter le truc, quoi. Faut intervenir.

Là, pour cette dame là...

...intervenir, en fonction des difficultés. Pas le premier jour, mais il faut intervenir.

Par exemple, c'est une dame qui vous a demandé un peu plus de...

Oui! Et puis on parlait de la médecine du Travail, là, j'ai appelé l'assistante sociale de la Sécu, alors...

D'accord. Donc, d'autres partenaires, quoi.

D'autres partenaires. Non médicaux. Parce que là, c'était compliqué, et puis, en fait, c'est des gens, on n'y pense pas toujours, mais ils sont très... Ils aiment bien. Ils aiment bien qu'on les appelle. (Rires)

Tout à fait. C'est bien de le noter, car jusqu'à présent, c'était pas ressorti ça, mais... Tout à fait!

Alors, souvent... Alors, ça, c'est pareil, nous, on est à trois départements, c'est sectorisé. C'est une assistante de la Sécu, donc c'est toujours

là même...même si ça change...en tout cas c'est toujours le même intervenant, quoi. Eux doivent nous connaître par l'intermédiaire des dossiers, j'imagine, je ne sais plus comment elle s'appelle, la dame, là. Mais voilà. J'ai son numéro de téléphone, et puis...pour des cas comme ça...qui posent problème...

Vous savez que ça peut être un...partenaire...?

De voir quel papier il faut faire...voilà. Et... C'est une aide

D'accord. Très bien.

C'est une aide, à s'y retrouver dans le méandre plus administratif, on va dire, que le méandre médical, bien sûr.

Ouais. D'accord. Est-ce que vous estimez que l'accompagnement de ces femmes, dans le contexte de la reprise du travail, maintien du travail, est satisfaisante, actuellement? Globalement, j'entends.

Oui.

Ok. très bien.

Oui, oui, oui, oui. Encore une fois, ça dépend du boulot. J'en ai pas eu de maçon, j'en ai pas eu de...donc... Oui, oui, oui. Satisfaisante. Oui. Je pense que c'est...Oui, oui.

D'accord. J'en reviens juste...parce que j'avais noté des petites choses sur le fait de décompenser, sur le plan...

personnel...

...psychologique ou, etc...

...psychiatrique.

Pour vous, c'est vraiment au premier plan, ça? Vous faites attention à tout le contexte avant, par exemple? Au moment du diagnostic, ça va...de la maladie? Ça va...peser dans la balance pour plus tard?

Oui, ça va peser dans la balance. On a une perception différente. De là à être plus efficace et surtout avoir une attitude préventive...plus adaptée, ça c'est plus difficile. Parce que, sincèrement, les patientes, on les voit pas trop non plus.

Ouais.

Si, on les voit quand elles ont de la fièvre après leur chimio, on les voit pour l'arrêt de travail...

Tout à fait.

Et puis, bah... c'est tout. On a des courriers, on est bien content, quand on a les courriers. Et puis des fois, on les voit...ça fait six mois que je ne les ai pas vu! Donc voilà. C'est pas toujours évident. Mais oui, quand elles reviennent nous voir, oui. Mais quelle attitude préventive avoir plus, ça c'est... Je n'ai pas fait de protocole précis, encore.

Vous pensez que c'est au cas par cas?

C'est au cas par cas, ouais. C'est au cas par cas. Et quand même, la priorité pour le médecin, c'est que... Ben, c'est que ça se passe bien, c'est que les bilans de surveillance soient bons, toujours pareil, quoi! Essayer d'avoir un discours positif, encourageant, et voilà! Moi, je pense, on compte là dessus, quoi. Et si vous avez une mammo qui est normale, une scinti osseuse qui est normale, bon bah, c'est plus facile d'avoir la banane que d'avoir des méta hépatiques partout, et je pense qu'on est sûrement trop médical par rapport à ça.

D'accord.

Mais c'est des histoires qui... Même si j'en ai plusieurs où ça sont mal passées... C'est quand même des histoires personnelles...c'est du cas par cas.

D'accord. Ok. C'est ce sur quoi je voulais revenir. Est-ce que vous vouliez me parler d'autres choses, qui vous vient à l'esprit, ou qui vous est venu à l'esprit pendant l'entretien?

Non.

IV. Annexe 4: extrait du tableau de codage

175				
176	Reprise du W comme thérapeutique	Pour améliorer sommeil	Il y a quand même beaucoup de troubles du sommeil. Donc c'est pour ça qu'elle voulait vraiment reprendre parce qu'elle trouvait ça faisait parti du traitement le retour au travail, de retrouver une vie sociale	M4-P3
177		retour au travail fait partie du tt		M5-P1
178			Ce retour au travail, c'est une... Ça fait partie du traitement.	M5-P1
179		... forme d'exorcisme	Bah je crois que c'est peut-être pour exorciser qu'elles ont eu de la haine à retrouver leur poste et pour dire j'existe même avec un cancer	M8-P7
180				
181	Rapport à la vie gynécologique/projet grossesse	reprise du travail pour se projeter une grossesse	Maintenant, je me... je reprends mon travail pour me projeter sur une grossesse. »	E11-P21
182				
183	Reprendre le travail pour envisager la retraite		"Je reprends mon travail pour organiser ma retraite."	E11-P21
184			«Je tourne la page. Je reprends mon travail pour prendre ma retraite.»	E11-P22
185				
186	Reprise/signif positif		C'est quand même bon signe de pouvoir aller travailler.	E2-P10
187			Quand on a repris le travail à temps plein depuis un an ou deux... C'est bon. C'est bon	E2-P20
188			qui a une connotation très positive, le retour au travail? Ah oui c'est positif.	M2-P10
189			c'est plutôt quelque chose qui est positif	M4-P9
190		Reprise: connotation uniquement positive	C'est uniquement positif ? bah... je pense...	M2-P10
191	Rôle positif du travail selon MG		Faut faire passer des choses positives, le travail en fait partie me semble-t-il	M5-P11
192				
193			c'est « ouf » (soupir). Je vais pouvoir reprendre, c'est, il est temps, on sent que quelque part c'est un soulagement quand elles reprennent.	M2-P10
194	Un soulagement			
195	Pour se reconstruire		Il y a certaines femmes que le travail aide finalement à se reconstruire	E11-P8
196			commence à se projeter, et qui essaie de se construire ou se reconstruire autour de cela	E1-P3
197				
198	Retour à la normalité		...retour à la normalité	E5-P9
199			un retour à la vie normale	E6-P2
200			Reprendre la vie normale!	E10-P17
201			pour retour à une vie normale le plus rapidement possible	M3-P1
202			fermer cette parenthèse de la maladie et de repartir sur une vie normale	M3-P1
203			reprendre sa vie normale	M3-P8
204			on relait ses courses, enfin on reprend la vie quot... Le retour au travail c'est... Un retour à la vie normale	M3-P9
205			je crois que, pour moi, c'est hyper important la reprise du travail parce que ça les réintègre un peu dans un monde normal	M3-P9
206			on retrouve une vie normale où on se lève le matin, on va bosser, plutôt que on se lève, on va à sa chaise. J'ai l'impression qu'il y a	M7-P12
207		... pour la société	Je pense que oui, pour être acceptée par la société, il faut travailler	M7-P12
208			Enfin c'est plus facile d'avoir une place dans la société quand on travaille que quand on travaille pas.	M7-P12
209		... plus précisément pour une femme	C'est pas la même chose que d'être femme au foyer. Sans travail, il n'y a pas vraiment de place pour nous dans la société.	M7-P12
210				
211	! MG n'aime pas le terme "normalité"		Mais je te dis c'est plutôt vécu comme un retour à l'état normal même si j'aime pas le terme « normal »	M10-P8
212			Bah parce qu'elles ne sont pas anormales d'avoir eu un cancer	M10-P8
213				
214	Dignité		Je crois que oui, c'est toujours un peu le maître-mot : la dignité	M8-P11
215				
216	Reprise du travail: un processus naturel		Donc ça se fait tout naturellement!	E2-P8
217			Ça se fait tout naturellement, on a fait les traitements, elles l'évoquent très très vite les femmes, hein!	E2-P20
218			La reprise du travail, non. C'est même un processus naturel. Il est évident que, quand on a été malade, on travaillait	E2-P20
219			elle était prête à reprendre à temps plein, quoi. Naturellement, en fait.	E3-P8
220			on est tous programmés pour travailler	E7-P22
221			elle ne voyait pas les choses autrement	E10-P4
222				
223	Reprendre ses habitudes		Je reprends ma vie, donc je me relance, je reprends mes habitudes...	E11-P21
224			c'est finalement la reprise du quotidien,	E3-P7
225				
226	Le travail comme élément important	importance en général du travail pour la patiente	reprendre le travail, c'est... c'est vraiment essentiel pour elles.	E2-P2
227			pour moi le travail, c'est important	E1-P3

RÉSUMÉ

Introduction : Le cancer du sein, le plus représenté dans la population féminine, est susceptible d'affecter les femmes dans leur vie professionnelle . Les médecins généralistes sont amenés à intervenir dans les différentes étapes du retour au travail . L'objectif était d'étudier les expériences et les représentations des médecins généralistes dans le cadre d'un retour à l'emploi des femmes traitées pour un cancer du sein .

Sujets et Méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative avec réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes de Mayenne et du Maine-et-Loire, par 2 étudiants en Médecine Générale . Les entretiens ont été double-codés permettant une analyse thématique de l'ensemble du verbatim .

Résultats : 21 médecins généralistes ont été interrogés permettant de mettre en évidence la singularité de chaque retour au travail . Le suivi individualisé, favorisé par un lien privilégié, était le fruit d'une rencontre entre des éléments biographiques de la patiente expliquant la possibilité de trajectoires diverses et la pratique du médecin généraliste forgée par ses propres représentations et modulée par son expérience . Dans la pluridisciplinarité imposée par la prise en charge du cancer du sein, le médecin avait à coeur de retrouver une place de coordinateur s'inscrivant dans un accompagnement durable, en s'aidant de relations simples avec la médecine du travail. Les médecins se représentaient le cancer du sein comme une maladie visible par la mastectomie qui altérait la féminité, et devenait un frein au retour à l'emploi .

Conclusion : Le retour au travail après un cancer du sein implique de prendre en compte la femme dans sa singularité et sa globalité . Etablir un référentiel pour encadrer le retour à l'emploi des femmes atteintes d'un cancer du sein n'apparaît pas comme évident pour les médecins généralistes.

Mots-clés : Médecins généralistes, cancer du sein, retour au travail, représentations, trajectoires, relations interprofessionnelles .

Experiences and representations of general practitioners as part of a holding or a return to work of women treated for breast cancer

ABSTRACT

Introduction : Breast cancer, found mostly in the female population, is likely to affect women in their professional lives. General practitioners are called upon to intervene in the various stages of the return to work. The objective was to study experiences and performances of general practitioners as part of a return to employment of women treated for breast cancer.

Methods : We performed a qualitative study with semi-structured individual interviews with general practitioners from Mayenne and Maine-et-Loire. The interviews were double-coded in order to realise the thematic analysis of the entire transcript.

Results : 21 general practitioners were asked to highlight the uniqueness of each return to work. The individual monitoring, favored by a privileged relationship was the result of a meeting between biographical elements of the patient explaining the possibility of various trajectories and practices of the general practitioner forged by his own representations and modulated by experience. In the multidisciplinary approach imposed by the management of breast cancer, the doctor was eager to find a site coordinator to be a part of a sustainable support system, with the help of simple relationships with occupational health physician. Doctors declared breast cancer to be a disease made visible by the mastectomy and therefore altering the femininity, creating a barrier for returning to work.

Conclusion : Returning to work after having breast cancer involves taking into account the woman in her singularity, and as a whole . Establish a baseline to oversee the return to employment for women with breast cancer that that do not appear as obvious to general practitioners .

Keywords : General practitioners, breast cancer, return to work, representations, pathways, interprofessional relations .