

## L'ESSENTIEL

### Un recours à l'arrêt-maladie globalement important, mais difficile pour les travailleurs indépendants

Parmi les personnes âgées entre 18 et 57 ans en emploi au moment du diagnostic de cancer en 2010, 12,9% ont déclaré ne pas avoir eu recours à l'arrêt-maladie, 56,7% ont déclaré en avoir eu un seul et 30,3% ont eu au moins deux périodes d'arrêt-maladie. Certaines catégories de travailleurs, comme les indépendants, éprouvent une grande difficulté d'accès aux arrêts-maladie, liée à celle d'interrompre leur activité sans prendre le risque de perdre une partie de leur clientèle ou de pouvoir tout simplement se faire remplacer (lors qu'ils sont seuls dans leur entreprise). Environ 41% des indépendants travaillent avec un membre de leur famille et près de 30% ont au moins un associé, ce qui indique de possibles stratégies d'entraide. Mais pour certaines catégories d'indépendants (chefs d'entreprises, artisans, agriculteurs exploitants), ces opportunités, très peu présentes, conduisent à un faible recours aux arrêts-maladie.

### Des caractéristiques différentes pour les personnes ayant et n'ayant pas bénéficié d'un arrêt-maladie

Les caractéristiques des personnes ayant eu au moins un arrêt-maladie, quel qu'ait été leur nombre, sont largement semblables. En revanche, ces caractéristiques diffèrent avec celles présentées par les personnes n'en ayant eu aucun : la proportion de femmes est moins importante (60,6% versus 75,4% et 73,5% respectivement pour ceux ayant connu un seul arrêt-maladie ou plus d'un arrêt-maladie). On trouve dans ce groupe relativement plus de personnes vivant en couple (78,2% contre 72,9% et 69,8% respectivement ayant connu 1 et plus d'un arrêt-maladie), moins de personnes avec un niveau d'études supérieur ou égal au Bac (26,4% contre 34,7% et 39,1% respectivement), plus de personnes exerçant un métier d'exécution (65,8% contre 55,5% et 48,4% respectivement), plus de personnes n'ayant pas bénéficié d'aménagements de poste de travail (68,5% contre 58,6% et 50,1% respectivement), et moins de personnes ayant perçu des discriminations dans leur lieu de travail (5,7%). Enfin, c'est aussi dans le groupe de personnes qui n'ont connu aucun arrêt maladie durant la période d'observation que se trouve la proportion la plus importante de personnes ayant déclaré ne pas avoir eu de séquelles (37,3%).

### Facteurs associés à la mise en arrêt-maladie

La mise en arrêt-maladie est, pour les hommes comme pour les femmes, étroitement liée au type de contrat de travail, avec une probabilité plus importante de se trouver en arrêt-maladie pour les hommes (90%) et les femmes (80%) en CDI par rapport aux personnes en CDD. La probabilité qu'un arrêt-maladie se commence aussitôt après le diagnostic de cancer est expliquée principalement par les caractéristiques associées à la maladie. Les principales différences entre hommes et femmes proviennent de la localisation cancéreuse : en plus des localisations communes entre hommes et femmes associées à une probabilité élevée de mise en arrêt-maladie (côlon-rectum et rein), les cancers du sein, du col de l'utérus et les lymphomes sont des localisations qui augmentent la probabilité de mise en arrêt-maladie chez les femmes ; chez les hommes, ce sont les cancers du poumon et des VADS.

### Facteurs associés à la durée de l'arrêt-maladie avant le retour à l'emploi

Le retour à l'emploi est associé non seulement aux facteurs liés à la maladie mais aussi à des facteurs sociodémographiques, socioéconomiques et ceux liés au poste de travail. Les personnes les plus âgées, avec des niveaux modestes d'études, qui réalisent des métiers d'exécution, avec un pronostic de survie défavorable, des traitements lourds se traduisant par des séquelles importantes, sans aménagement du poste de travail, percevant des discriminations dans le lieu de travail sont à moindre chance d'un éventuel retour à l'emploi. La reprise d'emploi dépend également des métiers exercés (exécution ou encadrement). Ainsi, un âge élevé et un mauvais pronostic de survie établi au moment du diagnostic apparaissent comme des barrières spécifiques du retour à l'emploi chez les personnes avec un cancer réalisant des métiers d'exécution. Le fait de percevoir des discriminations sur le lieu de travail semble ralentir le processus de retour à l'emploi dans les métiers d'encadrement.

## 14.1. INTRODUCTION

Peu de travaux ont été réalisés sur les facteurs contribuant à la mise en arrêt-maladie. Les quelques études sur le sujet ont établi que les malades chroniques ont recours aux arrêts-maladie au moins deux fois plus que les malades non chroniques [1] et que les facteurs associés à la décision d'arrêt-maladie sont également à rechercher ailleurs que dans la maladie, par exemple le type de contrat de travail [2] ou le genre [3]. On sait ainsi que le délai entre le diagnostic d'un cancer et le début d'un arrêt-maladie est plus long pour les hommes que pour les femmes et s'explique principalement par les caractéristiques liées à la maladie, alors que le retour à l'emploi après une période d'arrêt-maladie se caractérise, en plus, par des disparités socioprofessionnelles importantes. La littérature sur les déterminants des durées d'arrêts de travail en général [4] et sur ceux liés au diagnostic de cancer en particulier est quant à elle beaucoup plus vaste [5,6]. Entre autres résultats, les études ont mis en avant, dans le processus de retour à l'emploi, le rôle joué par les facteurs psychosociaux [7], les traitements [8], et la progression de la maladie [9]. De même, un bilan complet a été dressé à propos des barrières sociodémographiques et socioéconomiques vis-à-vis du retour à l'emploi suite à un arrêt-maladie [6]. Ces études se concentrent très fréquemment sur des localisations spécifiques, notamment le sein [10,11,12], les cancers gynécologiques [8,13], ou encore le cancer de la tête et du cou [14]. Très peu d'études considèrent plusieurs localisations à la fois [15]. Bien que l'identification des facteurs associés au retour à l'emploi après une période d'arrêt-maladie est *per se* une contribution importante à la littérature sur ce sujet, les différences trouvées entre groupes définis selon leurs caractéristiques sociodémographiques (i.e. genre ou âge) ou socioéconomiques (i.e. catégories socioprofessionnelles) suggèrent des processus de retour à l'emploi qui pourraient réagir différemment aux mêmes facteurs explicatifs. Or, les études comparatives restent rares et le plus souvent se focalisent sur les différences entre hommes et femmes par la comparaison de localisations qui leur sont spécifiques comme le cancer de la prostate et du sein [16].

En France, la dernière étude identifiée sur les arrêts de travail pour maladie ou non date de 2007 [17]. Quintin *et al.*, [18] ont montré sur un échantillon de femmes avec un cancer du sein dans le nord de la France qu'un âge élevé, un faible niveau d'études et avoir reçu un traitement par chimiothérapie et/ou radiothérapie sont autant de facteurs préjudiciables au retour à l'emploi. La première enquête ALD1 (enquête Dress sur les conditions de vie deux ans après le diagnostic de cancer, 2004) a permis de faire certains premiers constats importants pour le

développement de ce type de recherche en France. Ainsi, les travaux de Le Corroller-Soriano *et al.*,[19] et Marino *et al.*,[20] ont pointé les différences de genre dans les processus de retour à l'emploi.

Le module documentant la vie professionnelle des personnes avec un cancer diagnostiqué en 2010 de l'enquête VICAN2 a été redessiné en s'inspirant de la précédente enquête. Il rend possible la connaissance du nombre d'arrêts-maladie entre le diagnostic et le moment de l'enquête. Le champ d'observation des arrêts-maladie a également été élargi à toutes les personnes en emploi au moment du diagnostic, qu'elles aient continué en emploi au moment de l'enquête ou non. Le relevé des dates de chaque épisode autorise enfin le calcul des délais entre le diagnostic et le début du premier arrêt-maladie, ainsi que la durée des arrêts connus. Dès lors, l'objectif de ce chapitre est double. D'une part, il s'agit d'étudier les déterminants de la mise en arrêt-maladie suite au diagnostic de cancer; d'autre part, les déterminants du retour à l'emploi sont recherchés par le biais de l'analyse de la durée des arrêts-maladie.

## 14.2. RÉSULTATS

Les résultats de ce chapitre concernent les 2 057 personnes âgées de 18 à 57 ans en emploi au moment du diagnostic de cancer en 2010. Ces personnes ont été interrogées à propos des éventuels arrêts-maladie suite au diagnostic de cancer: parmi elles, 56,7% ont déclaré avoir eu un seul arrêt-maladie, 30,3% ont eu au moins deux périodes d'arrêt-maladie et seulement 12,9% ont déclaré ne pas avoir eu recours à l'arrêt-maladie depuis le diagnostic. Bien que ces proportions reflètent la situation globale des personnes interrogées en termes de recours au(x) arrêt(s)-maladie, elles dissimulent la situation parfois difficile de certaines catégories de travailleurs, par exemple, les indépendants (voir encadré 1).

Les caractéristiques des personnes ayant eu au moins un arrêt-maladie sont largement semblables, quel qu'ait été leur nombre. En revanche, ces caractéristiques diffèrent avec celles présentées par les personnes n'en ayant eu aucun (tableau 14.1). Dans ce second groupe en effet, la proportion de femmes est relativement moins importante (60,6% *versus* 75,4% et 73,5% respectivement pour celles ayant connu un seul arrêt-maladie ou plus d'un arrêt-maladie). On trouve dans ce groupe relativement plus de personnes vivant en couple (mariées, pacsées ou en concubinage) au moment du diagnostic (78,2% contre 72,9% et 69,8% respectivement pour les personnes ayant eu un et plus d'un arrêt-maladie). Le groupe de personnes n'ayant pas eu recours

à l'arrêt-maladie entre 2010 et 2012 se caractérise également par une proportion plus faible de personnes avec un niveau d'études supérieur ou égal au bac (26,4% contre 34,7% et 39,1% respectivement) et, non sans lien, une proportion plus importante de personnes exerçant un métier d'exécution (65,8% contre 55,5% et 48,4% respectivement). Parmi les personnes ayant connu au moins un arrêt-maladie, huit sur dix avaient un CDI, ce qui contraste avec la répartition plus équilibrée des individus n'ayant pas eu recours à l'arrêt-maladie selon le type de contrat de travail. Le groupe de personnes qui n'a disposé d'aucun arrêt-maladie est formé plutôt par des personnes qui n'ont bénéficié d'aucun aménagement du poste de travail (31,5% par rapport à 41,4% et 49,9% parmi ceux ayant eu un seul, et plus d'un arrêt-maladie respectivement). Ce groupe est également caractérisé par la proportion la plus faible de personnes ayant perçu des discriminations dans leur lieu de travail (5,7%). Enfin, conformément à l'attente, c'est dans le groupe de personnes qui n'a connu aucun arrêt-maladie durant la période d'observation que la proportion la plus importante de personnes ayant déclaré ne pas avoir eu de séquelles est relevée (37,3%).

**Tableau 14.1. Caractéristiques des personnes atteintes d'un cancer âgées entre 18 et 57 ans au moment du diagnostic en 2010 selon le recours aux arrêts-maladie (pourcentages)**

Variables	Tous	Un seul arrêt-maladie	Plusieurs arrêts-maladie	Pas d'arrêt-maladie
<b>Sexe</b>				
■ homme	27,2	24,6	26,6	39,4
■ femme	72,8	75,4	73,4	60,6
Âge moyen au diagnostic (écart-type)	47 (7)	48 (7)	46 (8)	48 (8)
<b>Statut marital</b>				
■ en couple	72,7	73,0	69,8	78,1
■ seul(e)	27,3	27,0	30,2	21,9
<b>Niveau d'études</b>				
■ < baccalauréat	65,1	65,3	60,9	73,6
■ ≥ baccalauréat	34,9	34,7	39,1	26,4
<b>CSP au diagnostic</b>				
■ métier d'exécution	54,7	55,4	48,5	65,9
■ métier d'encadrement (réf.)	45,3	44,6	51,5	34,1
<b>Type de contrat</b>				
■ CDD, saisonnier, intérim, apprentissage, indépendants	23,7	20,8	18,4	48,0
■ CDI	76,3	79,2	81,6	52,0
<b>Taille de l'entreprise</b>				
■ < 500 salariés	74,8	72,6	74,0	86,1
■ ≥ 500 salariés	25,2	27,4	26,0	13,9
<b>Secteur d'activité économique</b>				
■ primaire et secondaire	23,5	20,1	27,1	29,7
■ tertiaire	76,5	79,9	72,9	70,3
<b>Aménagement du poste de travail</b>				
■ non	57,4	58,6	50,2	68,5
■ oui	42,6	41,4	49,8	31,5
<b>Discrimination perçue sur le lieu de travail</b>				
■ non	88,5	89,8	83,4	94,5
■ oui	11,5	10,2	16,6	5,5
<b>Gravité au diagnostic (survie attendue à 5 ans)</b>				
■ > 80 %	64,8	64,0	67,0	63,0
■ entre 50 % et 80 %	14,8	16,1	13,5	12,5
■ entre 20 % et 50 %	6,6	5,9	8,1	6,2
■ < 20 %	3,3	2,9	3,7	4,4
■ inconnue	10,4	11,0	7,7	13,9
<b>Combinaison thérapeutique reçue depuis le diagnostic</b>				
■ chimiothérapie seule	13,0	13,1	12,1	15,0
■ chimiothérapie + radiothérapie	36,7	40,6	37,8	17,5
■ radiothérapie seule	20,7	21,3	20,3	19,3
■ autres traitements (inclus pas de traitement)	29,6	25,0	29,8	48,2
<b>Séquelles perçues</b>				
■ non, aucune séquelle (réf.)	29,5	30,1	25,0	37,4
■ oui, mais modérées/très modérées	38,1	36,9	40,0	38,8
■ oui, importantes/très importantes	32,4	33,0	34,9	23,8

## ENCADRÉ 1

**Les arrêts-maladie pour les indépendants****Un taux de maintien dans l'emploi plus important chez les indépendants**

Les taux de maintien dans l'emploi pour les indépendants et les salariés sont très proches si on compte dans ces taux les arrêts-maladie de longue durée (85% pour les salariés et 90% pour les indépendants). L'effet gravité du cancer (un effet de structure qui impliquerait par exemple que les indépendants ont des cancers plus graves que les salariés ou inversement) n'a pas d'influence sur ces taux.

Hors arrêt-maladie de longue durée, le taux de maintien en emploi des indépendants apparaît en revanche très supérieur à celui des salariés (81% contre 71%). 32% des indépendants n'ont pas bénéficié d'arrêts-maladie (13% chez les salariés).

**Tableau 14.2. Arrêts-maladie chez les salariés et les indépendants  
(en% des individus ayant eu un cancer)**

Nombre d'arrêts-maladie	Salariés	Indépendants
■ Un	56	48
■ Plusieurs	31	20
■ Aucun	13	32
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Le moindre recours à l'arrêt-maladie par les indépendants renvoie à la difficulté de ces derniers d'interrompre leur activité sans prendre le risque de perdre une partie de leur clientèle ou sans pouvoir tout simplement se faire remplacer (les entrepreneurs individuels par exemple). 41% des indépendants travaillent avec un membre de leur famille et 30% ont au moins un associé, ce qui indique de possibles stratégies d'entraide. Mais pour certaines catégories d'indépendants (chefs d'entreprise, artisans, agriculteurs exploitants), ces opportunités sont très peu présentes, comme en témoigne leur faible recours aux arrêts-maladie.

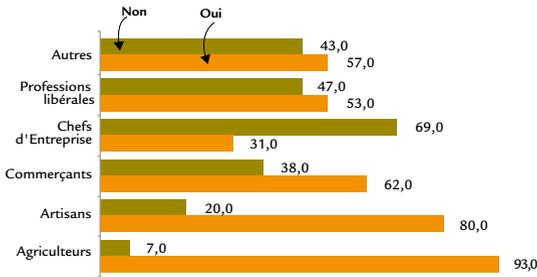
→ suite

### Une fatigue physique lors du travail plus ressentie par les indépendants

Le maintien dans l'emploi suite à un cancer génère de nombreuses difficultés, dont une fatigue ressentie pénalisante pouvant conduire les individus à demander des aménagements dans les horaires de travail.

Autant de salariés que d'indépendants déplorent que leur travail soit fatigant nerveusement (environ 66%). En revanche, 66% des indépendants trouvent leur travail fatigant physiquement contre 52% des salariés. Parmi les indépendants, de fortes différences semblent liées au type de travail : 93% des agriculteurs et 80% des artisans estiment que le travail est fatigant physiquement contre 31% des chefs d'entreprise.

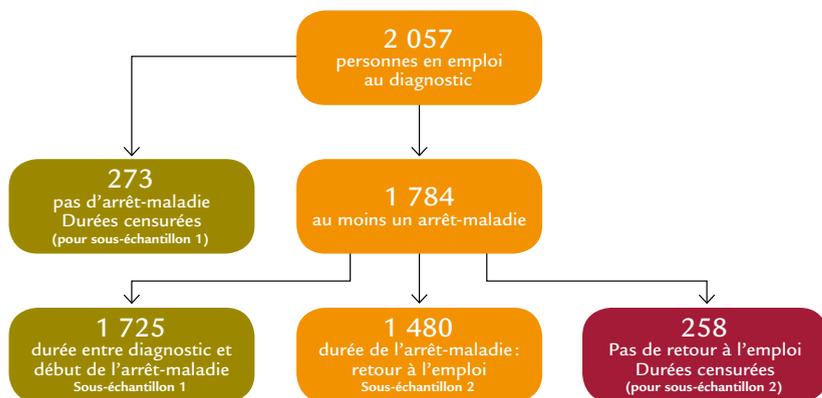
**FIGURE 14.1.**  
PERSONNES QUI TROUVENT LEUR TRAVAIL FATIGANT  
PHYSIQUEMENT PARMIS LES INDÉPENDANTS (POURCENTAGES)



### 14.2.1. Début de l'arrêt-maladie après le diagnostic et le retour à l'emploi : description des durées

Dans l'enquête VICAN2, les personnes ayant connu au moins un arrêt-maladie ont été interrogées non seulement à propos du délai entre le diagnostic et le début du premier arrêt-maladie, mais aussi sur la durée. La figure 14.2 montre les sous-échantillons sur lesquels portent les analyses descriptives de cette section. Le délai entre le diagnostic et le début du premier arrêt-maladie a été calculé pour 1 725 personnes ayant eu au moins un arrêt-maladie (sous-échantillon 1)<sup>(27)</sup>. Pour 273 personnes n'ayant pas connu d'arrêt-maladie, les durées ont été censurées. La durée du premier arrêt-maladie a pu être calculée pour 1 738 personnes dont 1 480 revenues à l'emploi occupé au diagnostic (sous-échantillon 2), et 258 personnes n'étant pas retournées à l'emploi occupé au diagnostic (durées censurées pour ce sous-échantillon). Les durées censurées n'ont pas été prises en compte pour les calculs de cette section<sup>(28)</sup>.

FIGURE 14.2.  
DÉFINITION DES ÉCHANTILLONS



Pour la moitié des individus concernés, le délai entre le diagnostic et le début du premier arrêt-maladie s'inscrit dans un intervalle allant

(27) En fait, le délai entre le diagnostic et le début du premier arrêt-maladie aurait dû être calculé pour 1 738 personnes, c'est-à-dire, les mêmes pour lesquelles la durée de l'arrêt-maladie est connue. Or, treize personnes n'ont pas renseigné le délai entre le diagnostic et le début de l'arrêt-maladie. Étant donné que l'information à propos du premier arrêt-maladie a été recueillie en demandant directement aux personnes le nombre de mois (et non de dates), il n'a pas été possible de récupérer l'information pour les treize personnes pour lesquelles l'information du temps écoulé entre le diagnostic et l'arrêt-maladie n'était pas disponible.

(28) Des méthodes permettant la prise en compte des données censurées seront utilisées ultérieurement dans ce chapitre.

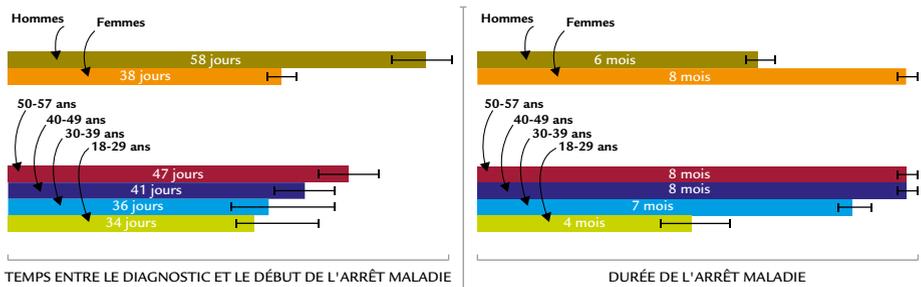
de sept à soixante jours. Pour la moitié des individus ayant bénéficié d'un arrêt-maladie au moins, la durée de l'arrêt est comprise entre un et seize mois.

### >>> Sexe et âge

Comparativement aux hommes, le premier arrêt-maladie des femmes commence plus tôt (trente-huit jours après le diagnostic contre cinquante-huit) et dure plus longtemps (huit mois contre six, figure 14.3). Il existe une différence significative dans le délai avant la mise en arrêt-maladie après le diagnostic entre les personnes âgées de 50 à 57 ans et les catégories d'âge plus jeune. La durée de l'arrêt-maladie est en revanche sensiblement la même pour chaque tranche d'âge (sept à huit mois), à l'exception des individus les plus jeunes (quatre mois en moyenne).

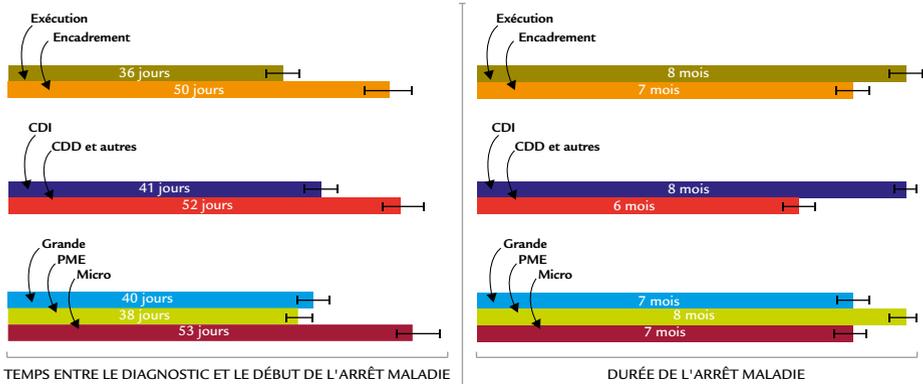
### >>> Catégorie socioprofessionnelle, type de contrat de travail et taille de l'entreprise

**FIGURE 14.3.** DÉLAI ENTRE LE DIAGNOSTIC ET LA MISE EN ARRÊT-MALADIE ET DURÉE DE L'ARRÊT-MALADIE AVANT LE RETOUR À L'EMPLOI SELON LE SEXE ET L'ÂGE (MOIS). PERSONNES ATTEINTES D'UN CANCER ÂGÉES ENTRE 18 ET 57 ANS EN EMPLOI AU MOMENT DU DIAGNOSTIC EN 2010



Les personnes exerçant un métier d'exécution sont plus rapidement en arrêt-maladie (trente-six jours contre cinquante jours pour celles dans les métiers d'encadrement) et retournent en emploi plus tardivement (huit mois en moyenne contre sept) (figure 14.4). Par ailleurs, les personnes avec un CDI disposent plus précocement d'un arrêt-maladie après la date du diagnostic que les personnes avec un CDD ou un autre type de contrat (quarante-et-un jours en moyenne contre cinquante-deux) et d'un arrêt-maladie plus long (huit mois contre six). Enfin, l'arrêt-maladie intervient plus tardivement chez les personnes travaillant dans de très petites structures (micro-entreprises) que dans les PME et grandes entreprises (cinquante-trois jours après le diagnostic en moyenne contre quarante). La durée de l'arrêt est en revanche sensiblement la même (environ sept mois).

**FIGURE 14.4.** DÉLAI ENTRE LE DIAGNOSTIC ET LA MISE EN ARRÊT-MALADIE, ET DURÉE DE L'ARRÊT-MALADIE AVANT LE RETOUR À L'EMPLOI SELON LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE, LE TYPE DE CONTRAT ET LA TAILLE DE L'ENTREPRISE (MOIS). PERSONNES ATTEINTES D'UN CANCER ÂGÉES ENTRE 18 ET 57 ANS EN EMPLOI AU MOMENT DU DIAGNOSTIC EN 2010



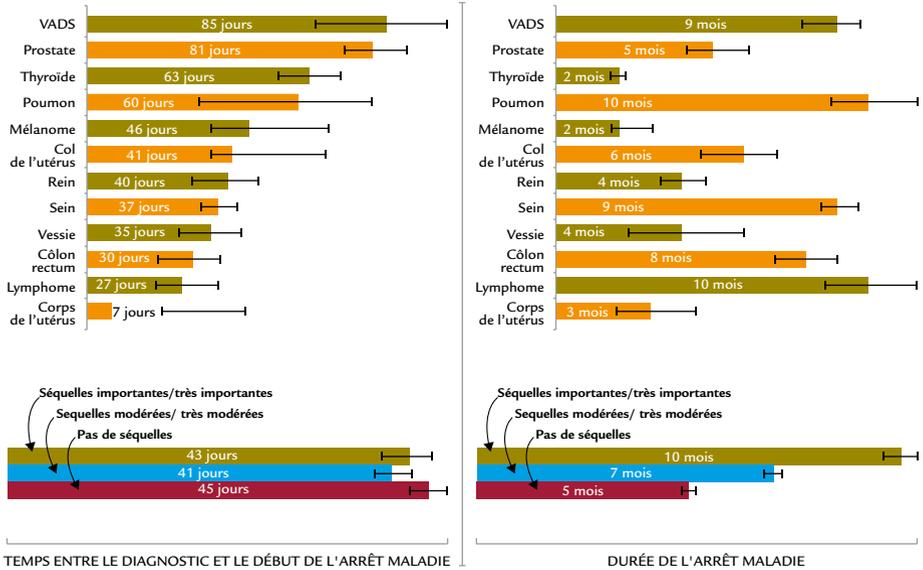
### »» Localisation cancéreuse et séquelles

La durée de l'arrêt-maladie semble en lien avec le pronostic auquel les localisations sont d'ordinaire associées. Les personnes avec un cancer des VADS ou du poumon restent ainsi en arrêt-maladie plus longtemps que les autres (neuf et dix mois respectivement) avant le retour en emploi (figure 14.5). Le temps avant l'arrêt-maladie ne semble pas, en revanche, exprimer la gravité des cancers. Les personnes avec un cancer des VADS (considéré de mauvais pronostic) ont ainsi les délais de mise en arrêt-maladie les plus longs (85 jours en moyenne après le diagnostic). Les personnes avec un cancer du poumon débutent leur arrêt-maladie en moyenne soixante jours après le diagnostic. Le constat de ce paradoxe apparent est toutefois contrebalancé par la considération de la très grande variabilité des délais, de soixante à cent-vingts jours pour le cancer des VADS et de quarante-cinq jours à quatre-vingt-quatre jours pour les cancers du poumon. Pour les autres pathologies, on trouve aussi bien de courtes durées pour la mise en arrêt-maladie, suivies d'un long arrêt (sein, côlon-rectum, lymphome), que de courtes durées avant l'arrêt, suivies d'un arrêt court (corps de l'utérus, vessie, rein) ou encore un long délai avant un arrêt-maladie court (thyroïde, mélanome).

Les séquelles n'ont pas d'effet différencié sur le délai séparant le diagnostic de l'arrêt-maladie, mais en ont un sur la durée de l'arrêt-maladie. Le retour à l'emploi se réalise cinq mois après le début de l'arrêt-maladie pour les personnes déclarant ne pas avoir de séquelles, sept mois pour celles avec des séquelles modérées et dix mois pour les personnes avec des séquelles importantes (figure 14.5).

FIGURE 14.5.

DÉLAI ENTRE LE DIAGNOSTIC ET LA MISE EN ARRÊT-MALADIE, ET DURÉE DE L'ARRÊT-MALADIE AVANT LE RETOUR À L'EMPLOI SELON LA LOCALISATION CANCÉREUSE ET LES SÉQUELLES (MOIS). PERSONNES ATTEINTES D'UN CANCER ÂGÉES ENTRE 18 ET 57 ANS EN EMPLOI AU MOMENT DU DIAGNOSTIC EN 2010



Il semble donc exister des variations importantes des durées en fonction des caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques, en outre le sexe et la catégorie socioprofessionnelle. Il importe de mesurer les différences dans les délais nécessaires aux uns et aux autres pour bénéficier d'un arrêt-maladie, ainsi que dans la durée de ces derniers.

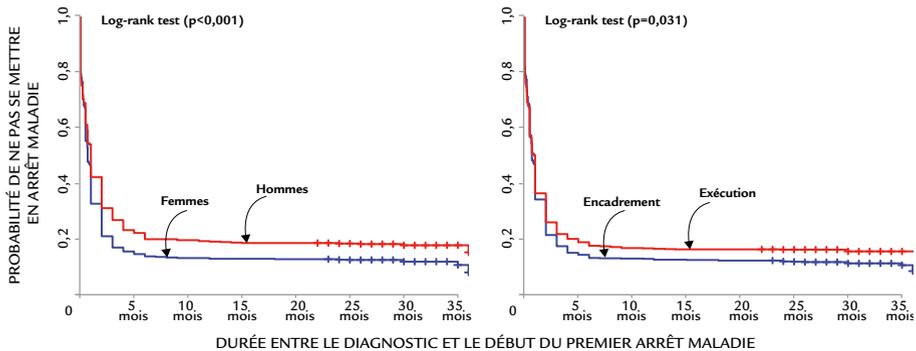
### 14.2.2. Probabilités de passage en arrêt-maladie et de retour à l'emploi: estimation des courbes de survie

Dans cette section, les délais entre le diagnostic et le premier arrêt-maladie et entre le premier arrêt-maladie et le retour à l'emploi sont évalués, à partir de sous-échantillons 1 et 2 (figure 14.2) grâce à la mise en œuvre des estimations de durées à la Kaplan-Meier, qui permettent en outre la prise en compte de durées censurées (lorsqu'il n'y a pas eu de mise en arrêt-maladie ou de retour à l'emploi). En fait, il s'agit d'étudier l'évolution des taux de mise en arrêt-maladie et, une fois les personnes en arrêt-maladie, d'étudier l'évolution des taux de reprise d'emploi.

### >>> Passages en arrêt-maladie après le diagnostic de cancer

Les probabilités de maintien en emploi (*versus* être en arrêt-maladie) sont comparées par genre et par catégorie socioprofessionnelle (figure 14.6). Les différences sont significatives avec des écarts plus importants entre les hommes et les femmes. Deux mois après le diagnostic, environ 70% des femmes sont en arrêt-maladie, contre 60% chez les hommes<sup>(29)</sup>. Cela confirme les descriptions précédentes où, en moyenne, le délai entre le diagnostic et la mise en arrêt-maladie est plus long chez les hommes. Cinq mois après le diagnostic, environ 85% des femmes ont déjà commencé leur premier arrêt-maladie contre environ 75% des hommes. Ensuite, les taux de passage vers l'arrêt-maladie restent constants, du fait d'une partie des personnes avec un cancer qui ne prendront jamais d'arrêt-maladie. Les mêmes écarts, toutefois moins importants, existent entre les catégories socio-professionnelles regroupées : au cinquième mois après le diagnostic, 85% des personnes dans les métiers d'encadrement sont en arrêt-maladie, contre 80% parmi ceux dans les métiers d'exécution.

**FIGURE 14.6.** PROBABILITÉ DE NE PAS ÊTRE EN ARRÊT-MALADIE DES PERSONNES ATTEINTES D'UN CANCER ÂGÉES ENTRE 18 ET 57 ANS EN EMPLOI AU MOMENT DU DIAGNOSTIC EN 2010 SELON LE SEXE ET LA CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE : COURBES DE SURVIE DE KAPLAN-MEIER



### >>> Retour à l'emploi après la période d'arrêt-maladie

Les probabilités de ne pas retourner à l'emploi (rester en arrêt-maladie) sont comparées entre genres et catégories socioprofessionnelles (figure 14.7). La probabilité de rester en arrêt-maladie est plus importante chez les femmes jusqu'au quinzième mois, ce qui implique un retour à l'emploi plus rapide chez les hommes : douze mois après

(29) Dans le graphique apparaissent les taux de « survie » dans la situation entre le diagnostic et le début de l'arrêt-maladie : deux mois après le diagnostic, 30% des femmes ne se sont pas encore en arrêt-maladie contre 40% des hommes.

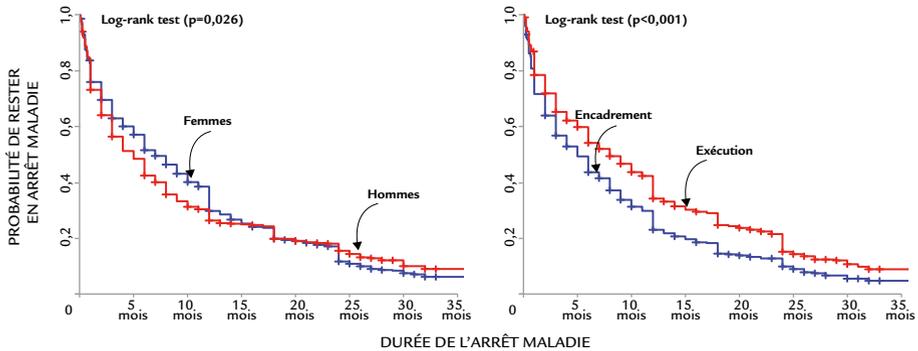
le début de l'arrêt-maladie, 30 % des hommes n'ont pas encore repris l'emploi contre 40 % des femmes. Les écarts entre hommes et femmes se réduisent jusqu'au vingt-quatrième mois après le début de l'arrêt-maladie, où 80 % des hommes et des femmes sont retournés en emploi. Au-delà, la tendance s'inverse et ce sont les hommes, plus que les femmes, qui continuent plus fréquemment de bénéficier d'un arrêt-maladie (11 % des hommes, 8 % des femmes 30 mois après le début de l'arrêt-maladie).

Les personnes exerçant un métier d'exécution restent plus longtemps en arrêt-maladie. L'analyse des durées révèle des écarts qui se creusent entre emplois d'exécution et emplois d'encadrement au fur et à mesure que la durée de l'arrêt-maladie augmente. À un an du diagnostic, 70 % des personnes avec un emploi d'encadrement étaient revenues en emploi après leur arrêt-maladie, contre 60 % des personnes avec un emploi d'exécution. Cet écart maximal se maintient jusqu'au terme de la deuxième année après le diagnostic, où un peu plus de 85 % des personnes avec un emploi d'encadrement ne sont plus en arrêt-maladie (contre 75 % des personnes avec un emploi d'exécution). Au-delà de la deuxième année, la probabilité d'être maintenu en arrêt-maladie se réduit dans les deux groupes en même temps que la différence se réduit (5 % des personnes en emploi d'encadrement au diagnostic sont encore en arrêt-maladie, contre 10 % des personnes en emploi d'exécution).

Il existe donc des différences importantes de genre et d'autres liées à la nature de l'emploi exercé au moment du diagnostic de cancer dans la capacité des individus à bénéficier d'un arrêt-maladie et d'y être maintenus. Il s'agit dès lors de repérer les facteurs associés à la probabilité de la survenue d'un arrêt-maladie après le diagnostic pour les hommes et les femmes, ainsi que ceux associés à la probabilité de reprendre l'emploi à la suite d'une période d'arrêt-maladie, en distinguant cette fois emplois d'exécution et d'encadrement<sup>(30)</sup>.

(30) Les différences de genre dans le retour à l'emploi ne sont pas analysées dans ce chapitre, du fait de la complexité du processus décrit dans la figure 14.7. Il s'agit d'un processus qui requiert de la mise en œuvre de techniques d'analyse sophistiquées, comme suggéré par Marino *et al.*, [20], car le processus de retour à l'emploi illustré pour les hommes et les femmes dans la figure 14.7 ne respecte pas l'hypothèse de proportionnalité des risques requise pour la réalisation des estimations par la mise en œuvre du modèle de Cox.

**FIGURE 14.7.** PROBABILITÉ DE RESTER EN ARRÊT-MALADIE DES PERSONNES ATTEINTES D'UN CANCER ÂGÉES ENTRE 18 ET 57 ANS EN EMPLOI AU MOMENT DU DIAGNOSTIC EN 2010 SELON LE SEXE ET LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE : COURBES DE SURVIE DE KAPLAN-MEIER



### 14.2.3. Facteurs associés à la probabilité de se mettre en arrêt-maladie : différences de genre

Les processus de mise en arrêt-maladie diffèrent entre hommes et femmes (tableau 14.3)<sup>(31)</sup>. L'âge est un facteur significativement associé à la probabilité de se mettre en arrêt-maladie seulement pour les hommes. La probabilité d'un arrêt-maladie est ainsi plus faible pour les plus âgés (HR: 0,98). Le processus de mise en arrêt-maladie ne semble pas être déterminé par des facteurs socioéconomiques ni pour les hommes ni pour les femmes. Le type de contrat de travail apparaît en revanche comme un facteur très important dans les deux groupes. Les personnes en CDI accèdent à l'arrêt-maladie plus rapidement que les personnes avec des CDD ou autres contrats (la probabilité d'être en arrêt-maladie est 80 % et 90 % plus importante respectivement pour les femmes et les hommes en CDI que pour les personnes en CDD ou autre type de contrat). Pour les autres, la mise en arrêt-maladie est plutôt déterminée par la localisation cancéreuse, le pronostic au moment du diagnostic et le type de traitement. Ce sont les femmes avec un cancer du sein, du côlon-rectum, du rein, du col de l'utérus ou un lymphome qui entrent le plus précocement en arrêt-maladie après le diagnostic. Chez les hommes, il s'agit plutôt de ceux avec un cancer du poumon, du côlon-rectum, des VADS ou du rein. La gravité de la pathologie, mesurée à l'aide du pronostic de survie à cinq ans, n'est significative que chez les femmes. Celles avec un pronostic supérieur ou égal à 80 % ont un risque moins important (38 %) d'être en arrêt-maladie que les femmes avec un pronostic moins bon.

(31) L'interprétation des hazard ratios se fait de manière similaire à celle des odds ratios du modèle « logit ».

Tableau 14.3. Facteurs associés à la probabilité d'être en arrêt-maladie des personnes atteintes d'un cancer âgées entre 18 et 57 ans en emploi au moment du diagnostic en 2010: modèle de Cox

Variables	Femmes	Hommes
	HR	HR
Âge au diagnostic	0,99	0,98**
Statut marital		
■ en couple	-1-	-1-
■ seul(e) (réf.)	0,91	1,16
Niveau d'études		
■ < baccalauréat (réf.)	-1-	-1-
■ ≥ baccalauréat	1,01	1,21
CSP au diagnostic		
■ métier d'exécution	0,91	1,16
■ métier d'encadrement (réf.)	-1-	-1-
Type de contrat		
■ CDD, saisonnier, intérim, apprentissage, indépendants (réf.)	-1-	-1-
■ CDI	1,80***	1,90***
Taille de l'entreprise		
■ < 500 salariés (réf.)	-1-	-1-
■ ≥ 500 salariés	0,96	1,03
Secteur d'activité économique		
■ primaire et secondaire (réf.)	-1-	-1-
■ tertiaire	1,04	1,09
Aménagement du poste de travail		
■ non (réf.)	-1-	-1-
■ oui	1,11	1,08
Discrimination perçue sur le lieu de travail		
■ non (réf.)	-1-	-1-
■ oui	1,10	1,23
Localisation		
■ sein	1,61***	-
■ poumon	0,87	1,76*
■ côlon-rectum	1,95***	2,04***
■ prostate	-	1,59
■ VADS	1,53	1,54*
■ vessie	-	1,96
■ rein	1,74*	1,74**
■ thyroïde	1,16	1,47
■ LMNH	2,13***	1,24
■ mélanome (réf.)	-1-	-1-
■ col de l'utérus	1,73*	-
■ corps de l'utérus	1,43	-
Gravité au diagnostic (survie attendue à 5 ans)		
■ > 80%	0,62*	1,01
■ entre 50% et 80%	0,77	0,88
■ entre 20% et 50%	0,69	1,06
■ < 20% (réf.)	-1-	-1-
■ inconnue	0,64	0,84
Combinaison thérapeutique reçue depuis le diagnostic		
■ chimiothérapie seule	1,33**	1,41*
■ chimiothérapie + radiothérapie	1,41***	1,29
■ radiothérapie seule	1,15	0,81
■ autres traitements (inclus pas de traitement, réf.)	-1-	-1-
■ -2 Log Likelihood (-2 LL)	1 7106	5 462

Réf. : modalité prise comme référence dans la régression logistique.

\*\*\*, \*\*, \*: respectivement significatif à  $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$  (test du  $\chi^2$  de Wald pour les odds ratios de la régression logistique). L'interprétation des « hazard ratios » (HR) se fait de manière similaire aux « odds ratios » estimés dans un logit. Néanmoins, il est possible d'ajouter une notion de temporalité du fait que la variable dépendante dans ces estimations est la durée passée dans l'emploi avant un changement de situation.

### 14.2.4. Facteurs associés à la probabilité de retour à l'emploi après un arrêt-maladie : différences socioprofessionnelles

Contrairement à la mise en arrêt-maladie, le retour à l'emploi après une période d'arrêt est fortement lié avec des caractéristiques socioéconomiques (tableau 14.4). Les personnes avec un emploi d'exécution ont une probabilité 15 % moins importante de reprendre l'emploi que les personnes dans un emploi d'encadrement (modèle 1), justifiant que les estimations soient réalisées distinctement pour ces deux groupes (modèles 2 et 3).

#### >>> Les facteurs explicatifs communs

Le niveau d'études, les aménagements de poste, le traitement et les séquelles sont autant de facteurs expliquant la probabilité de retour à l'emploi dans les deux groupes. Les personnes avec un niveau d'études au moins égal au baccalauréat ont une probabilité de retour à l'emploi 31 % plus importante que celle des personnes avec un niveau inférieur au bac dans les métiers d'exécution (36 % dans les métiers d'encadrement). Les aménagements du poste de travail favorisent le retour à l'emploi : les durées d'arrêt-maladie paraissent relativement plus courtes pour les personnes ayant eu au moins un aménagement du poste de travail. Pour les groupes d'exécution et d'encadrement, la probabilité de retour à l'emploi est respectivement 35 % et 17 % plus importante pour ceux qui ont eu au moins un aménagement du poste de travail en comparaison à ceux qui n'en ont pas eu. L'effet des traitements sur la probabilité de retour à l'emploi est similaire dans les catégories d'exécution et d'encadrement et s'exprime surtout à travers les séquelles déclarées. Les personnes qui déclarent avoir des séquelles – modérées ou importantes – restent plus longtemps en arrêt-maladie, en comparaison avec celles déclarant ne pas en avoir eu. La probabilité de retour à l'emploi diminue ainsi avec l'importance des séquelles : la probabilité de reprise de l'emploi est réduite d'au moins 23 % pour les personnes avec des séquelles modérées et de 50 % pour les personnes avec des séquelles importantes par rapport à celles sans séquelle déclarée.

#### >>> Les facteurs explicatifs différents

Le processus de retour à l'emploi des personnes dans les métiers d'exécution se différencie de celui des personnes dans les métiers d'encadrement, par les effets significatifs de l'âge et du pronostic de survie à cinq ans posé au moment du diagnostic. D'une part, la probabilité de retour à un emploi d'exécution après une période d'arrêt-maladie diminue avec l'âge (HR : 0,98). D'autre part, les personnes avec un

**Tableau 14.4. Facteurs associés à la probabilité de retour à l'emploi après une période d'arrêt-maladie des personnes atteintes d'un cancer âgées entre 18 et 57 ans en emploi au moment du diagnostic en 2010 : modèle de Cox**

Variables	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
	Tous métiers	Métiers d'exécution	Métiers d'encadrement
	HR	HR	HR
<b>Sexe</b>			
■ homme	1,06	1,20	0,97
■ femme (réf.)	-1-	-1-	-1-
<b>Âge au diagnostic</b>			
	0,99***	0,98***	0,99
<b>Statut marital</b>			
■ en couple	1,03	1,13	0,95
■ seul(e) (réf.)	-1-	-1-	-1-
<b>Niveau d'études</b>			
■ < baccalauréat (réf.)	-1-	-1-	-1-
■ ≥ baccalauréat	1,36***	1,31**	1,36***
<b>CSP au diagnostic</b>			
■ métier d'exécution	0,85**		
■ métier d'encadrement (réf.)	-1-		
<b>Type de contrat</b>			
■ CDD, saisonnier, intérim, apprentissage, indépendants (réf.)	-1-	-1-	-1-
■ CDI	0,98	0,93	1,08
<b>Taille de l'entreprise</b>			
■ < 500 salariés (réf.)	-1-	-1-	-1-
■ ≥ 500 salariés	0,99	0,99	0,98
<b>Secteur d'activité économique</b>			
■ primaire et secondaire (réf.)	-1-	-1-	-1-
■ tertiaire	0,97	1,03	0,93
<b>Aménagement du poste de travail</b>			
■ non (réf.)	-1-	-1-	-1-
■ oui	1,27***	1,35***	1,17*
<b>Discrimination perçue sur le lieu de travail</b>			
■ non (réf.)	-1-	-1-	-1-
■ oui	0,79**	0,81	0,77*
<b>Gravité au diagnostic (survie attendue à 5 ans)</b>			
■ > 80%	1,55**	2,13**	1,34
■ entre 50% et 80%	1,28	1,74*	1,09
■ entre 20% et 50%	1,44*	2,17***	1,13
■ < 20% (réf.)	-1-	-1-	-1-
■ inconnue	1,62	2,09	1,47
<b>Combinaison thérapeutique reçue depuis le diagnostic</b>			
■ chimiothérapie seule	0,41***	0,42***	0,42***
■ chimiothérapie + radiothérapie	0,39***	0,38***	0,40***
■ radiothérapie seule	0,78**	0,72**	0,86
■ autres traitements (inclus pas de traitement, réf.)	-1-	-1-	-1-
<b>Séquelles perçues</b>			
■ non, aucune séquelle (réf.)	-1-	-1-	-1-
■ oui, mais modérées/très modérées	0,74***	0,77***	0,73***
■ oui, importantes/très importantes	0,50***	0,50***	0,49***
■ -2 Log Likelihood (-2 LL)	20 319	9 114	9 068

Réf. : modalité prise comme référence dans la régression logistique.

\*\*\*, \*\*, \* : respectivement significatif à  $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$  (test du  $\chi^2$  de Wald pour les odds ratios de la régression logistique).  
 Test LR =  $-2LL(\text{modèle1}) - [-2LL(\text{Tous}) + (-2LL(\text{exécution})) + (-2LL(\text{encadrement}))] = 2,137$ ; rejet de  $H_0$ : modèles par type de transition non significativement différents du modèle où tous les types de sortie sont confondus.

L'interprétation des « hazard ratios » (HR) se fait de manière similaire aux « odds ratios » estimés dans un « logit ». Néanmoins, il est possible d'ajouter une notion de temporalité du fait que la variable dépendante dans ces estimations est la durée passée dans l'emploi avant un changement de situation.

pronostic de survie supérieur ou égal à 20% ont une probabilité de retour à l'emploi deux fois plus forte que les personnes avec le pronostic le moins bon. Dans les emplois d'encadrement, la discrimination ressentie est le seul facteur associé au retour à l'emploi : la probabilité d'un retour à l'emploi se retrouve minorée de 23% chez les personnes ayant perçu une discrimination par rapport à celles n'en ayant pas ressentie.

### 14.3. DISCUSSION

#### ■ Comparaisons avec l'enquête ALD1 (2004)

Lors de la première enquête sur les conditions de vie deux ans après le diagnostic de cancer en France, 21% des personnes interrogées âgées entre 18 et 57 ans au moment du diagnostic avaient déclaré ne pas avoir connu d'arrêt-maladie. Dans l'enquête VICAN2, cette proportion est de seulement 12,9%. La comparaison entre les deux enquêtes doit être faite avec prudence, étant donné les différences méthodologiques en termes de recueil des données concernant les arrêts pour maladie. En effet, dans l'enquête ALD1, la période d'arrêt-maladie n'a été observée que pour les personnes en emploi continu entre 2002 et 2004. Or, pour le cinquième des personnes (19%) en emploi au moment du diagnostic et qui ne l'étaient plus au moment de l'enquête, aucune information n'a été recueillie à propos des éventuels arrêts-maladie connus pendant la période d'emploi qu'ils occupaient au moment du diagnostic. Dans l'enquête VICAN2, parmi les 448 personnes ayant quitté l'emploi qu'elles occupaient au diagnostic, 76% ont connu une période d'arrêt-maladie à l'issue de laquelle elles ont repris l'emploi. Pour les 24% restants, l'emploi s'est terminé avant la fin de l'arrêt-maladie déclaré. De plus, l'enquête VICAN2 montre qu'un tiers des personnes en emploi au moment du diagnostic ont connu une succession de périodes d'arrêts-maladie : parmi les 621 personnes concernées, 38,2%, 19,2% et 9,8% ont connu respectivement deux, trois et quatre arrêts-maladie entre le diagnostic et le moment de l'enquête.

Comme dans l'enquête ALD1, l'analyse des durées d'arrêt-maladie des personnes avec un cancer diagnostiqué en 2010 montre des différences entre hommes et femmes avec un processus indiquant des reprises d'emploi plus rapides chez les hommes dans les premiers mois suivant l'arrêt-maladie : six mois après le début de l'arrêt-maladie, environ 50% des hommes avaient repris le travail, contre environ 42% des femmes. Ces proportions restent proches de celles de l'enquête ALD1, où 53% d'hommes et 38% des femmes avaient repris le travail six mois après le début de l'arrêt-maladie. Comme dans ALD1, les taux de reprise

de l'emploi sont plus importants chez les hommes pendant la première année, puis les taux de reprise convergent vers le dix-huitième mois après le début de l'arrêt-maladie. 75% des individus ont alors repris l'emploi, contre 69% calculé dans l'enquête ALD1. Ensuite, la situation est renversée avec des taux de sortie plus importants chez les femmes comparativement aux hommes dans les deux enquêtes. Ainsi, le processus de retour à l'emploi est complexe et fortement genré. Initialement observé dans l'enquête ALD1, il est retrouvé dans VICAN2. Une modélisation sophistiquée mieux adaptée à ce type d'analyse, comme établie par Marino *et al.*, [20] est à mobiliser pour étudier plus en détail un tel processus, ce qui explique que la comparaison des facteurs associés au retour à l'emploi entre hommes et femmes n'ait pu être abordée dans ce chapitre. On a cependant obtenu sur les données de VICAN2, ne dissociant pas les hommes des femmes, des résultats en cohérence avec ceux tirés des données de l'enquête ALD1.

■ **Délai entre le diagnostic et le début du premier arrêt-maladie : des durées différentes entre hommes et femmes qui s'expliquent principalement par la localisation cancéreuse**

Outre les détails plus fournis sur les arrêts-maladie, les données de l'enquête VICAN2 permettent le calcul des délais entre le diagnostic et le début du premier arrêt-maladie. Les résultats établissent des délais en moyenne plus longs pour les hommes que pour les femmes (cinquante-huit jours contre trente-huit). La mise en arrêt-maladie apparaît, pour les hommes comme pour les femmes, étroitement liée au type de contrat de travail, avec une probabilité plus importante de se trouver en arrêt-maladie pour les hommes (90%) et les femmes (80%) en CDI par rapport aux personnes en CDD. Ce résultat a déjà été observé chez les salariés de l'Union européenne [2] et plus particulièrement en France [17,21], où le recours moins probable à l'arrêt-maladie observé chez les salariés en CDD a été associé à de moins bonnes indemnités journalières et à une incitation à ne cesser le travail qu'en cas de maladie grave, dans l'objectif de conserver les meilleures chances de renouvellement du contrat [17]. Dans ce chapitre, il a été démontré qu'une fois la gravité de la maladie contrôlée, l'effet du type de contrat persiste.

Les principales différences entre hommes et femmes proviennent de la localisation cancéreuse. En plus des localisations communes entre hommes et femmes associées à une probabilité élevée de mise en arrêt-maladie (côlon-rectum et rein), le sein, col de l'utérus et les lymphomes sont des localisations qui augmentent la probabilité de mise en arrêt-maladie chez les femmes. Chez les hommes, ce sont les cancers du poumon et des VADS qui apparaissent associés

significativement à une probabilité de mise en arrêt-maladie plus importante en plus des localisations communes. En général, la probabilité d'un arrêt-maladie après le diagnostic de cancer est expliquée principalement par les caractéristiques associées à la maladie.

#### ■ Des disparités socioprofessionnelles dans le processus de retour à l'emploi

Le retour à l'emploi est associé non seulement aux facteurs liés à la maladie, mais aussi à des facteurs sociodémographiques, socioéconomiques et liés au poste de travail. Les personnes les plus âgées, avec des niveaux modestes d'études, qui réalisent des métiers d'exécution, avec un pronostic de survie défavorable, des traitements lourds se traduisant par des séquelles importantes, sans aménagement du poste de travail, percevant des discriminations dans le lieu de travail sont les plus défavorisées quant à un éventuel retour à l'emploi. Ces résultats sont en accord avec la littérature internationale qui a identifié les principales barrières au retour à l'emploi [5,7,8,22]. En France, les différents processus de retour à l'emploi entre hommes et femmes avec un cancer ont été attribués à l'âge et au statut matrimonial. Les hommes âgés reprennent l'emploi plus tard que les femmes âgées et les hommes mariés reprennent l'emploi plus rapidement que les femmes mariées [20]. Néanmoins, les facteurs à l'origine des différences catégorielles sont très peu connus. La contribution principale de ce chapitre réside justement dans la différenciation entre les processus de retour à l'emploi des personnes dans les métiers d'exécution et dans les métiers d'encadrement. Il existe des facteurs spécifiques expliquant la reprise d'emploi dans chaque groupe. Un âge élevé et un mauvais pronostic de survie établi au moment du diagnostic apparaissent comme des barrières spécifiques du retour à l'emploi chez les personnes avec un cancer réalisant des métiers d'exécution. Le fait de percevoir des discriminations dans le lieu de travail semble ralentir le processus de retour à l'emploi du côté des personnes dans les métiers d'encadrement.

D'après les résultats de ce chapitre, les personnes ayant des chances relativement réduites de reprendre l'emploi sont celles avec un niveau bas d'études et celles avec des traitements lourds qui se traduisent par des séquelles importantes. Les aménagements des postes de travail semblent atténuer les effets négatifs de la maladie sur le retour à l'emploi, notamment pour les travailleurs avec un métier d'exécution. Les politiques publiques visant à accompagner les personnes avec un cancer dans le processus de retour à l'emploi devraient tenir compte non seulement des différences de genre trouvées dans des études précédentes et confirmées dans ce chapitre, mais aussi des

disparités socioprofessionnelles. Si les différences de genre dans le processus de retour à l'emploi s'expliquent par des contraintes sociales, économiques et/ou issues des représentations sociales classiques dans la répartition sexuée des rôles au sein des ménages pesant plus fortement sur les hommes que sur les femmes en matière d'emploi, les disparités socioprofessionnelles s'expliqueraient par les contraintes physiques que certains cancers et leur traitement pourraient impliquer, notamment chez les personnes avec un métier d'exécution, en plus des caractéristiques réputées défavorables sur le marché du travail.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

01. Roskes K, Donders NCGM, van der Gulden JWJ. Health-related and work-related aspects associated with sick-leave: a comparison of chronically ill and non-chronically ill workers. *International Archives of Occupational Environmental Health* 2005, 78: 270-278.
02. Frick B, Malo MA. Labour Market Institutions and Individual Absenteeism in the European Union The Relative Importance of Sickness Benefit Systems and Employment Protection Legislation, 2005, mimeo, Faculty of Management and Economics, Witten/Herdecke University.
03. Bridges S, Mumford K. Absenteeism in the UK: A Comparison Across Genders, 2000, Discussion Papers in Economics, n° 2000/12, University of York.
04. Brown S, Sessions JG. The Economics of Absence: Theory and Evidence. *Journal of Economic Surveys* 1996 10(1): pp. 23-53.
05. Spelten ER, Sprangers MA, Verback JH. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-Oncology* 2002;11:124-31.
06. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2011; 77 109-130.
07. Taskila T, Lindbohm ML. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncologica* 2007;46:446-51.
08. Nachreiner NM, Dagher RK, McGovern PM, Baker BA, Alexander BH, Gerberich SG. Successful return to work for cancer survivors. *American Association of Occupational Health Nurses journal* 2007;55:290-5.
09. Mehnert A, Koch U. Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation – a prospective study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2013, 39(1): 76.
10. Drolet M, Maunsell E, Mondor M, Brisson C, Brisson J, Mâsse B, Deschênes L. Work absence after breast cancer diagnosis: a population-based study. *Canadian Medical Association Journal* 2005;173:765-71.

11. Balak F, Roelen CA, Koopmans PC, Ten Berge EE, Groothoff JW. Return to work after early-stage breast cancer: a cohort study into the effects of treatment and cancer-related symptoms. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2008;18:267-72.
12. Johnsson A, Fornander T, Olsson M, Nystedt M, Johansson H, Rutqvist LE. Factors associated with return to work after breast cancer treatment. *Acta Oncologica* 2007;46:90-6.
13. Tamminga SJ, Verbeek JH, de Boer AG, van der Bij RM, Frings-Dresen MH. A work-directed intervention to enhance the return to work of employees with cancer: A case study. *Work* 2013, Sep.4.
14. Verdonck-de Leeuw IM, van Bleek WJ, Leemans CR, de Bree R. Employment and return to work in head and neck cancer survivors. *Oral Oncology* 2010, 46(1): 56-60.
15. De Boer AG, Verbeek JH, Spelten ER, Uitterhoeve AL, Ansink AC, de Reijke TM, Kammeijer M, Sprangers MAG, van Dijk FJH. Work ability and return-to-work in cancer patients. *British Journal of Cancer* 2008;98:1342-7.
16. Bradley CJ, Oberst K, Schenk M. Absenteeism from work: the experience of employed breast and prostate cancer patients in the months following diagnosis. *Psycho-Oncology* 2006;15:739-47.
17. Chaupain-Guillot S, Guillot O. Les absences au travail: une analyse à partir des données françaises du Panel européen des ménages, *Economie et Statistique, INSEE, mai 2008 - n°408-409*.
18. 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. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2009, doi:10.1007/s10926-009-9215-y.
19. Le Corroller-Soriano A.-G., Malavolti L., Mermilliod C. (dir.). *La vie deux ans après le diagnostic de cancer*. 2008, Paris, La documentation française.
20. 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.
21. Renaud T, Grignon M. Sickness and Injury Leave in France: Moral Hazard or Strain? , 2004, Paper presented at the 1st Franco-British Meeting in Health Economics, Health Economists' Study Group, January 2004, Paris.
22. Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L. Work situation after breast cancer: results from a population-based study. *Journal of National Cancer Institute* 2004;96:1813-22.

Paraponaris A., Sagaon Teyssier Luis, Seror V., Tison A

Arrêt-maladie après le diagnostic de cancer et retour à l'emploi

In : Peretti-Watel P. (dir.), Ben Diane K. (coord.), Chauvet C. (coord.).

La vie deux ans après un diagnostic du cancer : de l'annonce à l'après-cancer : deuxième enquête

Boulogne-Billancourt : INCa, 2014, p. 324-346. (Etudes et Enquêtes - INCa). ISBN 978-2-372-19002-2