

Utilisation de l'échantillon permanent (eps) pour l'étude du retour au travail après cancer. Défis et opportunités pour la recherche

The use of the permanent sample (eps) to study the return-to-work after cancer. Challenges and opportunities for research

R. Kiasuwa Mbengi^{1,2}, R. Otter¹, E. Abatih³, E. Goetghebeur³, C. Bouland² et C. de Brouwer²

¹Centre du Cancer, Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP), ²Centre de Recherche en Santé environnementale et Santé au Travail, Ecole de Santé publique (ESP), ULB,

³Département de Mathématiques appliquées, Informatique et Statistiques, Université de Gand

RESUME

Introduction : L'introduction de la détection précoce des cancers et l'amélioration de l'efficacité des traitements ont mené à une augmentation significative de la prévalence d'(ex) patients. A peu près 40 % des nouveaux cancers sont diagnostiqués chaque année dans la population active (20-64 ans). Le maintien de leur qualité de vie passe, notamment, par leur maintien sur le marché du travail. Bien que nécessaire pour évaluer l'ampleur du phénomène et planifier des interventions spécifiques, aucune mesure ne permet actuellement d'établir avec précision le taux de réinsertion professionnelle des travailleurs atteints de cancer en Belgique.

Matériel et Méthodes : Nous observons durant cinq ans le statut socioprofessionnel (incapacité de travail, invalidité, chômage ou décès) de 645 travailleurs identifiés dans l'échantillon permanent (EPS) ayant eu une première consultation oncologique multidisciplinaire (COM) en 2011.

Résultats : Au terme du suivi, 24 % des travailleurs sont décédés. Parmi les travailleurs ayant survécu, 26 % sont en incapacité de travail, 12 % sont au chômage et 63 % ne bénéficient d'aucun revenu de remplacement. Les femmes et les jeunes travailleurs (20-44 ans) semblent rencontrer le plus de difficultés pour le retour au travail.

ABSTRACT

Introduction : The introduction of early cancer detection and the improvement in treatment efficacy have led to a significant increase in the survival and the prevalence of (ex) cancer patients. Approximately 40 % of new cancer cases are diagnosed every year in the working age population (20-64 years). Maintaining their quality of life results, among others, in their retain on the labour market.

Even though it is necessary to realize the scale of the phenomenon and to plan interventions, no measure allows assessing the rate of return to work among of (ex) cancer patients in Belgium nowadays.

Methods : We observe during a five-year period the socio-professional status (inability, disability, unemployment or death) of 645 workers identified in the permanent sample (EPS), having had an oncological multidisciplinary consultation (MOC) in 2011.

Results : By the end of follow-up, 24 % of the workers were deceased. Among those who survived 26 % are unable to work, 12 % are unemployed and 63 % do not receive any social benefit. Women and young workers (20-44 years) seemed to have encountered difficulties the most. **Conclusions :** The results of this study allow giving a prudent first estimation of the return to work of socially insured Belgian citizens of

Conclusions : Les résultats de cette étude permettent d'avancer une première estimation du retour au travail des assurés sociaux belges atteints de cancer à un peu moins de 40 %, cinq ans après la première COM. Toutefois, la structure et les données de l'EPS présentent de nombreuses limites pour l'interprétation et la fiabilité des résultats. Nous suggérons quelques modifications des données de l'EPS qui offriront aux scientifiques des opportunités pour améliorer la réalisation et la fiabilité de telles études de cohorte.

Rev Med Brux 2018 ; 39 : 78-86 - doi:10.30637/2018.17-089

almost 40 %, five years after the first MOC. Nevertheless, the structure of the EPS presents many limitations to the interpretation and reliability of results. We suggest some modifications of the EPS that might offer scientists better opportunities to improve the performance and reliability of such cohort studies.

Rev Med Brux 2018 ; 39 : 78-86 - doi:10.30637/2018.17-089

Key words : cancer, inability to work, permanent sample, cohort study, return to work

INTRODUCTION

En 2015 en Belgique, 370.408 personnes étaient reconnues incapables de travailler depuis plus d'un an (invalides) des suites d'un problème de santé¹. D'après l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI), ce nombre ne cesse d'augmenter et 4 causes sont avancées : le relèvement de l'âge de la pension, le taux de participation croissant des femmes sur le marché du travail, le vieillissement de la population et de nouvelles pathologies².

Depuis le début du mandat de " la suédoise " (2014), l'activation des personnes en incapacité de travail (figure 1) est une priorité³.

En parallèle, la ministre de la Santé Publique et de la sécurité sociale M. de Block, a beaucoup insisté sur l'utilisation de l'*Evidence-based medicine* (EBM),

afin d'améliorer la qualité des soins de santé⁴. Mais le gouvernement met-il en œuvre cette même rigueur en matière de sécurité sociale ? Applique-t-il les principes de l'EBM afin d'élaborer des mesures politiques fondées sur des données scientifiques probantes⁵⁻⁷?

Par exemple, les mesures telles que la nouvelle méthode de calcul des indemnités^{8,9} et l'harmonisation des évaluations de l'incapacité de travail¹⁰⁻¹² ont-elles fait l'objet d'un questionnement scientifique ?

Depuis quelques années, le Centre du Cancer de l'Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP) investigate la question de la réinsertion professionnelle après cancer¹³. En collaboration avec le Centre de Recherche en Santé environnementale et Santé au Travail de l'Université libre de Bruxelles, les chercheurs tentent de quantifier le phénomène et d'en identifier les déterminants. Les résultats devraient permettre de

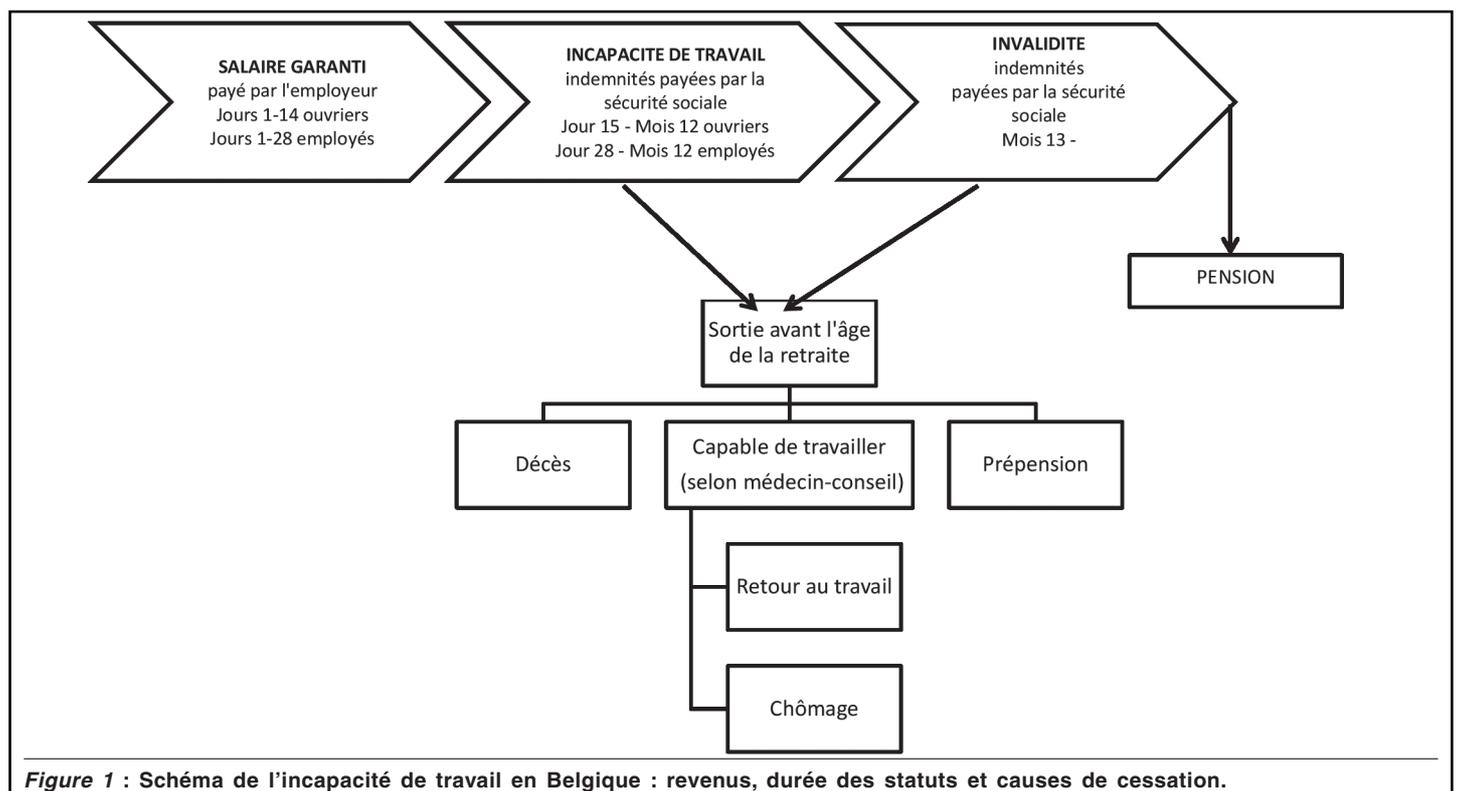


Figure 1 : Schéma de l'incapacité de travail en Belgique : revenus, durée des statuts et causes de cessation.

formuler des recommandations quant à la nécessité ou non de développer des interventions spécifiques pour ces travailleurs.

Plusieurs études ont déjà exploré les effets du cancer sur la capacité de travail et ont mesuré l'association entre certains facteurs et le retour au travail¹⁴, rapportant surtout des différences selon l'âge, la classe professionnelle, le type de cancer, le stade et le(s) traitement(s)^{15,17,18}. Toutefois, très peu d'études de population ont permis de quantifier le nombre de travailleurs de retour au travail après un cancer, et aucune pour l'instant à notre connaissance en Belgique. La raison principale est à la fois éthique et technique, vu l'interdiction imposée par le Règlement général européen sur la protection des données (Regulation EU 2016/679)¹⁹, de détenir dans un même registre à la fois des informations de santé, d'emploi et de sécurité sociale.

Les premières estimations dans les autres pays varient et présentent des taux de retour au travail, deux ans après le diagnostic, d'environ 80 % aux Etats-Unis²⁰, au Canada²¹ et dans le nord-ouest de l'Angleterre²² et 60 % aux Pays-Bas²³.

Afin de soutenir une politique *evidence-based* en matière de réinsertion professionnelle après cancer, nous cherchons premièrement à quantifier le retour au travail après cancer et deuxièmement d'en identifier les déterminants. Une revue de la littérature a permis de mettre en lumière quatre groupes de facteurs déterminants du retour au travail après cancer¹⁴ : des facteurs démographiques, des facteurs liés à la maladie et au traitement, ceux relatifs à l'activité professionnelle et des facteurs personnels ou subjectifs.

Afin d'atteindre nos deux objectifs, nous utilisons le seul outil permettant un accès direct et gratuit à des données anonymes de sécurité sociale en Belgique, et qui est l'échantillon permanent (EPS). Il s'agit d'une base de données, qui selon l'Agence Inter Mutualiste (AIM-IMA), est représentative de la population belge et pour laquelle l'accès aux données, pour le WIV-ISP, ne requière aucune autorisation préalable (figure 1).

METHODES

L'échantillon permanent

L'échantillon permanent (EPS) est un outil créé en 2007 par l'Agence Inter Mutualiste (AIM-IMA) (AR 09/05/2007) dans le but d'étudier et suivre les consommations de soins de santé en Belgique. Il est présenté comme " *un outil essentiel au soutien des autorités publiques pour prendre des décisions éclairées* "²⁴. Bien qu'il apparaisse clairement que l'EPS n'ait pas été construit pour réaliser des études de cohorte s'intéressant à la position socio-économiques des assurés sociaux, nous réalisons tout de même cette étude afin d'identifier les limites et suggérer des moyens de les dépasser.

Cet échantillon aléatoire contient des informations sur 1/40 de la population belge, mises gratuitement à la disposition de 6 institutions publiques, dont l'Institut Scientifique de Santé Publique (WIV-ISP).

L'EPS est constitué de quatre bases de données : une base de données " population " reprenant des informations démographiques et socio-économiques ; une base de données " soins de santé " avec les actes et les prestations remboursées ; la base de données " pharmanet " qui répertorie les médicaments remboursés, à l'exception de ceux délivrés par les pharmacies hospitalières ; et la quatrième base de données qui référence les admissions hospitalières.

La possibilité de coupler les informations de ces quatre bases de données, pour un même individu, fait de l'EPS une opportunité unique pour les chercheurs.

L'identification des travailleurs atteints de cancer dans l'EPS

Le niveau d'observation de l'échantillon est l'individu. L'EPS ne contenant aucune information au sujet de la ou des maladies affectant les individus, nous avons cherché un moyen d'identifier les travailleurs atteints de cancer. En Belgique depuis 2003, la découverte d'une tumeur maligne est suivie d'une consultation oncologique multidisciplinaire (COM), communément appelée 1^{ère} COM²⁵. Ces COMs sont organisées uniquement dans le cadre du diagnostic et du traitement d'une nouvelle affection oncologique et nous permettent donc d'identifier les assurés sociaux atteints de cancer dans l'EPS (via la base de données " soins de santé "). L'année observable la plus récente dans l'EPS est 2015. Etant donné la période de rémission communément acceptée de 3-5 ans, nous avons sélectionné tous les individus pour lesquels une 1^{ère} COM a été enregistrée en 2011 et suivons leur statut professionnel de 2011 à 2015. Nous observons également les statuts professionnels en 2010, l'année précédant celle de la première COM (figure 2).

La sélection des variables indépendantes

Les données de " population " accessibles pour le WIV-ISP dans l'EPS sont le *sexe*, des groupes d'*âge* (de 5 ou 10 ans), la *province ou l'arrondissement* d'habitation et l'*année de décès* (DC). La *catégorie sociale* référence le secteur d'activité du travailleur (privé, public indépendant). L'EPS indique si le travailleur a perçu des indemnités au moins un jour au cours de l'année de référence pour cause de : chômage (CH), incapacité de travail (IC) et invalidité (IV). Nous utiliserons le statut 'ACTIF' pour les travailleurs en vie ne bénéficiant d'aucune indemnité.

Via les codes ATC²⁶, les traitements peuvent être identifiés dans la base de données " pharmanet ". Toutefois, les médicaments administrés par les pharmacies hospitalières (tels que ceux pour la chimiothérapie) ainsi que les traitements expérimentaux (études cliniques) ne sont pas enregistrés. De plus, la

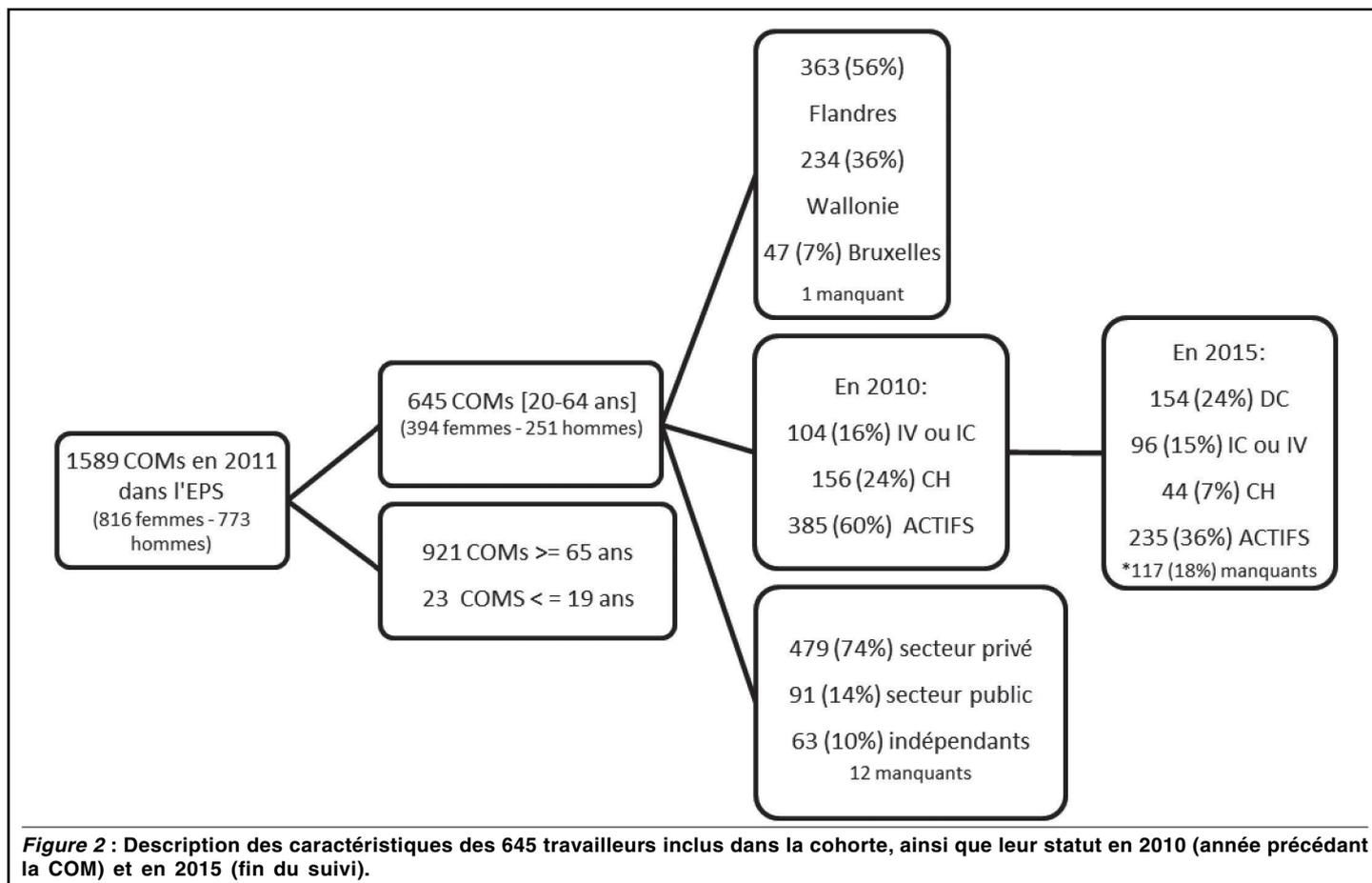


Figure 2 : Description des caractéristiques des 645 travailleurs inclus dans la cohorte, ainsi que leur statut en 2010 (année précédant la COM) et en 2015 (fin du suivi).

nomenclature belge ne permet pas d'identifier les actes chirurgicaux réalisés spécifiquement dans le cadre du traitement du cancer.

RESULTATS

Nous avons sélectionné les travailleurs ayant une première COM enregistrée en 2011 ($n = 1589$) et retenu ceux âgés de 20 à 64 ans ($n = 645$), c'est-à-dire ceux en âge de travailler. Nous décrivons leur profil démographique et socio-économique (figure 2) l'année précédant le diagnostic afin de connaître leur statut socioprofessionnel avant la COM et comprendre l'impact du cancer sur ce statut. Nous décrivons également l'évolution de leur statut socio-professionnel (CH, IC- IV, ACTIF ou DC) au cours des 5 années suivant le diagnostic (2011-2015) (tableaux 1-4).

Au terme du suivi (2015), parmi les 374 travailleurs en vie, 235 (63 %) ne perçoivent aucune indemnité pour incapacité de travail, invalidité ou chômage, 96 sont en incapacité de travail ou invalidité (26 %), 44 sont au chômage (12 %) et 117 travailleurs (18 %) sont manquants (figure 2).

Incapacité de travail et invalidité

Pour rappel, l'incapacité de travail commence au 14^e jour d'arrêt de travail pour raisons médicales pour les ouvriers et au 28^e jour pour les employés (figure 1). L'incapacité de travail (IC) peut durer au maximum 12 mois. Si elle se prolonge, elle est suivie par une période d'invalidité, pour une période indéterminée

pouvant aller jusqu'à l'âge de la pension. L'invalidité se prolonge sur base d'un certificat médical délivré par le médecin généraliste, mais peut être interrompue sur décision du médecin-conseil.

Dans l'EPS, l'année précédant le diagnostic (2010), 104 (16 %) travailleurs ayant une première COM en 2011 ($n = 645$) étaient -déjà- en incapacité de travail ou en invalidité (figure 2). De 2011 à 2013, le pourcentage de travailleurs en incapacité ou invalidité diminue, avec respectivement en 2011 37 %, en 2012 33 % et en 2013 27 % ; ensuite, le nombre se stabilise avec 24 % et 26 % en 2014 et 2015 (tableau 1). La proportion de femmes parmi les travailleurs en IC ou IV augmente significativement au cours du suivi (*Cochrane-Armitage Trend Test Statistic* (Z) = -2,3568, $p = 0,0184$). Aucune différence significative relative à l'âge ou la région d'habitation n'est observée.

Le statut professionnel des travailleurs du secteur public ne peut pas être connu via l'EPS (AIM) car ces derniers bénéficient d'une couverture sociale spécifique.

Le chômage

L'année précédant celle du diagnostic (2010), 156 travailleurs (23 %) étaient au chômage (figure 2).

Au cours du suivi (2011-2015), nous n'observons aucune différence significative selon le sexe.

Par contre, la proportion de travailleurs jeunes

Tableau 1 : Evolution du nombre de travailleurs en IC ou IV entre 2011-2015 parmi ceux ayant une 1^e COM en 2011 dans l'EPS.

		Incapacité de travail (IC) ou invalidité (IV)						Total	P-value
		2010	2011	2012	2013	2014	2015		
SEXE	Hommes	48	98	71	43	35	33	328	0,0184*
	Femmes	56	141	112	86	68	63	526	
AGE	20-44 ans	22	55	38	27	18	16	176	0,2016*
	45-64 ans	82	184	145	102	85	80	678	
SECTEUR D'ACTIVITE	Public	0	0	0	0	0	0	0	0,2342**
	Privé	99	217	164	114	90	87	771	
	Indépendant	5	22	19	15	11	8	80	
REGION	Bruxelles	4	10	13	5	4	6	42	0,9205**
	Flandres	66	147	104	78	67	57	519	
	Wallonie	34	81	66	46	32	33	292	

*Cochrane-Armitage Trend Test Statistic

**Jonckheer-Terpstra Test Statistic

Tableau 2 : Evolution du nombre de travailleurs au chômage entre 2011-2015 parmi ceux ayant une COM en 2011 dans l'EPS.

		Chômage						Total	P-value
		2010	2011	2012	2013	2014	2015		
SEXE	Hommes	78	65	38	33	26	16	256	0,1172*
	Femmes	78	61	44	38	33	28	282	
AGE	20-44 ans	27	18	16	17	14	13	105	0,0332*
	45-64 ans	129	108	66	54	45	31	433	
SECTEUR D'ACTIVITE	Public	1	0	0	0	0	0	1	0,6041**
	Privé	153	125	81	70	58	44	531	
	Indépendant	2	0	1	1	1	0	5	
REGION	Bruxelles	13	13	10	8	7	2	53	0,0108**
	Flandres	82	57	44	41	37	33	294	
	Wallonie	61	56	27	22	15	9	190	

*Cochrane-Armitage Trend Test Statistic

**Jonckheer-Terpstra Test Statistic

(20-44 ans) au chômage augmente significativement avec le temps par rapport aux travailleurs plus âgés (45-64 ans) ($p = 0,0331$, tableau 2). Une différence significative entre régions est observée, avec une proportion de travailleurs au chômage plus importante à Bruxelles au cours du suivi ($p = 0,0108$, tableau 2).

Les actifs

Parmi les travailleurs entre 20 et 64 ans ayant eu une première COM en 2011, 65 % étaient actifs sur le marché du travail en 2010 (figure 2). Au cours du suivi, nous observons que ce nombre diminue avec une

proportion significativement plus importante de femmes actives au cours du temps que d'hommes ($p = 0,0058$). Aucune différence significative entre régions et groupes d'âge n'est observée (tableau 3).

Les décès

Au cours du suivi, 154 décès ont été observés. La majorité d'entre eux (68 %) se sont produits au cours des deux années suivant le diagnostic (2011-2012). Aucune différence significative entre les groupes n'est observée (tableau 4).

Tableau 3 : Evolution du nombre d'actifs entre 2011-2015 parmi les travailleurs ayant une COM en 2011 dans l'EPS.

		Actifs ^a						Total	P-value
		2010	2011	2012	2013	2014	2015		
SEXE	Hommes	154	97	84	80	70	63	548	0,0051*
	Femmes	285	210	190	193	194	172	1244	
AGE	20-44 ans	93	57	57	60	60	52	379	0,4330*
	45-64 ans	346	250	217	213	204	183	1413	
SECTEUR D'ACTIVITE	Public	102	82	67	60	59	45	415	0,6816**
	Privé	262	178	162	169	161	149	1081	
	Indépendant	63	39	37	40	42	38	259	
REGION	Bruxelles	30	21	16	16	16	15	114	0,7294**
	Flandres	246	174	165	161	151	135	1032	
	Wallonie	162	112	92	92	93	83	634	

^aTravailleurs en vie, ni en incapacité, ni invalidité ni au chômage ; ils peuvent être professionnellement actifs, (pré)retraités, homme/femme au foyer ou en pause carrière.

*Cochrane-Armitage Trend Test Statistic

**Jonckheer-Terpstra Test Statistic

Tableau 4 : Evolution du nombre de travailleurs décédés entre 2011-2015 parmi ceux ayant une COM en 2011 dans l'EPS.

		Décès						Total	P-value
		2010	2011	2012	2013	2014	2015		
SEXE	Hommes	0	26	35	17	4	6	88	0,7666*
	Femmes	0	25	19	10	8	4	66	
AGE	20-44 ans	0	3	3	2	1	2	11	0,3282*
	45-64 ans	0	48	51	25	11	8	143	
SECTEUR D'ACTIVITE	Public	0	9	10	5	1	4	115	0,8170**
	Privé	0	36	43	20	10	6	29	
	Indépendant	0	3	1	2	1	0	7	
REGION	Bruxelles	0	7	3	2	0	0	12	0,7236**
	Flandres	0	21	21	14	8	7	71	
	Wallonie	0	23	29	10	4	3	69	

*Cochrane-Armitage Trend Test Statistic

**Jonckheer-Terpstra Test Statistic

DISCUSSION

Les résultats obtenus ci-dessus, bien que potentiellement intéressants, sont peu fiables. Plusieurs limites relatives aux données dans l'EPS empêchent d'interpréter avec certitude les résultats et formuler des recommandations qui soient *evidence-based*.

La première question, essentielle, concerne l'identification des travailleurs atteints du cancer. Etant donné l'absence de code lié à la pathologie dans l'EPS, nous avons utilisé la première COM comme moyen

d'identification. Il s'agit de l'unique prestation dont seuls les patients atteints de cancer peuvent bénéficier. Or la littérature^{27,28} rapporte qu'entre 70 % et 90 % des nouveaux diagnostics de cancer sont accompagnés d'une COM, donc pas la totalité. De plus, les patients atteints de certains types de cancer sont moins discutés en COM, comme par exemple pour les mélanomes, sarcomes, cancers de la prostate et poumons, alors que ceux ayant un cancer du sein le sont pratiquement toujours (94 % en 2011). Ces deux constats engendrent un biais -systématique- par rapport à l'utilisation de la COM comme identifiant. Un code pathologie basé sur,

par exemple, l'ICD-11 serait plus adéquat.

De plus, selon le type de cancer, la survie, le traitement et les effets physiologiques et psychologiques sont différents

En ce qui concerne les variables utilisées pour la position socio-économique, si l'incapacité de travail, l'invalidité et le chômage sont clairement définis, notre statut d'intérêt définissant les travailleurs professionnellement actifs l'est beaucoup moins. Le statut 'ACTIF', déduit sur base des autres statuts peut signifier le retour à l'activité professionnelle, mais également la (pré)pension, le revenu d'intégration, une pause carrière ou un/e homme/femme au foyer. Enfin, les positions socio-économiques ne sont pas assorties d'un temps ; si un travailleur a eu un jour de chômage durant l'année observée, il apparaîtra comme " au chômage " pour l'année en question. Il en va de même pour l'incapacité de travail et l'invalidité sans que nous ne puissions savoir quel statut précède l'autre ainsi que leur durée. Cela empêche de calculer les probabilités de transition ou de construire un modèle multi-états.

Une meilleure définition des statuts socio-professionnels dans l'EPS et leur disponibilité sur base, par exemple, trimestrielle sont essentielles.

De plus, les résultats pour le secteur d'activité sont biaisés, car le statut des travailleurs du secteur public reste inconnu.

En ce qui concerne le chômage, nous avons constaté que la proportion de jeunes travailleurs (20-44 ans) était plus importante. Ce résultat inquiétant correspond aux résultats de la revue de littérature, qui rapportent que les travailleurs plus jeunes sont plus à risque pour l'inactivité professionnelle après cancer¹⁴. Cela mérite de plus amples investigations afin de comprendre les causes et préciser le profil de ces jeunes travailleurs à risque et élaborer des politiques capables d'enrayer cette tendance.

Parmi les facteurs du retour au travail identifiés dans la littérature, le type de traitement, le type de cancer, le stade et la profession étaient apparus comme déterminants. Aucun de ces facteurs ne peut être observé dans l'EPS, ne nous permettant pas de réaliser notre deuxième objectif qui était d'identifier les facteurs déterminants et mesurer leur association avec le statut professionnel au cours des 5 années suivant le diagnostic.

D'après nos résultats, plus de 60 % des travailleurs en vie sont -probablement- actifs. Toutefois, pour plusieurs travailleurs, aucun statut n'est observable en fin de suivi. Parmi les 645 COMs de 2011, 154 travailleurs sont décédés et 374 ont un statut observable (234 ACTIFS, 96 IC ou IV et 44 CH) alors que 117 travailleurs (18 %) sont manquants, sans que nous ne puissions en connaître la raison. Cela limite également considérablement la fiabilité de nos résultats.

Bien que présentant d'importantes limites d'interprétation, les chiffres présentés ci-dessus démontrent l'opportunité manquée que l'EPS représente pour ce type de recherche.

CONCLUSION

En Belgique, comme dans la majorité des pays industrialisés, le nombre de nouveaux cas de cancer ne cesse d'augmenter²⁹. En 2014, il a été estimé que 486.946 personnes vivant en Belgique avait été diagnostiquées avec un cancer au cours des 20 années précédentes, dont 177.038 âgées de 20 à 64 ans (36 %) ³⁰.

Malgré les progrès en matière de dépistage et de traitement, le cancer et son traitement représentent toujours un fardeau économique et social, à la fois pour les travailleurs et leur famille, mais également pour les employeurs et le système de sécurité sociale³¹. Les symptômes à court, moyen et long terme peuvent limiter, voire empêcher la poursuite des activités professionnelles, menant au risque d'exclusion du marché du travail, d'exclusion sociale et de pauvreté^{31,32}. Pour autant, leur retour au travail n'est pas un processus évident et soulève beaucoup de questions et d'angoisse à la fois pour le travailleur et l'employeur³³.

Plusieurs mesures d'économie ont été réalisées, mais peu d'interventions ou d'initiatives pour soutenir les travailleurs malades et les employeurs.

Pour les chercheurs souhaitant investiguer la question de la réinsertion professionnelle et apporter des arguments scientifiques pour soutenir les décisions politiques, peu d'instruments existent et les données disponibles sont très limitées et peu fiables.

Notre étude estime que plus de 60 % des travailleurs en vie cinq ans après le diagnostic auraient retrouvé le chemin du travail, mais d'importantes limites imposent la prudence. De plus, les facteurs déterminants de ce retour n'ont pas pu être investigués.

Un effort de réflexion devrait être engagé dans le sens d'un accès plus aisé aux données de santé et de sécurité sociale afin de faciliter la recherche dans ce domaine et permettre le soutien au développement de mesures et initiatives *evidence-based*.

L'EPS représente un potentiel important dans ce sens, et pourrait permettre de réaliser des études de cohorte répondant aux principales questions de recherches en matière de réinsertion socio-professionnelle. Toutefois, la disponibilité, le type et l'organisation des données devraient offrir plus d'information, notamment en ce qui concerne la pathologie (via un code pathologie), le statut socio-économique et professionnel (par mois), la profession et le secteur d'activité de l'entreprise pour laquelle le travailleur est occupé. En matière de soins de santé et de traitement, la disponibilité des données relatives aux traitements délivrés par les pharmacies hospitalières

et/ou l'accès à un traitement expérimental sont importants. De manière plus spécifique pour le cancer, le stade au moment du diagnostic est également essentiel. Ces données, disponibles dans les rapports de COMs envoyés aux mutuelles, pourraient être disponibles via l'EPS, sans remettre en cause le principe d'anonymat/respect de la vie privée (en excluant par exemple les COMs relatives aux cancers rares).

Un croisement des données de l'AIM-IMA avec celles du Registre du Cancer, pour les assurés sociaux sélectionnés dans l'EPS, permettrait encore plus de précision dans l'analyse et l'interprétation des résultats. A nouveau, ce croisement pourrait être réalisé, par exemple ponctuellement, de manière à respecter les principes de la loi relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

- Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). (Consulté le 16/01/2018). Rapport annuel. Statistiques des indemnités. 2015. [Internet]. <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rapport-annuel-2015.pdf>
- Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. (Consulté le 16/01/2018). Facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides- Régime général et régime des indépendants : travailleurs salariés. 2015. [Internet]. http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/etude_si_facteurs_explicatifs_invalides_2006_2015.pdf
- Service Public Fédéral Emploi. (Consulté le 16/01/2018). Nouvelles règles en cas d'incapacité de travail. Loi du 20 décembre 2016 portant des dispositions diverses en droit du travail liées à l'incapacité de travail, publiée le 30 décembre 2016 au Moniteur belge. 09/01/2017. [Internet]. <http://www.emploi.belgique.be/defaultNews.aspx?id=45603>
- Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique. (Consulté le 16/01/2018). L'Evidence-based medicine peut encore améliorer la qualité des soins de santé. 03/26/2015. [Internet]. <http://www.deblock.belgium.be/fr/maggie-de-block-%C2%AB-l%E2%80%99evidence-based-medicine-peut-encore-am%C3%A9liorer-la-qualit%C3%A9-des-soins-de-sant%C3%A9-%C2%BB>
- Dobrow MJ, Goel V, Upshur RE. Evidence-based health policy: context and utilisation. *Soc Sci Med.* 2004;58(1):207-17.
- Dobrow MJ, Goel V, Lemieux-Charles L, Black NA. The impact of context on evidence utilization: a framework for expert groups developing health policy recommendations. *Soc Sci Med.* 2006;63(7):1811-24.
- Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy—lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science.* 1996;274(5288):740-3.
- RTBF. (Consulté le 16/01/2018). Maggie De Block veut revoir le mode de calcul des indemnités de maladie. 09/14/2016. [Internet]. https://www.rtbf.be/info/belgique/detail_le-gouvernement-michel-va-faire-des-economies-dans-les-indemnites-de-maladie?id=9403677
- Le groupe PS de la Chambre. (Consulté le 16/01/2018). Question de Laurette Onkelinx à Maggie De Block, ministre de la Santé, sur la réforme des indemnités d'invalidité. 09/16/2016. [Internet]. <https://www.ps-lachambre.be/2016/09/16/question-de-laurette-onkelinx-%C3%A0-maggie-de-block-ministre-de-la-sant%C3%A9-sur-la-r%C3%A9forme-des-indemnit%C3%A9s-d-invalidit%C3%A9/>
- Chapitre 5, Art. 17. De la Loi du 25 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de sécurité sociale (mise à jour le 29/12/2016). (Consulté le 16/01/2018) [Internet]. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2014042577
- Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique. (Consulté le 16/01/2018) Les critères pour l'inaptitude physique ou l'incapacité de travail seront harmonisés par le nouveau Collège national. [Internet]. <http://www.deblock.belgium.be/fr/les-crit%C3%A8res-pour-l%E2%80%99inaptitude-physique-ou-l%E2%80%99incapacit%C3%A9-de-travail-seront-harmonis%C3%A9s-par-le-nouveau>
- SUDPRESS. (Consulté le 16/01/2018) Indemnités de maladie: Maggie De Block veut faire des économies, les contrôles seront plus stricts. 09/14/2016. [Internet]. <http://www.sudinfo.be/1668966/article/2016-09-14/indemnites-de-maladie-maggie-de-block-veut-faire-des-economies-les-controles-ser>
- Kiasuwa Mbengi R. (Consulté le 16/01/2018) La réinsertion socioprofessionnelle des patients atteints de cancer. Exposé des positions. 2014. [Internet]. http://www.e-cancer.be/publications/Documents/Thematic%20Work%20Group/Report_TWG1_Socioprofessional%20rehabilitation_FR.pdf
- Kiasuwa MR, Otter R, Mortelmans K, Arbyn M, Van OH, Bouland C *et al.* Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action-rapid review and expert consultation. *Syst Rev.* 2016;5(1):35.
- de Boer AG, Taskila T, Ojajarvi A, van Dijk FJ, Verbeek JH. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA.* 2009;301(7):753-62.
- Feuerstein M. Cancer survivorship and work. *J Occup Rehabil.* 2005;15(1):1-2.
- van Muijen P, Weevers NL, Snels IA, Duijts SF, Bruinvels DJ, Schellart AJ *et al.* Predictors of return to work and employment in cancer survivors: a systematic review. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2013;22(2):144-60.
- Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW, van der Klink JJ, Bultmann U. Sickness absence and full return to work after cancer: 2-year follow-up of register data for different cancer sites. *Psychooncology.* 2011;20(9):1001-6.
- Parlement Européen. (Consulté le 16/01/2018) Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE, Parlement Européen, (2016). [Internet]. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/ALL/?uri=CELEX%3A32016R0679>
- Short PF, Vasey JJ, Tunceli K. Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors. *Cancer.* 2005;103(6):1292-301.
- Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Brisson C, Masse B, Deschenes L. Work situation after breast cancer: results from a population-based study. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(24):1813-22.
- Amir Z, Brocky J. Cancer survivorship and employment: epidemiology. *Occup Med (Lond).* 2009;59(6):373-7.

23. Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, Ansink AC, van der Lelie J, de Reijke TM *et al.* Cancer, fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. *Eur J Cancer*. 2003;39(11):1562-7.
24. Agence inter-mutualiste. (Consulté le 16/01/2018) PERMANENT SAMPLE OF SOCIALLY INSURED PERSONS. 05/09/2007. [Internet]. http://www.aim-ima.be/IMG/pdf/poster_eps_2012-final.pdf
25. KCE. (Consulté le 16/01/2018) Rapport 239bis. 10 ans de concertation oncologiques multidisciplinaire. 2015. [Internet]. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_239Bs_concertations_oncologiques__Synthese.pdf
26. Organisation mondiale de la santé. (Consulté le 16/01/2018) ATC-DDD Index 2018. 01/01/2018. [Internet]. https://www.whocc.no/atc_ddd_index/
27. Mores B. (Consulté le 16/01/2018) 10 jaar strijd voor een al dan niet verplicht multidisciplinair oncologisch consult (MOC) en een verplichte registratie in de kankerincidentie in België. Bruxelles: Centre du Cancer-Kankercentrum, Institut Scientifique de Santé Publique; 2013. [Internet]. <https://www.wiv-isp.be/nl/biblio/10-jaar-strijd-voor-een-al-dan-niet-verplicht-multidisciplinair-oncologisch-consult-moc-en>
28. Vrijens F, Kohn L, Dubois C, Leroy R, Vinck I, Stordeur S. (Consulté le 16/01/18) Synthèse - 10 ans de concertations oncologiques multidisciplinaires : bilan et perspectives. 2015. KCE [Internet]. https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_239Bs_concertations_oncologiques__Synthese.pdf
29. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M *et al.* Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-E386.
30. Registre du cancer. (Consulté le 16/01/2018). Cancer prevalence in Belgium. 2014. [Internet]. http://www.kankerregister.org/media/docs/publications/PrevalenceinBelgium2010_e-book.pdf
31. OECD. (Consulté le 16/01/2016) Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers. 2010. [Internet]. <http://www.oecd.org/publications/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers-9789264088856-en.htm>
32. Wells M, Amir Z, Cox T, Eva G, Greenfield D, Hubbard G *et al.* Time to act: the challenges of working during and after cancer, initiatives in research and practice. *Eur J Oncol Nurs*. 2014;18(1):1-2.
33. Tiedtke C. Survived but feeling vulnerable and insecure: a qualitative study of the mental preparation for RTW after breast cancer treatment. *BMC Public Health*. 2012;12:538.

Correspondance et tirés à part :

R. KIASUWA MBENGI
 École de Santé publique
 Centre de Recherche Santé environnementale
 & Santé au Travail
 Campus Erasme - Bâtiment A
 Route de Lennik, 808
 1070 Bruxelles
 E-mail : Kiasuwa-Mbengi.Regine.Levo@ulb.ac.be

Travail reçu le 14 septembre 2017 ; accepté dans sa version définitive le 16 janvier 2018.