



Cancer@Work

Ensemble, apprenons à mieux vivre le cancer au travail

TRAVAILLER AVEC UN CANCER

Faire de la volonté de certains
une opportunité pour tous





Cancer@Work

Ensemble, apprenons à mieux vivre le cancer au travail

TRAVAILLER AVEC UN CANCER

Faire de la volonté de certains une opportunité pour tous

Etude économique réalisée
pour le compte de Cancer@Work

Avril 2017

Cancer@Work

67, rue des Rabats – 92160 Antony
contact@canceratwork.com - www.canceratwork.com

Suivez notre actualité sur Twitter et Facebook (@CanceratWork)

CONTEXTE

Le cancer est **la maladie chronique du XXI siècle naissant**. Le nombre de nouveaux cas découverts chaque année augmente avec le vieillissement de la population, l'évolution des modes de vie mais aussi grâce à des outils diagnostiques plus efficaces. Ceux-ci permettent de repérer la maladie de plus en plus tôt, ce qui accroît les chances de survie des patients mais signifie aussi que de plus en plus de personnes sont confrontées à un cancer au cours de leur vie professionnelle. Or, **dans l'entreprise, le cancer reste encore un tabou**. Sa survenue dégrade souvent durablement les perspectives professionnelles des individus, alors même que les progrès thérapeutiques rendent de plus en plus souvent possible la poursuite d'une activité et que, par ailleurs, celle-ci contribue significativement au bien-être des malades. **Le nombre d'actifs confrontés au cancer augmente** à mesure que progresse le dépistage et les techniques de diagnostic, en même temps que recule l'âge de la retraite. **La baisse d'employabilité liée au cancer est un drame individuel, mais aussi collectif** dans la mesure où les coûts qu'elle induit menacent la pérennité de notre système social.

OBJECTIF

Evaluer l'impact économique du maintien dans l'emploi des actifs atteints de cancer et **formuler des propositions opérationnelles** pour en créer les conditions.

Notre réflexion a pour périmètre le cancer, mais l'ambition est d'en faire un **laboratoire d'idées pour une meilleure gestion des maladies chroniques sur le lieu de travail**.

MÉTHODE

La présente étude s'appuie sur les données publiques, la littérature économique, et le Baromètre de Cancer@Work.

Les calculs ont été réalisés par **Rinzen**, filiale d'Asterès spécialisée dans l'économétrie.

L'étude a bénéficié de la contribution d'**Eline Van Den Broek**, économiste de la santé et membre du Cercle de Belém, think-tank européen d'Asterès.

Deux cas de cancer en entreprise et de maintien dans l'emploi ont été étudiés au travers d'entretiens réalisés avec cinq personnes. Leurs témoignages ont contribué à nourrir la réflexion sur le sujet et leur vision est partiellement retranscrite dans l'étude.

« Nous avons tout à gagner à mieux intégrer la fragilité dans les entreprises »

Cancer, ce cancre de mot, ces six lettres anodines, ce nom si commun signifiant « crabe » en latin, ce fléau pour l'espèce humaine depuis la nuit des temps.

Aujourd'hui, de nombreux scientifiques et médecins passent leur vie à chercher des moyens de guérir le cancer. D'immenses progrès ont été accomplis, de nouvelles techniques voient le jour sans cesse et font reculer la maladie en permanence. Reste que le combat à mener n'est pas seulement médical, car la maladie impacte la sphère personnelle comme la sphère professionnelle.

Ma conviction est que l'entreprise représente aujourd'hui l'un des facteurs d'intégration les plus puissants de la société. Elle peut et doit donc jouer un rôle social, en luttant notamment contre les préjugés qui polluent parfois son organisation. **Accueillir la maladie et la fragilité dans l'entreprise est source de progrès pour les malades, pour la Société ; c'est également l'opportunité de créer de la valeur humaine, sociale et économique pour nos entreprises, au bénéfice de tous.**

À travers cette étude, Cancer@Work a souhaité apporter des preuves tangibles de cette création de valeur en évaluant l'impact économique du maintien dans l'emploi des actifs atteints de cancer. **Les résultats sont clairs : salariés, entreprises, société, nous avons tout à gagner à concilier cancer et carrière.**

Philippe Salle

PDG d'Elior Group et président de Cancer@Work

« Apprenons à travailler avec des malades, plutôt que comme des malades »

1 000 personnes apprennent chaque jour qu'elles ont un cancer, 400 travaillent.

De plus en plus d'actifs sont touchés, nous disposons de traitements plus performants et moins invasifs, mais le cancer et plus largement la maladie chronique dégradent parfois durablement les perspectives professionnelles des salariés. La maladie inflige alors une double peine.

Je travaille depuis maintenant cinq ans sur le sujet de l'employabilité des personnes malades, au plus près des salariés et des organisations. Pendant ces cinq années, j'ai observé des difficultés, mais aussi de formidables réussites, de l'énergie, de la fierté, de l'engagement, d'équipes fédérées autour de personnes fragilisées. Toutefois, des situations difficiles perdurent et les marges de progrès sont encore très importantes. Pour autant, ces réussites collectives m'ont inspirée la réflexion suivante : et si, de la même manière que la maladie peut rendre une personne plus forte, elle pouvait rendre l'entreprise plus performante ?

En 2016, lors du 4e colloque Cancer@Work « Dans mon entreprise, le cancer a de la valeur, le saviez-vous ? », les témoignages de salariés et d'experts tel que Nicolas Bouzou, Economiste et Directeur fondateur d'Asterès, nous ont permis d'illustrer que le cancer et la maladie peuvent être créateur de valeur humaine et sociale et qu'ils pourraient devenir une source de création de valeur économique via une meilleure intégration. Il nous a semblé important de poursuivre la réflexion. C'est ainsi qu'est née l'étude « Travailler avec un cancer – Faire de la volonté de certains une opportunité pour tous. »

J'ai depuis longtemps la conviction qu'une entreprise qui décide de faire d'une fragilité comme le cancer au travail un sujet de stratégie d'entreprise gagnera de manière considérable en performance durable. Aujourd'hui, au regard des résultats de cette étude, nous sommes en mesure d'affirmer que concilier cancer et emploi est une équation triplement gagnante : pour les salariés, pour l'entreprise et pour la Société.

Ensemble nous avons la possibilité de faire changer la place des malades dans la société et créer de la valeur humaine, sociale, économique et sociétale pour tous.

Anne-Sophie Tuszynski
Fondatrice de Cancer@Work
et Présidente de Kepler HR

« Concilier cancer et travail permet au malade de gagner en qualité de vie, à l'entreprise de gagner en compétitivité et à l'assurance-maladie de mieux réguler ses dépenses »

L'innovation thérapeutique permet de combattre le cancer avec une efficacité croissante. En outre, les progrès du dépistage précoce ont contribué à la baisse du taux de mortalité. Mieux : ces progrès vont s'accélérer. **Ainsi, considérer le cancer comme une maladie qui empêche de travailler n'est plus adapté. La Société doit au contraire permettre aux patients de concilier suivi d'un traitement et poursuite de l'activité professionnelle.** Le malade y gagnera en qualité de vie et en pouvoir d'achat. Mais cette atténuation de la frontière entre maladie et travail permettra aussi aux entreprises d'être plus compétitives et à l'assurance-maladie de mieux réguler ses dépenses. Les politiques publiques disposent là d'un levier d'accroissement du bien-être dans notre société à un moment où les problématiques liées à la santé dans l'entreprise deviennent centrales.

Nicola Bouzou
Directeur fondateur Asterès

SOMMAIRE

Synthèse de l'étude.....	p. 10
CANCER : LA MALADIE CHRONIQUE DU XXI^e SIECLE NAISSANT	p. 15
1.1. La maladie hier mortelle devenue chronique	p. 16
Une maladie qui affecte les gènes.	p. 16
... dont l'incidence augmente.	p. 16
... mais dont la mortalité diminue	p. 17
1.2. Les traitements sont de plus en plus chers mais leur efficacité croissante réduit les pertes de valeur induites.....	p. 18
Les coûts de prise en charge augmentent.	p. 18
... mais font baisser les coûts indirects	p. 19
L'ECOSYSTEME DU CANCER EN FRANCE : COLLABORATIF, PERFORMANT, INNOVANT	p.21
2.1. Un écosystème collaboratif.....	p. 22
La prise en charge des cancers : une approche pluridisciplinaire.....	p. 22
La recherche en cancérologie : un modèle de collaboration public-privé.....	p. 23
L'exemple le plus abouti de démocratie sanitaire.....	p. 24
2.2. Un écosystème performant	p. 25
L'équité d'accès est assurée par une prise en charge financière collective	p. 25
Les délais d'attente sont en ligne avec les meilleurs standards internationaux.....	p. 25
Les taux de survie sont parmi les plus élevés au monde.....	p. 26
2.3. Un écosystème innovant.....	p. 27
L'innovation thérapeutique progresse rapidement.....	p. 27
L'innovation sociale améliore la qualité de vie des malades.....	p. 28
UN VRAI PROBLEME : LA PERTE D'EMPLOYABILITE DES MALADES	p. 31
3.1. La survenue d'un cancer entraîne une baisse de l'employabilité des malades	p. 32
Le cancer entraîne une perte de chance dans et face à l'emploi.....	p. 32
La perte de chance s'accroît avec le temps.....	p. 33
3.2. Les sorties d'emploi aggravent la condition des malades.....	p. 33
3.3. Comprendre les sorties d'emploi.....	p. 34
Différents facteurs entrent en jeu.	p. 34
... mais certains sont plus impactants que d'autres.....	p. 35
Les travailleurs indépendants sont davantage pénalisés que les salariés	p. 36

CANCER ET EMPLOI : LE COMBO GAGNANT	p. 39
4.1. Aménager les conditions de travail des personnes atteintes de cancer est possible et souhaitable	p. 40
4.2. Le maintien dans l'emploi pendant les traitements : une équation économique gagnante pour l'individu, pour l'entreprise, pour la collectivité.....	p. 41
Le maintien dans l'emploi est financièrement avantageux pour l'individu.....	p. 41
Le maintien dans l'emploi d'un salarié atteint de cancer est plus économique pour l'entreprise que l'arrêt maladie.....	p. 42
Le maintien dans l'emploi a un impact positif sur les finances sociales.....	p. 43
4.3. Le retour en poste après un arrêt-maladie dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique est une équation économiquement gagnante à partir d'un mi-temps.....	p. 43
Le retour en poste après un arrêt-maladie soutient les finances de l'individu.....	p. 44
Le retour en poste après un arrêt-maladie d'un salarié atteint de cancer est plus rentable pour l'entreprise que l'embauche d'un nouvel employé.....	p. 44
Le retour en poste après un arrêt maladie augmente les coûts directs du cancer pour la société mais réduit les coûts indirects	p. 45
4.4. Le maintien dans l'emploi génère de la richesse immatérielle pour l'entreprise.....	p. 45
CONCILIER CANCER ET EMPLOI : TOUR D'HORIZON DES PRATIQUES EXISTANTES.....	p. 49
5.1. La protection de l'emploi des personnes atteintes de cancer dans l'Union européenne	p. 50
Vers une plus grande spécialisation des politiques sociales européennes.....	p. 50
Vers une activation des politiques sociales européennes.....	p. 51
5.2. La protection de l'emploi des personnes atteintes de cancer dans les pays européens : une grande disparité.....	p. 51
Des différences de protection entre les pays membres.....	p. 51
Le cas de la France : des politiques à activer	p. 53
5 axes de propositions pour concilier cancer et emploi	p. 55
Notes et références	p. 59
ANNEXES	p. 61
ANNEXE 1 : Evaluation de l'impact économique du maintien dans l'emploi pendant la phase de traitements des salariés atteints d'un cancer	p. 62
ANNEXE 2 : Evaluation de l'impact économique du maintien dans l'emploi après un arrêt maladie des salariés atteints d'un cancer	p. 65
ANNEXE 3 : Aperçu des politiques de protections sociale dans quelques pays occidentaux.....	p. 69
Présentation de Cancer@Work.....	p. 72
Présentation du cabinet Asterès	p. 72

SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE

L'épreuve du cancer est souvent doublement invalidante pour les personnes qui la traversent : physiquement et socialement. Les sorties d'emploi qu'elle génère ont un coût social immense alors même que les avancées diagnostiques et thérapeutiques permettent de plus en plus souvent de poursuivre une activité professionnelle, y compris pendant la phase de traitement. Ces avancées, conjuguées aux évolutions démographiques et au recul de l'âge de départ légal à la retraite, font qu'un nombre toujours plus grand d'actifs est touché par un cancer. Dans ce contexte, les entreprises ont une responsabilité sociale croissante vis-à-vis de leurs salariés malades. Notre étude montre que concilier cancer et emploi est non seulement possible, mais souhaitable : cela réduit les coûts pour l'entreprise et impacte positivement la société.

La hausse de l'incidence associée à une baisse de la mortalité ont fait du cancer la maladie chronique de ce début de siècle.

- **385 000 nouveaux cas de cancer** sont diagnostiqués en France chaque année. Les localisations les plus fréquentes sont la prostate, le poumon, le colon-rectum et la vessie chez l'homme ; le sein, le colon-rectum, le poumon et le corps de l'utérus chez la femme.
- Entre 1980 et 2012, **le nombre de nouveaux cas de cancers a été multiplié par deux** (109%), tandis que la population n'a progressé que de 16% sur la même période.
- Le **vieillessement de la population** est la première cause de la hausse du taux d'incidence des cancers depuis la fin du XXe siècle.
- Dans le même temps, l'organisation de dépistages et l'amélioration des techniques de diagnostic et de thérapies ont entraîné une **baisse de la mortalité par cancer**.
- Les évolutions divergentes de l'incidence et de la mortalité transforment le cancer en une **maladie chronique évolutive**. De plus en plus de personnes vivent désormais avec la maladie.
- Le cancer coûte cher à la collectivité. Son coût global est estimé à **40 milliards d'euros par an**, dont 16 milliards pour la prise en charge par l'Assurance maladie. Le reste est constitué des coûts indirects, c'est-à-dire des pertes de richesse induites par la mortalité prématurée et la morbidité.
- De toutes les pathologies prises en charge par l'Assurance maladie, le cancer présente le coût de traitement moyen le plus élevé. **Ce coût augmente** par ailleurs en raison de la diffusion des nouveaux médicaments anti-cancer onéreux. Cependant, l'accès d'un plus grand nombre de patients à de nouvelles thérapies plus efficaces et moins mutilantes tend à réduire les coûts indirects en permettant à davantage de malades de retrouver une vie active, en diminuant les effets secondaires et en « libérant » les proches.

La mobilisation nationale a conduit à la mise en place d'un véritable « écosystème du cancer » très efficace.

- L'écosystème du cancer est **un modèle de collaboration** entre l'ensemble des parties prenantes, que ce soit au niveau de la prise en charge (pluridisciplinaire) ou de la recherche (association efficace des sphères publique et privée). Il constitue en outre l'exemple le plus abouti de démocratie sanitaire en France.

- L'écosystème du cancer est **performant**, à la fois équitable et efficace. D'une part, l'équité d'accès est assurée par une prise en charge à 100% des traitements par l'Assurance maladie. D'autre part, les délais d'attente sont globalement en ligne avec les meilleurs standards internationaux. Enfin, les taux de survie sont parmi les plus élevés au monde.
- L'écosystème du cancer est **dynamique et innovant**. L'innovation est d'abord thérapeutique : les nouveaux traitements permettent de réduire le poids du cancer en étant plus efficaces et moins invasifs. L'innovation est aussi sociale : à côté de la sphère médicale, un grand nombre d'acteurs œuvrent à améliorer le bien-être des malades. Associatives ou entrepreneuriales, ces initiatives se multiplient depuis le milieu des années 2000, portées notamment par les technologies numériques.

Alors même que les traitements se font moins mutilants et les dépistages plus précoces, la survenue d'un cancer dégrade parfois durablement les perspectives professionnelles des individus. Plus préoccupant encore, cette perte de chance touche avant tout les personnes déjà les plus fragilisées sur le plan social.

- La survenue d'un cancer **multiplie par près de trois la probabilité de perdre son emploi et réduit de 30% les chances d'en trouver un**, par rapport à une situation sans cancer.
- Cette perte de chance face à l'emploi **s'accroît avec le temps**. Un éloignement durable du marché du travail dégrade les compétences, l'isolement induit une perte des réseaux professionnels.
- Les sorties d'emploi pour cause de cancer sont préoccupantes car elles entraînent une **précarisation financière et un isolement social** qui impacte négativement l'état de santé des malades. A contrario, le retour à l'emploi est associé à la reprise d'une vie « normale » et est vu par les patients comme un élément important de la guérison.
- La perte d'emploi dépend peu des caractéristiques personnelles comme le sexe ou le statut marital, mais beaucoup des **caractéristiques socio-économiques**. Celles-ci sont déterminantes notamment par leur impact sur les caractéristiques physiques du cancer (les personnes les mieux insérées socialement sont davantage sensibles à la prévention et sont plus susceptibles de détecter leur cancer à un stade précoce).
- Les **aménagements de poste et l'environnement au travail sont de puissants leviers de maintien dans l'emploi**. Ils ne dépendent ni de la taille de l'entreprise, ni du secteur d'activité, ni du niveau de qualification du salarié. Ils permettent en cela de renverser les déterminismes socio-économiques.

Il est possible et souhaitable de concilier emploi et cancer moyennant un aménagement du poste par l'entreprise. Une plus grande flexibilité en ce sens bénéficierait à l'ensemble des acteurs impliqués.

- **Le maintien dans l'emploi pendant les traitements moyennant un aménagement des horaires de travail par l'entreprise est une équation économiquement gagnante pour l'individu, pour l'entreprise, pour la collectivité**
 - Pour un individu percevant un salaire médian, le maintien dans l'emploi se traduit par un gain net de 85 à 390 euros par mois pendant quatre mois (durée moyenne d'un arrêt de travail lié au cancer) en fonction du nombre d'heures qu'il est en mesure de fournir.
 - Pour l'entreprise, le maintien en poste d'un salarié atteint de cancer pendant les traitements, à temps partiel, est plus intéressant que l'arrêt maladie et ce, quel que soit le nombre d'heures de travail que le salarié est en mesure de fournir.
 - Les dépenses sociales relatives aux indemnités journalières de l'Assurance maladie pourraient diminuer de 40% à 77% pour un malade percevant un salaire médian.

- **Le retour en poste après un arrêt-maladie dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique est une équation économiquement gagnante à partir d'un mi-temps**
 - Pour le salarié, le retour en poste après un arrêt de travail dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique est financièrement plus confortable que le chômage grâce à l'indemnité compensatoire versée par l'Assurance maladie et qui lui permet de conserver son niveau de revenus pendant un an.
 - Le retour en poste après un arrêt maladie d'un salarié atteint de cancer se traduit par un gain net pour l'entreprise, compris entre 3 599 euros et 11 876 euros en fonction du nombre d'heures travaillées, pendant un an, par rapport au licenciement et à l'embauche d'un nouvel employé.
 - Le temps partiel thérapeutique entraîne un surcoût pour l'Assurance maladie, compris entre 7 088 euros et 14 176 euros pendant un an et décroissant avec le nombre d'heures de travail effectuées par le salarié. Ce surcoût doit cependant être tempéré par les gains qu'entraîne le maintien en poste pour le salarié concerné et pour son entreprise. Une fois l'ensemble de ces gains et coûts pris en compte, le bénéfice social net devient positif à partir d'un mi-temps.
- La poursuite d'une activité professionnelle pendant l'épreuve du cancer génère aussi **de la richesse immatérielle**, plus difficilement mesurable, mais qui est au cœur de la performance des organisations.
 - 41% des actifs déclarent que la maladie a révélé ou accentué chez eux des compétences ou des qualités valorisables sur le plan professionnel, comme l'empathie ou le sens des priorités.
 - 78% des actifs interrogés (88% des malades) estiment que le maintien dans l'emploi de salariés malades renforce la cohésion et l'engagement des équipes.

Une réflexion sur l'intégration dans l'emploi des travailleurs atteints de cancer est en train d'émerger au niveau européen, mais il existe encore une grande diversité de mesures selon les Etats. En France, des dispositifs permettent de concilier efficacement cancer et emploi, mais restent peu appliqués en l'absence d'incitations.

- Longtemps restée dans le champ de la législation sur le handicap, **la problématique du cancer fait depuis peu l'objet de dispositions spécifiques** au niveau de l'Union européenne. Par ailleurs, la tendance est à une « activation » de la protection, autrement dit le passage des mesures passives (indemnisation des arrêts maladie, protection contre le licenciement) à des mesures actives de maintien ou de réinsertion dans l'emploi des personnes fragilisées.
- Dans les Etats membres, la législation européenne longtemps imprécise a donné lieu à **différentes interprétations**. Certains pays comme le Royaume-Uni, l'Irlande ou la Suède, considèrent le cancer comme un handicap et les malades sont automatiquement couverts par la vaste littérature juridique dédiée au handicap. D'autres pays, comme la France ou l'Allemagne, soumettent la reconnaissance de handicap à des conditions plus strictes. D'autres enfin, à l'instar de l'Italie, disposent de lois dédiées aux maladies chroniques.
- La France et l'Allemagne se distinguent par l'existence d'**un écart significatif** (de 16 et de 13 points de % respectivement), et supérieur à la moyenne de l'Union européenne (9 points), **entre les taux de chômage de personnes souffrant d'invalidité et le reste de la population**. L'écart allemand s'explique par l'existence d'une couverture sociale généreuse, doublée de faibles dispositifs de maintien ou de réinsertion dans l'emploi. En France, la problématique est similaire : une forte protection sociale se conjugue à des dispositifs existants mais qui restent peu appliqués en l'absence d'incitations adéquates.

En s'appuyant sur ce diagnostic, nous formulons une série de propositions opérationnelles permettant de faciliter la réintégration dans la vie active et le maintien de l'employabilité des malades. Nos propositions se structurent en 5 axes :

1. Décloisonner les mondes de l'entreprise et de la santé

2. Unifier les régimes de protection sociale, simplifier les dispositifs légaux de maintien dans l'emploi

3. Améliorer l'accès à l'information des personnes concernées : malades, aidants proches, collectif de travail et collectif de santé

4. Poursuivre les actions de sensibilisation au sein du monde du travail et responsabiliser les entreprises

5. Inciter les employeurs à engager une démarche d'accompagnement professionnel de leurs salariés atteints de cancer

Cancer :
La maladie
chronique du
XXI^e siècle
naissant

Le cancer est une maladie génétique que se découvrent chaque jour plus de 1 000 nouveaux Français. Le nombre de personnes affectées progresse à mesure que l'on vit plus longtemps, que les techniques de dépistage gagnent en performance et que nos modes de vie nous exposent à davantage de risques. Seul un cancer sur deux est guéri mais on en meurt de moins en moins, ce qui signifie qu'un nombre croissant de personnes vit aujourd'hui avec un cancer.

I.1. La maladie hier mortelle devenue chronique

UNE MALADIE QUI AFFECTE LES GENES...

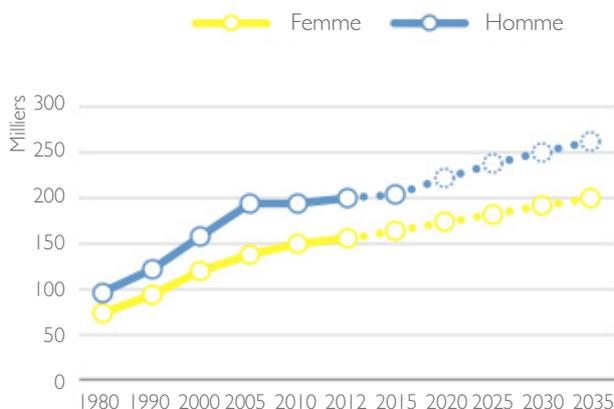
Le cancer est un nom générique qui désigne plus de 200 maladies différentes affectant toutes les parties du corps. Leur caractéristique commune est d'être issues d'une série de mutations génétiques non neutralisées par l'organisme. A chaque seconde, 200 millions des 1015 cellules qui composent le corps humain sont en division. Ce processus, au cours duquel une cellule « mère » produit deux cellules « filles » au génome identique, conduit parfois à des erreurs de duplication de l'ADN. L'organisme est programmé pour corriger ces erreurs en faisant disparaître les cellules déviantes, mais il arrive que certaines échappent à la surveillance de l'organisme. La cellule anormale se multiplie de manière incontrôlée jusqu'à former une tumeur, et essaime ensuite dans les autres organes. On parle alors de métastases, qui sont la principale cause de décès par cancer. Ensemble, les cancers constituent, en France, la première cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme.

Moins de 10% des cancers sont héréditaires. L'immense majorité se développent avec l'âge, suite à une exposition prolongée des cellules à de multiples facteurs de risque, jointe à une moindre efficacité des mécanismes de réparation de l'ADN. D'après l'Institut national du cancer (INCa), **40% des cas sont évitables grâce à la prévention.**

... DONT L'INCIDENCE AUGMENTE

Près de **385 000 nouveaux cas de cancer** étaient dénombrés en France en **2015**, dépassant le seuil symbolique de 1 000 par jour. Entre 1980 et 2012, le nombre de nouveaux cas de cancers a été multiplié par deux (+109%) alors que la population totale a augmenté de 16%. Le vieillissement de la population est la première cause de la progression du taux d'incidence des cancers depuis la fin du XXe siècle. S'y ajoutent d'autres raisons dont notamment une plus grande exposition aux facteurs de risque environnementaux et les progrès réalisés en matière de dépistage. Sous l'effet de ces facteurs, **le nombre de nouveaux cas de cancer découverts chaque année devrait continuer d'augmenter.** Tous types de cancers confondus, l'incidence à horizon 2035 est estimée à 200 000 pour les femmes et 263 000 pour les hommes (soit une progression de 22% et 29% par rapport à 2015).

EVOLUTION DU NOMBRE DE NOUVEAUX CAS DE CANCER DE 1980 A 2012 ET PROJECTIONS A 2035
France métropolitaine | Incidence brute | Source : GLOBOCAN 2012



La France fait partie des pays les plus touchés par le cancer. En 2012, d'après l'OCDE, le taux d'incidence standardisé par âge pour les deux sexes confondus s'établissait à 30 pour 100 000 habitants, contre 271 en moyenne dans les pays développés. Seuls huit pays avaient un taux d'incidence plus élevé que la France (Pays-Bas, Corée du Sud, Irlande, Etats-Unis, Norvège, Australie, Belgique, Danemark).

Les chiffres d'incidence globale masquent des **écarts importants suivant la localisation**. A eux seuls, quatre cancers (prostate, sein, côlon-rectum, poumon) représentent près des deux tiers du total des cas en France. Ces quatre cancers expliquent en outre l'essentiel de la hausse de l'incidence observée entre 1980 et 2012. Ainsi, le cancer de la prostate explique à lui seul plus de la moitié (53%) de la hausse observée de l'incidence des cancers chez l'homme. De manière similaire, le cancer du sein explique 41% de la hausse de l'incidence chez la femme.

... MAIS DONT LA MORTALITE DIMINUE

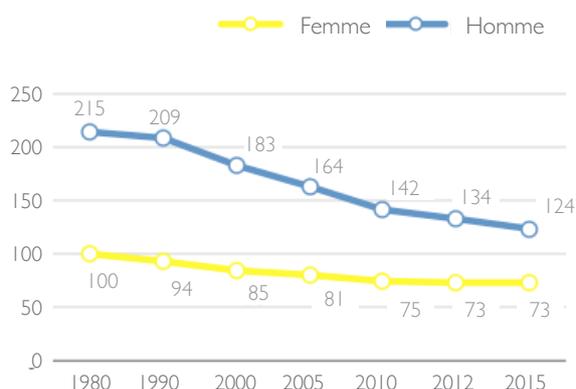
Dans le même temps, l'organisation de dépistages et l'amélioration des techniques de diagnostic ont entraîné une **baisse de la mortalité par cancer**. La détection des tumeurs à un stade précoce et une prise en charge avancée dans le temps ont simultanément réduit le nombre de cas de mauvais pronostic et avancé le nombre de cas de bon pronostic. Les taux de mortalité (standardi-

sés monde) des cancers sont estimés en 2015 à 124 pour 100 000 hommes et 73 pour 100 000 femmes, soit une baisse respectivement de 11% et de 7% depuis 2012.

Les évolutions divergentes de l'incidence et de la mortalité ont changé la nature du cancer par rapport aux siècles passés. Les progrès thérapeutiques réalisés depuis le XX siècle ont permis de transformer une pathologie aigüe et mortelle, affectant auparavant un nombre restreint de personnes (on mourait plus souvent à un âge moins avancé), en une maladie chronique évolutive. Un cancer sur deux est aujourd'hui guéri, mais l'âge souvent avancé des survivants les place en situation de risque de développer un second cancer. Au final, **de plus en plus de personnes vivent désormais avec la maladie**.

EVOLUTION DE LA MORTALITE PAR CANCER

France métropolitaine | Taux standardisés monde, pour 100 000 habitants | Source : INCa



INCIDENCE DES 5 PRINCIPAUX CANCERS CHEZ L'HOMME (GAUCHE) ET CHEZ LA FEMME (DROITE)

Source : INCa 2012 | traitement Asterès

Localisation	Effectif 2012	Evolution 1980/2005	Evolution 2005/2012
Prostate	56 800	544%	-12%
Poumon	28 211	50%	11%
Colon-rectum	23 226	64%	12%
Vessie	9 549	52%	8%
Lèvre-bouche-pharynx	8 033	-16%	-23%

Localisation	Effectif 2012	Evolution 1980/2005	Evolution 2005/2012
Sein	48 763	130%	-1%
Colon-rectum	18 926	50%	9%
Poumon	11 284	366%	59%
Corps de l'utérus	7 275	42%	18%
Thyroïde	5 887	368%	28%

LES PRINCIPAUX FACTEURS EXPLICATIFS DE LA HAUSSE DE L'INCIDENCE DES CANCERS

1. **Le vieillissement de la population** est la première cause de la hausse de l'incidence des cancers. En 2012, 17,5% des Français avaient plus de 65 ans, contre 14% en 1990. Or, l'incidence augmente de façon spectaculaire avec l'âge. La moyenne d'âge au moment du diagnostic était, en 2012, de 68 ans pour les hommes et de 67 ans pour les femmes. Cela tient à deux facteurs principaux. Premièrement, le cancer est une maladie évolutive qui résulte d'une accumulation d'erreurs lors des divisions cellulaires : l'exposition prolongée à des facteurs de risque au cours de la vie favorise la survenue d'erreurs. Deuxièmement, les mécanismes de réparation tendent à perdre leur efficacité à mesure que l'organisme vieillit.
2. **L'accroissement des facteurs de risques environnementaux** en lien avec l'évolution de nos modes de vie ont contribué à accroître l'incidence des cancers. Les principaux facteurs de risque sont le tabagisme, l'alcool, l'alimentation et la sédentarité.
3. Les **programmes de dépistage organisé** mis en place depuis la fin des années 1990 dans la plupart des pays occidentaux permettent de détecter un plus grand nombre de cas de cancer (sans qu'il y ait nécessairement un accroissement du nombre de malades).
4. Les **avancées thérapeutiques dans d'autres domaines** (comme les maladies cardiovasculaires) influent également sur l'incidence des cancers dans la mesure où ils améliorent l'espérance de vie et permettent à un plus grand nombre de personnes d'atteindre un âge avancé, ce qui accroît le risque de développer des cancers.

I.2. Les traitements sont de plus en plus chers mais leur efficacité croissante réduit les pertes de valeur induites

LES COÛTS DE PRISE EN CHARGE AUGMENTENT...

En 2014, la prise en charge des cancers par la collectivité a mobilisé **16 milliards d'euros, soit 10% des dépenses globales de l'Assurance-maladie.**¹ Près de 2,5 millions de patients ont été pris en charge. 90% des dépenses ont été affectées aux cancers en phase active, alors que ceux-ci ne concernent que 42% des malades. Les 58% restants avaient un cancer « surveillé », autrement dit ils étaient dans la phase de l'après-traitement.

La prise en charge des cancers ne constitue pas le premier poste de dépense de l'Assurance-maladie. D'autres pathologies ont un coût global similaire comme les maladies cardio-neurovasculaires ou les maladies mentales. Cependant, **le traitement des cancers en phase active présente le coût par patient le plus élevé.** En 2014, celui-ci était de 11 000 euros (1 000 euros pour les cancers surveillés).

Les hospitalisations mobilisent plus de la moitié des dépenses globales (54%). Elles sont suivies des remboursements de médicaments (20%), des soins de ville (13%), des frais de transport (5%), enfin des prestations en espèce composées d'indemnités journalières et de prestations d'invalidité (8%).

La répartition globale reflète celle des cancers actifs. Elle varie fortement si l'on ne s'intéresse qu'aux cancers surveillés (10% de la dépense globale), où les soins de ville constituent le premier poste de dépense.

Le coût de la prise en charge progresse plus rapidement que le nombre de patients traités.

Entre 2011 et 2014, les montants mobilisés pour les cancers ont augmenté de 11%, alors que dans le même temps les effectifs de malades ne se sont accrus que de 4%. Cette évolution tend à s'accroître : par rapport à 2013, les dépenses ont progressé de 7% alors que le nombre de patients traités est resté

stable. Ce sont donc les coûts moyens de traitement qui expliquent la croissance de la demande totale.

Les prix élevés et en hausse des nouveaux médicaments sont le premier facteur de cette croissance. Ils s'expliquent par l'introduction récente sur le marché d'anticancéreux innovants, plus ciblés et par conséquent plus onéreux. C'est particulièrement notable dans le cas du cancer de la prostate, qui est celui pour lequel les dépenses de l'Assurance-maladie ont augmenté le plus rapidement entre 2012 et 2014. La décomposition des coûts révèle une croissance de 60% pour les seuls médicaments, passés en deux ans de 30% à 40% du total des coûts de prise en charge en raison de l'arrivée sur le marché de Zytiga®, de Xtandi® et de Jevtana®²

Les nouveaux traitements étant aussi plus efficaces, les rémissions totales sont plus nombreuses qu'avant et **le nombre de cancers surveillés tend à décroître** (-3% entre 2011 et 2014). La prise en charge des cancers surveillés étant moins onéreuse que celle des cancers actifs, la baisse du nombre de cancers surveillés induit mécaniquement une hausse du coût moyen de prise en charge.

... MAIS FONT BAISSER LES COÛTS INDIRECTS

Outre les coûts de prise en charge (dont l'essentiel est couvert par l'Assurance-maladie), le cancer génère d'importants coûts indirects pour la collectivité. Ils sont constitués de la perte de richesse induite par les décès prématurés de patients en âge de travailler; de la perte

de richesse induite par les arrêts de travail que nécessitent les traitements, des retraites avancées et, enfin, des coûts d'opportunité qui résultent des soins informels prodigués aux patients par leurs proches. Une étude réalisée en 2014 par une équipe de chercheurs britanniques a estimé que les coûts indirects s'élevaient globalement à 1,5 fois les coûts directs³, **soit pour la France un coût global de près de 40 milliards d'euros.**

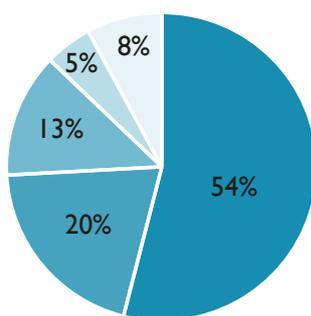
Les coûts indirects du cancer tendent cependant à baisser à mesure que progressent les coûts directs. En effet, l'accès des patients à de nouvelles thérapies plus performantes et moins mutilantes réduisent le nombre de décès, permettent à davantage de personnes de retrouver leur emploi, diminuent les effets secondaires et « libèrent » ainsi les personnes dans l'entourage proche du patient. La baisse des coûts liés à la morbidité et à la perte d'employabilité des malades tient également aux innovations sociales qui permettent de mieux vivre la maladie (voir chapitre 2).

Seule une quinzaine de ces nouvelles thérapies est actuellement commercialisée en France, mais près de 500 sont en cours de développement dans le monde. Leur particularité est d'être très chères. Le coût moyen d'un anticancéreux innovant s'établit entre 6 000 et 10 000 dollars par patient par mois. La commercialisation de ces molécules représente un défi sans précédent pour notre système de santé. Pour préserver l'accès de tous les patients à ces thérapies innovantes, il est urgent d'engager une refonte de notre système de santé public avec comme horizon.⁴

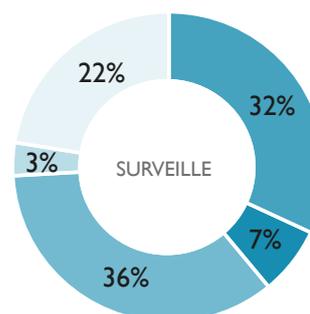
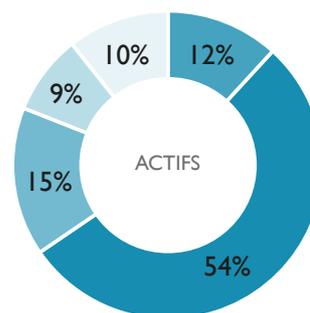
REPARTITION DES DEPENSES REMBOURSEES PAR L'ASSURANCE-MALADIE, PAR POSTE

Source : Cnamts, Rapports charges et produits 2013 et 2014

TOUS LES CANCERS



CANCER DU SEIN



- Hospitalisations (MCO et soins de suite)
- Médicaments
- Soins de ville (hors médicaments)
- Frais de transport
- Prestations en espèces

L'écosystème
du cancer
en France :
collaboratif,
performant,
innovant

Le coût de la prise en charge des cancers par la collectivité augmente chaque année parce que nous avons fait le choix de la qualité et d'un accès équitable à l'innovation thérapeutique. Ce coût finance un écosystème dynamique, performant et qui associe efficacement toutes les parties prenantes dans la lutte contre le cancer.

2.1. Un écosystème collaboratif

L'évolution divergente des taux d'incidence et de mortalité a entraîné une hausse de la prévalence des cancers, c'est-à-dire du nombre de personnes ayant ou ayant eu un cancer au cours d'une période donnée. Au début des années 2000, la lutte contre le cancer est devenue l'objet d'une mobilisation nationale et un véritable « écosystème du cancer » s'est mis en place, associant les pouvoirs publics, le personnel médical et paramédical, les laboratoires de recherche, l'industrie pharmaceutique, les associations de patients ainsi que de nombreux acteurs privés œuvrant à un plus grand confort

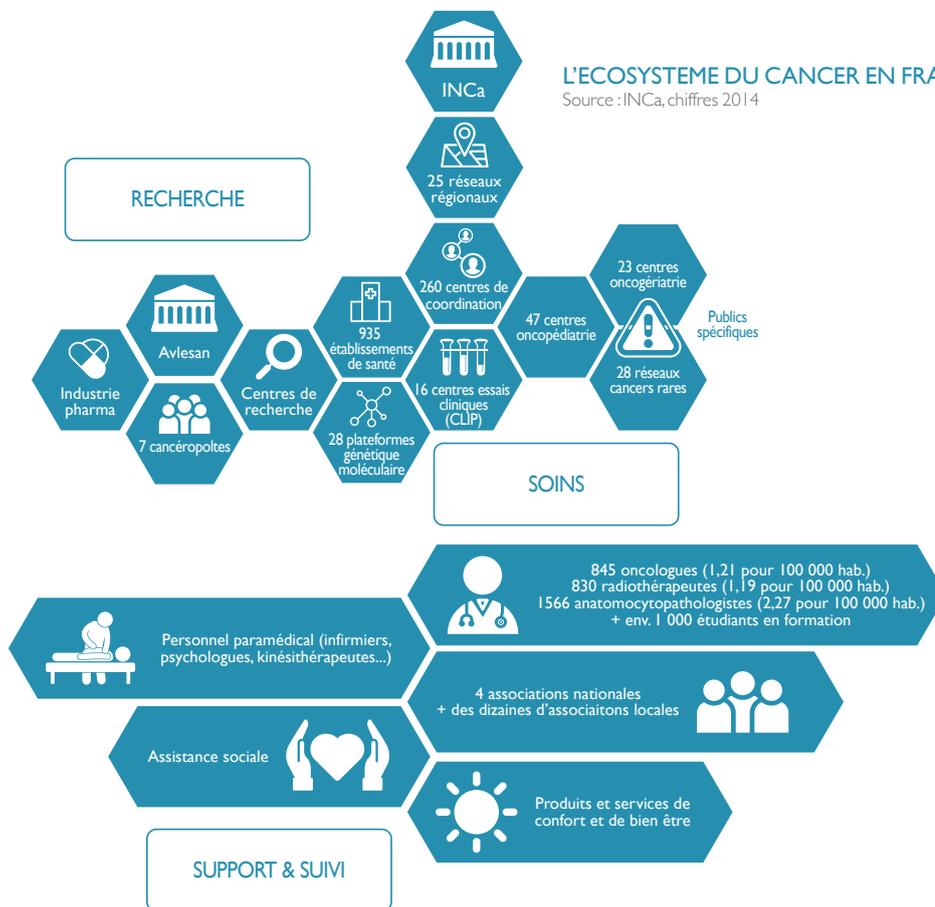
physique ou psychologique des malades. Au centre de cet écosystème, les pouvoirs publics jouent un rôle central d'impulsion et de coordination, matérialisé par les Plans cancer successifs (2003-2008, 2009-2013, 2014-2017). En moins de quinze ans, les Plans ont contribué à structurer le paysage de la cancérologie française, à permettre un accès équitable et de qualité aux traitements et à faire avancer la recherche. Si la coordination entre tous les acteurs reste perfectible, l'écosystème n'en est pas moins le modèle de collaboration le plus abouti dans le domaine de la santé

LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS : UNE APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE

Au cœur du système, l'Institut national du cancer (INCa) dont le conseil d'administration est composé de l'ensemble des parties prenantes est chargé, depuis 2004, de coordonner les actions de la lutte contre le cancer en France. En matière de soins, il s'appuie sur les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) dont la mission est de développer les liens entre les acteurs de la santé en décloisonnant leurs pratiques et en favorisant l'amélioration de celles-ci. 935 établissements de santé (hôpitaux, cliniques, centres de lutte contre le cancer) sont homologués pour la prise en charge des cancers. Dans cet ensemble, des organisations spécifiques sont dédiées à l'oncopédiatrie, l'oncogériatrie, l'oncogénétique et aux cancers rares. En outre, au croisement du soin et de la recherche, 16 centres d'essais cliniques de phase précoce (CLIP), 28 plateformes de génétique moléculaire et des équipes mobiles de recherche clinique (EMRC) traitent également les patients depuis la mise en œuvre du deuxième Plan cancer.

Hier, la prise en charge médicale des cancers était essentiellement affaire de chirurgiens. Aujourd'hui, grâce à une meilleure compréhension de la maladie, l'approche pluridisciplinaire est devenue

la norme. En matière de diagnostic et de soins, d'abord, plusieurs spécialistes doivent être mobilisés pour établir et délivrer au patient le traitement le plus adapté à son cas. La chronicisation des cancers a par ailleurs rendu indispensable l'intervention de spécialistes paramédicaux et de soins de support. Pour organiser la collaboration entre tous ces intervenants au sein d'un parcours de soins cohérent, les Plans cancer successifs ont mis en place des dispositifs de coordination dédiés. Ces dispositifs font partie des mesures transversales de qualité devant être respectées par les établissements de santé pour obtenir l'autorisation de traiter les cancers. Parmi ces dispositifs figurent notamment la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), pendant laquelle plusieurs spécialistes étudient et émettent un avis sur les dossiers des patients. A l'issue de la RCP, chaque patient se voit proposer une stratégie thérapeutique adaptée et traduite dans un Programme personnalisé de soins (PPS) qui facilite la coordination et les échanges d'information entre les professionnels. Le dernier Plan Cancer prévoit une intégration progressive du PPS dans le Dossier communicant en cancérologie (DCC), un outil informatique d'amélioration des échanges entre l'hôpital et les médecins libéraux. Enfin, une expérimentation nationale est en cours pour la création d'équipes d'infirmiers de coordination en cancérologie.



LA RECHERCHE EN CANCEROLOGIE : UN MODELE DE COLLABORATION PUBLIC-PRIVE

En matière de cancérologie, la France peut s'enorgueillir d'avoir l'un des meilleurs écosystèmes de recherche au monde. La qualité de ses chercheurs est reconnue dans le monde entier. L'Hexagone se hisse à la quatrième place du classement européen en termes de nombre de citations dans les articles scientifiques (derrière l'Allemagne, la Grande-Bretagne et l'Italie) et l'auteur le plus cité au monde officie au sein de l'Institut Gustave Roussy⁵, par ailleurs régulièrement classé parmi les meilleurs établissements au monde en matière de cancérologie.

La recherche est pilotée par l'INCa en concertation avec l'ITMO Cancer (Aviesan). Elle s'effectue au sein de laboratoires rattachés aux organismes de recherche publics (Inserm, CNRS, Inra, CEA, Institut Pasteur...), des établissements de santé publics et privés, de laboratoires de l'industrie pharmaceutique. Par ailleurs, 8 sites de recherche intégrée (SIRIC) élaborent et conduisent des programmes pluridisciplinaires et 7 cancéropoles associant toutes les parties prenantes coordonnent la recherche à l'échelle régionale ou interrégionale. Les cancéropoles sont en outre associées à l'Organisation des Instituts de Cancer Européens (OECI) qui regroupe au total 68 structures. En juin 2016 a en outre été annoncée la création future de 12 centres de séquençage du génome humain, devant permettre à

la France de prendre le lead en matière de médecine personnalisée.

La recherche en cancérologie bénéficie d'un soutien important des pouvoirs publics. La moitié des crédits de l'INCa y sont consacrés et près de 170 projets sont soutenus chaque année. Au financement public s'ajoutent des financements privés : associations (Ligue contre le cancer et Association pour la recherche sur le cancer (ARC)), fondations (Fondation Curie, Fondation Gustave-Roussy, Fondation pour la recherche médicale), et, bien sûr, les laboratoires pharmaceutiques.

La collaboration entre les laboratoires privés et la recherche académique constitue l'un des points forts de la recherche française. En matière de cancérologie, les essais cliniques, essentiels au développement de nouveaux médicaments, sont réalisés dans des centres intégrés et pilotés notamment par l'INCa. Depuis 2007, le nombre d'essais ouverts et publiés dans le registre national a été multiplié par 6 (602 essais en 2015, contre 108 en 2007) et le nombre de patients inclus a augmenté de moitié sur la même période (43 000 contre 25 000).⁶ L'association des acteurs publics et privés dans la conduite de la recherche clinique permet la création de synergies grâce à une mutualisation des savoir-faire et des moyens, mais pas seulement. C'est aussi la garantie d'une plus grande transparence et de la limitation de biais liés aux intérêts commerciaux.⁷

La cancérologie est la discipline du vivant qui compte le plus de **partenariats public-privé** en France. En 2010, sur les 258 partenariats enregistrés dans le domaine de la santé, près d'un quart (23%) étaient consacrés à l'oncologie, devant les maladies cardiovasculaires (14%), l'immunologie, l'hématologie et la pneumologie (13%), les neurosciences (12%) et les maladies infectieuses (8%).⁸

La plateforme MATWIN est un exemple emblématique de collaboration entre la recherche fondamentale et le développement industriel. Il s'agit d'un programme national d'identification et d'accompagnement de projets de recherche précoce en oncologie. Il repose sur un partenariat public-privé entre 12 laboratoires pharmaceutiques (Amgen, AstraZeneca, Bayer, Bristol-Myers Squibb, Celgene, GlaxoSmithKline, Janssen, Novartis, Pfizer, Pierre Fabre, Roche et Sanofi) et les cancéropôles. Tout porteur de projet issu d'une structure publique ou privée ayant identifié une innovation en oncologie dont la propriété intellectuelle est assurée (ou en cours de protection) peut être candidat aux appels à projets de MATWIN. Le bilan de la période 2009-2014 est encourageant : 12 projets ont déclenché un premier intérêt industriel, 14 start-ups ont été créées (ou sont en cours de création) et 2 projets sont en cours de maturation industrielle. Selon les responsables de la plateforme, d'autres acteurs industriels que les laboratoires pharmaceutiques commencent à s'intéresser au programme, ce qui ouvre la voie à des projets orientés vers d'autres domaines que les seules thérapies comme le diagnostic, les vaccins ou l'imagerie.

Un bond en avant en matière de collaboration a été franchi en 2016 lorsque le laboratoire Roche s'est associé au biohacklab parisien La Paillasse pour organiser un concours baptisé « Challenge4Cancer ». La nouveauté de l'initiative réside l'ouverture du sujet du cancer à de nouvelles disciplines : des physiciens, mathématiciens et informaticiens ont rencontré des oncologues et se sont penchés sur la problématique du cancer. L'objectif était de faire émerger des projets innovants à partir des données fournies par Roche aux data-scientists de La Paillasse. Le biohacklab a ainsi accueilli plusieurs projets tout au long de l'année 2016 et les trois gagnants du challenge bénéficient d'un accompagnement de Roche dans la transformation de leurs projets en start-ups.

L'EXEMPLE LE PLUS ABOUTI DE DEMOCRATIE SANITAIRE

La notion de démocratie sanitaire désigne une démarche visant à associer tous les acteurs du

système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé. Concrètement, elle implique de faire vivre la concertation et le débat public, d'améliorer la participation des acteurs de santé à l'élaboration des politiques et de promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers. La démocratie sanitaire est un concept popularisé en France dans les années 1990, consacré en droit français par la loi du 2 janvier 2002 (dite « loi Kouchner ») et précisé par la loi du 21 juillet 2009 (loi HPST). Cette dernière en a fourni les outils sous la forme d'instances de concertation régionales et nationale. Toutefois, comme la démocratie politique qui ne s'est pas faite en un jour, l'instauration d'une démocratie sanitaire est une démarche progressive et au long cours, dont les jalons ont été posés mais qui peine encore à prendre forme. Ses contours sont plus ou moins dessinés selon les domaines. L'écosystème du cancer offre l'exemple le plus abouti de démocratie sanitaire en France.

- La consultation publique sur la pertinence d'un dépistage de masse du cancer du sein par mammographie, organisée par le Ministère des Affaires sociales et de la santé entre octobre 2015 et avril 2016, est un exemple d'implication active de l'ensemble des parties prenantes à l'élaboration des politiques de santé.
- Les innombrables événements de sensibilisation et de soutien à la lutte contre le cancer, dont Octobre Rose et Movember, témoignent de la portée de l'action des associations de patients. Celles-ci contribuent par ailleurs à améliorer la connaissance des cancers et du vécu des patients en portant à la connaissance des politiques et du grand public des travaux comme l'Observatoire sociétal des cancers (Ligue nationale contre le cancer).
- Les droits des citoyens, tant collectifs qu'individuels, sont renforcés par les nouvelles technologies de communication. Le web 2.0, ou web participatif, a permis l'émergence de plateformes comme Contribution Cancer qui confère une réalité concrète à la démocratie sanitaire en rendant possible l'expression de tous les acteurs et leur rassemblement en un lieu unique (fût-il virtuel). S'agissant des droits individuels des patients, ces derniers sont renforcés par des associations comme Juris Santé ou l'application Cancer/Mes droits développée par le CLCC Paul Strauss (Alsace) en collaboration avec Roche, qui contribuent à une meilleure connaissance de ces droits et à leur appropriation par les publics concernés.

2.2. Un écosystème performant

Un système de santé est performant lorsqu'il offre un accès équitable et dans des délais raisonnables à tous les ressortissants d'un pays. En France, l'équité d'accès est garantie par une prise en charge publique des traitements à 100%. Les comparaisons internationales mettent en évidence des délais d'attente situés dans la fourchette des meilleurs standards. Enfin, l'innovation thérapeutique et sociale progresse chaque jour plus vite au bénéfice des patients.

L'EQUITE D'ACCES EST ASSUREE PAR UNE PRISE EN CHARGE FINANCIERE COLLECTIVE

La France est le pays d'Europe où la contribution des patients est la plus faible. Celle-ci représente moins de 7% des dépenses de santé globales, contre 13% en Allemagne, 12% aux Pays-Bas, 15% au Royaume-Uni et 18% en Belgique.⁹

Dans le domaine du cancer spécifiquement, **l'accessibilité financière aux soins est assurée pour tous les patients puisque la prise en charge des thérapies anti-cancer est remboursée à 100% par l'Assurance-maladie.** En outre, notre système de santé publique est largement ouvert à l'innovation : la France est louée tant pour la rapidité à laquelle les anticancéreux innovants sont introduits sur le marché que pour le nombre de médicaments prescrits, contrairement notamment au Royaume-Uni où l'introduction sur le marché des médicaments innovants est plus lente et plus hasardeuse.¹⁰ Cette ouverture à l'innovation garantit, en France, l'accès de tous les patients aux meilleures thérapies. Depuis 2005, le remboursement des médicaments innovants prescrits par les hôpitaux se fait moyennant leur inscription sur une liste spécifique, dite liste **« en sus »** des charges remboursées en plus des prestations d'hospitalisation. Concrètement, après avoir obtenu une autorisation de mise sur le marché auprès de l'Agence européenne du médicament (EMA), le fabricant a le choix entre l'inscription de son produit sur la liste moyennant négociation sur le prix auquel il sera remboursé, ou une libre fixation du prix sur le marché des produits non pris charge par la collectivité. En pratique, tous les anticancéreux ont vocation à figurer sur la liste en raison de leur coût élevé. Le tarif fixé par les pouvoirs publics dépend de plusieurs critères : le service médical rendu, l'amélioration du service médical rendu par rapport aux alternatives, la fré-

quence de prescription, le niveau des prix dans les autres pays, etc.

L'Assurance-maladie rembourse également tout ou partie des dépenses associées comme les soins de support ou le transport. Le reste à charge pour les patients est faible relativement à la dépense globale. Selon une enquête de la Ligue contre le Cancer, 65% des personnes interrogées ont estimé leur reste à charge à moins de 1 000 euros sur toute la durée du traitement. 17% ont déclaré un reste à charge supérieur à 1 000 euros, et seuls 2% ont eu un reste à charge supérieur à 2 000 euros. Les postes de dépense les plus importants pour les patients sont les frais de transport, les dépassements d'honoraires et les soins et produits de confort. Cependant, le reste à charge peut être un fardeau financier important pour les patients les plus défavorisés. La survenue d'un cancer entraîne une sortie d'emploi pour un actif sur quatre. D'après la Ligue contre le cancer, une proportion identique d'actifs diagnostiqués voit ses revenus baisser de 25%. La précarité financière qui s'en suit rend les restes à charge plus difficiles à supporter.

LES DELAIS D'ATTENTE SONT EN LIGNE AVEC LES MEILLEURS STANDARDS INTERNATIONAUX

L'accessibilité physique aux soins constitue un second marqueur de qualité. Les délais d'attente français sont globalement en ligne avec les meilleurs standards européens.

Pour la comparaison, on peut se référer à l'indicateur européen de consommation de santé (Euro Health Consumer Index, EHCI), réalisé chaque année depuis 2006 par la société Health Consumer Powerhouse Ltd et portant sur les systèmes de santé de 35 pays. L'indicateur comprend plusieurs composantes dont l'adjonction fournit une mesure de la qualité des systèmes de santé du point de vue du patient. En 2015, la France occupe la 11^e place du classement global. Elle pêche notamment par une trop lente adoption des technologies digitales, par la lenteur du virage ambulatoire et par la faiblesse, relativement à d'autres pays, de son effort de prévention. Trois indicateurs concernent directement la problématique du cancer : l'accès au scan CT, l'accès aux traitements (chimiothérapies et radiothérapies), le rapport mortalité/incidence. Si les délais d'accès au

diagnostic sont légèrement plus longs que dans d'autres pays européens, les délais d'accès aux traitements sont parmi les plus courts.

- En 2015, les **délais d'accès à un scan CT** se sont établis entre 1 et 3 semaines dans la plupart des pays européens. La France se classe 13e, juste derrière l'Allemagne (12) mais plus éloignée des pays à la tête du classement (Suisse, Belgique, Islande, Pays-Bas) où les délais sont inférieurs à une semaine.
- S'agissant des **délais d'accès aux traitements** (radiothérapie ou chimiothérapie), 90% des patients déclarent un délai inférieur à 3 semaines. La France a un score supérieur à celui des pays scandinaves, proche de celui de l'Allemagne et de la Belgique, mais inférieur à celui de la Suisse.

LES TAUX DE SURVIE SONT PARMI LES PLUS ÉLEVÉS AU MONDE

La qualité d'un système de soins s'apprécie essentiellement à l'aune de ses performances, dont l'indicateur le plus fiable est le taux de survie des patients. Malgré une incidence très forte des cancers, la France est aussi l'un des pays où le nombre de décès dus aux cancers est le plus faible.

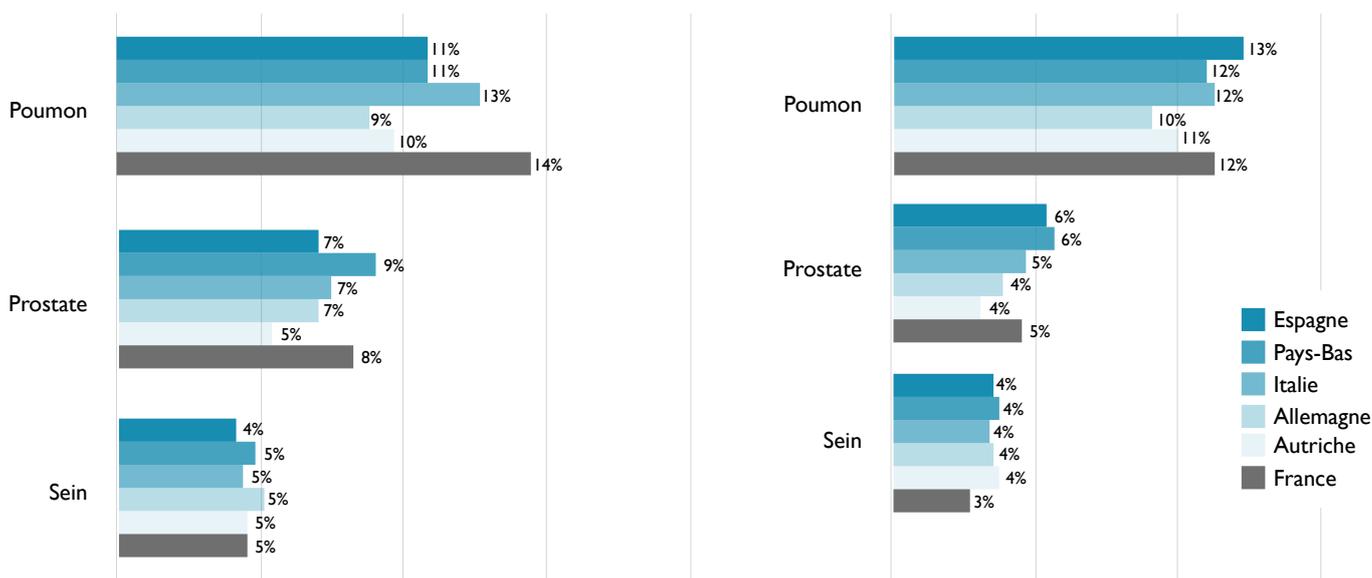
D'après l'indicateur EHCI, la France avait une mortalité par cancer, rapportée à l'incidence, parmi les plus faibles d'Europe en 2012. Le ratio s'établit à 37%, comme en Finlande et juste derrière la Suisse (35%), la Norvège et la Finlande (34% pour les deux).

La base de données Eurocare, qui recense les chiffres d'incidence et de mortalité pour un grand nombre de pays européens, confirme la performance du système français. La comparaison ci-dessous porte sur plusieurs pays européens et concerne les deux cancers les plus fréquents (sein et prostate) ainsi que le cancer le plus meurtrier (poumon). En 2007, la France affiche le taux de mortalité le plus faible d'Europe pour le cancer du sein, et l'un des plus faibles, derrière l'Autriche et l'Allemagne, pour le cancer de la prostate. Le taux de mortalité due au cancer du poumon est sensiblement plus élevé que pour les deux autres localisations dans tous les pays et la France fait légèrement moins bien que l'Autriche et l'Allemagne, mais reste en ligne avec la moyenne européenne.

Par ailleurs, la France est le pays à avoir enregistré les baisses les plus fortes du taux de mortalité entre 1999 et 2007 pour les trois cancers considérés, ce qui montre l'efficacité des Plans cancer et du système de prise en charge national.

TAUX DE MORTALITÉ 5 ANS APRES LE DIAGNOSTIC SUR LA PÉRIODE 1995-1999 (À GAUCHE) ET 2000-2007 (À DROITE) DANS QUELQUES PAYS D'EUROPE OCCIDENTALE

Source : Eurocare 4 et 5, Survival of Cancer Patients in Europe



2.3 Un écosystème innovant

L'INNOVATION THERAPEUTIQUE PROGRESSE RAPIDEMENT

A la baisse de la mortalité par cancer s'ajoute une amélioration continue de la condition des malades. Les innovations thérapeutiques permettent de réduire le poids du cancer grâce à des traitements plus efficaces et moins mutilants. Au cœur de ces innovations, le **développement d'une médecine de précision**, rendu possible par une meilleure connaissance biologique des tumeurs et par les progrès réalisés en matière de diagnostic. Ce double mouvement d'allègement des traitements et de renforcement de leur efficacité est qualifié de « désescalade thérapeutique ». Il concerne chacun des trois grands types de traitement : le médicament, la chirurgie et la radiothérapie.

En matière de médicaments, la désescalade thérapeutique, permise par le développement d'une médecine de précision, s'exprime à la fois par une **administration plus intelligente de chimiothérapies traditionnelles** et par l'émergence de **nouvelles formes de thérapies**. D'un côté, les progrès de la biologie moléculaire ont permis d'identifier plusieurs profils de tumeurs et d'administrer les chimiothérapies de manière plus sélective aux seuls patients qui en ont vraiment besoin. D'un autre côté, les nouvelles thérapies améliorent l'efficacité des traitements et sont moins mutilantes pour les patients. Contrairement aux chimiothérapies qui s'attaquent à toutes les cellules sans différenciation (en freinant les divisions cellulaires), les **thérapies ciblées** visent uniquement la cellule malade et en bloquent la prolifération en agissant directement sur ses mécanismes propres. Enfin, la dernière révolution médicamenteuse en date est l'**immunothérapie**, en tête du classement des avancées majeures de 2013 du magazine Science. Cette nouvelle forme de thérapies consiste à « éduquer » le système immunitaire de façon à lui permettre de lutter lui-même contre la tumeur. Pour le moment, seule une quinzaine de ces nouvelles thérapies sont disponibles sur le marché français et elles restent souvent administrées en complément de chimiothérapies traditionnelles. Néanmoins, les 500 molécules en cours de développement dans le monde portent l'espoir d'améliorer significativement l'expérience des patients dans les années à venir.

De la même façon, les instruments de la médecine de précision rendent la **chirurgie plus conser-**

vatrice. Prenons l'exemple du cancer du sein. Au XXe siècle, l'ablation du sein s'imposait dans la quasi-totalité des cas. Aujourd'hui, la majorité des patientes préservent leur sein et seule la tumeur, localisée, fait l'objet d'une ablation. Dans la même veine, la **radiologie interventionnelle** est de plus en plus largement utilisée. Il s'agit d'une méthode diagnostique et thérapeutique dite « mini-invasive ». Sous guidage de l'imagerie (scanner, échographie, endoscopie...), elle permet d'accéder à une cible tumorale en profondeur sans avoir à « ouvrir » les tissus par la chirurgie classique. La radiologie interventionnelle permet de détruire les tumeurs ou de traiter les lésions de façon très localisée, ce qui se traduit par des anesthésies moins lourdes, des durées d'hospitalisation plus courtes et effets secondaires plus faibles.

En matière de radiothérapie également, un meilleur ciblage de la tumeur a permis d'augmenter les doses administrées (**radiographie stéréotaxique**) et de moduler l'intensité des radiations selon les tissus (**radiographie conformationnelle**). Le gain d'efficacité ainsi généré se traduit par une réduction significative du nombre de séances. Dans certains cas du cancer du sein, on est passé de 25 séances programmées sur 5 à 6 semaines à quelques séances seulement, parfois une seule, avec comme conséquences une moindre fatigue, peu de douleurs et pas d'irradiation des tissus sains.¹¹ La **nanomédecine** constitue la prochaine frontière technologique de la radiothérapie. Elle consiste aujourd'hui en une injection de nanoparticules dans la tumeur avant la séance. Une fois stockées dans les cellules cancéreuses, ces nanoparticules absorbent une dose plus forte de radiations et accroissent l'efficacité thérapeutique.

L'INNOVATION SOCIALE AMELIORE LA QUALITE DE VIE DES MALADES

Une étude menée auprès de patients atteints d'un cancer du poumon métastatique démontre que la survie et la qualité de vie des patients est améliorée lorsqu'aux traitements spécifiques sont associés des soins de support.¹² Entrent notamment dans ce périmètre les métiers de la rééducation fonctionnelle (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologues, infirmiers, ostéopathes...), les art-thérapeutes, les diététiciens, les socio-esthéticiens, les assistants sociaux et les psycho-oncolo-

gues mais aussi des thérapies complémentaires comme l'acupuncture ou l'homéopathie. L'objectif premier des soins de support est l'amélioration de la qualité de vie des malades.

Les soins de support sont programmés par l'équipe médicale après évaluation des besoins des patients. Les Plans cancer successifs ont contribué à la reconnaissance des soins de support comme levier d'amélioration des conditions de vie des malades. Néanmoins, l'intégration de support psychologique, social, nutritionnel, sportif (...) au parcours de soins des malades reste insuffisant et souvent limité aux cas les plus graves, les soins de support étant alors associés aux soins palliatifs. Seule une minorité des patients se voient proposer de consulter un psychologue (31%), une infirmière (21%) ou une assistante sociale (15%) lors du diagnostic d'annonce, qui constitue la première étape du parcours de soins et acte le début de la prise en charge médicale.¹³ En cause, une accessibilité physique et financière plus faible que pour le personnel médical soignant, notamment en province, ainsi qu'une coordination perfectible entre les acteurs médicaux et paramédicaux, notamment dans les établissements publics.

Ce manque est partiellement pallié par l'existence, à côté de la sphère médicale constituée d'acteurs traditionnels, d'un écosystème dynamique générateur d'innovation sociale. Celle-ci répond aux besoins, pas toujours satisfaits, de support des malades dans leur épreuve :

- En améliorant l'accès aux professionnels paramédicaux ;
- En fournissant directement des soins non médicaux.

La première catégorie regroupe les initiatives qui créent des ponts entre les malades et les professionnels, comme les équipes mobiles de socio-esthéticiens des Centres de beauté du réseau CEW (Cosmetic Executive Women), d'art-thérapeutes de l'association Les Médecins de l'Imaginaire ou encore les infirmiers intervenant à domicile de la start-up Ozéné qui officie en région parisienne. Entrent également dans cette première catégorie les initiatives qui mettent les technologies numériques au service d'une meilleure coordination entre les parties prenantes. La société Bliss You, créée en 2015, facilite l'accès aux praticiens de médecines douces en les regroupant sur une plateforme en ligne qui gère également les prises de rendez-vous. Dans la même veine, La vie autrement (lancée par Pfizer en collaboration

avec la Ligue nationale contre le cancer) permet de localiser les soins de support près de chez soi.

La seconde catégorie comprend l'ensemble des initiatives privées visant à améliorer le confort de vie et le bien-être des malades. Ces initiatives sont souvent le fait de survivants du cancer, comme les box beauté de Mister K Fighting Kit, la lutte contre les tabous en entreprise de Cancer@Work, les défis sportifs de l'application mobile MyVictories (Health Me), le jeu vidéo We All End Up Alone de la société Nice Penguins ou encore le commerce de perruques, d'accessoires et de lingerie post-opératoires.

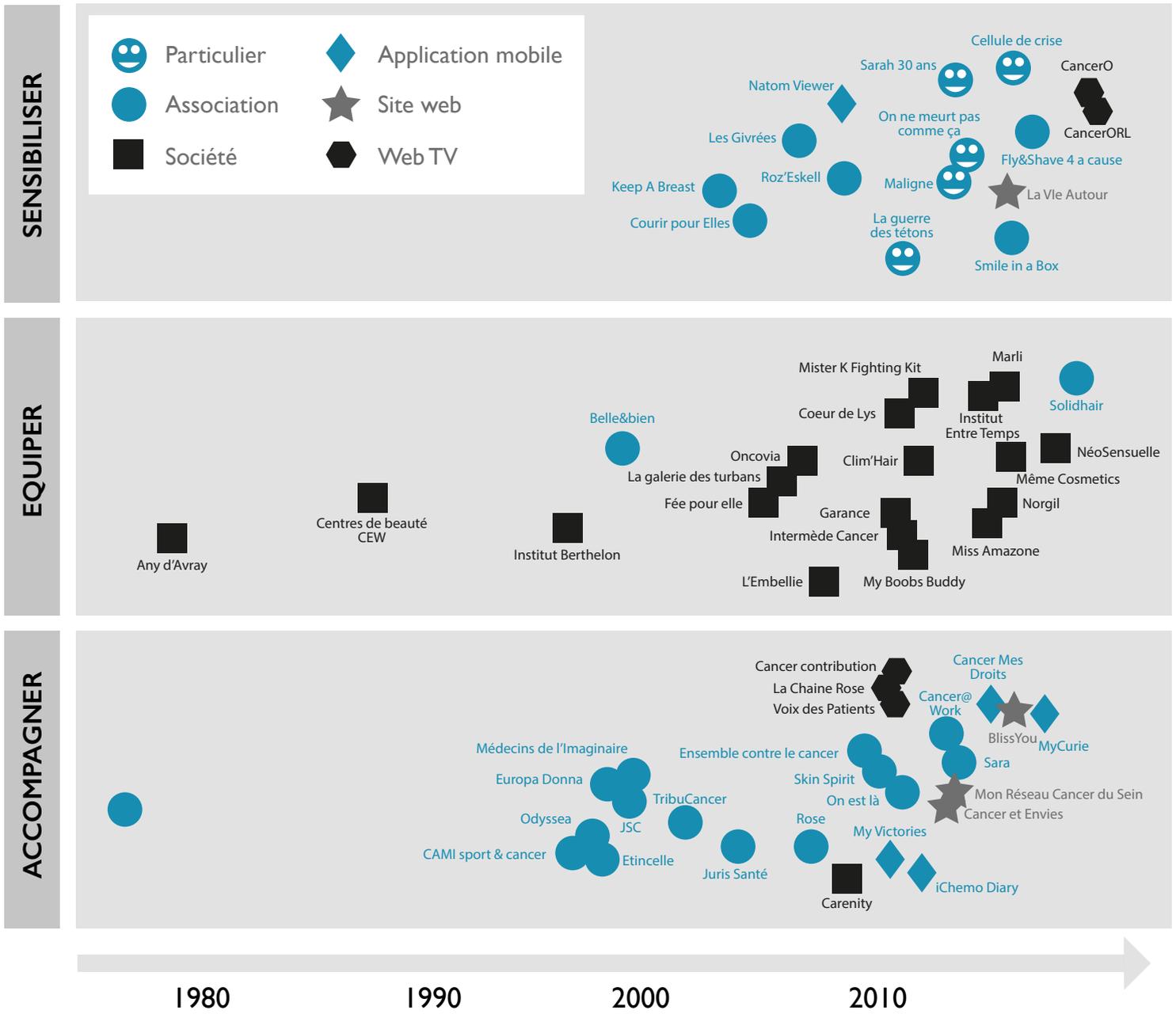
Parmi ces innovations sociales, la majorité sont spontanément générées par un écosystème qui fait une large place à la collaboration entre les acteurs : laboratoires et associations (Pfizer/Ligue nationale contre le cancer), laboratoires et établissements de santé (Roche/UNICANCER), associations avec d'autres associations (par exemple, l'association francilienne Etincelle collabore avec les Médecins de l'Imaginaire, Paris New Dance ou la Fédération Sport et Santé pour offrir des ateliers aux femmes atteintes d'un cancer du sein). D'autres innovations naissent dans ou sont soutenues par des incubateurs au sein d'établissements de santé (par exemple Cancer Campus à Gustave Roussy), d'éducation supérieure (par exemple l'incubateur social de l'ESSEC) ou encore du pôle de compétitivité Cancer Bio Santé. Ces initiatives sont créatrices de valeur pour les patients, mais aussi pour la société, en ce qu'elles contribuent à réduire la mortalité et la morbidité liées au cancer et, partant, les coûts associés.

Rares au siècle dernier, les initiatives se multiplient depuis le milieu des années 2000.

Cette accélération a été impulsée par les Plans cancer, qui ont fait du cancer et de l'après-cancer un enjeu national. Mais elle a également été favorisée par la diffusion des technologies numériques qui ont rendu possible le passage à l'échelle d'initiatives locales et la création de réseaux par la mise en relation de patients et de leurs proches physiquement éloignés les uns des autres. Internet a permis la création de communautés virtuelles à l'instar de Cancer contribution, la Chaîne Rose ou la Voix des patients. La révolution digitale n'en est qu'à ses débuts. Demain, ses outils vont rendre plus efficace l'accompagnement et le suivi des personnes atteintes de cancer en connectant toutes les parties prenantes et en améliorant l'accès à l'information.

CARTOGRAPHIE (NON EXHAUSTIVE) DES INITIATIVES VISANT A AMELIORER LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

Réalisation : Asterès



Un vrai
problème :
la perte
d'employabilité
des malades

La survenue d'un cancer dégrade parfois durablement les perspectives professionnelles des personnes atteintes, alors même que les traitements se font moins mutilants et les dépistages plus précoces. Plus préoccupant encore, cette perte de chance concerne avant tout les personnes déjà les plus défavorisées sur le plan social, pour lesquelles la survenue du cancer représente une double peine.

3.1. La survenue d'un cancer entraîne une baisse de l'employabilité des malades

LE CANCER ENTRAINE UNE PERTE DE CHANCE DANS ET FACE A L'EMPLOI

La survenue d'un cancer dégrade la situation professionnelle des malades, directement lorsqu'elle se traduit par une perte d'emploi et indirectement lorsqu'elle pénalise l'accès au marché du travail. En la matière, les données les plus récentes faisant autorité sont issues de l'enquête La Vie deux ans après un diagnostic de cancer (VICAN2), conduite par la Drees et par l'Inserm en 2010-2012. Elle fournit de nombreux renseignements sur la perception par les patients de leur prise en charge, de leur bien-être, de leur situation personnelle et professionnelle deux ans après le diagnostic. La perte d'employabilité des personnes atteintes d'un cancer a été confirmée en comparant les données issues de l'enquête VICAN avec celles de la population générale de l'enquête Emploi de l'Insee.¹⁴

La survenue d'un cancer accroît la probabilité de perdre son emploi : deux ans après le diagnostic, 89% des patients étaient en poste (77% hors arrêts-maladie), contre 94% dans la population générale. Près des deux tiers des malades ayant

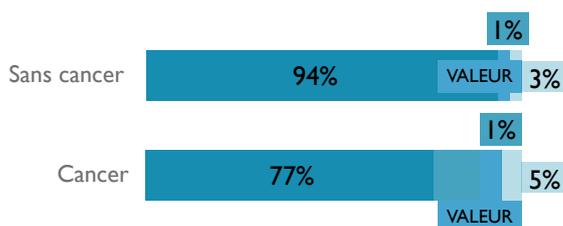
perdu leur emploi se sont retrouvés au chômage et un tiers en situation d'inactivité (principalement pour cause d'invalidité). Le cancer entraîne ainsi, sur le marché du travail, une perte de chance de 17 points de pourcentage par rapport à une situation sans cancer ou, pour le dire autrement, **la survenue d'un cancer multiplie par près de trois la probabilité de perdre son emploi.**

Un diagnostic de cancer ralentit également le processus d'accès à l'emploi. Seulement 30% des chômeurs au moment du diagnostic ont retrouvé un emploi deux ans plus tard. En l'absence de cancer, les chômeurs étaient 43% à avoir retrouvé un emploi un an et demie plus tard. Pour un chômeur, la survenue d'un cancer entraîne **donc une perte de chance face à l'emploi de 30%** par rapport à une situation sans cancer. Les chômeurs atteints de cancer sont aussi davantage susceptibles de transiter vers l'inactivité que les chômeurs non-malades (respectivement 23% et 18%). Comme pour les personnes en emploi au moment du diagnostic, cet écart s'explique par une multiplication de cas d'invalidité parmi les personnes atteintes de cancer.

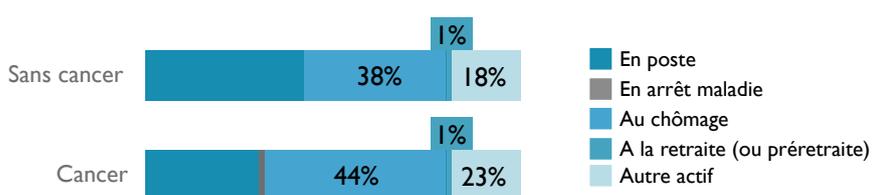
SITUATION PROFESSIONNELLE A DEUX ANS APRES LE DIAGNOSTIC DES INDIVIDUS ATTEINTS DE CANCER, COMPARES A DES INDIVIDUS NON ATTEINTS AUX CARACTERISTIQUES SIMILAIRES

Source :VICAN2 d'après A. Paraponaris, L. Sagaon Teyssier, V. Seror, A. Tison, « Situation professionnelle deux ans après le diagnostic de cancer » dans l'étude INCa, La vie deux ans après un diagnostic de cancer – de l'annonce à l'après-cancer, juin 2014

En poste au moment du diagnostic



Chômeurs au moment du diagnostic



LA PERTE DE CHANCE S'ACCENTUE AVEC LE TEMPS

La survenue d'un cancer affecte l'employabilité des individus de manière durable. En effet, **la rupture professionnelle s'accroît avec le temps**, tant pour les hommes que pour les femmes. Cinq ans après le diagnostic, les taux d'emploi des personnes atteintes de cancer baissent de 11 points de pourcentage pour les hommes et de 13 points de pourcentage pour les femmes, par rapport à la situation initiale.¹⁵ Cela s'explique notamment par les comportements discriminatoires dont certains demandeurs d'emploi sont victimes. En raison de son caractère chronique et du risque de rechute, le cancer est porteur de fortes incertitudes qui découragent les employeurs. Or, plus l'on

s'éloigne du marché du travail, plus les probabilités de retrouver un emploi diminuent, cancer ou pas. Un éloignement durable du marché du travail dégrade les compétences, l'isolement induit une perte des réseaux professionnels. L'effet est particulièrement néfaste chez les personnes atteintes de cancer dans la mesure où la diminution de l'estime de soi et la perte d'indépendance peuvent contribuer aux rechutes. **Cet éloignement subi est en outre d'autant plus injuste que la baisse de la productivité s'atténue avec le temps.** La plupart des malades retrouvent leur capacité de travail habituelle 18 à 24 mois après le diagnostic de cancer.¹⁶ Par ailleurs, un dépistage et une prise en charge précoces ainsi que l'efficacité accrue des traitements contribuent à limiter la baisse de la productivité des malades.

3.2. Les sorties d'emploi aggravent la condition des malades

Les sorties d'emploi pour cause de cancer sont préoccupantes dans la mesure où elles induisent souvent une précarité financière. 60% des personnes actives au moment du diagnostic subissent une baisse de leurs revenus, mais la baisse est particulièrement marquée pour un actif sur quatre,¹⁷ ce qui correspond à la proportion de personnes qui perdent leur emploi. **Les sorties d'emploi sont donc directement responsables de la précarisation des individus.** D'après la Ligue contre le cancer, 75% des malades doivent réduire leurs dépenses quotidiennes. Lorsque cette austérité

budgétaire concerne des postes prioritaires comme l'alimentation ou l'électricité, elle risque de davantage aggraver l'état de santé des malades.

Outre une précarisation financière, les sorties d'emploi entraînent un isolement social qui impacte négativement l'état de santé des individus. La perte d'un emploi dégrade la qualité de vie et génère une baisse de l'estime de soi.¹⁸ A contrario, le retour à l'emploi est associé à la reprise d'une vie « normale » et est vu par les patients comme un élément important de la guérison.¹⁹



L'IMPACT D'UNE SORTIE DE L'EMPLOI SUR LES MALADES

Le point de vue d'Eric, responsable logistique

En mars 2013, Eric découvre qu'il est atteint d'un mélanome qui le force à arrêter son activité pendant deux ans.

« Un arrêt-maladie est très difficile à vivre, car on reste focalisé sur son état de santé. Un jour, mon infirmier m'a demandé ce que j'aimerais faire avant de partir, si cela devait arriver. L'un de mes rêves d'enfant était de participer au rallye Paris-Dakar. C'est alors que je me suis dit, « c'est maintenant ou jamais ». J'ai monté mon projet, en croisant deux concepts : le Paris-Dakar (qui se fait maintenant en Amérique du Sud) et le 4L Trophy (un rallye étudiant en 4L). J'ai trouvé une organisation, dont le directeur de course est un ancien du Paris-Dakar, proposant un raid au Maroc pour des voitures anciennes (construites avant 1990). J'ai acheté une 4L, et fait, après un an de préparation, le rallye en mai 2015. La réalisation de ce projet qui me tenait à cœur m'a aidé à tenir pendant l'arrêt-maladie et a motivé la reprise du travail. Une vraie pique d'adrénaline qui m'a permis de passer un cap vers ma guérison. »

3.3. Comprendre les sorties d'emploi

DIFFERENTS FACTEURS ENTRENT EN JEU...

Les pertes de chance induites par le cancer appellent à s'interroger plus en détail sur les facteurs qui déterminent la sortie de (ou le maintien dans) l'emploi. **Quatre grandes familles de déterminants** peuvent être identifiées : les attributs personnels (sexe, âge, statut marital), les attributs physiques du cancer (localisation, pronostic de survie, séquelles), les caractéristiques socio-économiques (niveau d'études, nature du poste occupé, type de contrat, taille de l'entreprise, secteur d'activité, etc.) et les caractéristiques propres à l'entreprise (existence d'aménagements, environnement social). En s'appuyant sur les données de l'enquête VICAN2, l'équipe de chercheurs précitée a estimé l'impact de plusieurs de ces facteurs sur la perte d'emploi des personnes atteintes de cancer deux ans après le diagnostic.

Du côté des attributs personnels, **le sexe semble n'avoir qu'un faible impact** sur la situation professionnelle. En revanche, **un âge avancé accroît les probabilités d'une sortie de l'emploi vers l'inactivité**. Par ailleurs, **les personnes en couple sont davantage susceptibles de perdre leur emploi** que les personnes seules, en raison d'une plus grande sécurité financière assurée par les revenus du conjoint.

Du côté des attributs physiques, il est évident que **la dégradation de la situation professionnelle est positivement corrélée à la sévérité de la maladie**, qui elle-même dépend souvent de la localisation du cancer. Ainsi, 85,5% des personnes avec un mélanome étaient toujours en emploi deux ans après le diagnostic, alors que cette situation n'est observée que pour 38,6% de personnes atteintes d'un cancer du poumon. Plus généralement, la probabilité que les individus dont le pronostic est favorable (80% de chances de survie à cinq ans) conservent leur emploi est

supérieure de deux tiers à celle des individus dont le pronostic est mauvais (20% de chances de survie au plus). Cela s'explique notamment par une plus grande proportion de personnes plus âgées, plus susceptibles de quitter le marché du travail, au sein de cette dernière catégorie.

L'analyse de l'impact des caractéristiques socio-économiques sur la situation professionnelle des personnes atteintes de cancer met en lumière l'existence d'une double-peine. En effet, **la survenue d'un cancer pénalise davantage les personnes les plus défavorisées socialement et économiquement**. Ainsi, un niveau d'études inférieur au baccalauréat accroît le risque de perdre son emploi de 62%. Le fait de réaliser un métier d'exécution (artisans, ouvriers, employés) dégrade les chances de conserver son emploi de 56% par rapport à un métier d'encadrement (professions supérieures et intermédiaires, exploitants agricoles). Parallèlement, les personnes en CDI ont 57% de chances de plus de rester en poste que les personnes titulaires de contrats précaires (CDD, saisonniers, intérimaires, apprentis). Il semblerait que les employés de grandes entreprises et du secteur tertiaire soient davantage susceptibles de rester en poste que leurs homologues employés dans des PME et des TPE des secteurs primaire et secondaire, mais les corrélations ne sont pas suffisamment significatives pour conclure à l'existence d'un effet certain de ces deux variables.

Enfin, **les aménagements d'horaires, de poste ou de temps de travail ainsi qu'un environnement professionnel bienveillant et coopératif favorisent fortement le maintien dans l'emploi**. Ainsi, les employés bénéficiant d'aménagements ont 84% de chances de plus de conserver leur emploi que ceux qui n'en bénéficient pas. A l'inverse, la discrimination perçue sur le lieu de travail multiplie par plus de 3 les chances de sortie d'emploi.



... MAIS CERTAINS SONT PLUS IMPACTANTS QUE D'AUTRES

L'analyse de ces différents facteurs et de leur impact conduit à **trois conclusions principales**.

1. **La perte d'emploi dépend peu des caractéristiques personnelles.** En effet, ces dernières apparaissent secondaires relativement aux trois autres familles de déterminants. Le sexe, en particulier, semble n'avoir aucune influence sur la situation face à l'emploi deux ans après le diagnostic de cancer. Le statut marital est également peu significatif. Seul l'âge accroît fortement le risque d'une sortie d'emploi, en raison notamment de la proximité du départ à la retraite.
2. **Les caractéristiques du cancer ne sont pas indépendantes des caractéristiques socio-économiques.** Les personnes les plus éduquées et les mieux insérées socialement sont davantage sensibles à la prévention et donc sont plus susceptibles de détecter leur cancer à un stade précoce. Or, un dépistage précoce réduit le risque de mortalité et nécessite souvent des traitements moins invalidants, ce qui favorise le maintien dans l'emploi. Les caractéristiques socio-économiques sont donc déterminantes en raison de leur impact sur les caractéristiques physiques du cancer.
3. **Les aménagements de poste et l'environnement au travail sont un puissant levier de maintien dans l'emploi.** Ils ne sont vraiment

corrélés ni à la taille de l'entreprise, ni à la nature du poste occupé. Ainsi, les personnes atteintes de cancer et ayant déclaré n'avoir bénéficié d'aucun aménagement sont moins nombreuses dans les TPE de moins de 10 salariés que dans les entreprises plus grandes. Il n'y a en outre pas de lien apparent entre la taille de l'entreprise et la proportion de salariés malades ne bénéficiant d'aucun aménagement. Même constat pour les catégories socio-professionnelles. Les employés sont davantage susceptibles de recourir au télétravail que les professions intermédiaires et les ouvriers sont plus nombreux à bénéficier d'un aménagement de leur poste que les cadres.²⁰ Cette absence de corrélation s'explique par la grande variété des aménagements possibles. Les instruments existants vont du temps partiel au télétravail en passant par la possibilité d'une reconnaissance de handicap ou d'une mobilité professionnelle. A cela s'ajoutent des pratiques plus informelles comme les dons de jours de congés entre salariés. Enfin, la culture d'entreprise et la solidarité entre collègues sont également indépendantes de la taille de l'entreprise, du secteur d'activité ou du niveau de qualification des salariés. Les aménagements de poste et un environnement encourageant sont donc de puissants leviers de maintien ou de réinsertion dans l'emploi des personnes atteintes de cancer dans la mesure où ils permettent de renverser les déterminismes socio-économiques. Il est encourageant de noter qu'ils apparaissent possibles dans un très large panel de situations.



LE RÔLE DES COLÈGUES ET D'UNE CULTURE D'ENTREPRISE INCLUSIVE DANS LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Le point de vue de Sandra, responsable comptabilité & BAC

Lorsqu'elle apprend que l'un de ses collègues est atteint de cancer, Sandra fait son possible pour conserver le poste et le lien de celui-ci avec l'entreprise.

« Eric [ndlr : le collègue atteint de cancer] est quelqu'un de pessimiste par nature, alors j'ai toujours cherché à avoir un discours rassurant pour l'aider à traverser l'épreuve. Tout le monde avait pris conscience du fait qu'il avait besoin de revenir travailler, qu'il avait besoin de ce côté social. Pour le maintenir, j'ai encouragé tous les collègues qui venaient prendre de ses nouvelles auprès de moi à lui écrire un mail sur sa boîte professionnelle directement. Peu de temps avant sa maladie, j'avais en effet doté Eric d'un téléphone sur lequel il pouvait consulter sa messagerie SNCF. Je prêtais une grande attention à ses dates d'examen et en tenais tout le monde informé. Nous avons aussi fait beaucoup d'efforts – physiques et symboliques – pour lui montrer qu'il était attendu. Nous avons d'abord pris la décision de ne pas le remplacer. Didier [ndlr, le manager d'Eric] et moi-même nous sommes réparti le travail. Cela a été une période vraiment très difficile pendant laquelle j'assurais mes missions ainsi qu'une bonne partie des siennes. Très vite il a aussi fallu gérer des tâches supplémentaires sur le poste d'Éric. Malgré tout cela la productivité a été maintenue ! Je souhaitais qu'à son retour il retrouve ses dossiers en ordre. Au bout de six mois nous avons compris que l'arrêt d'Éric allait durer. Il a fallu prendre une personne en mission sur son poste.

Symboliquement, il était important de laisser le poste d'Éric libre. La seule personne que nous avons installée temporairement sur son bureau est une alternante. Son nom est resté sur l'organigramme tout le long, son mail n'avait pas quitté la liste de diffusion de l'établissement, jamais rien n'a changé à la configuration de son bureau et même le remplaçant temporaire a été installé à l'étage du dessous. Ces efforts ont eu, je pense, un impact significatif sur le mental d'Éric et contribué au succès de sa réintégration. »

LES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS SONT DAVANTAGE PÉNALISÉS QUE LES SALARIÉS

Les conclusions qui viennent d'être tirées s'appliquent en priorité aux travailleurs salariés, qui représentent 87% de l'emploi total. **Les 3 millions de travailleurs indépendants (2 millions sans les travailleurs agricoles) constituent une catégorie à part**, dans la mesure où la nature de leur activité et les spécificités de leur couverture maladie rendent difficile l'accès à un arrêt-maladie. En effet, il est d'une part difficile pour un travailleur indépendant d'être arrêté sans prendre le risque de perdre sa clientèle ou simplement parce que la possibilité de

se faire remplacer est inexistante si le travailleur est seul dans l'entreprise. Ce cas de figure concerne plus de la moitié des indépendants : d'après l'enquête VICAN 2, 41% travaillent avec un membre de leur famille et seuls 30% ont au moins un associé. D'autre part, le montant des indemnités versées en cas de maladie aux travailleurs qui relèvent du Régime Social des Indépendants (RSI) dépend des cotisations sur le revenu d'activité de l'année précédente et est souvent insuffisant pour compenser la diminution du chiffre d'affaires d'une activité dont la pérennité est de surcroît menacée. En outre, la cotisation pour indemnités journalières en cas de maladie est facultative pour les professionnels libéraux. Dans tous les cas, en l'ab-

sence d'auto-souscription d'un contrat de prévoyance volontaire, l'indemnisation en cas de maladie des indépendants est largement insuffisante. Cela explique le faible recours des indépendants à l'arrêt-maladie et leur surreprésentativité dans l'emploi en cas de cancer: **Un indépendant atteint de cancer sur trois, actif au moment du diagnostic n'a pas bénéficié d'un arrêt-maladie, contre environ un salarié sur huit. Parallèlement, le taux de maintien en emploi des indépendants est de 81%, contre 71% pour les salariés** (hors arrêt-maladie de longue durée).

Paradoxalement, **le maintien dans l'emploi des indépendants est pénalisant car il n'existe pas de dispositifs formels d'aménagement du travail** en cas de maladie. Les indépendants ne peuvent par exemple bénéficier du temps partiel thérapeutique, qui leur assure le maintien du revenu par la collectivité en cas d'activité partielle. Un indépendant qui

fait le choix de travailler à temps partiel doit donc presque mécaniquement subir une baisse de son revenu. En plus de cela, il court le risque de perdre une partie de sa clientèle. Ces deux risques – perte de revenu et perte de clientèle – varient selon le type de travail. Si les chefs d'entreprise peuvent éventuellement réussir à adapter leurs horaires et leur charge de travail sans que la pérennité de leur activité soit menacée, ce n'est pas le cas des professions libérales et a fortiori des métiers plus physiques comme les commerçants, les artisans ou les agriculteurs. Pour ces catégories de travailleurs, l'absence de dispositifs d'aménagement du travail se traduit par un maintien forcé dans l'emploi, avec des conséquences en termes de santé potentiellement néfastes. D'après l'enquête VICAN 2, 31% des chefs d'entreprise atteints de cancer et ayant conservé leur emploi trouvent leur travail fatiguant physiquement, contre 53% de libéraux, 62% de commerçants, 80% d'artisans et 93% d'agriculteurs.



LES DIFFICULTES DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS FACE AU CANCER

Le point de vue d'Isabelle, chef d'entreprise

Depuis près de dix ans, Isabelle dirige CCI Productions, une entreprise de fabrication et de conditionnement de cosmétiques pour des marques de prestige. En août 2013, Isabelle a été diagnostiquée d'une forme agressive du cancer du sein. En dépit de sa maladie, elle n'a pas arrêté de travailler.

« Les travailleurs indépendants sont particulièrement fragilisés face au cancer. En fonction de la taille de l'entreprise et du rôle tenu par son dirigeant, l'arrêt de travail induit une perte de confiance des partenaires (clients, fournisseurs, banques) immédiate : le cancer évoque souvent implicitement des problèmes de continuité de l'entreprise.

Diagnostiquée en août 2013 d'une forme agressive de cancer du sein, je n'ai pris aucun jour d'arrêt de travail. En tant que chef d'entreprise, j'ai pu jouir d'une grande liberté dans l'organisation de mes horaires et de mon temps de travail. Mais ce qui est valable pour les chefs d'entreprises de taille moyenne ne l'est pas pour les gérants de microentreprises (comme les commerçants ou les coiffeurs) ou pour les métiers physiquement pénibles. Pour ces personnes, l'arrêt signifie une perte de la clientèle, et donc une perte de revenus. La protection sociale des indépendants est souvent faible. Ils doivent s'auto-assurer en souscrivant des contrats de prévoyance à hauteur de leur capacité financière, et le niveau des cotisations détermine le montant des indemnités versées en cas de maladie. Le coût est souvent trop lourd pour ces entreprises. Le régime social des indépendants (RSI) est une catastrophe et un scandale social. »

Cancer et
emploi :
un combo
gagnant

A la lumière des évolutions thérapeutiques et démographiques, l'entreprise a une responsabilité sociale croissante vis-à-vis de ses salariés atteints de cancer. Concilier cancer et emploi est non seulement possible moyennant l'introduction de plus de flexibilité dans l'organisation du travail, mais c'est aussi une équation économiquement gagnante : cela limite les coûts pour l'entreprise, améliore la qualité de vie des individus concernés et réduit les coûts du cancer pour la collectivité.

4.1. Aménager les conditions de travail des personnes atteintes de cancer est possible et souhaitable

La survenue d'un cancer dégrade significativement et durablement les perspectives professionnelles des individus concernés, alors même que l'état de santé et les aptitudes varient fortement suivant les cas et que les rémissions totales sont plus fréquentes qu'hier. En outre, le risque de perdre son emploi est ressenti par la plupart des malades comme un facteur aggravant de leur état de santé alors que la possibilité de poursuivre l'activité professionnelle a souvent un impact positif sur leur qualité de vie.

Les évolutions thérapeutiques permettent de plus en plus de concilier l'épreuve du cancer avec une activité professionnelle. Les opérations chirurgicales sont moins invasives et porteuses de moins d'effets secondaires ; les nouvelles chimiothérapies sont plus ciblées et administrées par voie orale ; le nombre de séances de radiothérapie est réduit grâce à des appareils plus performants. Les avancées thérapeutiques entraînent ainsi deux évolutions majeures :

- **Des temps de traitement plus courts** grâce à une médecine de précision plus performante : 23 % de l'activité de chirurgie est réalisée en ambulatoire (contre 16,7 % en 2010) majoritairement pour les tumeurs de la peau hors mélanome (62,4 %) suivies de loin par les cancers du sein (13 %) et du col de l'utérus (7,7 %).
- **Des traitements moins invalidants** : En chirurgie de cancer du sein, la chirurgie partielle est plus de deux fois plus fréquente que les mastectomies totales : 51 946 hospitalisations pour mastectomie partielle dont 21,8 % en ambulatoire (contre 15 % en 2013 et 11,9 % en 2012).

L'effet de ces évolutions est déjà perceptible tant sur le maintien dans l'emploi pendant la phase de traitements que sur la reprise de l'activité après un arrêt maladie.

- Parmi les patientes atteintes de cancer et souhaitant continuer à travailler pendant les traitements, près d'un tiers (31%) souhaitent le faire sans interruption (données issues Observatoire Calista lancé à l'initiative du Cercle de Réflexion de l'Oncologie Libérale (CROL) avec le soutien de Roche).
- Bien qu'une minorité de personnes atteintes de cancer déclarent ne plus être en mesure de travailler dans les 4 ans suivant le diagnostic, près de 90% d'entre elles reprennent une activité professionnelle régulière et considèrent que la maladie n'impacte plus leur productivité.²¹ Plusieurs études concernant les personnes atteintes de cancers du sein, de la prostate et des testicules ont montré que l'écart de productivité avec les autres salariés tendent à se réduire deux ans après le diagnostic.²²

A la lumière des évolutions thérapeutiques et démographiques (voir chapitre 1), il semble donc plus que jamais nécessaire de renforcer l'intégration au sein de l'entreprise des salariés atteints de cancer. Certes, le choix de poursuivre et de reprendre leur activité professionnelle appartient à l'individu, sous réserve de validation par un médecin. Néanmoins, il est primordial que la possibilité de continuer à travailler existe pour que la volonté des malades puisse s'exprimer le cas échéant. L'intégration du cancer sur le lieu de travail doit prendre en considération les contraintes liées à la maladie. En effet, tant le traitement que le post-traitement d'un cancer impliquent de

multiples rendez-vous et ne sont pas sans impact sur le mental des individus. Ces contraintes, physiques que psychologiques, peuvent être intégrées efficacement par l'entreprise moyennant un aménagement des horaires, du temps de travail, du poste lui-même, des contraintes de délais ou d'une modification de l'environnement social. Protéiformes, ces aménagements sont un puissant levier de maintien ou de réinsertion dans l'emploi des individus atteints d'un cancer (voir chapitre 3). L'entreprise a donc un rôle à jouer dans un contexte où les évolutions diagnostiques et thérapeutiques ainsi que le recul de l'âge légal de départ à la retraite augmentent le nombre d'actifs touchés par un cancer.

Dans cette partie, **nous évaluons l'impact économique d'un aménagement des horaires du temps de travail permettant un maintien dans l'emploi des salariés atteints de cancer.**

Concernant la durée du travail, trois hypothèses ont été retenues : dans la première, le malade est à même de travailler un tiers du temps, dans la seconde, il peut travailler la moitié du temps et dans la dernière, il est capable de travailler deux tiers du temps. Il s'agit d'hypothèses arbitraires dont l'objectif est d'illustrer l'impact des différents types de cancer.

Deux cas de figure ont été distingués :

1. Le maintien dans l'emploi pendant la phase de traitements ;
2. Le retour en poste après un arrêt de travail.

Dans le premier cas, les trois scénarios de maintien dans l'emploi (1/3 temps, 1/2 temps, 2/3 temps) est comparé à un départ du salarié en arrêt maladie. L'évaluation porte sur une période de 4 mois, ce qui correspond à la durée moyenne d'un arrêt maladie pour cause de cancer.

Dans le second cas, le retour en poste (toujours selon trois scénarios) a été comparé à un licenciement et un remplacement du salarié atteint de cancer. L'évaluation porte sur un an, ce qui correspond à la durée maximale du temps partiel thérapeutique permettant au salarié de travailler à temps partiel sans perte de revenus.

Dans les deux cas de figure, trois critères d'évaluation sont pris en compte : les revenus du salarié malade, la rentabilité pour l'entreprise, le coût pour la collectivité (évalué à l'aune de son coût pour l'Assurance maladie et pour la Sécurité sociale). Le périmètre est celui des travailleurs affiliés au régime général de la Sécurité sociale, qui représentent 87% de l'emploi total. La méthode de calcul et les résultats détaillés figurent en annexes.

4.2. Le maintien dans l'emploi pendant les traitements : une équation économiquement gagnante pour l'individu, pour l'entreprise, pour la collectivité

Au total, un aménagement des horaires de travail permettant à un salarié malade de rester en poste pendant les traitements aurait un effet positif sur les 3 acteurs observés, et cela, quel que soit le temps de travail que le salarié est en mesure de fournir.

LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI EST FINANCIEREMENT AVANTAGEUX POUR L'INDIVIDU

Nous observons la variation des revenus d'un malade, touchant le salaire médian, s'il était autorisé à travailler durant sa période d'arrêt maladie. Pour ce faire, nous comparons le revenu qu'il percevrait en état arrêté au revenu qu'il percevrait s'il pouvait travailler durant ses traitements. Nous ne prenons

pas en considération les éventuels revenus complémentaires versés par la mutuelle car ces derniers varient d'un contrat et d'une mutuelle à l'autre. En conséquence, les pertes évaluées sont surestimées par rapport à la réalité mais permettent de saisir les effets d'une plus grande flexibilité du travail sur les malades n'ayant pas ou peu de compensations financières de la part de leur mutuelle.

Actuellement, les malades perçoivent de la part de l'Assurance Maladie une indemnité journalière (IJ) s'élevant à 50% de leur salaire brut, à laquelle s'ajoute une indemnité complémentaire versée par l'entreprise durant les deux premiers mois de l'arrêt. Celle-ci doit permettre au malade de percevoir 90% de son salaire brut durant le premier

mois et 66% durant le second. Par ailleurs, l'indemnité journalière de l'Assurance Maladie est plafonnée à 55,17 euros pour les personnes percevant un salaire supérieur à 1,8 SMIC (ce qui n'est pas le cas du salaire médian, égal en France à 1 772 euros nets par mois).

Pour un individu touchant le salaire médian, le maintien dans l'emploi pendant la phase de traitements se traduit par un gain net de 85 à 390 euros par mois pendant quatre mois, suivant le nombre d'heures que le salarié est en mesure de fournir.

A noter que le gain financier augmente avec le niveau initial des revenus. Un individu payé au SMIC verrait ses revenus augmenter à partir d'un mi-temps seulement, dans une fourchette comprise entre 50 et 110 euros supplémentaires par mois tandis que pour une personne touchant plus de 3 SMIC, les revenus augmenteraient fortement, entre 265 et 1110 euros par mois, en fonction du nombre d'heures travaillées (le bas de cette fourchette correspond à un tiers temps et le haut à deux tiers temps). Ce différentiel important s'explique par l'existence d'un plafonnement des indemnités journalières versées par l'Assurance-maladie au-delà du salaire médian (1,8 SMIC).

En extrapolant ce résultat au niveau national, les gains pour les personnes nouvellement diagnostiquées chaque année et en état de poursuivre une activité professionnelle pendant leurs traitements s'élèveraient à plus de 37 millions d'euros si elles travaillaient en moyenne un tiers du temps et pourraient atteindre 173 millions d'euros si elles travaillaient deux tiers du temps.

LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI D'UN SALARIE ATTEINT DE CANCER EST PLUS ECONOMIQUE POUR L'ENTREPRISE QUE L'ARRET-MALADIE

Le maintien en poste pendant la période de traitements d'un salarié atteint de cancer, à temps partiel, est plus intéressant pour l'entreprise qu'un arrêt maladie et ce, quel que soit le nombre d'heures de travail que le salarié est en mesure de fournir.

Pour observer l'impact d'un aménagement des conditions de travail sur l'entreprise, nous comparons la rentabilité de chacun des trois scénarios d'aménagement des horaires (1/2 temps, 1/2

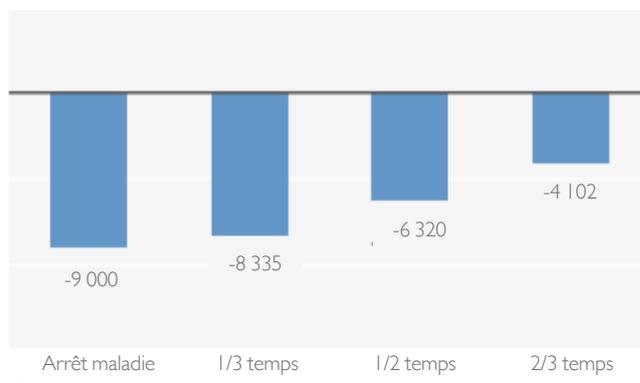
temps, 2/3 temps) avec la rentabilité d'un départ du salarié en arrêt maladie. La rentabilité correspond à la différence entre la productivité du poste et son coût.

Tout arrêt de travail entraîne d'importants coûts de friction pour l'entreprise, qui comprennent notamment le versement d'indemnités complémentaires au salarié arrêté. Dans le même temps, la productivité du poste diminue de 80%²³ en raison de l'absence du salarié et de la réorganisation interne que cette absence entraîne. Au total, la rentabilité nette d'un arrêt de travail lié au cancer est négative : on parle d'un coût de friction net estimé à 9000 € pour un employé au salaire médian.

Le maintien du salarié en poste pendant les 4 mois que dure en moyenne un arrêt de travail lié au cancer entraîne également une rentabilité négative dans la mesure où l'épreuve du cancer induit une baisse de la productivité du salarié malade. Néanmoins, quel que soit le nombre d'heures travaillées, le coût net est toujours inférieur à celui résultant d'un arrêt de travail. Il est évalué en moyenne à 8335 € pour un tiers-temps, à 6320 € pour un mi-temps et à 4898 € pour un deux tiers-temps. Ainsi, les économies générées pour l'entreprise par le maintien du salarié atteint de cancer pendant la période de traitements, par rapport à un arrêt de travail, sont faibles dans le cas d'un tiers-temps (665 € soit 7%), mais commencent à devenir intéressantes à partir d'un mi-temps (2680 € soit 30%) et au-delà (4898€ pour un deux-tiers temps, soit 54%).

Rentabilité du poste pour l'entreprise (en euros)

4 mois suivant le diagnostic ; sur la base d'un salaire médian
Calculs Rinzen, traitement Asterès



En appliquant ces données individuelles aux 144 465 personnes actives diagnostiquées par an ainsi qu'à la totalité des 1 036 167 personnes souffrant d'un cancer et étant en âge de travail-

ler (INCa), dont 76% sont réellement en mesure de le faire (VICAN 2), on obtient une économie totale comprise entre 74 et 491 millions d'euros par an au niveau national, en fonction du nombre d'heures de travail que le salarié est en mesure de fournir. C'est considérable, rapporté au coût total de l'absentéisme lié aux cancers en France (525 millions d'euros par an).²⁴

Ce résultat est confirmé par le Baromètre réalisé en 2016 par Cancer@Work. Près de trois actifs interrogés sur quatre (72%) estiment ainsi qu'un aménagement des temps de travail permettant de concilier maladie et emploi permet à l'entreprise de limiter les coûts. Le taux de réponse augmente en outre significativement lorsque l'on cible les personnes directement concernées, à savoir celles ayant eu un cancer ou dont un proche collègue a été atteint (respectivement 81% et 72%).

LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI A UN IMPACT POSITIF SUR LES FINANCES SOCIALES

L'Assurance Maladie verse des indemnités journalières s'élevant à 50% du salaire brut et plafonnées à 55,17 euros. Si les malades étaient autorisés à travailler durant leur arrêt maladie, ils percevraient un salaire pour leurs heures travaillées et l'Assurance Maladie verserait alors des indemnités journalières pour le temps non travaillé.

Nous faisons l'hypothèse que seuls 76,8% des cas bénéficieraient de l'aménagement. Ce taux correspond à la proportion de personnes toujours en emploi deux ans après le diagnostic (enquête VICAN 2). Nous faisons l'hypothèse réaliste qu'en raison des différences cliniques et physiques des cancers, tous les salariés ne seraient pas en mesure de maintenir une activité professionnelle pendant les traitements. Nous choisissons ce taux comme indicateur de la proportion de salariés en mesure d'être concernés par l'aménagement.

Ainsi, le maintien en poste des salariés atteints de cancer pendant la phase de traitement a un impact positif sur les finances sociales. Les dépenses relatives aux indemnités journalières de l'Assurance Maladie pourraient diminuer de 40% à 77% pour un malade payé au salaire médian. Au total, l'aménagement des conditions de travail permettant aux malades nouvellement diagnostiqués de conserver leur emploi pendant la phase de traitements représenterait une économie de 147 à 283 millions d'euros par an pour l'Assurance maladie. En parallèle, l'embauche éventuelle d'un remplaçant pendant la durée de l'arrêt maladie est sans effet significatif sur les finances sociales dans la mesure où il ne s'agit pas d'un emploi durable. Par conséquent, le maintien en poste des salariés atteints de cancer pendant la période de traitements réduit les coûts directs pour la collectivité.

4.3. Le retour en poste après un arrêt-maladie dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique est une équation économiquement gagnante à partir d'un mi-temps

Le retour en poste d'un salarié atteint de cancer après un arrêt-maladie est une situation économiquement gagnante pour l'individu concerné et pour l'entreprise mais le temps partiel thérapeutique entraîne un surcoût pour l'Assurance-maladie. En agrégeant l'ensemble de ces effets, il apparaît qu'un aménagement du temps de travail est socialement préférable si le salarié atteint d'un cancer travaille au moins à mi-temps. Au-dessous d'un mi-temps, le licenciement et l'embauche d'un nouvel employé reste socialement profitable.

LE RETOUR EN POSTE APRES UN ARRET MALADIE SOUTIEN LES FINANCES DE L'INDIVIDU

De même que le maintien en poste pendant la période de traitements, le retour à l'emploi au temps partiel après un arrêt maladie est financièrement plus confortable que le chômage, y compris dans le cas où le salarié n'est en mesure de travailler qu'un tiers-temps. Cela tient à l'existence d'un « temps partiel thérapeutique », dispositif légal dans le cadre duquel l'Assurance

maladie compense totalement la baisse de revenus pendant un an. Ainsi, un employé au salaire médian bénéficiant du dispositif voit son revenu se maintenir à 21 264 € nets sur l'année, à comparer avec l'allocation chômage annuelle de 15 740 €.

LE RETOUR EN POSTE APRES UN ARRET-MALADIE D'UN SALARIE ATTEINT DE CANCER EST PLUS RENTABLE POUR L'ENTREPRISE QUE L'EMBAUCHE D'UN NOUVEL EMPLOYE

De même, le retour en poste d'un salarié atteint de cancer, après un arrêt de travail, est plus rentable pour l'entreprise que le licenciement et l'embauche d'un nouvel employé. A partir du moment où le salarié atteint de cancer peut effectuer au moins un tiers-temps, et même dans l'hypothèse d'une baisse durable de sa productivité, il est toujours plus intéressant pour l'entreprise de le conserver à son poste.

L'évaluation se concentre sur la première année suivant un arrêt maladie pour un employé au salaire médian. Comme précédemment, sont évaluées les rentabilités de quatre stratégies : licenciement et embauche d'un nouvel employé, maintien du salarié malade à tiers-temps, maintien à un mi-temps et maintien à un deux tiers-temps. Il est considéré que l'employé travaille 228 jours par an, 5 jours par semaine et 7 heures par jour.

La stratégie de licenciement comporte trois types de coûts : le licenciement et l'embauche, la formation, le temps d'adaptation pendant lequel la productivité du nouvel employé est réduite. Dans le détail :

- Concernant le coût d'un licenciement, est retenue l'hypothèse conservatrice d'un coût équivalent à 12 mois de salaire.²⁵
- Les entretiens et la formation d'un nouvel employé représente 17% du salaire annuel, suivant les conclusions de Abowd et Kramarz²⁶ qui ont évalué l'ensemble des coûts relatifs à l'embauche et au licenciement dans l'économie française.
- Enfin, il est estimé que durant le premier trimestre suivant son embauche, un employé est moitié moins productif (48%) qu'un employé déjà intégré dans l'entreprise.²⁷

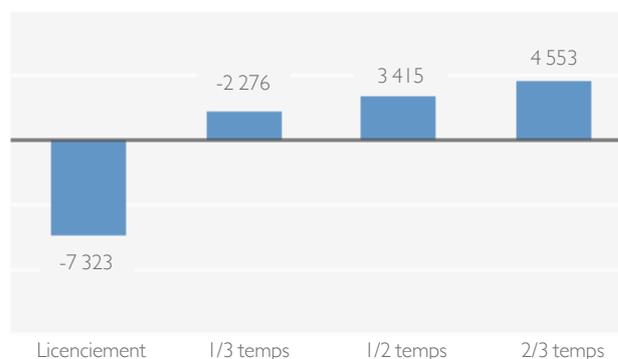
Les coûts relatifs au maintien en poste du salarié atteint de cancer sont principalement composés

des pertes de productivité liés à la maladie. Il a été estimé que la productivité des personnes atteintes de cancer diminue de 12% en moyenne au cours de la première année suivant le retour après un arrêt de travail.²⁸

L'évaluation conclut à un avantage des stratégies de maintien en poste du salarié atteint de cancer. En raison de l'importance des coûts engrangés pendant la première année, la stratégie de licenciement représente une perte nette de 7 323 € pour l'entreprise. A l'inverse, les stratégies d'aménagement restent toutes rentables, car la production reste supérieure aux coûts résultant de la baisse de productivité du salarié lié à la maladie. Dans le détail, la rentabilité du maintien en poste de l'employé s'élève à 2 276 € pour un tiers-temps, à 3 415 € pour un mi-temps et à 4 553 € pour un deux tiers-temps la première année suivant son retour d'un arrêt maladie. Ainsi, lorsque l'employé travaille à tiers-temps, l'entreprise réalise un gain net de 9 599 € en le conservant à son poste par rapport à la situation où elle déciderait de le licencier. Ce gain s'élève à 10 738 € si l'employé est à même de travailler à mi-temps et à 11 876 € dans le cas d'un deux tiers-temps.

Rentabilité du poste pour l'entreprise (en euros)

Pendant la 1^{er} année suivant l'arrêt maladie, sur la base d'un salaire médian
Calculs Rinzen, traitement Asterès



LE RETOUR EN POSTE APRES UN ARRET-MALADIE AUGMENTE LES COUTS DIRECTS DU CANCER POUR LA SOCIETE MAIS REDUIT LES COUTS INDIRECTS

Dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, l'Assurance-maladie compense totalement la baisse de revenus résultant d'un temps partiel, ce qui génère un surcoût pour la collectivité. Ce surcoût diminue logiquement avec le nombre d'heures de travail que le salarié est en mesure de fournir. Il s'élève à 14 176 € si le salarié travaille à tiers-temps, à 10 632 € s'il travaille à mi-temps et à 7 088 € s'il travaille à deux tiers-temps. A l'in-

verse, le départ du salarié atteint de cancer et son remplacement par un nouvel employé est neutre pour les comptes publics. En effet, l'Assurance maladie ne verse rien, et le coût de l'allocation chômage versée par Pôle emploi au salarié licencié est intégralement compensée par l'économie générée par l'embauche du nouvel employé.

Au niveau macroéconomique, le remplacement du salarié atteint de cancer est donc neutre pour la collectivité, tandis que son maintien moyennant un aménagement de ses heures de travail engendre un surcoût pour la collectivité sous forme de versements compensatoires de l'Assurance maladie dans le cadre du dispositif de temps partiel thérapeutique.

Cette conclusion doit cependant être tempérée par les gains qu'entraîne le maintien en poste pour les individus concernés et pour les entreprises les employant. Une fois l'ensemble de ces gains et des coûts pris en compte, le bénéfice social net devient positif à partir d'un mi-temps (mais reste négatif dans le cas d'un

tiers-temps, en raison de l'importance des coûts pour l'Assurance maladie et de la faiblesse des économies pour l'entreprise). Enfin, il convient de prendre en considération l'impact positif du maintien dans l'emploi sur les coûts indirects du cancer, qui représentent 60% du coût global de la maladie (voir chapitre 1). Une partie importante de ces coûts indirects est justement constituée des pertes de production liée aux arrêts de travail. Par ailleurs, il est également probable que le maintien d'une activité professionnelle impacte positivement les chances de guérison et réduise les coûts liés à une mortalité prématurée (autre composante des coûts indirects). Les patients sont en effet nombreux à associer la poursuite d'une activité professionnelle au maintien d'une « vie normale », et donc aux perspectives d'une guérison. Pour le Pr. Guy Vallancien, ancien directeur du département d'urologie de l'Institut mutualiste Montsouris (IMM) et auteur de plusieurs ouvrages sur l'avenir de la médecine, il n'y a pas de doute que le maintien dans l'emploi contribue fortement à la guérison des cancers.²⁹

4.4. Le maintien dans l'emploi génère de la richesse immatérielle pour l'entreprise

L'évaluation quantitative qui précède ne prend pas en compte les aspects qualitatifs du cancer, qui ne sont pas sans conséquence sur le lieu de travail. En effet, l'épreuve du cancer en entreprise peut se révéler bénéfique à d'autres égards. Selon le Baromètre réalisé en 2016 par Cancer@Work, 41% des actifs interrogés déclarent que la maladie a révélé ou accentué chez eux des compétences ou des qualités valorisables sur le plan professionnel. Ces compétences sont principalement d'ordre humain et organisationnel. D'une part, les personnes concernées considèrent que l'épreuve du cancer a renforcé leur sens de l'empathie et

de la communication, leur patience, leur capacité d'écoute et de compréhension de l'autre. D'autre part, elle leur a permis de prendre du recul par rapport à leur travail, de relativiser et de prioriser les tâches.

Par ailleurs, l'aménagement de poste des salariés malades renforce la confiance, la cohésion et l'engagement des équipes selon 78% des actifs interrogés. Le pourcentage monte à 88% et à 85% lorsque l'on s'intéresse aux réponses respectivement des malades eux-mêmes et de leurs collègues proches, autrement dit les personnes ayant été directement concernées par la situation.

LES ACTIFS IMMATERIELS, GENERATEURS DE RICHESSE POUR LES ENTREPRISES

Les actifs immatériels, également appelés « capital immatériel », désignent tous les actifs d'une organisation qui ne sont ni financiers, ni matériels. Malgré une intégration croissante dans les normes comptables des investissements incorporels (logiciels, marques, brevets...), les actifs immatériels restent pour l'essentiel invisibles dans les bilans des entreprises. Pourtant, ils génèrent une part croissante de la valeur des entreprises. En effet, les actifs immatériels sont à l'origine de l'écart grandissant entre les valeurs comptable et boursière des entreprises, qualifié par le terme générique de goodwill.

L'Observatoire de l'immatériel distingue trois catégories d'actifs :

- **Le Capital Humain**, ou « tout ce qui est dans la tête des collaborateurs » (expérience, formation, capacité de direction, relations interpersonnelles, motivation, valeurs, mythe fondateur, etc.)
- **Le Capital Structurel**, ou « tout ce qui reste dans l'entreprise à la fin de la journée » (la gouvernance, les processus, les outils & méthodes, les rituels, la propriété intellectuelle, la communication interne, l'organisation, etc.)
- **Le Capital Relationnel**, ou « tout ce qui relie l'entreprise à son environnement » (les relations avec les actionnaires, les partenaires, les clients, les fournisseurs, la société, la marque, la marque employeur, etc.)

De ces trois catégories d'actifs, **le capital humain est le plus important** car il est à l'origine de tous les autres.

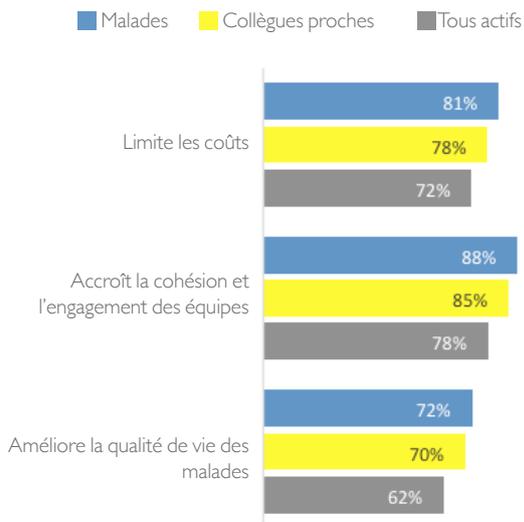
Les actifs Immatériels ne doivent pas être opposés aux actifs matériels de l'organisation dans la mesure où les deux peuvent parfois se recouper. Par exemple, les bureaux font partie de son capital matériel, mais ils peuvent aussi incarner l'entreprise et faire ainsi partie de sa marque.

Or, l'empathie et le sens de l'écoute sont des qualités de plus en plus associées au leadership, de même que la motivation et la cohésion des équipes constituent de plus en plus le socle de la performance d'une organisation. Ces qualités liées aux hommes et aux femmes qui la composent – appelées « capital humain » - constituent le cœur de sa richesse immatérielle de l'entreprise. Cette richesse est à l'origine de la création de valeur mais elle reste encore mal appréhendée par la comptabilité traditionnelle. Le bilan d'un grand restaurant fera état de ses équipements, de son local, de ses commandes de produits. Pour autant, sa valeur reposera davantage sur la qualité du chef, le savoir-faire et l'expérience de ses cuistots, l'organisation du service et la fraîcheur des ingrédients utilisés. Les actifs immatériels génèrent une part majoritaire et croissante de la valeur des entreprises 30 et représentent plus de 80% de la richesse nationale (Banque mondiale).

Cette éthique professionnelle centrée sur l'humain n'est pas née au XX^e siècle, mais les évolutions socio-économiques en cours lui confèrent une ampleur nouvelle. Hier, les marchandises avaient des cycles de vie plus longs (dix ans pour une 2CV, par exemple), la production était plus régulière, plus standardisée et l'obéissance des travailleurs sous l'autorité d'un chef constituait le cœur de la productivité. Aujourd'hui, le curseur a changé. Dans une économie où les marchandises ont des cycles de vie de plus en plus court car les goûts des consommateurs changent rapidement, une économie où la technologie permet une plus grande personnalisation des produits, les nouvelles clefs de la performance sont la créativité, l'imagination, l'agilité et l'adaptabilité. Ces qualités ne peuvent pleinement s'exprimer que dans un environnement soucieux du bien-être des individus. La transformation de l'économie et le passage à une « économie de la connaissance » dans laquelle les principaux facteurs de richesse sont immatériels (savoir, créativité, agilité) ont remis au goût du jour et avec une acuité nouvelle le paternalisme industriel : prendre soin de ses collaborateurs est bon pour l'entreprise. Une gestion active des maladies chroniques sur le lieu de travail a donc toute sa place au sein d'une politique des ressources humaines, au même titre que la formation, la diversité ou la mobilité.

L'ACCOMPAGNEMENT DES EMPLOYÉS ATTEINTS DE CANCER PAR L'ENTREPRISE...

Source : Baromètre Cancer@Work 2016



LES APPORTS DU CANCER AU TRAVAIL

Source : Baromètre Cancer@Work 2016

Réponses des actifs ayant eu un cancer au cours de leur carrière à la question « Quelles compétences ou qualités valorisables sur le plan professionnel la maladie a-t-elle accentué ? »

La taille des mots est proportionnelle au nombre de fois où ils ont été cités.



CANCER EN ENTREPRISE, LES MANAGERS TEMOIGNENT

Le point de vue d'Agnès, directrice d'établissement adjointe et DRH, et de Didier, directeur de la production

Agnès était directrice de l'Etablissement Commercial Trains (ECT) de Bordeaux, et Didier son directeur de la production, lorsqu'un cas de cancer s'est déclaré dans l'entreprise. Partant de leur gestion de ce cas spécifique, ils donnent leur point de vue sur la survenue d'un cancer sur le lieu de travail et le rôle de l'entreprise dans l'accompagnement de salariés.

Agnès

« Il ne faut pas opposer cancer et performance. C'est vrai dans les grandes entreprises, qui ont les moyens d'intégrer le malade en aménageant ses horaires ou son poste. C'est vrai aussi dans les petites entreprises, où la survenue d'un cancer peut être l'occasion de requestionner l'organisation et de recentrer les missions du poste. Par ailleurs, l'accompagnement des salariés dans l'épreuve du cancer (et plus généralement) crée une bienveillance dans les équipes et accroît l'attachement à l'entreprise. Ces valeurs humaines que révèle la survenue d'un cancer concourent à plus de performance. A l'inverse, une équipe qui ne sait pas intégrer quelqu'un qui est malade se prive de cette dimension humaine et donc d'un potentiel de performance supplémentaire. Lorsque je fais passer un entretien d'embauche, les valeurs et les qualités humaines constituent 50% des critères. »

Didier

« L'entreprise doit accompagner ses salariés dans la maladie, ça ne doit pas relever uniquement de la médecine du travail. Il faut faire du cas par cas, mais c'est aussi le boulot du manager de savoir gérer ses équipes, y compris dans la maladie, en tout cas lorsqu'il a des leviers pour ce faire. Il faut entretenir des échanges réguliers avec le salarié malade, anticiper son retour, travailler avec ses équipes et aménager le poste selon les besoins. L'accompagnement des salariés est indispensable. Il y a eu une grande mobilisation, y compris au niveau de la direction, autour du cas d'Eric. Les retours très positifs que j'ai ensuite reçus m'ont surpris, car pour moi c'était la moindre des choses. C'est décevant de constater que ça reste l'exception et non la règle. Dans l'entreprise, une situation comme la survenue d'un cancer révèle plein de choses de la personnalité des gens, permet de mieux connaître les équipes, savoir qui est capable de quoi (...) »

Cancer et
emploi : tour
d'horizon
international
des pratiques
existantes

Les aménagements – de poste, de temps de travail ou d’horaires – sont un puissant levier de maintien ou de retour dans l’emploi. Une réflexion sur le sujet est en train d’émerger au niveau européen mais les pratiques restent disparates selon les Etats. En France, la loi ne prévoit pas d’incitations à mettre en place les dispositifs existants, mais des initiatives individuelles prennent forme dans les entreprises.

5.1. La protection de l’emploi des personnes atteintes de cancer dans l’Union européenne

Le cancer ne fait pas l’objet d’une législation spécifique au niveau de l’Union européenne. La protection, sur le plan professionnel, des actifs atteints de cancer entre dans le champ plus large de la non-discrimination sur le lieu de travail pour cause de handicap. Deux tendances se distinguent cependant des évolutions survenues au cours des dernières années. La première est celle d’une distinction croissante entre d’un côté les maladies chroniques (et plus spécifiquement le cancer) et de l’autre le handicap. La seconde est celle d’une « activation » de la législation, autrement dit le passage de mesures passives de protection à des mesures actives de maintien ou de réinsertion dans l’emploi de personnes fragilisées.

VERS UNE PLUS GRANDE SPECIALISATION DES POLITIQUES SOCIALES EUROPEENNES

Le cadre général de la protection sur le plan professionnel est posé par la Directive sur l’égalité de traitement en matière d’emploi adoptée par le Conseil européen en 2000.³¹ La directive interdit toute discrimination dans les domaines de l’emploi, de la formation professionnelle et des activités syndicales fondée sur la religion ou les convictions, le handicap ou l’orientation sexuelle. Son article 5 dispose que l’employeur est tenu de prendre des mesures appropriées pour permettre à une personne handicapée d’accéder à un emploi, de l’exercer ou d’y progresser, sauf si ces mesures imposent à l’employeur une charge disproportionnée. La notion d’« aménagements raisonnables » est ainsi introduite dans le droit européen. La directive a joué un rôle central dans la protection des personnes handicapées sur le marché du travail : leur discrimination est désormais légalement interdite dans l’ensemble des Etats membres.

L’ambiguïté juridique quant au champ de la directive ne permet pas d’y inclure automatiquement le cancer. A l’occasion d’une affaire consistant à savoir si une absence prolongée pour cause de maladie

bénéficiait d’une protection au titre de la directive 2000/78/CE, la Cour de justice de l’Union européenne (CJUE) a déclaré que la maladie n’était pas couverte par la législation en question. A l’occasion de cette affaire, la CJUE a défini le handicap comme « une limitation résultant d’incapacités physiques, mentales ou psychologiques et qui empêche la personne concernée de prendre part à la vie professionnelle ». Si la maladie n’entre pas dans le champ de la directive, force est de constater que la définition englobe de nombreux cas de cancer, où une limitation effective du fait des traitements empêche les personnes en question de prendre part à la vie professionnelle en l’absence d’aménagements spécifiques. Du fait de cette ambiguïté, la directive a donné lieu à différentes interprétations lors de sa transposition dans les Etats membres (voir ci-dessous).

Les spécificités des personnes atteintes de maladies chroniques par rapport à celles souffrant d’un handicap ont impulsé des initiatives davantage centrées sur les premières. En décembre 2010, le Conseil de l’Union européenne a ainsi invité les Etats membres et la Commission à engager un processus de réflexion sur les maladies chroniques. En octobre 2013, la Commission a rendu le rapport final³² dans lequel elle souligne entre autres l’importance de permettre aux patients de prendre activement part à la vie sociale et professionnelle. Un autre exemple est l’Action concertée sur les maladies chroniques (Joint Action on Chronic Diseases, ou JA-CHRODIS) mise en place dans le cadre du programme santé 2014-2017 de l’UE. L’initiative réunit plus de 70 représentants des institutions de santé issus des Etats membres dans l’objectif d’identifier et d’échanger les bonnes pratiques en matière de gestion des maladies chroniques. S’agissant spécifiquement du cancer, l’action concertée CANCON entre également dans le cadre du programme santé 2014-2017 de l’UE. Elle vise à améliorer la qualité de la lutte contre le cancer dans les pays européens à travers 9

groupes de travail thématiques. Le 8e, piloté par l'INCa, est consacré à l'après-cancer et notamment à la problématique de l'emploi. Un autre exemple est le programme « Public health and work : Promoting healthy work for employees with chronic illness », élaboré par le Réseau Européen pour la promotion de la santé au travail (ENWHP). Le programme vise à faire connaître les meilleures pratiques en matière de maintien dans l'emploi de travailleurs souffrant de maladies chroniques et en matière de leur réintégration. Un guide de ces bonnes pratiques a été publié en 2012.

VERS UNE ACTIVATION DES POLITIQUES SOCIALES EUROPEENNES

On distingue généralement deux types de politiques de protection sociale selon qu'elles sont passives ou actives. Les premières consistent à interdire la discrimination et à indemniser les personnes cibles tandis que les secondes visent à inciter les personnes à rester ou à se réinsérer dans la vie active et à les accompagner dans ce processus. La tendance est à un passage d'une politique de protection passive vers des politiques plus actives. Elle se traduit par exemple par l'abandon progressif du financement de programmes de pré-retraite ou par l'obligation d'effectuer des démarches actives de retour à l'emploi pour bénéficier de prestations sociales. Cette évolution découle de la philosophie générale de l'Union européenne selon laquelle la prospérité économique et sociale passe par l'accroissement de la participation au marché du travail des personnes fragilisées. Elle tient également à des raisons économiques : le contexte

prolongé de faible croissance et de chômage élevé exerce des pressions financières accrues sur les systèmes sociaux avec pour double effet mécanique une hausse des allocations et une baisse des recettes. Enfin, s'agissant spécifiquement des personnes souffrant de maladies chroniques comme le cancer, les séquelles induites par un isolement social prolongé peuvent constituer un facteur aggravant de leur état de santé.

Ainsi, les recommandations européennes en matière de handicap contiennent de plus en plus de mesures « actives », à l'instar de la stratégie européenne pour le handicap 2010-2020 dont l'un des 8 objectifs est l'emploi des personnes concernées. Tant la Commission que le Conseil européen appellent les Etats membres à mettre en place des politiques actives d'inclusion des personnes éloignées du marché du travail (respectivement en 2008³³ et en 2015³⁴).

Dans les pays membres, le passage à des politiques plus actives n'en est toutefois qu'à ses débuts et la protection sociale prend essentiellement la forme d'une indemnisation dans la plupart des pays européens. 95% des dépenses de protection sociale sont encore affectées à des politiques passives, excepté en Allemagne, en Norvège, aux Pays-Bas et au Danemark, qui allouent plus de 10% de leurs dépenses à des politiques actives.³⁵ Cette relative inertie tient notamment à un nombre croissant de personnes touchées par la pauvreté et/ou par l'exclusion sociale dans un contexte d'accroissement des inégalités, et au besoin de les indemniser

5.2. La protection de l'emploi des personnes atteintes de cancer dans les pays européens : une grande disparité

DES DIFFERENCES DE PROTECTION ENTRE LES PAYS MEMBRES

L'ambiguïté juridique au niveau européen autour de la notion de handicap a laissé une grande liberté de transposition aux Etats-membres. Cela a conduit à des politiques de protection des personnes atteintes de cancer très différentes selon les pays. Certains, comme le Royaume-Uni, l'Irlande ou la Suède, consi-

dèrent le cancer comme un handicap et la situation des malades concernés entre mécaniquement dans le champ de législation anti-discrimination. D'autres reconnaissent le cancer comme un handicap mais à certaines conditions, par exemple une limitation d'au moins 50% de ses capacités (Allemagne). D'autres encore disposent de lois spécifiques pour les maladies chroniques. C'est le cas de l'Italie, de la Grèce, ou de la Bulgarie.

En théorie, il n'existe pas de voie meilleure qu'une autre. Les travailleurs atteints de cancer sont par exemple très bien protégés au Royaume-Uni, où ils entrent dans le champ des lois anti-discrimination pour handicap, mais également aux Pays-Bas où la reconnaissance de handicap n'est pas automatique et en Italie où le cancer fait l'objet de dispositions spécifiques. En pratique, cependant, il existe peu d'interventions centrées sur le cancer. Les travailleurs qui en sont atteints sont donc mieux protégés dans les pays où le cancer est associé à un handicap.

Une analyse comparée des systèmes de protection en vigueur dans une sélection de pays occidentaux (voir annexe 2) a fait ressortir deux modèles principaux : le modèle libéral et le modèle social.

- Le modèle libéral consiste en une faible protection légale sur le plan professionnel, où le licenciement d'un travailleur malade est possible sous certaines conditions peu contraignantes. Ce modèle s'applique en Suisse, aux États-Unis, au Canada, et dans une certaine mesure en Allemagne. Peu de dispositifs d'accompagnement des travailleurs existent généralement dans le modèle libéral.
- Le modèle social consiste au contraire en une forte protection face à l'emploi des travailleurs malades, et de nombreux dispositifs d'accompagnement pour favoriser leur maintien ou leur réintégration dans l'emploi après un arrêt maladie. Ce modèle s'applique dans les pays scandinaves, au Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Irlande (s'agissant du cancer) et dans une certaine mesure en Belgique.

Trois pays tiennent une place à part entre les modèles libéral et social : le Danemark, la France et l'Espagne. Le Danemark a opté pour ce qu'on appelle la « flexi-sécurité » : les travailleurs n'y sont pas protégés sur le plan du licenciement, mais par un accompagnement actif en cas de perte d'emploi. La France et l'Espagne disposent au contraire d'une forte protection juridique des travailleurs face à l'emploi, mais de faibles dispositifs de réintégration par rapport au modèle social.

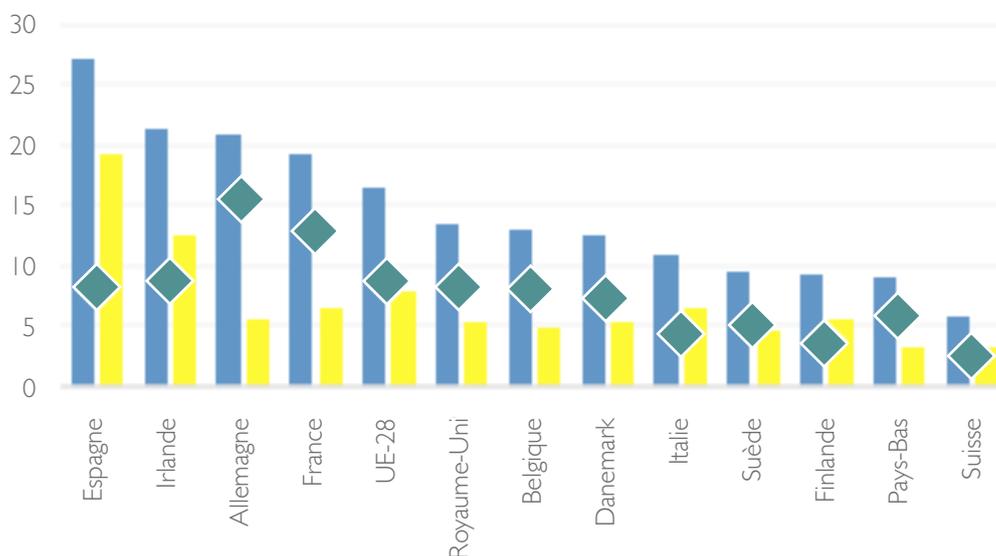
A en juger par les taux de chômage des travailleurs souffrant d'une limitation pour des raisons de santé, aucun des deux modèles n'est supérieur à l'autre. Dans tous les pays étudiés, les taux de chômage de cette catégorie de travailleurs sont supérieurs à ceux observés dans la population générale, avec un écart variant de 3 points de pourcentage (Suisse) à 16 (Allemagne).

Dans les pays à tendance libérale, l'écart est minimisé grâce à l'existence d'incitations au retour à l'emploi, qui prennent souvent la forme d'une faible sécurité sociale publique comme (Suisse, États-Unis, Canada). L'Allemagne, qui associe une relative flexibilité sur le marché du travail et un système social généreux, est le pays à enregistrer l'écart le plus important entre le taux de chômage des personnes ayant une invalidité et la population générale.

Dans les pays à tendance sociale, l'écart est minimisé par l'existence de politiques actives de maintien et/ou de réintégration dans l'emploi. Ces dernières prennent des formes variées. Il peut s'agir de programmes d'aide publics et multidimensionnels à destination des employés concernés par la maladie, à l'image de ce qui existe au Royaume-Uni, en Finlande ou au Danemark. Depuis 2002 et l'institution d'une responsabi-

TAUX DE CHOMAGE DES PERSONNES AYANT UNE INCAPACITE OU UNE LIMITATION POUR RAISONS DE SANTE, COMPAREE LA POPULATION GENERALE, DANS QUELQUES PAYS D'EUROPE DE L'OUEST

15-64 ans, 2011. Les taux sont exprimés en % et l'écart en points de %.
Source : Eurostat, Labour Force Survey (LFS)



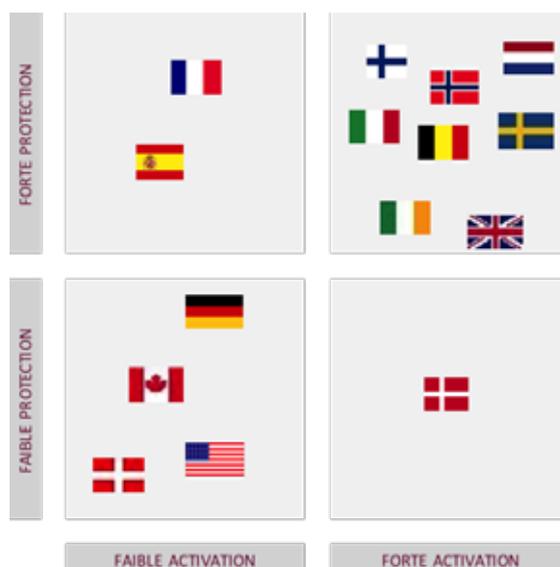
lité partagée entre l'employeur et l'employé dans les cas où un cancer survient, les Pays-Bas disposent d'un protocole que les deux parties sont tenues de suivre, appelé Gatekeeper Law. Un processus similaire existe en Suède. Un autre type de politique couramment mobilisé est l'incitation financière au maintien dans l'emploi, qui prend la forme de subventions versées à l'employeurs. Tous ces pays ont mis en place une forme de subvention : réduction sur les primes d'assurance des employés concernés (Pays-Bas), aides financières pour la mise en place d'aménagements (Pays-Bas, Suède, Irlande), subventions à l'emploi de personnes ayant une invalidité en général (Suède, Norvège, Irlande ou dans des entreprises sociales (Finlande, Belgique). L'Italie tient une place à part. Elle est plus proche de la France et de l'Espagne que des pays d'Europe du Nord, mais sa spécificité est d'avoir mis en place des dispositifs spécifiquement centrés sur les maladies

chroniques (voire le cancer), comme la possibilité de rapidement transformer un contrat à temps plein en un contrat à temps partiel ou encore l'existence de congés exceptionnels et substantiels pour les patients comme pour leurs proches.

Deux pays se distinguent par l'existence d'un écart significatif, et supérieur à la moyenne des pays observés, entre les taux de chômage de personnes souffrant d'invalidité et le reste de la population : la France et l'Allemagne. Comme expliqué ci-dessus, l'écart allemand est à imputer à l'existence d'une couverture sociale généreuse non compensée par la faiblesse relative des dispositifs d'accompagnement vers l'emploi. La problématique est similaire en France, où une forte protection de l'emploi se conjugue à une absence d'incitations à user des dispositifs de maintien dans l'emploi pourtant inscrits dans la loi.

TYPOLOGIE DES SYSTEMES DE PROTECTION DES EMPLOYES ATTEINTS DE CANCER DANS UNE SELECTION DE PAYS OCCIDENTAUX

Réalisation Asterès



LE CAS DE LA FRANCE : DES POLITIQUES A ACTIVER

Le système français associe une forte protection sociale à une faible activation des politiques de maintien ou de réinsertion dans l'emploi des employés malades. La protection se traduit d'un côté par une indemnisation généreuse de l'arrêt-maladie longue durée, tant en montant (50% du salaire, auxquels s'ajoutent les versements de la mutuelle) qu'en durée (jusqu'à 3 ans), d'un autre côté par des conditions contraignantes de licenciement. La législation française interdit tout licenciement pour des raisons de santé. L'employeur peut mettre fin au contrat d'une personne malade dans deux cas. Le premier est l'inaptitude de l'employé à

continuer de travailler. Le licenciement pour inaptitude n'est possible qu'en l'absence de reclassement possible ou si la proposition de reclassement est refusée par l'employé. Deuxièmement, un licenciement est possible si les absences prolongées mettent l'entreprise en difficulté. Dans les deux cas, la procédure est celle d'un licenciement pour motif personnel et l'employeur est tenu de verser les indemnités réglementaires. L'employé peut en outre contester la décision devant le juge.

S'agissant du maintien et/ou de la réintégration dans l'emploi, une littérature législative abondante existe en France contrairement à la plupart des pays européens, qu'ils soient de tendance libérale ou sociale. Concrètement, la loi prévoit plusieurs

dispositifs permettant aux travailleurs de concilier cancer et emploi :

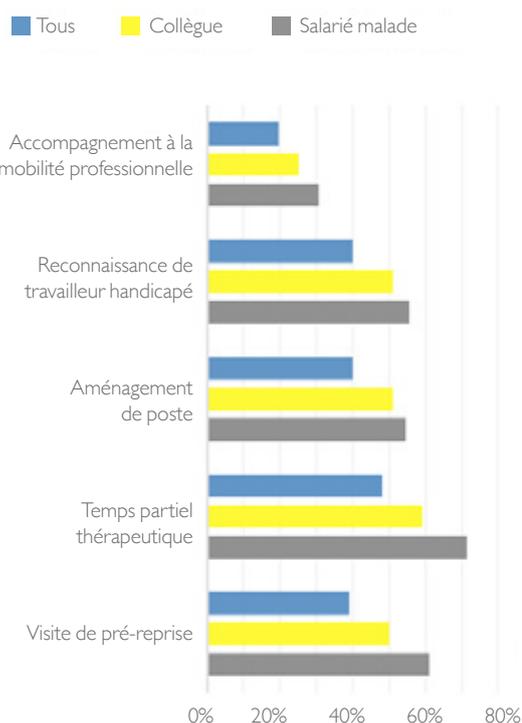
- Le code de la sécurité sociale prévoit qu'au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, le médecin conseil en liaison avec le médecin traitant peut solliciter le médecin du travail pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix.
- Le code de la sécurité sociale prévoit la possibilité d'instaurer un temps partiel thérapeutique, d'une durée variable jusqu'à un an maximum. C'est le dispositif le plus connu et le plus utilisé à ce jour. Il doit être prescrit par le médecin traitant, et obtenir l'accord du médecin-conseil de la Sécurité sociale ainsi que de l'employeur. Il doit en outre être impérativement précédé (directement ou indirectement) d'un arrêt de travail indemnisé à temps complet. Pendant ce temps partiel thérapeutique, le salarié perçoit son salaire au prorata des heures travaillées, complété par des indemnités journalières versées par l'Assurance-maladie. Aucune disposition réglementaire ne prévoit les modalités pratiques du temps partiel thérapeutique, qui relèvent de la négociation entre l'employeur et son salarié.
- Si l'arrêt de travail dépasse 90 jours, le salarié (ou son médecin traitant, avec son accord) a le droit de solliciter une visite de pré-reprise avec son médecin du travail afin de préparer son retour dans l'entreprise. Le médecin évalue les aptitudes professionnelles du malade, et conseille l'employeur sur les éventuels aménagements qui peuvent être mis en place. En vertu de l'article L4624-1 du Code du travail, le médecin du travail «est habilité à proposer [à l'employeur des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes. [...] L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.»
- Enfin, le malade peut demander une reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) auprès de la maison départementale des personnes handicapées. La RQTH s'adresse à toute personne dont les capacités physiques ou mentales se trouvent limitées par un handicap. Elle ouvre droit à des avantages tels

qu'ils résultent des textes protégeant les personnes handicapées sur le marché du travail, dont notamment la possibilité de bénéficier d'aménagements des horaires et du poste de travail (financés par l'Agefiph).

Malgré leur inscription dans la loi, les dispositifs restent méconnus par plus d'un Français sur deux. D'après le Baromètre 2016 de Cancer@Work, 57% des salariés atteints de cancer souhaiteraient avoir davantage d'informations concrètes sur ces dispositifs. En raison de cette méconnaissance, ils restent peu utilisés. D'après le Dispositif d'Observation pour l'Action Sociale (DOPAS 2015), seul un travailleur atteint de cancer sur quatre a bénéficié d'une visite de pré-reprise, un sur cinq a eu recours au temps partiel thérapeutique et un sur vingt a obtenu une reconnaissance de travailleur handicapé. 36 La méconnaissance des dispositifs tient à un manque d'information des employeurs et des salariés ainsi qu'à une coordination perfectible entre les différents praticiens qui interviennent dans la prise en charge des cancers (s'agissant notamment de l'implication du médecin du travail). Une autre raison est l'absence de responsabilité de l'employeur et d'incitations visibles à maintenir l'employé en poste, à l'inverse d'autres pays européens. Une piste d'amélioration serait donc de renforcer les dispositifs existants en s'inspirant des bonnes pratiques en vigueur dans les pays voisins.

CONNAISSANCE DES DISPOSITIFS DE MAINTIEN OU DE REINTEGRATION DANS L'EMPLOI EN FRANCE

Source : Baromètre Cancer@Work 2016



5 axes de
propositions
pour concilier
cancer et
emploi

L'épreuve du cancer est souvent triplement pénalisante pour les personnes qui la traversent : médicalement, socialement et économiquement. Les sorties d'emploi qu'elle génère ont un coût social important alors même que les avancées diagnostiques et thérapeutiques permettent de plus en plus souvent de poursuivre une activité professionnelle, y compris pendant la phase de traitement. Ces mêmes avancées, jointes aux évolutions démographiques et au recul de l'âge de départ légal à la retraite, font qu'un nombre toujours plus grand d'actifs est confronté au cancer.

Notre étude montre que faire de la volonté de certains malades de poursuivre une activité professionnelle et donc de concilier cancer et emploi est possible et souhaitable : cela améliore la qualité de vie des malades et leur niveau de revenus, réduit les coûts pour les entreprises, et pour la Société.

En nous appuyant sur les résultats mis en avant dans l'étude, nous formulons une série de propositions concrètes pour favoriser et faciliter le maintien dans l'activité des personnes malades. La philosophie générale qui guide nos propositions est que, pour faire face à la diversité des situations, **la plus grande flexibilité est requise.**

Nos propositions se structurent autour de **cinq axes : décroisonner, unifier, sensibiliser, informer et inciter.**

I. Décloisonner les mondes de l'entreprise et de la santé

Un actif malade, c'est deux acteurs impliqués : le monde de la santé et le monde de l'entreprise. Leurs champs d'action sont certes différents mais se doivent d'être complémentaires et de se centrer avant tout sur les besoins des personnes. L'ensemble des parties prenantes qui entoure le patient : les équipes soignantes, d'assistance sociale, le service de santé au travail, les managers opérationnels, les directions des ressources humaines, doivent pouvoir, tout en respectant le secret médical, échanger, se concerter, afin d'accompagner le maintien et le retour au travail.

Pour répondre au besoin d'information et d'accompagnement des personnes malades, nous proposons un élargissement des missions des **infirmiers coordonnateurs**. Créés par le Plan Cancer II et devenus **infirmiers cliniciens** sous le Plan Cancer III, leur rôle actuel est de coordonner le parcours de soins du malade en assurant notamment la liaison ville-hôpital. **Nous proposons d'élargir leurs missions au contact des services de santé au travail et des responsables des ressources humaines** afin de tenir ceux-ci informés de l'évolution de l'état de santé du patient et de lancer la réflexion autour des aménagements qui lui permettraient de reprendre son activité. Ce nouveau rôle serait inscrit dans la nomenclature des actes et se traduirait à ce titre par une revalorisation des revenus des infirmiers cliniciens.

Il nous semble également important de valoriser les savoirs, les compétences et qualités des patients et de leur entourage proche, acquises dans l'expérience de vie de la maladie. Certains patients développent des connaissances, notamment sur le parcours de soins, à même de les rendre plus autonomes face à la maladie au quotidien, et pouvant s'avérer utiles pour d'autres patients. Ces patients experts représentent des ressources potentielles à même d'accompagner efficacement, sous condition de formation, les nouveaux patients ou leur entourage personnel et professionnel. **Nous proposons donc l'organisation d'une réflexion sur la reconnaissance de l'expertise et la formation de patients experts ainsi que la création de nouveaux métiers, rémunérés dans lesquels cette expertise pourrait s'exercer.** Cette démarche aurait le double avantage d'aider les usagers au quotidien et de créer de l'emploi à destination notamment d'anciens malades que la maladie a éloignés de l'emploi.

2. Unifier les régimes de protection sociale, simplifier les dispositifs légaux de maintien dans l'emploi - les rendre identiques pour tous

Dans un contexte de fractionnement croissant des parcours professionnels et de montée du travail indépendant, il est urgent d'engager une réflexion sur un droit de l'actif, quelle que soit sa situation, face à l'emploi. Cela implique notamment d'harmoniser les régimes de protection sociale afin de permettre une plus grande égalité des chances face à la maladie. En effet, l'indemnisation en cas de maladie des 3 millions de travailleurs indépendants est aujourd'hui largement insuffisante et aucun dispositif formel n'existe pour leur permettre de diminuer la charge de travail pendant les traitements. Tout arrêt de travail s'accompagne d'une précarisation financière, doublée d'un risque de perte de clientèle, tandis que le maintien forcé dans l'emploi génère une grande fatigue physique qui peut agir négativement sur l'état de santé. Il en va de même pour les agriculteurs, les professions libérales, dirigeants de TPE, PME ou ETI. **Nous proposons une harmonisation des régimes de protection sociale autour du régime général.**

3. Améliorer l'accès à l'information des personnes concernées : malades, aidants proches, collectif de travail et collectif de santé

Des dispositifs permettant une plus grande flexibilité dans l'emploi existent (temps partiel thérapeutique, visite de pré-reprise, mise en invalidité, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé...) mais restent peu connus et peu mobilisés.

Il est important que dès l'annonce du diagnostic et la formalisation du programme personnalisé de soins (PPS), les malades et les aidants puissent accéder à une information dédiée aux problématiques professionnelles de la part des équipes soignantes ou des infirmiers. Les PPS contiennent bien un volet social mais il nous semble essentiel que celui-ci soit renforcé et prioritairement axé sur les dispositifs d'accompagnements de maintien dans l'emploi et de retour à l'emploi.

Les assistant(e)s de service social (ASS) sont également des personnes clés au coeur de l'hôpital pour conseiller et mettre à disposition une information claire et adaptée aux problématiques de chacun : interlocuteurs à disposition au sein de l'hôpital, dispositifs légaux, association spécialisées, hotline dédiée ... **Nous proposons que l'offre à disposition des assistants de service social en matière d'information aux problématiques professionnelles soit structurée, renforcée et prioritairement mise à disposition.**

L'entreprise a également un rôle à jouer dans la diffusion d'information à destination des malades, des aidants mais également des managers, des RH... **L'offre d'accompagnement, au même titre qu'une convention collective, doit être facilement accessible et les interlocuteurs clairement identifiés.**

4. Poursuivre les actions de sensibilisation au sein du monde du travail et responsabiliser les entreprises

Le baromètre Cancer@Work a révélé en 2016 que le cancer est encore tabou en entreprise pour 55 % des actifs vs 77 % en 2013. Cette évolution va dans le bon sens mais n'est pas encore satisfaisante. Nombre de malades et aidants proches craignent ou ressentent une mise à l'écart, le poids des regards qui changent, l'incompréhension de l'entourage professionnel. Ces comportements sont la plupart du temps le résultat d'une peur et d'une méconnaissance de la maladie, des traitements, des effets et de

impacts au quotidien. Face à cette situation, il est nécessaire de mettre en place des actions de sensibilisations régulières à destination des employeurs et plus largement des actifs. L'objectif, lever les tabous et faire que la maladie, la fragilité existe dans l'entreprise.

C'est depuis 2012, l'objectif que s'est fixée l'association Cancer@Work. 1er club d'entreprises sur le sujet cancer, maladies chroniques et travail, Cancer@Work développe des actions autour de 4 grandes missions :

- **MOBILISER les entreprises autour de la charte Cancer@Work et OUVRIR le dialogue dans l'entreprise**

Rassembler toujours plus d'entreprises autour de la charte Cancer@Work et ainsi sensibiliser un nombre croissant de salariés grâce à une méthodologie basée sur une approche d'intelligence collaborative entre dirigeants, managers et salariés.

- **PARTAGER les bonnes pratiques**

Offrir aux entreprises et à l'ensemble des parties prenantes du sujet une place de partage, de réflexion et d'échanges au moyen de rencontres thématiques annuelles : colloque, atelier de coconstruction, petit déjeuner.

- **MESURER les avancées**

Qualifier, quantifier et suivre l'évolution de l'intégration du cancer dans l'entreprise via un outil de mesure d'impact, le baromètre Cancer@Work. Conçu comme un outil de mesure et de pilotage à destination des acteurs du monde du travail, de la santé et de la protection sociale, le baromètre Cancer@Work analyse les attentes de la population active à l'égard des entreprises, ainsi que l'impact de la maladie sur la vie professionnelle.

- **SOUTENIR le plus grand nombre**

Développer des actions solidaires d'insertion et de réinsertion des personnes fragilisées par un cancer et valoriser les initiatives de reconversion professionnelle via des jobs dating.

Pour que demain, dans le monde du travail, le cancer, la maladie ne soit plus un tabou, **nous invitons toutes les entreprises, quelque soit leur taille, leur secteur, à rejoindre les membres de Cancer@Work et signataires de la charte Cancer@Work et à agir pour leurs propres salariés. Aujourd'hui, grâce aux actions menées par Cancer@Work, plus de 320 000 salariés ont été sensibilisés, et nous nous sommes fixés comme objectif d'atteindre le seuil de 1 million de salariés sensibilisés en 2018.**

5. Inciter les employeurs à engager une démarche d'accompagnement professionnel de leurs salariés atteints de cancer

Le maintien en poste n'est pas toujours possible. En effet, les séquelles et les contre-indications qu'imposent parfois des traitements lourds ne sont pas toujours compatibles avec les possibilités d'aménagement qu'offrent les entreprises. Dans ces situations, un reclassement peut être envisagé, moyennant formation. **Nous proposons qu'une partie des fonds de la formation professionnelle soit dirigée vers les reclassements des travailleurs atteints de cancer et de maladie chronique**, à l'image de ce qui existe au sein des OPCA pour d'autres cas spécifiques (ex : dispositifs de formation jeunes ou seniors chez Opcalia).

Les organismes en charge de la formation professionnelle, conseillés par Cancer@Work, seraient chargés de mettre en place de tels dispositifs (OPCA pour les salariés, fonds d'assurance formation pour les travailleurs indépendants).

NOTES ET RÉFÉRENCES

¹ Cnamts, Rapport charges et produits pour l'année 2017 (données 2014).

² Cnamts, op.cit.

³ Luengo-Fernandez, J. Leal, A. Gray, R. Sullivan, Economic burden of cancer across the European Union : a population-based cost analysis, *The Lancet Oncology*, 2013. Dans le cas français, cette étude sous-estime les coûts directs induits par le cancer pour l'Assurance-maladie, puisqu'elle trouve un coût total de 16 milliards d'euros en 2009

⁴ N. Bouzou, Un accès équitable aux thérapies contre le cancer, Fondapol, février 2014

⁵ R. Neumann, Cancer Research, Publication Analysis 1998-2009, publié dans *Labtimes* en janvier 2012

⁶ INCa, Rapport scientifique / 2014-2015

⁷ Il existe en la matière des marges d'amélioration. Voir par exemple Cour des comptes, La prévention des conflits d'intérêts en matière d'expertise sanitaire, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, mars 2016 ou encore P. Benkimoun, « Recherche clinique et financement privé : les liaisons dangereuses », *Les Tribunes de la Santé* 2010/3 (n°28)

⁸ Fondation ARC, Les révolutions de la recherche sur le cancer, 15 années de progrès, 12 défis pour l'avenir, 2014

⁹ Eurostat

¹⁰ Wilking, Jönsson, Högberg, Justo, Comparator Report on Patient Access to Cancer Drugs in Europe, IHE Report 2016 :4, IHE, Lund

¹¹ Fondation ARC, 100% Recherche n°5, Moins soigner pour mieux guérir, décembre 2015

¹² Temel JS et al., Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer, *New English Journal of Medicine*, 2010

¹³ INCa, La vie deux ans après un diagnostic de cancer. De l'annonce à l'après-cancer, juin 2014

¹⁴ Pour plus de détail, voir A. Paraponaris, L. Sagaon Teyssier, V. Seror, A. Tison, « Situation professionnelle deux ans après le diagnostic de cancer » dans l'étude présentant les résultats de la dernière enquête VICAN, juin 2014

¹⁵ IRDES, La survenue du cancer : effets de court et moyen termes sur l'emploi, le chômage et les arrêts-maladie, document de travail n°65, avril 2015

¹⁶ F. Munir, J. Yarker, H. McDermott, « Employment and the common cancers : correlates of work ability during or following cancer treatment », *Journal of Occupational Medicine*, September 2009

¹⁷ Enquête DOPAS sur l'impact social du cancer, menée de mars à juillet 2013 auprès de 2 156 personnes atteintes de cancer

¹⁸ Voir par exemple J.A. Bennett, P. Brown, L. Cameron, L.C. Whitehead, D. Porter, K.M. McPherson, Changes in employment and household income during the 24 months following a cancer diagnosis, *Support Care Cancer*, 2008 ; ainsi que B. Ferrell, M. Grant, G.M. Schmidt, M. Rhiner, C. Whitehead, P. Fonbuena, S.J. Forman, The meaning of quality of life for bone marrow transplant survivors, Part I. The impact of bone marrow transplant on quality of life, *Cancer Nursing*, 1992

¹⁹ Voir J.R. Peteet, Cancer and the meaning of work, *General Hospital Psychiatry*, 2000 ; et E.R. Spelten, M.A.G. Sprangers, J.H.A.M. Verbeek, Factors reported to influence the return to work of cancer survivors : a literature review. *Psychooncology*, 2002

- ²⁰ Baromètre Cancer@Work 2013, « Cancer et travail, comment lever les tabous »
- ²¹ Short PF, Vasey JJ & Tunceli K (2005), Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors, *Cancer*, 103(6) : 1291-920
- ²² Bradley CJ et al. (2004), Employment and Cancer : Finding from a longitudinal study of breast and prostate cancer survivors », *Cancer Investigation*, 25(1) : 47-54
- ²³ F. Amalric F, Analyse économique des coûts du cancer en France. Impact sur la qualité de vie, prévention, dépistage, soins, recherche, INCa 2007
- ²⁴ Cette hypothèse est fondée sur les résultats de Syse et al. qui observent qu'en Norvège, pays proche du plein emploi, les employés atteints d'un cancer voient leurs salaires diminuer de 12% en moyenne. Or, ce pays étant proche du plein emploi, le salaire reflète la productivité des employés (A. Syse, S. Tretli, O. Kravdal, Cancer's impact on employment and earnings : a population-based study from Norway, *Journal of Cancer Survivorship*, 2, 2008
- ²⁵ <http://www.doingbusiness.org/data/exploretopics/labor-market-regulation>
- ²⁶ Abowd JM & Kramarz F (2003), *ibid.*
- ²⁷ Silva JI & Toledo M (2009), Labor Turnover Costs and the Cyclical Behavior of Vacancies and Employment, *Macroeconomic Dynamics*, 13(1) : 76-96.
- ²⁸ Nous retenons ici les conclusions de Lavigne et al. (2008) sur une étude portant sur des femmes atteintes d'un cancer du sein ainsi que les résultats, identiques, observés par Yabroff et al. (2004) à partir d'une étude portant sur la population américaine. Lavigne et al. (2008), Hot flashes, fatigue, treatment exposures and work productivity in breast cancer survivors, *Journal of Cancer Survivorship*, 2(4) : 296-302 ; Yabroff et al. (2004), Burden of Illness in Cancer Survivors : Findings from a Population-Based National Sample, *Journal of the National Cancer Institute*, 9(17) : 1322-30.
- ²⁹ Nous avons discuté du sujet avec le Pr. Vallancien lors d'un entretien informel en janvier 2017
- ³⁰ Voir par exemple l'étude d'EY (ex-Ernst & Young) pour Transaction Advisory Services, Capital immatériel : son importance se confirme, janvier 2008
- ³¹ Directive européenne 2000/78/EC du conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail
- ³² http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/reflection_process_cd_final_report_en.pdf
- ³³ Commission recommendation 2008/867/EC of 3 October 2008 on the active inclusion of people excluded from the labour market
- ³⁴ Proposal for a Council Recommendation on the integration of the long-term unemployed into the labour market, september 27, 2015
- ³⁵ S.J. Tamminga SJ, A.G. de Boer, J.H. Verbeek, T. Taskila, M.H. Frings-Dresen, Enhancing return-to-work in cancer patients, development of an intervention and design of a randomised controlled trial, *BMC Cancer*, 2010
- ³⁷ Dispositif d'Observation de l'Action Sociale, Campagne de collecte 2015, rapport final

Annexes

ANNEXE I

EVALUATION DE L'IMPACT ECONOMIQUE DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES SALAIRES ATTEINTS D'UN CANCER PENDANT LA PHASE DE TRAITEMENT

L'évaluation porte sur trois critères : les revenus des malades, la rentabilité pour les entreprises et les coûts pour l'Assurance Maladie.

REVENUS DES MALADES

Nous observons la variation des revenus des malades s'ils étaient autorisés à travailler durant leur période d'arrêt maladie. Pour ce faire, nous comparons les revenus qu'ils perçoivent actuellement durant leur période d'arrêt et les revenus qu'ils percevraient s'ils pouvaient travailler durant leur traitement. Nous ne prenons pas en considération le fait que les malades puissent obtenir des revenus complémentaires de la part de leur mutuelle car ces derniers varient d'un contrat et d'une mutuelle à l'autre. En conséquence, les pertes évaluées sont surestimées par rapport à la réalité mais permettent de saisir les effets d'une plus grande flexibilité du travail sur les malades n'ayant pas ou peu de compensations financières de la part de leur mutuelle.

Actuellement, les malades perçoivent de la part de l'Assurance Maladie une indemnité journalière (IJ) s'élevant à 50% de leur salaire brut, à laquelle s'ajoute une indemnité complémentaire versée par l'entreprise durant les deux premiers mois de l'arrêt. Celle-ci doit permettre au malade de percevoir 90% de son salaire brut durant le premier mois et 66% durant le second. Par ailleurs, l'indemnité journalière de l'Assurance Maladie est plafonnée à 55,17 euros pour les personnes percevant un salaire supérieur à 1,8 SMIC. Aussi, nous distinguons 3 cas, représentant 3 malades percevant des revenus s'élevant au SMIC, à 2 SMIC et à 3 SMIC. Nous observons aussi l'impact sur une personne étant rémunérée au salaire médian (1 772 euros net).

Nous étudions l'impact de l'aménagement des conditions de travail sur une période de 4 mois car il s'agit de la durée moyenne d'arrêt maladie pour les personnes atteintes d'un cancer. Bien que cette durée varie selon le type de cancer et le sexe du malade, nous conservons une valeur moyenne.¹

Concernant la durée du travail, nous retenons 3 hypothèses : dans la première, le malade est à même de travailler un tiers du temps de son arrêt, dans la seconde, il peut travailler la moitié du temps et dans la dernière, il est capable de travailler deux tiers du temps. Il s'agit là d'hypothèses arbitraires dont l'objectif est d'illustrer l'impact des différents types de cancer.

Ainsi, nous appliquons la formule suivante :

$$\begin{cases} \Delta \text{Revenus} = [4W \cdot L_t + (1 - L_t)W_{ij}] - (0,9W + 0,66W + 2,05W_{ij}) \\ W_{ij} = \min\{30 \cdot W ; 30.55,17\} \end{cases}$$

Où W est le salaire mensuel et L_t la durée de travail sur la période d'arrêt (1/3, 1/2 ou 2/3). La première partie de l'équation représente le revenu après aménagement du temps de travail et la seconde représente la situation actuelle, dans laquelle le malade touche 90% de son salaire le premier mois, puis 66% le second puis 50% durant les deux derniers mois.

Après avoir observé l'impact individuel, nous agrégeons les résultats au niveau national. Pour ce faire, nous nous fondons sur les chiffres fournis par l'Institut National du Cancer² et analysons l'impact en termes de revenus sur les 144 465 personnes actives diagnostiquées par an ainsi que sur la totalité des 1 036 167 personnes souffrant d'un cancer et étant en âge de travailler. Suivant les études sur données françaises, nous considérons que seules 76,8% de ces personnes seront réellement en mesure de travailler.³

Nous appliquons la formule suivante :

$$\Delta \text{Revenus nationaux} = 0,768 \cdot \text{Pop. atteinte} \times \Delta \text{Revenus}$$

Où, $\Delta \text{Revenus}$ est la variation moyenne du revenu pour un individu payé au salaire médian

¹ La durée d'un arrêt varie de 90 à 135 jours pour les femmes et de 68 à 102 jours pour les hommes. Voir : Barnay T et al. (6 décembre 2013) "L'impact causal de la survenue du cancer sur le parcours professionnel : l'apport des données administratives", 35ème Journées des Economistes de la Santé Française.

² Institut National du Cancer (2015) Les cancers en France, 2014, INS.

³ INCa (2014) "La vie deux ans après un diagnostic de cancer", Etudes et enquêtes.

RENTABILITE POUR L'ENTREPRISE

Pour observer l'impact d'un aménagement des conditions de travail sur l'entreprise, nous comparons le coût de l'absentéisme résultant d'un arrêt maladie et les coûts et bénéfices d'un aménagement.

Le coût de l'absentéisme est évalué par les coûts de friction. Durant la période de friction, dont le coût moyen en France est de 9 000 euros pour un arrêt maladie de 120 jours, la productivité du poste du malade diminue de 80% (20% du travail pouvant tout de même être effectué par les autres employés de l'entreprise).⁴ Pour déterminer l'impact d'un aménagement des conditions de travail, nous comparons ce manque à gagner aux coûts et bénéfices qu'impliquerait la conservation de l'employé malade au sein de l'entreprise durant son arrêt maladie. Nous reprenons les trois hypothèses de temps de travail (1/3, 1/2 et 2/3) et faisons l'hypothèse qu'un employé atteint d'un cancer subit une baisse de productivité moyenne de 12%.⁵ A partir de ces résultats, il est possible d'évaluer l'impact sur la productivité et sur les coûts de l'entreprise. Avant l'arrêt maladie – période t_0 – la rentabilité de l'employé est approximée par la différence entre sa productivité y_0 et son coût, c'est-à-dire son salaire W_0 , considéré comme le salaire médian en France.

Durant l'arrêt maladie – période t_A – la productivité baisse de 80%, devenant $0,2y_0$ et le coût de l'employé est représenté par les indemnités complémentaires ICJ que l'entreprise doit lui verser. Ainsi, l'écart de gains (Y) entre les deux périodes, sur une durée de 4 mois (un arrêt moyen) est donnée par :

$$Y_{t_0} - Y_{t_A} : \quad y_0 - 4 \cdot W_0 = 9000 + (0,2y_0 - ICJ)$$

On peut donc déterminer la productivité moyenne y_0 et définir la rentabilité d'une organisation flexible – période t_1 – durant laquelle l'employé malade peut travailler durant un certain temps L_t dans l'entreprise avec une productivité réduite de 12% : $Y_{t_1} : \quad 0,88y_0 \times L_t - W_0 \times L_t$

Dès lors, la rentabilité d'un aménagement par rapport à la situation actuelle se définit ainsi : $\Delta Y = \frac{Y_{t_1} - Y_{t_A}}{Y_{t_0} - Y_{t_A}}$

L'effet national est ensuite calculé en multipliant les résultats individuels par le nombre annuels de nouveaux cas, compte tenu du fait que seule une partie des malades sont en mesure de travailler. Suivant les observations de la situation des malades 2 ans après leur diagnostic, nous retenons l'hypothèse que 76% des nouveaux cas peuvent travailler : **Gains de productivité** = $Y_{t_1} - Y_{t_A}$

Ce résultat doit s'apprécier à la lumière des coûts actuels liés aux arrêts maladies concernant les cancers en France. Ces derniers étant estimés à 525 millions d'euros par an,⁶ un résultat proche des conclusions concernant d'autres pays.⁷ Au niveau européen, l'absentéisme résultant du cancer s'élève à 9,43 milliards par an.⁸

COUT POUR L'ASSURANCE-MALADIE

L'Assurance Maladie verse des indemnités journalières s'élevant à 50% du salaire brut et plafonnées à 55,17 euros. Si les malades étaient autorisés à travailler durant leur arrêt maladie, ils percevraient un salaire pour leurs heures travaillées ($W_0 \cdot L_t$) et l'Assurance Maladie verserait alors des indemnités journalières (I_j) pour le temps non travaillé ($I_j = I_{j_0} \cdot (1 - L_t)$).

Nous faisons l'hypothèse que les malades sont payés au salaire médian et que seuls 67% des cas bénéficieraient du nouveau système.

⁴ Ibid.

⁵ Cette hypothèse est fondée sur les résultats de Syse et al. qui observent qu'en Norvège, pays proche du plein emploi, les employés atteints d'un cancer voient leurs salaires diminuer de 12% en moyenne. Or, ce pays étant proche du plein emploi, le salaire reflète la productivité des employés. Voir : Syse A, Tretli S & Kravdal O. (2008) "Cancer's impact on employment and earnings : a population-based study from Norway", Journal of Cancer Survivorship, 2:149-158.

⁶ Amalric F (dir.) (2007) Analyse économique des coûts du cancer en France, coll. Etudes et Expertises, Institut National du Cancer. Une étude similaire en Australie évalue la perte à 1286 dollars par semaine, résultant principalement du temps perdu par la direction pour réorganiser chaque jour l'emploi du temps des employés devant remplacer le malade. Voir : Access Economics (2007) Cost of Cancer in NSW, Cancer Council ed.

Une autre étude réalisée sur la population polonaise évalue la perte totale à 1,5 milliards d'euros par an. Voir : Macioch T & Hermanowski T. (2011) "The indirect costs of cancer-related absenteeism in the workplace in Poland", Journal of Occupational and Environmental Medicine, 53(12): 1472-77.

⁷ Le coût de productivité d'un arrêt maladie d'un personne atteinte d'un cancer s'élève à plus de 8 100 euros en Irlande. Voir Hanly P et al. (2012) "Breast and Prostate Cancer Productivity Costs: A comparison of the Human Capital Approach and the Friction Cost Approach", Value in Health, 15: 429-36. Le coût de l'absentéisme pour une femme atteinte d'un cancer du sein aux Etats-Unis est estimé à 6 157 dollars par an. Voir Fu A, Chen L Sullivan S & Christiansen N. (2011) "Absenteeism and short-term disability associated with breast cancer", Breast Cancer Research and Treatment, 130(1): 235-42.

⁸ Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A & Sullivan R. (2013) "Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis", Public Health, 14(12): 1165-74.

GAINS DE REVENUS POUR UN MALADE TRAVAILLANT 1/3 DU TEMPS D'UN ARRÊT DE 120 JOURS

	Salaire net (1 mois)	Indemnités (4 mois)	dont IJ	dont entreprise	Perte de revenus	Revenus en temps aménagé	dont salaire	dont IJ	Gain net	Gain net mensuel
SMIC	1128	3563	2893	649	948	3497	1504	1993	-65	-16
2SMIC	2256	4144	3310	834	4879	5288	3008	2280	1143	286
3SMIC	3384	5732	3310	2422	7803	6792	4512	2280	1059	265
Salaire médian	1772	4303	3310	992	2784	4643	2362	2280	339	85

GAINS DE REVENUS POUR UN MALADE TRAVAIL 50% DU TEMPS D'UN ARRÊT DE 120 JOURS

	Salaire net (1 mois)	Indemnités (4 mois)	dont IJ	dont entreprise	Perte de revenus	Revenus en temps aménagé	dont salaire	dont IJ	Gain net	Gain net mensuel
SMIC	1128	3563	2893	649	948	3751	2256	1495	187	47
2SMIC	2256	4144	3310	834	4879	6222	4512	1710	2077	519
3SMIC	3384	5732	3310	2422	7803	8478	6768	1710	2745	686
Salaire médian	1772	4303	3310	992	2784	5254	3544	1710	951	238

GAINS DE REVENUS POUR UN MALADE TRAVAILLANT 2/3 TEMPS D'UN ARRÊT DE 120 JOURS

	Salaire net (1 mois)	Indemnités (4 mois)	dont IJ	dont entreprise	Perte de revenus	Revenus en temps aménagé	dont salaire	dont IJ	Gain net	Gain net mensuel
SMIC	1128	3563	2893	649	948	4004	3008	996	441	110
2SMIC	2256	4144	3310	834	4879	7156	6016	1140	3011	753
3SMIC	3384	5732	3310	2422	7803	10164	9024	1140	4431	1108
Salaire médian	1772	4303	3310	992	2784	5865	4725	1140	1562	391

ECONOMIES REALISEES PAR LES ENTREPRISES LORS D'UN MAINTIEN EN EMPLOI, PAR RAPPORT A UN ARRÊT DE TRAVAIL, D'UN EMPLOYÉ AU SALAIRE MÉDIAN

	1/3 temps	50% du temps	2/3 temps
Gains de productivité nets	7%	29%	51%
Economies moyennes par employé par an	665	2680	4898
Economies totales	73 809 700	297 554 130	491 298 553
Variation des coûts	-13%	-50%	-89%

VARIATION DES INDEMNITES VERSEES POUR UN MALADE TRAVAILLANT 1/3 DU TEMPS

	net	IJ	IJ avec aménagement	Economies	Variation
SMIC	1128	2893	1993	603	21%
2SMIC	2256	3310	2280	1978	60%
3SMIC	3384	3310	2280	3482	105%
Salaire médian	1772	3310	2280	1332	40%

VARIATION DES INDEMNITES VERSEES POUR UN MALADE TRAVAILLANT 50% DU TEMPS

	net	IJ	IJ avec aménagement	Economies	Variation
SMIC	1128	2893	1495	857	30%
2SMIC	2256	3310	1710	2912	88%
3SMIC	3384	3310	1710	5168	156%
Salaire médian	1772	3310	1710	1944	59%

VARIATION DES INDEMNITES VERSEES POUR UN MALADE TRAVAILLANT 2/3 DU TEMPS

	net	IJ	IJ avec aménagement	Economies	Variation
SMIC	1128	2893	996	1110	38%
2SMIC	2256	3310	1140	3845	116%
3SMIC	3384	3310	1140	6853	207%
Salaire médian	1772	3310	1140	2555	77%

ANNEXE 2

EVALUATION DE L'IMPACT ECONOMIQUE DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES SALARIES ATTEINTS D'UN CANCER APRES UN ARRÊT MALADIE

L'évaluation se concentre sur la première année suivant l'arrêt maladie. Afin de comparer la rentabilité des deux stratégies, il est nécessaire de formuler des hypothèses générales sur la productivité des personnes atteintes d'un cancer. Nous considérons que la productivité des personnes atteintes d'un cancer diminue de 12% au cours de la première année suivant le diagnostic.⁹

A partir de ces hypothèses, nous évaluons la rentabilité d'un aménagement du temps de travail sur 12 mois pour une personne payée au salaire médian et nous comparons cette stratégie à celle consistant à licencier la personne malade. Dans les deux cas, nous évaluons l'impact après une période d'arrêt maladie. La stratégie de licenciement comporte deux coûts : le licenciement et l'embauche ainsi que la formation du nouvel employé. Concernant le coût d'un licenciement, nous retenons l'hypothèse conservatrice d'un coût équivalent à 11,8 semaines de salaire.¹⁰ Sur le coût de formation d'un nouvel employé, nous retenons les conclusions de Abowd et Kramarz qui évaluent l'ensemble des coûts relatifs à l'embauche et au licenciement dans l'économie française.¹¹ Ces derniers observent que le coût de formation s'élève à 17% du salaire annuel (coûts des entretiens et de la formation). Enfin, suivant Silva et Toledo (2009), nous considérons que durant le premier trimestre suivant son embauche un employé est moitié moins productif (48%) qu'un employé déjà intégré dans l'entreprise.¹²

Pour comparer ces deux stratégies, nous considérons que l'employé travaille 228 jours par an, 5 jours par semaine et 7 heures par jour.

Stratégie 1. Aménagement

Pour évaluer la rentabilité de cette stratégie, nous considérons que le temps de travail de l'employé atteint d'un cancer (L_t) est fixe sur l'année. La baisse de productivité réduit la production horaire (y) de 12%. Ainsi la rentabilité horaire du travail est : $y(1 - 12\%) - w$, avec w le salaire médian horaire.

En prenant l'hypothèse de 228 jours de travail annuel, le nombre d'heures annuelles travaillées (A) est 228 (jours) \times 7 (heures) et le nombre d'heures mensuelles travaillées (M) est 19 (jours) \times 7 (heures). Le nombre d'heure hebdomadaires (S) est de 5 (jours) \times 7 (heures).

La rentabilité sur 12 mois de l'aménagement des horaires d'un employé atteint d'un cancer est alors :

$$L_t \times A [y(1 - 12\%) - w]$$

Stratégie 2. Licenciement et embauche

Nous considérons que l'entreprise licencie et embauche un nouvel employé dès la fin de l'arrêt maladie. Le coût du licenciement s'élève à 11,8 semaines de salaire, soit $11,8 \times S \times w$.

Durant les trois premiers mois suivant l'embauche, la productivité du nouvel employé représente 48% de celle des autres employés et le coût de la formation représente 17% de son coût salarial. Ainsi, sa rentabilité horaire est $48\% \times y - (1 + 17\%)w$. Au bout de trois mois la productivité devient identique à celle des anciens employés mais le coût de la formation se poursuit sur les 5 mois suivant. Sa rentabilité est alors de $y - (1 + 17\%)w$. Durant les 4 derniers mois de l'année, l'employé a une rentabilité équivalente à celle des anciens employés : $y - w$.

La rentabilité sur 12 mois d'un licenciement de l'employé atteint d'un cancer et de son remplacement

$$3. M[48\% \times y - (1 + 17\%)w] + 5. M[y - (1 + 17\%)w] + 4. M(y - w) - [11,8 \times S \times w]$$

⁹ Nous retenons ici les conclusions de Lavigne et al. (2008) sur une étude portant sur des femmes atteintes d'un cancer du sein ainsi que les résultats, identiques, observés par Yabroff et al. (2004) à partir d'une étude portant sur une population américaine. Lavigne JE et al. (2008) "Hot flashes, fatigue, treatment exposures and work productivity in breast cancer survivors", *Journal of Cancer Survivorship*, 2(4): 296-302; Yabroff R et al. (2004) "Burden of Illness in Cancer Survivors: Findings from a Population-Based National Sample", *Journal of the National Cancer Institute*, 9(17): 1322-30.

¹⁰ Nous nous fondons ici sur l'indicateur du Doing Business, bien que d'autres sources considèrent plutôt que le coût d'un licenciement en France équivaut à 60% du salaire annuel. Voir l'étude de Abowd JM & Kramarz F. (2003) "The Costs of Hiring and Separations", *Labor Economics*, 10:499-530. <http://www.doingbusiness.org/data/exploretopics/labor-market-regulation>.

¹¹ Abowd JM & Kramarz F. (2003), *ibid.*

¹² Silva JJ & Toledo M. (2009) "Labor Turnover Costs and the Cyclical Behavior of Vacancies and Employment", *Macroeconomic Dynamics*, 13(1): 76-96.

I. Résultats

La comparaison des deux stratégies met en évidence la supériorité d'un aménagement du temps de travail sur le licenciement et l'embauche d'un nouvel employé. A partir du moment où l'employé atteint d'un cancer peut effectuer au moins un tiers-temps, et même dans l'hypothèse d'une baisse durable de sa productivité, il est plus rentable pour l'entreprise de le conserver à son poste plutôt que de le licencier et de former un nouvel employé. Le tableau suivant présente les résultats de l'étude comparative sous différentes hypothèses de temps de travail.

Lorsqu'un employé travaille à tiers-temps, l'entreprise réalise un gain net de 9 599 euros en le conservant à son poste par rapport à la situation où elle déciderait de le licencier. Ce gain s'élève à 11 876 euros si l'employé est à même de travailler deux-tiers temps.

RENTABILITE COMPAREE DE L'AMENAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL ET DU LICENCIEMENT

	Licenciement	Aménagement		
		Tiers-temps	Mi-temps	Deux-tiers temps
Rentabilité	-7 323	2 276	3 415	4 553
Gains (€)		9 599	10 738	10 738

Il convient aussi de rappeler que ces résultats doivent être considérés comme des gains à minima car le coût du licenciement est sous-estimé par rapport aux conclusions des études économiques faites sur la France, ce qui implique que la rentabilité de la stratégie de licenciement et d'embauche pourrait être encore plus faible.

2. Impact sur l'employé atteint d'un cancer

Le versement de l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) dépend de la durée d'affiliation de la personne ayant perdu son emploi ainsi que de son salaire. Concernant les personnes de moins de 50 ans, la durée d'indemnisation est égale à la durée d'emploi si cette dernière est comprise en 4 mois et 2 ans. Il n'y a pas d'indemnisation si la durée d'emploi a été inférieure à 4 mois. Par ailleurs, la durée d'indemnisation est plafonnée à 2 ans. Cette durée est plafonnée à 3 ans pour les personnes ayant entre 50 et 62 ans au moment de la rupture du contrat et peut être prolongée jusqu'à ce que les conditions nécessaires à l'ouverture d'une retraite à taux plein soient remplies pour les personnes ayant plus de 62 ans.¹³

Concernant le montant brut d'ARE, il est composé d'une partie fixe s'élevant à 11,76 euros par jour et d'une partie variable égale à 40,4% du salaire journalier de référence. Au total ce montant ne peut être inférieur à 57% et supérieur à 75% du salaire journalier de référence.

Nous considérons une personne non cadre payée au salaire médian (1 772 euros net par mois). Son salaire journalier de référence, à partir duquel est calculé son ARE, s'élève à 75,65 euros (2 301 euros brut x 12 mois / 365 jours), soit une ARE de 43,12 euros. Cette personne reçoit alors une allocation annuelle de 15 740 euros, ce qui représente une perte de 5 814 euros par rapport à sa situation de salariée, soit une perte de revenus de 26%.

En revanche, si son temps de travail est aménagé et que sa rémunération est proportionnelle au temps de travail effectué dans l'entreprise, son salaire annuel s'élève à 7 088 euros pour un tiers-temps, 10 632 euros pour un mi-temps et 14 176 euros pour un deux-tiers temps. Néanmoins, son revenu total dépend de la compensation versée par l'Assurance Maladie :

- Si l'Assurance Maladie compense totalement la baisse de revenus annuels, le salarié perçoit une compensation de 14 176 euros pour un tiers-temps, 10 632 euros pour un mi-temps et 7 088 euros pour un deux-tiers temps.

¹³ Voir : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1447>

- Si l'Assurance Maladie ne compense que partiellement la baisse de revenus annuels, afin que la personne atteinte d'un cancer conserve un revenu équivalent à celui qu'elle aurait touché si elle avait été licenciée, le montant des compensations s'élève à 8 562 euros pour un tiers temps, 5 108 euros pour un mi-temps et 1 564 euros pour un deux-tiers temps.

3. Impact sur les dépenses de l'Assurance Maladie et de Pôle Emploi

L'impact de l'aménagement du temps de travail sur les revenus d'un employé atteint d'un cancer dépend de la compensation versée par l'Assurance Maladie. En conséquence, il convient d'évaluer la rentabilité d'un aménagement du point de vue de la dépense publique. Pour ce faire, nous comparons les montants versés par Pôle Emploi en cas de licenciement aux compensations versées par l'Assurance Maladie si un aménagement du temps de travail est mis en place. Dans un premier temps, nous évaluons les coûts directs de ses deux stratégies en étudiant uniquement les dépenses induites par la personne atteinte d'un cancer. Dans un second temps, nous prenons en considération le fait qu'en cas de licenciement, le nouvel employé embauché était auparavant indemnisé par Pôle Emploi. Deux situations sont à envisager : dans la première, la personne embauchée pour remplacer la personne licenciée n'était pas indemnisée par Pôle Emploi. Dans ce cas, seule la situation de la personne atteinte d'un cancer a un impact sur les dépenses publiques et son licenciement représente un coût net pour Pôle Emploi.

3.1. Impact direct des deux stratégies

Nous nous concentrons ici uniquement sur les coûts directs des deux stratégies. Ainsi, seule la situation de la personne atteinte d'un cancer a un impact sur les dépenses publiques.

Comme expliqué précédemment, l'allocation annuelle versée par Pôle Emploi (AREA) pour un salarié non cadre rémunéré au salaire médian s'élève à 15 740 euros.

Dans le cas d'un aménagement du temps de travail, nous retenons deux hypothèses :

- L'Assurance Maladie compense totalement la baisse de revenus résultant de l'aménagement du temps de travail. Ainsi, pour un temps partiel L_t et un salaire annuel w_A , elle verse : $(1-L_t) w_A$

Afin d'évaluer l'impact sur les comptes publics d'un aménagement du temps de travail par rapport à un licenciement, nous observons donc : $ARE_A - (1 - L_t) \cdot w_A$

- L'Assurance Maladie compense partiellement la baisse de salaire, afin que l'employé conserve un revenu équivalent à ce qu'il aurait touché s'il avait été licencié. Ainsi, pour un temps partiel L_t et un salaire annuel w_A , elle verse : $ARE_A - L_t \cdot w_A$. L'impact sur les comptes publics par rapport au versement d'une allocation chômage est alors : $ARE_A - (ARE_A - L_t \cdot w_A)$

Quelle que soit la stratégie envisagée, l'aménagement du temps de travail représente un bénéfice pour les comptes publics. En effet, la compensation versée par l'Assurance Maladie est toujours inférieure à l'allocation versée par Pôle Emploi et cela, même si l'Assurance Maladie compense totalement la baisse de salaire de la personne atteinte d'un cancer.¹⁴

3.2. Prise en considération des effets indirects liés à l'embauche d'un ancien chômeur

Nous prenons à présent en considération le fait que la personne nouvellement embauchée était indemnisée par Pôle Emploi. Ainsi, son embauche représente une économie pour Pôle Emploi.

Mais cette économie est intégralement compensée par les allocations versées à la personne licenciée. En d'autres termes, le licenciement est financièrement neutre pour Pôle Emploi. En effet, le licenciement s'accompagne alors d'une embauche d'un chômeur recevant une allocation chômage. Ainsi, il faut comparer l'effet global des deux stratégies en considérant qu'un licenciement est neutre du point de vue des dépenses de Pôle Emploi, car la personne licenciée entraîne un coût supplémentaire de 15 740 euros pour Pôle Emploi mais la nouvelle embauche réduit d'autant ses dépenses.

Dès lors, aménager le temps de travail au lieu de licencier entraîne un surcoût pour les dépenses publiques car l'effet est neutre pour Pôle Emploi mais l'Assurance Maladie augmente ses dépenses. Le montant du surcoût dépend alors de la stratégie adoptée par l'Assurance Maladie.

¹⁴ En réalité, les coûts directs de l'aménagement sont plus faibles que l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) dès lors que le salarié effectue plus de 26% de son temps de travail habituel. En effet, pour que les coûts directs soient plus élevés que l'ARE, représentant 57% du salaire journalier de référence (calculé à partir du salaire brut comprenant $ARE - Compensation\ totale \leq 0$ soit $\frac{w}{0,57} \times 57\% - w(1 - L_t) \leq 0$, et $L_t \leq 0,259$.

Aussi, tant que le salarié effectue plus de 26% de son temps habituel de travail, l'aménagement est préférable du point de vue des dépenses publiques directes.

SURCOUT POUR LA COLLECTIVITE D'UN AMENAGEMENT SELON LA STRATEGIE DE COMPENSATION DE L'ASSURANCE MALADIE

	<i>Tiers-temps</i>	<i>Mi-temps</i>	<i>Deux-tiers temps</i>
Partielle	8 653	5 108	1 564
Totale	14 176	10 632	7 088

4. Effet global d'un aménagement

Nous considérons enfin les coûts sociaux d'un licenciement et d'un aménagement du temps de travail, compris comme l'agrégation des coûts pour l'entreprise, pour la personne atteinte d'un cancer et pour l'Assurance Maladie et Pôle Emploi.

Nous n'observons que la situation dans laquelle l'Assurance Maladie offre une compensation totale de salaire en cas d'aménagement du temps de travail et prenons en considération le fait qu'en cas de licenciement de la personne atteinte d'un cancer, une personne auparavant au chômage est embauchée, réduisant d'autant les dépenses de Pôle Emploi. De plus, l'ancien chômeur est rémunéré au même salaire que la personne qu'il remplace, ce qui implique une augmentation de son pouvoir d'achat. Afin de prendre en considération ces effets indirects, nous observons le bénéfice des deux stratégies du point de vue de l'entreprise, de la personne atteinte d'un cancer, de l'ancien chômeur et des finances publiques. De cette manière, il est possible d'envisager le bénéfice de chaque stratégie de point de vue de l'ensemble de la société.

Comme expliqué précédemment, l'impact d'un licenciement est neutre pour Pôle Emploi mais implique un surcoût pour l'Assurance Maladie. Concernant le chômeur nouvellement employé, nous considérons qu'il possède les mêmes caractéristiques que la personne qu'il remplace. Il perçoit donc une allocation chômage et un salaire identique à ceux de la personne licenciée. Dans ce cas, le licenciement représente pour le nouvel employé un gain net de 5 525 euros (21 264 euros par rapport à 15 740 euros au chômage) par rapport à la stratégie d'aménagement du temps de travail.

Dans ce contexte, il apparaît qu'un aménagement du temps de travail est socialement préférable si le salarié atteint d'un cancer travaille au moins à mi-temps. Dans le cas contraire, le licenciement reste socialement profitable.

BENEFICE SOCIAL D'UN LICENCIEMENT ET D'UN AMENAGEMENT

	Licenciement	Aménagement		
		<i>Tiers-temps</i>	<i>Mi-temps</i>	<i>Deux-tiers temps</i>
Entreprise	- 7 323	2 276	3 415	4 553
Personne atteinte d'un cancer	- 5 525	-	-	-
Chômeur	5 525	-	-	-
Finances publiques	-	- 14 176	- 10 632	- 7 088
Bénéfice social net	- 7 323	- 11 900	- 7 217	- 2 535
Bénéfice social relatif		- 4 577	106	4 788

ANNEXE 3

APERÇU DES POLITIQUES DE PROTECTION SOCIALE DANS QUELQUES PAYS OCCIDENTAUX

	PROTECTION DES TRAVAILLEURS		DISPOSITIFS DE RETOUR A L'EMPLOI	
	INDEMNISATION ARRET MALADIE	LICENCIEMENT	DEGRE D'ACTIVATION	INFORMATION
France	<p>FORTE Délai de carence de 7 jours, puis 90% du salaire versé conjointement par l'assurance maladie (indemnités journalières) et l'employeur jusqu'au 30e jour; 66% du salaire ensuite. La durée de versement par l'employeur est fonction de l'ancienneté du travailleur et s'étend jusqu'à 4 mois. L'assurance-maladie verse des indemnités journalières équivalant à 50% du salaire pendant 1 an, ou jusqu'à 3 ans en cas d'arrêt-maladie longue durée.</p>	<p>FORTE Interdiction de licencier pour raisons de santé mais possibilité de licencier pour inaptitude en l'absence de reclassement possible ou si la proposition de reclassement est refusée par l'employé. Possibilité de licencier pour absence prolongée si cela perturbe le fonctionnement de l'entreprise (le juge en est l'arbitre en cas de conflit). La procédure dans les deux cas est celle d'un licenciement pour motif personnel et l'employeur est tenu de verser des indemnités.</p>	<p>MOYEN Dispositifs d'aménagement inscrits dans la loi : mi-temps thérapeutique (jusqu'à un an), mise en invalidité, visite de pré-reprise, reconnaissance de handicap... Mais pas d'incitations à les utiliser.</p>	<p>MOYENNE Initiatives éparses (agences publiques, établissements de santé, grandes entreprises, associations) mais en-dehors du temps partiel thérapeutique, les dispositifs restent relativement méconnus et peu utilisés</p>
Royaume-Uni	<p>FAIBLE A partir de 4 jours d'absence consécutifs, les employés perçoivent une indemnisation statutaire (« statutory sick pay ») fixée à £87.55 par semaine jusqu'à 28 semaines. Peut être complété par des versements de la part de l'employeur.</p>	<p>FORTE Les personnes atteintes de cancer sont protégées par la législation sur le handicap (très stricte). L'employeur est tenu d'introduire tout aménagement permettant à l'employé de continuer à travailler (sur conseil du médecin du travail).</p>	<p>FORTE Programme « Pathway to Work » : guichet unique (assistance financière et effective) pour les personnes ayant un handicap (y/c cancer). Incitations : programme gouvernemental « Access to Work » verse des subventions allant jusqu'à 100% du coût des ajustements nécessaires au maintien ou à la réintégration dans l'emploi.</p>	<p>BONNE Guides d'informations pratiques développer par des associations nationales et les pouvoirs publics à destination des employeurs et des employés (ex : l'outil « work it out » développé par l'association MacMillan)</p>
Belgique	<p>FORTE Salaire plein versé par l'employeurs pendant les 7 premiers jours d'absence, puis 60% environ du salaire versés conjointement par l'employeur et l'assurance maladie jusqu'au 30e jour. L'assurance maladie prend seule le relais à partir du 31e jour et jusqu'à 52 semaines.</p>	<p>FORTE Interdiction de licencier un travailleur sous certificat médical, sauf si le médecin du travail constate une « inaptitude définitive ».</p>	<p>FORTE Existence d'un temps partiel thérapeutique pour favoriser le maintien dans l'emploi. Subventions variées à l'employeur. Par ailleurs, existence d'emplois aidés spécifiques pour personnes ayant une inaptitude.</p>	<p>MOYENNE Réinsertion : créée en 2008, la plateforme web Wheelit met en relation les employeurs et les demandeurs d'emploi ayant un handicap ou une maladie chronique. La plateforme fournit aux employeurs l'information relative aux dispositifs d'aide à l'emploi de ces personnes fragilisées. Maintien : Cependant, des études rapportent que les employés ont une faible connaissance des dispositifs légaux comme le temps partiel thérapeutique.</p>
Allemagne	<p>FORTE 100% du salaire versé par l'employeur pendant 6 semaines, puis 70% versés par l'assurance maladie publique pendant 72 semaines.</p>	<p>FAIBLE Licenciement possible si la maladie porte sérieusement atteinte au fonctionnement de l'entreprise. L'employeur est cependant tenu de rechercher des alternatives avant de licencier (reclassement ou aménagement du poste).</p>	<p>FAIBLE Programmes de réhabilitation financés par les partenaires sociaux et par l'Etat fédéral. Subventions par le German Pension Fund en faveur d'un retour progressif vers l'emploi, mais incitations globalement faibles.</p>	<p>BONNE Portail web créé par l'Etat fédéral, l'agence fédérale pour l'emploi et les partenaires sociaux. Une base de données contient des exemples de bonnes pratiques, des conseils, de la documentation.</p>

Espagne	<p>FAIBLE</p> <p>A partir de 4 jours d'absence, l'employeur verse 75% du salaire environ jusqu'au 16e jour; puis l'employé perçoit une indemnité versée par l'assurance maladie pendant une période de 18 semaines maximum. Sous certaines conventions collectives, l'employeur peut compléter les versements jusqu'au niveau du salaire.</p>	<p>FORTE</p> <p>Possibilité de licenciement si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - absences fréquentes (20% du temps pendant 2 mois consécutifs), plus un historique d'absences importantes au cours de l'année précédant le licenciement - incapacité à réaliser son travail. Dans ces cas, l'employeur est tenu de justifier qu'un reclassement n'a pas été possible. 	<p>FAIBLE</p> <p>Initiatives essentiellement locales, à l'instar du programme de réintégration dans l'emploi des personnes fragilisées en Andalousie (partenariat entre l'agence publique pour l'emploi locale et de l'association espagnole contre le cancer).</p> <p>Existence de centres d'emploi spéciaux dont 70% des effectifs sont des personnes ayant un handicap (pas spécifique aux cancers).</p>	<p>BONNE</p> <p>Création d'un portail web pour la promotion de la santé au travail par l'Institut national de sécurité et d'hygiène au travail (INSHT) et un guide-formation en 2013 à destination des employés atteints de maladies chroniques axé sur le maintien dans l'emploi.</p>
Italie	<p>FAIBLE</p> <p>Après un délai de carence de 3 jours, les indemnités sont de 50% les 17 premiers jours, 67% ensuite jusqu'à 180 jours par an. Elles sont versées par l'employeur, puis déduites de ses cotisations.</p>	<p>FORTE</p> <p>Interdiction de licencier un employé en arrêt maladie pendant la première année, possibilité ensuite.</p>	<p>FORTE</p> <p>Mesures législatives sur la possibilité d'un temps partiel et de congés exceptionnels pour les patients et pour leurs proches. Leur particularité est d'être spécifiquement dédiées aux maladies chroniques.</p>	n/a
Pays-Bas	<p>FORTE</p> <p>Arrêt-maladie jusqu'à 104 semaines (+52 en option). L'employeur verse 100% du salaire pendant la première année, 70% par la suite en moyenne (selon les conventions de branche).</p>	<p>FORTE</p> <p>Possibilité de licencier un travailleur en arrêt maladie dans trois cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - défaut de l'entreprise - procédure engagée avant le diagnostic de maladie - si l'employé se révèle incapable de travailler <p>Si aucune des trois conditions n'est remplie, l'employeur a 104 jours pour négocier un accord avec la sécurité sociale. L'employé n'est pas obligé d'accepter un accord initié par l'employeur. En cas de désaccord, la sécurité sociale statue sur la légitimité de l'accord en se basant sur les efforts fournis par l'employeur; les aptitudes de l'employé et les perspectives de rétablissement.</p>	<p>FORTE</p> <p>Depuis 2002, responsabilité partagée entre l'employeur et l'employé et protocole de maintien/retour à l'emploi à respecter (« Gatekeeper law »), Fortes incitations : les employeurs ont la possibilité de bénéficier d'une réduction sur les primes d'assurance pour les employés en situation de handicap/maladie chronique, ainsi que d'aides financières à la mise en place d'aménagements de poste.</p>	<p>BONNE</p> <p>Dans la mesure où les dispositifs relèvent de la responsabilité des acteurs concernés.</p>
Danemark	<p>FORTE</p> <p>Indemnités équivalent 100% du salaire sont versées conjointement par l'employeur et l'assurance maladie jusqu'à 52 semaines.</p>	<p>FAIBLE</p> <p>Il est possible de licencier un travailleur en arrêt-maladie sans fortes contraintes. Cependant, la plupart des conventions collectives interdisent de le faire pendant les 120 premiers jours d'arrêt.</p>	<p>FORTE</p> <p>Programme public de retour à l'emploi qui vise à accroître la participation au marché du travail des personnes en arrêt maladie. En 2013, réforme du système d'indemnisation pour handicap/invalidité visant une plus grande activation.</p>	n/a
Suède	<p>FORTE</p> <p>Indemnités équivalent à 78% du salaire sont versées par l'assurance maladie jusqu'à 52 semaines.</p>	<p>FORTE</p> <p>Les personnes ayant un cancer sont considérées comme ayant un handicap et donc protégées par la législation sur les handicaps.</p>	<p>FORTE</p> <p>Existence de subventions à l'emploi de personnes ayant une inaptitude (lönebidrag-sanställning). Possibilité de bénéficier d'aides financières de la part de l'Agence Suédoise d'Assurance Sociale pour mettre en place les aménagements de poste nécessaires.</p>	n/a

Finlande	FORTE Indemnités équivalant à 100% du salaire sont versées conjointement par l'employeur et l'assurance maladie jusqu'à 43 semaines.	FORTE Le licenciement pour maladie longue durée est possible en cas d'invalidité avérée de continuer à travailler, mais après 1 an d'arrêt-maladie.	FORTE Un programme ministériel dédié au maintien ou à la réinsertion dans l'emploi de personnes ayant des limitations. Le programme s'appuie sur des « coordinateurs de la capacité à travailler » (work ability coordinator) chargés de coordonner tous les acteurs concernés (employé, employeur, médecine du travail, assurance sociale...) Par ailleurs, emplois aidés à 50% par l'Etat dans des entreprises sociales (introduites en 2004) et dont l'effectif doit être composé à 30% d'employés ayant une incapacité. Divers programmes plus larges de réinsertion dans l'emploi de personnes fragilisées.	n/a
Norvège	FORTE Indemnités équivalant à 100% du salaire sont versées conjointement par l'employeur et l'assurance maladie jusqu'à 52 semaines.	FORTE La maladie peut être un motif de licenciement valable sous certaines conditions, et seulement après 1 an d'absence.	FORTE Subvention aux employeurs qui maintiennent en poste les employés ayant une maladie chronique.	n/a
Irlande	FAIBLE Des indemnités sont versées par l'assurance maladie. Leur durée est fonction de la durée des cotisations (minimum deux ans pour y avoir droit). Leur montant est fonction du salaire.	FORTE Les personnes atteintes de cancer sont protégées par la législation sur le handicap. L'employeur est tenu d'introduire tout aménagement permettant à l'employé de continuer à travailler (sur conseil du médecin du travail).	FORTE L'Etat encourage les employeurs à garder ou à embaucher des employés ayant une maladie chronique moyennant subvention (employee retention grant et workplace equipment and adaptation grant).	BONNE Initiative vers l'emploi (« workway initiative ») lancée en 2004 par les partenaires sociaux pour sensibiliser le public et aider les employeurs en diffusant les bonnes pratiques existantes en la matière. Outils à destination des employeurs élaborés par l'Irish Cancer Society.
Suisse	FAIBLE Indemnités versées par l'employeur (100% du salaire pendant 3 semaines au minimum), la durée est fonction de l'ancienneté du travailleur.	FAIBLE Après un délai de protection (jusqu'à 180 jours variable selon l'ancienneté du travailleur dans l'entreprise), le licenciement est admissible si la productivité de l'employé a baissé.	FAIBLE Pas d'initiatives fédérales, seulement locales : depuis 2012, un modèle novateur d'accompagnement individualisé à la reprise du travail pour les personnes atteintes de cancer est proposé dans le canton de Fribourg.	MAUVAISE Pas d'initiatives fédérales sur l'information des employeurs et des employés et les dispositifs de maintien dans l'emploi.
Etats-Unis	FAIBLE Aucune provision au niveau fédéral s'agissant du versement d'indemnités en cas d'arrêt maladie.	FAIBLE Toute discrimination sur le lieu de travail est interdite si elle est liée à l'état de santé. En-dehors de l'état de santé, toute forme de discrimination est interdite par la loi fédérale (et dans certains Etats) mais si (et seulement si) l'employé est en mesure de faire son travail.	FAIBLE Les personnes atteintes de cancer sont couvertes par les lois fédérales anti-discrimination s'appliquant aux handicaps, et qui obligent l'employeur à adapter le poste de travail aux capacités du travailleur, mais si et seulement si cela ne met pas l'entreprise en difficulté.	BONNE La problématique du cancer au travail est abondamment documentée et des outils sont élaborés par les grandes organisations comme l'American Cancer Society ou le National Cancer Institute.
Canada	FAIBLE Indemnités versées par la sécurité sociale en cas d'arrêt maladie longue durée, variables selon les provinces.	FAIBLE Possibilité de licencier pour maladie/incapacité à condition d'avoir au préalable tenté d'aménager le poste de travail sans contrainte excessive pour l'entreprise – cette clause n'est cependant pas générale et son appréciation doit tenir compte des circonstances propres à chaque cas.	FAIBLE La situation est proche de celle aux Etats-Unis. Les malades sont couverts par la législation anti-discrimination mais le retour à l'emploi n'est pas légalement encadré et tout repose sur la négociation entre l'employeur et l'employé.	BONNE Comme aux Etats-Unis, la problématique est documentée et l'information sur les aménagements possibles est rendue disponible par diverses organisations.

Sources :
EASPD, Pathways Project, Work Package 4, Report on the Comparison of the Available Strategies for Professional Integration and Reintegration of Persons with Chronic Diseases and Mental Health Issues
CEPR, Contagion Nation : A Comparison of Paid Sick Day Policies in 22 Countries, May 2009
European Parliament, Economic and Scientific Policy Department, Cancer and in general long-term illnesses at workplaces, 2008
de Boer, A.G. and M.H. Frings-Dresen, Employment and the common cancers: return to work of cancer survivors. Occupational Medicine, 2009

PRÉSENTATION CANCER@WORK

Cancer@Work, un réseau d'entreprises engagées pour mieux vivre le cancer, la maladie au travail

Association reconnue d'intérêt général créée en 2012 par Anne-Sophie Tuszynski, cancersurvivor et entrepreneuse, Cancer@Work est le 1er club d'entreprises dédié au sujet du cancer et du travail. Le challenge proposé aux dirigeants par Cancer@Work est nouveau et unique au monde : intégrer la maladie dans leurs entreprises pour et avec leurs salariés.

Plateforme d'échanges et de partage de l'intégration de la maladie en entreprise, incubateur de projets d'innovation économique et sociale au profit des salariés, Cancer@Work à travers ses actions et celles de ses membres œuvre au quotidien à changer le regard de la société et de l'entreprise sur les malades et ainsi permettre à tous (malades, aidants, collègues, managers, RH, dirigeants,) de mieux vivre le cancer au travail.

Pour en savoir plus : www.canceratwork.com



Les porteurs du projet :

Philippe Salle, alors CEO du Groupe Altran, accepte en 2013 de devenir Président de Cancer@Work. **Anne-Sophie Tuszynski** fonde Cancer@Work en 2012 et coordonne depuis le développement opérationnel de l'association.



Philippe SALLE

Président-directeur général du groupe Elixor depuis avril 2015 (président du conseil d'administration depuis mars 2015).

Philippe Salle est un dirigeant d'entreprise et homme engagé sur les sujets du handicap, de la diversité et depuis mars 2013, du cancer dans la vie professionnelle. Il reçoit en juin 2017 le trophée du Leader Responsable au titre de ses activités au sein de Cancer@Work.

Il a débuté sa carrière chez Total en Indonésie avant de rejoindre Accenture en 1990. Il entre chez McKinsey en 1995 pour devenir Senior Manager en 1998. Il rejoint le groupe Vedior en 1999 et devient président-directeur général de Vedior France en 2002 puis président de la zone Europe du Sud en 2006. Il occupera cette dernière fonction jusqu'en 2007, date à laquelle il rejoint le groupe Geoservices, société technologique du secteur pétrolier opérant dans 52 pays et comptant près de 7000 salariés, d'abord en tant que directeur général délégué puis en tant que président-directeur général jusqu'en mars 2011. De 2011 à 2015, il est président-directeur général du groupe Altran, leader mondial du conseil en innovation.



Anne-Sophie TUSZYNSKI

Fondatrice de Cancer@Work, cancersurvivor et présidente de Kepler HR,

Anne-Sophie Tuszynski accompagne depuis 20 ans dirigeants et DRH dans leur développement stratégique.

Longtemps membre du comité de direction d'un acteur majeur de l'emploi en France, elle a accompagné des situations de cancer au sein de ses équipes puis l'a ensuite vécu elle-même en 2011.

Elle décide à l'issue de ses traitements de s'investir dans le monde associatif avec comme ambition de contribuer à l'intégration des maladies chroniques dans les modèles économiques et sociaux des entreprises, et crée Cancer@Work.

Depuis 2015, elle développe de nouveaux services à destination des entreprises (Wecare@Work) et des personnes : une hotline gratuite Allo Alex et un guide pratique « Cancer et travail : j'ai (re)trouvé ma place, comment trouver la vôtre ? » publié aux éditions Eyrolles.

Contact

Isabelle Jacquet
ijacquet@asteres.fr

81, rue Réaumur
75002 Paris

www.asteres.fr

Tél. : + 33 1 44 76 89 16

Asterès est un **cabinet d'études économiques et de conseil**.

Nous proposons aux entreprises et au secteur public des outils de réflexion pour orienter l'action. Notre mission est de mettre l'expertise économique au service du développement de nos clients. Ainsi, nous donnons à l'analyse économique son rôle opérationnel.

Nous proposons à nos clients :

- des missions de conseil stratégique ;
- des études économiques ;
- des colloques et événements internationaux.

Nous menons également des missions de conseil en développement & attractivité économique.

Rinzen Conseil est notre filiale d'économie quantitative.

Activités de lobbying

Asterès est régulièrement sollicitée par des entreprises et des fédérations professionnelles pour intervenir en amont de leurs activités de lobbying, particulièrement lors des débats d'orientation budgétaire. Asterès peut donc être amené à réaliser des travaux financés par des donneurs d'ordres et démontrant l'impact économiquement nocif d'une mesure qui pourrait leur être appliquée.

Dans ce cas, notre démarche répond à une charte éthique stricte. Notre client s'engage à accepter que les travaux menés par Asterès répondent aux principes intangibles suivants :

- Asterès ne peut s'engager sur les résultats d'une étude avant de l'avoir réalisée. Nous ne délivrons nos conclusions qu'au terme de nos analyses.
- Nos travaux suivent une méthodologie standard (top down), qui s'appuie sur l'utilisation de données statistiques publiques, ou conçues ou certifiées par nous-mêmes.
- Si un client souhaite modifier des conclusions de travaux réalisés par Asterès sans une totale approbation de nos consultants, il devient le seul signataire de l'étude, et n'a plus le droit d'utiliser la marque Asterès.
- Les consultants d'Asterès ne défendent dans le débat public que des travaux qu'ils ont réalisés eux-mêmes. En aucun cas ils n'acceptent de se faire le relais de travaux réalisés par d'autres.

Asterès intervient en tant que prestataire externe. Le cabinet ne saurait être tenu pour responsable des interprétations qui pourraient être données de ses travaux ou de leurs conséquences. Asterès est en outre tributaire de la qualité des statistiques utilisées, dont elle n'est pas responsable.

Cancer@Work

67, rue des Rabats – 92160 Antony
contact@canceratwork.com - www.canceratwork.com

Etude économique réalisée pour le compte de Cancer@Work
par ASTERES

81, rue Réaumur – 75002 Paris
01 44 76 89 16 – contact@asteres.fr - www.asteres.fr

Imprimeur : RGP-BLR - Mise en page et composition : Benjamin Desgrolard



Cancer@Work

Ensemble, apprenons à mieux vivre le cancer au travail

Cancer@Work

67, rue des Rabats – 92160 Antony

contact@canceratwork.com - www.canceratwork.com

Suivez notre actualité sur Twitter et Facebook (@CanceratWork)