



HAL
open science

Faciliter et soutenir le retour au travail après un cancer du sein : partenariat chercheurs-acteurs dans un processus de modélisation d'une intervention

Jean-Baptiste Fassier, Sabrina Rouat, Laure Guittard, Guillaume Broc, Julien Carretier, Julien Peron, Philippe Sarnin, Béatrice Fervers, Laurent Letrilliart, Léa Lancelot, et al.

► To cite this version:

Jean-Baptiste Fassier, Sabrina Rouat, Laure Guittard, Guillaume Broc, Julien Carretier, et al.. Faciliter et soutenir le retour au travail après un cancer du sein : partenariat chercheurs-acteurs dans un processus de modélisation d'une intervention. *Global Health Promotion*, 2021, 28, pp.15-23. 10.1177/1757975921993358 . hal-03773235

HAL Id: hal-03773235

<https://hal.science/hal-03773235v1>

Submitted on 9 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Article original

Faciliter et soutenir le retour au travail après un cancer du sein : partenariat chercheurs-acteurs dans un processus de modélisation d'une intervention

Jean-Baptiste Fassier¹, Sabrina Rouat², Laure Guittard³, Guillaume Broc⁴, Julien Carretier⁵, Julien Peron³, Philippe Sarnin², Béatrice Fervers⁵, Laurent Letrilliart³, Léa Lancelot⁶, Selma Baka⁶ et Marion Lamort Bouché³

Résumé

Introduction : La reprise du travail après un cancer favorise le rétablissement de la participation sociale mais se heurte à différents obstacles. Le projet FASTRACS vise à développer, implanter et évaluer une intervention pour faciliter le maintien en emploi après un cancer du sein. Le développement de l'intervention repose sur le protocole de l'Intervention Mapping. L'objectif de cet article est de décrire les contributions du partenariat chercheurs-acteurs dans le processus de modélisation de l'intervention durant les étapes du protocole de l'Intervention Mapping.

Méthodes : Le processus de développement de l'intervention est reconstitué de façon chronologique en décrivant les méthodes mobilisées et les résultats obtenus à chaque étape du protocole grâce au partenariat chercheurs-acteurs.

Résultats : Les membres du Comité stratégique (COS) ont été choisis par échantillonnage théorique parmi quatre catégories d'acteurs concernées. Une charte a été coécrite pour structurer durablement le partenariat. Les membres du COS ont contribué à l'échantillonnage des participants à l'enquête qualitative d'évaluation des besoins et à l'interprétation des résultats. Les objectifs de l'intervention ont été hiérarchisés selon leur importance et leur faisabilité perçues. Les chercheurs et membres du COS ont évalué les outils de l'intervention et débattu sur le modèle logique de l'intervention. Les professionnels de santé participant au COS ont facilité l'adhésion des équipes d'oncologie participant à l'intervention.

Discussion : La construction du partenariat a permis de modifier les représentations des chercheurs. L'établissement de relations de confiance a nécessité du temps et de partager ses limites. Il a été difficile d'intégrer des patientes socialement défavorisées. Le recours accru à des patientes-expertes devrait être encouragé.

Conclusion : La construction d'un partenariat de recherche collaborative entre chercheurs et acteurs nécessite du temps, des méthodes, et des financements dédiés. Cet investissement est de nature à améliorer la pertinence, l'acceptabilité, la légitimité et la pérennité des interventions développées. (Global Health Promotion, 2021; 28(Supp. 1): 15–23)

1. Université Claude Bernard Lyon 1, Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement (UMRESTTE) UMR T9405, Lyon, Auvergne-Rhône-Alpes, France.
2. Université Lumière Lyon 2, Groupe de recherche en psychologie sociale (GREPS) EA4163, Institut de Psychologie, Lyon, Auvergne-Rhône-Alpes, France.
3. Université Claude Bernard Lyon 1 - Collège universitaire de médecine générale, Lyon, Auvergne-Rhône-Alpes, France.
4. Université Paul-Valéry Montpellier 3 Laboratoire Epsilon, Montpellier, Occitanie, France.
5. Centre Léon Bérard, Département Cancer Environnement, Lyon, Auvergne-Rhône-Alpes, France.
6. Hospices Civils de Lyon, Service recherche et épidémiologie cliniques, pôle santé publique, Lyon, Auvergne-Rhône-Alpes, France.

Correspondance à : Jean-Baptiste Fassier, Université Claude Bernard Lyon 1, Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement (UMRESTTE) UMR T9405, 8, avenue Rockefeller, LYON Cedex 08, F-69373, France. Email : jean-baptiste.fassier@univ-lyon1.fr

(Ce manuscrit a été soumis le 24 septembre 2020. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 18 janvier 2021.)

Global Health Promotion 1757-9759; Vol 28 Supp. 1: 15–23; 993358 Copyright © The Author(s) 2021, Reprints and permissions: <http://www.sagepub.com.uk/journalsPermissions.nav> DOI: 10.1177/1757975921993358 journals.sagepub.com/home/ghp

Mots-clés : changement de comportement, collaboration / partenariat, promotion de la santé au travail, recherche participative, théorie / modèle

Introduction

L'objectif de cet article est de décrire les moyens et contributions du partenariat chercheurs-acteurs dans le processus de modélisation d'une intervention de retour au travail après un cancer du sein.

Cancer du sein et reprise du travail

Le cancer du sein survient dans la moitié des cas chez des femmes en âge de travailler (1), avec une dégradation du taux d'emploi deux ans après le diagnostic (2). L'évolution de la situation professionnelle est liée à des facteurs personnels, professionnels et du système de santé (3). Les femmes âgées de plus de 50 ans et les femmes moins qualifiées (4,5) ont plus de risque de perdre leur travail après un cancer. Jusqu'à présent, les interventions visant à faciliter le retour au travail après un cancer n'ont pas démontré leur efficacité (6,7) ni permis de réduire ces inégalités. Elles ont été conduites majoritairement en milieu hospitalier (8–10). La plupart des interventions étaient centrées sur les patientes sans viser leur environnement (social ou professionnel), et manquaient de fondements théoriques explicites (8,10). Le développement de futures interventions pour le maintien en emploi devrait intégrer des composantes multidisciplinaires et associer le milieu du travail (7,11).

Recherche dans le domaine du maintien en emploi

La métaphore du « modèle de l'arène » (terrain de sport) (12) représente le caractère intersectoriel de la problématique du maintien en emploi au carrefour du monde de la santé, du travail, de la protection sociale, et du travailleur. Elle souligne les enjeux de la collaboration des parties prenantes ayant des intérêts parfois divergents. D'autres difficultés méthodologiques portent sur la définition et les mesures du « retour au travail » conceptualisé autant comme un résultat qu'un processus intégrant de nombreuses personnes en interaction. Les interventions de retour au travail

sont des interventions complexes (13), à risque d'échec de la théorisation et de l'implantation. Il est recommandé pour développer ce type d'intervention d'associer dès le départ les personnes visées par l'intervention et celles qui la délivrent (14).

Protocole de l'Intervention Mapping (IM)

Le protocole de l'Intervention Mapping (ou cartographie d'intervention) intègre ces recommandations. Il a été utilisé notamment dans le domaine du cancer (15) et du maintien en emploi (16). Il repose sur une vision écologique des déterminants sociaux de la santé, le recours aux cadres théoriques en sciences humaines et sociales, et à une approche participative (17,18). Il établit un processus de développement en six étapes :

1. Comité stratégique ; modèle logique du problème
2. Objectifs du programme ; modèle logique du changement
3. Choix des cadres théoriques et des méthodes de changement
4. Modèle d'organisation et d'utilisation ; outils de l'intervention
5. Plan d'implantation : planification de l'adoption et de la pérennisation
6. Plan d'évaluation

Bien que le protocole de l'IM favorise le partenariat chercheurs-acteurs, ce partenariat est absent ou incomplet dans de nombreuses études utilisant cette méthodologie (15,16) et ses modalités sont rarement décrites (19). Ces constats illustrent les défis de la recherche collaborative, identifiés de longue date.

Apports de la recherche collaborative pour réduire les inégalités

La recherche collaborative est définie comme un ensemble d'interactions et de processus pour rassembler ceux qui étudient les problèmes de société (chercheurs) avec ceux qui agissent sur ou dans le

cadre de ces problèmes (décideurs, praticiens, citoyens) (20). Une participation accrue de la communauté et des parties prenantes à la recherche augmente la pertinence, la qualité, les résultats, la pérennité, l'adoption et la transférabilité des programmes (21). Les défis de ces approches portent sur la définition, le périmètre et la représentativité des « communautés » impliquées (22), l'établissement de rapports durables de confiance, et l'intégration des savoirs d'expérience des acteurs avec les savoirs théoriques et méthodologiques des chercheurs (23). Les approches collaboratives sont nécessaires pour réduire les inégalités sociales de santé (24).

Projet FASTERACS

Le protocole de l'IM a été choisi dans le cadre du projet FASTERACS (faciliter et soutenir le retour au travail après un cancer du sein) pour sa capacité à répondre aux défis précédemment décrits. Ce projet initié en 2015 dans la métropole de Lyon vise à développer, implanter et évaluer une intervention pour favoriser le retour au travail, améliorer la qualité de vie au travail, et réduire les inégalités devant l'emploi après un cancer du sein. Il répond à l'objectif 9 du Plan Cancer 2014-2019 (accorder une priorité au maintien et au retour dans l'emploi). Le cancer du sein a été choisi pour modéliser l'intervention du fait de sa prévalence dans la population française, avec la préoccupation d'étudier les conditions de généralisation de l'intervention à d'autres cancers et pathologies chroniques. Dans le cadre de ce projet, le choix a été fait de réunir les acteurs impliqués dans un Comité stratégique (COS) pour co-construire l'intervention avec les chercheurs.

Objectifs et méthodes

L'objectif de cet article est de décrire les contributions du partenariat chercheurs-acteurs dans le processus de modélisation de l'intervention FASTERACS durant les étapes du protocole de l'*Intervention Mapping*. La section « méthodes » ci-dessous décrit les actions effectuées et les interactions chercheurs-acteurs à chaque étape du protocole. La section « résultats » présente les retombées de ces actions et interactions pour la modélisation de l'intervention en suivant la même chronologie des étapes du protocole.

Étape 1 : Comité stratégique ; modèle logique du problème

Constitution du Comité stratégique (COS)

Les membres du COS ont été identifiés par l'équipe de recherche compte tenu de leur expertise et contactés individuellement selon un échantillonnage visant à assurer une représentation équilibrée des patientes et associations, professionnels de santé, employeurs, et institutions (23). Les critères d'inclusion étaient d'avoir une expérience dans le maintien en emploi, un rayonnement dans le domaine, et l'expérience du travail en équipe. Les objectifs attendus des membres du COS étaient de partager leurs savoirs d'expérience et de participer aux décisions avec les chercheurs pour modéliser l'intervention.

Charte de partenariat

Le principe d'une charte a été adopté à la première réunion du COS (07/04/2016). Durant une discussion ouverte en petits groupes, les valeurs, besoins et engagements de chacun ont fait l'objet d'un recueil semi-structuré par des mots-clés qui ont été retranscrits. Une analyse qualitative thématique de contenu a été effectuée avec Excel™ par deux chercheurs en triangulation. Les résultats ont structuré le contenu de la charte, qui a été validée ultérieurement par consensus selon la méthode Delphi (25).

Évaluation des besoins

Les membres du COS ont contribué à identifier et recruter les participants à une enquête qualitative d'évaluation des besoins conduite par les chercheurs au moyen de focus groups (FG) et d'entretiens individuels semi-structurés (EI) auprès de patientes en rééducation après un cancer du sein (3 FG ; 10 EI), de professionnels de santé (3 FG avec des médecins généralistes ; 3 FG avec des équipes de rééducation ; 20 EI avec des oncologues), d'acteurs en entreprise (22 EI avec d'anciens patients, des collègues, encadrement et DRH) et d'institutions (6 EI avec des assistantes sociales et médecin conseil). Une analyse qualitative thématique de contenu des FG et EI a été effectuée par les chercheurs au moyen du logiciel MAXQDA™. Les membres du COS ont participé à l'interprétation des résultats durant deux réunions plénières (12/01/2017 et 25/01/2018).

Modèle logique du problème

Des listes de barrières (comportements-problèmes) et facilitateurs (comportements-aidants) pour le retour au travail identifiés chez les patientes, professionnels de santé et acteurs de l'entreprise ont été établies par les chercheurs à partir des résultats des FG et EI. Ces listes ont été complétées et hiérarchisées en réunion par les membres du COS (25/01/2018), auxquels il était demandé d'évaluer dans quelle mesure ces comportements correspondaient à leur expérience et leur semblaient contribuer au problème.

Étape 2 : Modèle logique du changement

Les chercheurs ont ensuite proposé une liste de 19 objectifs potentiels de changement des comportements-problèmes et renforcement des comportements-aidants, identifiés et répartis en trois phases : 1) Accompagner la période des soins ; 2) Préparer la reprise de l'activité professionnelle ; 3) Accompagner la reprise de l'activité professionnelle. Pour les hiérarchiser, chaque membre du COS a évalué son importance et sa faisabilité perçues avant une mise en discussion entre chercheurs et acteurs (réunion du 29/03/2018).

Étape 3 : Choix des cadres théoriques et des méthodes de changement

Ces choix ont été effectués par l'équipe de recherche, en recourant aux modèles théoriques en psychologie de la santé, en psychologie sociale et du travail (26). Les membres du COS n'ont pas été directement associés à cette phase du projet.

Étape 4 : Modèle d'organisation et d'utilisation ; outils de l'intervention

Les chercheurs ont proposé une première version du modèle d'organisation de l'intervention (qui fait quoi, où, quand) qui a été débattue en réunion plénière (03/07/2018) et dont les rétroactions ont conduit à une nouvelle version à nouveau débattue (02/04/2019). Les modalités de l'intervention ont été fixées en réunion plénière (23/01/2020) en demandant aux membres du COS d'indiquer pour chaque composante un point de vigilance, d'interrogation, et de satisfaction.

Évaluation des outils de l'intervention

Les membres du COS ont évalué deux guides (à l'intention des patientes et des employeurs) par des

questionnaires semi-structurés en ligne sur Internet, qui ont également été renseignés par des patientes et des acteurs de l'entreprise. L'évaluation portait sur les informations délivrées (clarté, exhaustivité) et l'utilisation du guide (acceptabilité, utilité).

Étape 5 : Préparation de l'implantation de l'intervention

Les chercheurs ont contacté les centres de cancérologie de la métropole de Lyon (six établissements) pour préparer la mise en place d'une étude d'évaluation basée sur un essai randomisé contrôlé dans une approche d'évaluation réaliste (27). Les membres du COS professionnels de santé ont facilité le lien avec ces établissements et leurs collègues participant à l'étude.

Éthique de la recherche

Le projet a été approuvé par le Comité de Protection des Personnes Sud-Est II (IRB n° 00009118). Les membres du COS, les participants à l'évaluation des besoins et les participantes à l'évaluation du guide « patiente » ont été informés et ont donné leur accord de participation.

Résultats

Étape 1 : Comité stratégique

Les 28 membres du COS assurent une représentation variée des patientes et associations (8 femmes), des entreprises de différentes tailles des secteurs public et privé (4 femmes, 1 homme), des professionnels de santé (6 femmes, 2 hommes) et des institutions concernées (5 femmes, 2 hommes). Ces personnes et institutions sont citées en remerciements. Les discussions ont été enrichies par la variété des membres du COS et l'interdisciplinarité des chercheurs (psychologie sociale et du travail, psychologie de la santé, santé publique, médecine et santé au travail, médecine générale, cancérologie).

Charte de partenariat

La charte comporte un préambule, 9 valeurs et 4 engagements. Tous les items ont été adoptés au premier tour de consensus avec un degré d'accord variant de 87 % à 100 % entre les 30 évaluateurs (chercheurs et acteurs). Le contenu de la charte est accessible sur le site Internet www.fastracs.fr et son élaboration est

décrite par ailleurs (25). Chaque membre du COS a signé la charte. Une conférence de presse avec les acteurs institutionnels et le Cancéropole régional CLARA a été ajournée du fait de la crise sanitaire.

Évaluation des besoins ; modèle logique du problème

Les résultats de l'évaluation des besoins et du modèle logique du problème sont détaillés dans une autre publication (28). Le modèle logique du problème intègre une vision personne-environnement (déterminants sociaux des comportements) avec la dimension chronologique du parcours de soins jusqu'à la reprise du travail. L'enjeu principal est de décloisonner la prise en charge des patientes entre les soins hospitaliers, les soins de ville et les services de santé au travail afin de faciliter la reprise du travail.

Étape 2 : Objectif du programme ; modèle logique du changement

L'objectif principal de l'intervention est de faciliter la reprise durable du travail dans la population constituée de femmes de moins de 55 ans présentant un premier cancer du sein invasif non métastatique (traité par chirurgie et chimiothérapie en situation adjuvante ou néo adjuvante) et en emploi salarié au moment du diagnostic. Le modèle logique du changement comprend plusieurs matrices associant les objectifs des comportements visés par l'intervention (par exemple : « voir son médecin du travail en visite de pré-reprise ») avec les déterminants socio-cognitifs et environnementaux dont la modification est nécessaire pour adopter ces comportements (par exemple : connaissances, attitude, sentiment d'efficacité personnelle, accessibilité du médecin du travail, etc.). La description détaillée de ces matrices fera l'objet d'une publication ultérieure.

Étape 3 : Choix des cadres théoriques et des méthodes de changement

Un modèle théorique intégrateur a été élaboré permettant d'intégrer une dimension processuelle (phases du soin et du retour au travail) et une dimension écosystémique (déterminants psychosociaux et environnementaux). Ce modèle permet d'intégrer des cadres théoriques de différents niveaux (comportement planifié, socialisation

organisationnelle). Pour chaque comportement attendu de la part des femmes et des acteurs impliqués, il décrit les ressources personnelles et/ou de l'environnement à mobiliser favorisant leur survenue. Les méthodes de changement utilisées pour agir sur ces déterminants sont inspirées de la taxonomie de Susan Michie (29) et des processus de changement de Prochaska intégrés dans le I-Change model (30,31).

Étape 4 : Modèle d'organisation et d'utilisation ; outils de l'intervention

Guide à l'intention des patients

Il a été élaboré dans l'objectif de faciliter l'adoption de trois comportements aidant la reprise du travail : rencontrer son médecin généraliste, rencontrer son médecin du travail en visite de pré-reprise, garder ou reprendre le contact avec l'entreprise avant la reprise. La seconde partie du guide propose des exercices de développement personnel favorisant la gestion des émotions et la prise de décision. Les résultats de l'évaluation du guide « patientes » ont conduit à modifier sa structure et son contenu pour simplifier son utilisation par les femmes socialement défavorisées (23/01/2020).

Guide à l'intention des employeurs et de l'encadrement

Ce guide comporte une partie informative (enjeux, réglementation, rôle des acteurs) et des outils pour réussir le retour et le maintien en emploi après une maladie chronique ou un cancer. Il pourra être remis par la patiente à son médecin du travail et/ou à son encadrement selon les modalités qu'elle choisira elle-même.

Aide-mémoire pour le médecin traitant

Cet outil est destiné à structurer une « consultation de transition » en médecine générale en fin de radiothérapie (ou de chimiothérapie), permettant une évaluation et une prise en charge personnalisée des besoins de santé, et une première évaluation du projet de reprise du travail.

Aide-mémoire pour le médecin du travail

Cet outil est destiné à structurer la visite de pré-reprise selon une temporalité choisie par la patiente

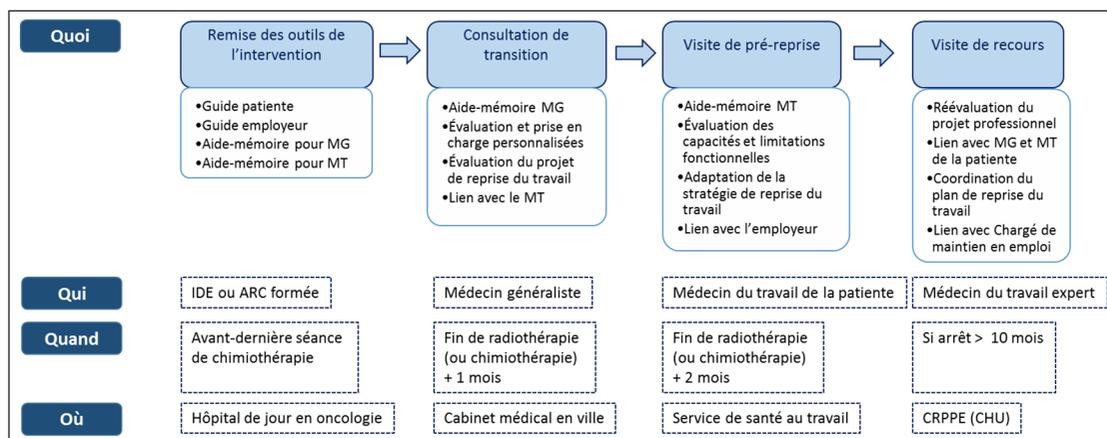


Figure 1. Modèle logique d'organisation de l'intervention.

MG, médecin généraliste ; MT, médecin du travail ; IDE, infirmière diplômée d'État ; ARC, attaché de recherche clinique ; CRPPE, centre de ressources en pathologie professionnelle et environnementale ; CHU, centre hospitalier universitaire.

et son médecin traitant, afin d'évaluer les capacités et les limitations fonctionnelles, les possibilités d'aménagement du poste de travail, et d'ajuster la stratégie de reprise du travail.

Modèle logique d'organisation de l'intervention

L'intervention FASTRACS consiste à structurer le parcours des patientes depuis leur prise en charge hospitalière jusqu'au retour dans l'entreprise. Elle comporte quatre étapes représentées en Figure 1.

Discussion

Un partenariat innovant

Les résultats de cette étude sont les premiers à décrire un partenariat chercheurs-acteurs dans l'élaboration d'une intervention de maintien en emploi. En associant un comité représentatif des acteurs dès l'analyse du problème, cette étude répond aux recommandations sur les conditions d'un partenariat durable et fructueux (23,32).

Un partenariat générateur de représentations partagées et d'engagement

Le processus d'élaboration de la charte a permis d'explicitier plusieurs tensions inhérentes à la

problématique et de construire un socle commun auquel se référer. Le risque d'imposer une pression sociale contraignant les patientes à reprendre le travail a été contrasté avec l'importance de respecter leur liberté de choix à reprendre ou non le travail, dans des délais et à un rythme choisis. Pour autant, l'importance a été reconnue d'accompagner plus spécifiquement les personnes socialement défavorisées qui sont les plus à risque de perdre leur travail au décours du cancer. En termes symboliques, la charte a été perçue comme un objet concret de la collaboration, pouvant être utilisé comme vecteur de communication valorisant l'engagement dans le projet. En termes conceptuels, la charte a permis de synthétiser la complexité de la problématique en intégrant les représentations partagées. En termes politiques, la charte a permis de formaliser l'engagement partagé par les signataires.

Un partenariat source d'enrichissement de l'intervention et des objectifs d'évaluation

Les intérêts des acteurs ont conduit à formuler d'autres d'objectifs pour l'intervention que la reprise du travail, comme par exemple la qualité de vie, la situation financière, et la productivité au travail. La tension entre une intervention personnalisable aux besoins des patientes (point de vue des acteurs), et une intervention suffisamment homogène pour être généralisée

(point de vue des chercheurs) a conduit à dépasser une vision trop normative de l'intervention. Cette tension s'est résolue dans le modèle logique de l'intervention en positionnant les médecins généralistes comme pivots permettant une prise en charge individualisée.

La question du moment opportun pour aborder la question du travail avec les patientes était partagée entre les tenants d'une information précoce (en phase de chimiothérapie) permettant aux patientes d'anticiper, et les tenants d'une information plus tardive (après la radiothérapie) pour ne pas les brusquer. Cette tension a été dépassée en proposant l'intervention FASTRACS en fin de chimiothérapie, mais en abordant la question du travail plus explicitement après les traitements.

L'évaluation par les membres du COS des supports de l'intervention a été déterminante pour les ajuster aux besoins des patientes et des entreprises. Cette expérience conduit à recommander fortement que des patient(e)s-expert(e)s soient directement impliqué(e)s avec les chercheurs dès la conception des supports des interventions.

Conditions de succès et retombées du partenariat

Le partenariat chercheurs-acteurs pour développer l'intervention FASTRACS s'inscrit dans le mouvement de reconnaissance du savoir expérientiel des patients illustré par le modèle de Montréal (33). Notre expérience est cohérente avec les résultats publiés décrivant des retombées du partenariat en termes concrets (supports de l'intervention) et structurels (processus de prise en charge) (34). La participation des patients-partenaires dans le COS peut être décrite en termes de patients-ressources contribuant à définir l'organisation des soins, et de patients-chercheurs contribuant à produire et utiliser les résultats de la recherche (35).

Limites et exigences du partenariat

Malgré les efforts, il a été difficile d'intégrer des patientes socialement défavorisées dans le processus de recherche, attestant la nécessité de poursuivre les efforts dans ce but. La construction et la pérennité du partenariat ont nécessité d'y consacrer du temps régulièrement dédié par les acteurs et les chercheurs.

Perspectives

Si les résultats favorables de l'intervention sont confirmés, les modalités de l'intervention pourront être étendues à d'autres cancers, voire d'autres maladies chroniques, et à d'autres bassins de population. Le protocole de l'IM pourra être promu pour développer d'autres programmes en promotion de la santé.

Conclusion

Le projet FASTRACS a bénéficié d'un partenariat avec les différentes parties prenantes impliquées dans le retour au travail après un cancer du sein, dans le cadre d'une approche de recherche collaborative. Les fruits de ce partenariat ont été identifiés à chaque étape du protocole de l'Intervention Mapping pour développer, implanter et évaluer l'intervention. Ce partenariat a nécessité de la part des chercheurs une attitude ouverte dans la conceptualisation de leur objet de recherche pour intégrer les savoirs d'expérience des parties prenantes. Il a également nécessité un temps important pour planifier, conduire et tirer le meilleur profit des rencontres entre les chercheurs et les acteurs. Il s'agit à notre connaissance de la première intervention en France à mobiliser un partenariat structuré pour assurer la pertinence et la faisabilité d'une intervention visant à faciliter la reprise du travail. Les effets de ce partenariat sur l'implantation, l'efficacité et la pérennité de l'intervention seront évalués durant la dernière phase du projet par un essai randomisé contrôlé réaliste dont le lancement est prévu en 2021.

Remerciements

Les auteurs remercient tous les membres du Comité stratégique de FASTRACS (depuis 2015) : ALLEON Catherine ; ALTER-FEROTIN Eléonore ; AMARGIER Séverine ; AUDOIN Anita ; BARTHET DERRIEN Marie-Sophie ; BIAUDET Julien ; BOUCHE Pascale ; BRUYAS Amandine ; CALMELS Paul ; CHAMBAT Janine ; CHARUEL Catherine ; CLAER Isabelle ; COHEN Noémie ; CONFVREUX Claire ; CONFOLANT SUZANNE Barbara ; COURTOIS Sophie ; DE-LARQUIER Anne ; DELARUE Florence (†) ; DESBAS Amélie ; DEYZIEUX Sylvie ; DODIN Agathe ; DOUILLET Philippe ; DUCROQUET Samantha ; DUMAS Aurélie ; DUPREY Angélique ; FLANDIN Pierre ; GIRIER Pierre ; HERR Andréa-Laure ; ISSARTELLE Patrick ; MANUEL Gilles ; MARNIER Elisabeth ; MICHON Servane ; MILHAU

Manuelle ; NEGULESCU Laurence ; NOGUEIRA Maria Manuela ; PASSI-PETRE Muriel ; PETITGENET Céline ; RADIER Mélanie ; REYNAUD, Marie-Odile ; ROMESTAIN Pascale ; RUSTERHOLTZ Thierry ; SEVEIGNES Sylvaine ; TAINTURIER Valérie ; THIRRY Dominique ; TRIVIER Renée ; VADEBOIN Claude ; VALLET-RENART Nathalie ; VARAS Séverine ; VIDAL Patricia.

Les auteurs remercient les associations, les entreprises et les institutions de FASTRACS :

Agence régionale de santé Auvergne – Rhône-Alpes ; ALDES ; ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) ; Assurance maladie (service médical régional de Lyon, service prévention et service social de la CARSAT 69) ; CASINO ; CAP EMPLOI-SAMETH ; DIRECCTE Auvergne Rhône-Alpes ; centre hospitalier du Vinatier ; centre Léon Bérard ; Entreprise et cancer ; Europa Donna ; hôpital privé Jean Mermoz ; Hospices civils de Lyon ; Juris santé ; Ligue contre le cancer du Rhône ; SNCF.

Les auteurs remercient les étudiants ayant contribué à FASTRACS.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Financement

Les auteurs ont indiqué avoir reçu le soutien financier suivant pour la recherche, la paternité ou la publication de cet article : Direccte Auvergne Rhône-Alpes, CRPCEN, Institut national du cancer et Métropole de Lyon.

ORCID iD

Jean-Baptiste Fassier  <https://orcid.org/0000-0003-3885-4987>

Références

1. INCa. Le cancer du sein : institut national du cancer. 2019 [cité le 2 février 2021]. Accessible à : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Types-de-cancer/Le-cancer-du-sein>
2. INCa. La vie deux ans après un diagnostic de cancer : de l'annonce à l'après-cancer. Institut national du cancer/INSERM; 2014.
3. Tiedtke C, de Rijk A, de Casterle BD, Christiaens MR, Donceel P. Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: a literature review. *Psychooncology*. 2010; 19: 677–683.
4. Blinder VS, Patil S, Thind A, Diamant A, Hudis CA, Basch E, et al. Return to work in low-income Latina and non-Latina white breast cancer survivors: a 3-year longitudinal study. *Cancer*. 2012; 118: 1664–1674.
5. Mujahid MS, Janz NK, Hawley ST, Griggs JJ, Hamilton AS, Graff J, et al. Racial/ethnic differences in job loss for women with breast cancer. *J Cancer Surviv*. 2010; 5: 102–111.
6. Sun Y, Shigaki CL, Armer JM. Return to work among breast cancer survivors: a literature review. *Support Care Cancer*. 2017; 25: 709–718.
7. de Boer AG, Taskila TK, Tamminga SJ, Feuerstein M, Frings-Dresen MH, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 9: CD007569.
8. Lamore K, Dubois T, Rothe U, Leonardi M, Girard I, Manuwald U, et al. Return to work interventions for cancer survivors: a systematic review and a methodological critique. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16: 1343.
9. Caron M, Durand MJ, Tremblay D. [Interventions to support the return-to-work process after cancer: a literature review]. *Santé Publique*. 2017; 29: 655–664.
10. Bilodeau K, Tremblay D, Durand MJ. Exploration of return-to-work interventions for breast cancer patients: a scoping review. *Support Care Cancer*. 2017; 25: 1993–2007.
11. Nazarov S, Manuwald U, Leonardi M, Silvaggi F, Foucaud J, Lamore K, et al. Chronic diseases and employment: which interventions support the maintenance of work and return to work among workers with chronic illnesses? A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16: 1864.
12. Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tulder M, et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil*. 2005; 15: 507–524.
13. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008; 337: 979–983.
14. Hawe P. Lessons from complex interventions to improve health. *Annu Rev Public Health*. 2015; 36: 307–323.
15. Lamort-Bouche M, Sarnin P, Kok G, Rouat S, Peron J, Letrilliart L, et al. Interventions developed with the intervention mapping protocol in the field of cancer: a systematic review. *Psychooncology*. 2017; 27: 1138–1149.
16. Fassier JB, Sarnin P, Rouat S, Peron J, Kok G, Letrilliart L, et al. Interventions developed with the intervention mapping protocol in work disability prevention: a systematic review of the literature. *J Occup Rehabil*. 2019; 29: 11–24.
17. Eldredge LKB, Markham CM, Ruitter RAC, Fernandez M, Kok G, Parcel G. *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. 4th ed. Jossey-Bass: San Francisco, California; 2016, p.704.
18. Fassier JB, Lamort-Bouché M, Sarnin P, Durif-Bruckert C, Péron J, Letrilliart L, et al. Le protocole de l'intervention mapping : un processus méthodique pour élaborer, implanter et évaluer des programmes en promotion de la santé. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2016; 64: 33–44.
19. Majid U, Kim C, Cako A, Gagliardi AR. Engaging stakeholders in the co-development of programs or

- interventions using Intervention Mapping: a scoping review. *PLoS One*. 2018; 13: e0209826.
20. Denis JL. Convergent evolution: the academic and policy roots of collaborative research. *J Health Serv Res Policy*. 2003; 8(Suppl 2): 1–6.
 21. Jagosh J, Macaulay AC, Pluye P, Salsberg J, Bush PL, Henderson J, et al. Uncovering the benefits of participatory research: implications of a realist review for health research and practice. *Milbank Q*. 2012; 90: 311–346.
 22. MacQueen KM, McLellan E, Metzger DS, Kegeles S, Strauss RP, Scotti R, et al. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *Am J Public Health*. 2001; 91: 1929–1938.
 23. Demange E, Henry E, Préau M. De la recherche en collaboration à la recherche communautaire. Un guide méthodologique ANRS (French National Agency for Research on AIDS and Viral Hepatitis); Paris, 2012.
 24. Société française de santé publique. Actes du séminaire d'échanges entre acteurs « Partageons nos expériences pour agir sur les inégalités sociales de santé »; 2015.
 25. Dupoyet C, Guittard L, Rouat S, Letrilliart L, Carretier J, Lamort-Bouché M, et al. Retour à l'emploi après cancer du sein : apports de la recherche collaborative en santé au travail et d'une charte de partenariat entre acteurs concernés. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*. 2020; 81: 797–810.
 26. Kok G, Gottlieb NH, Peters GJ, Mullen PD, Parcel GS, Ruiter RA, et al. A taxonomy of behaviour change methods: an Intervention Mapping approach. *Health Psychol Rev*. 2016; 10: 297–312.
 27. Bonell C, Fletcher A, Morton M, Lorenc T, Moore L. Realist randomised controlled trials: a new approach to evaluating complex public health interventions. *Soc Sci Med*. 2012; 75: 2299–2306.
 28. Fassier JB, Lamort-Bouche M, Broc G, Guittard L, Peron J, Rouat S, et al. Developing a return to work intervention for breast cancer survivors with the intervention mapping protocol: challenges and opportunities of the needs assessment. *Front Public Health*. 2018; 6: 35.
 29. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011; 6: 42.
 30. de Vries H, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Educ Res*. 1988; 3: 273–282.
 31. De Vries G, Mudde A. Predicting stage transitions for smoking cessation applying the attitude-social influence-efficacy model. *Psychol Health*. 1998; 13: 369–385.
 32. National Institutes of Health. Principles of community engagement. Contract No.: NIH Publication No. 11-7782; 2011.
 33. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, et al. Le “Montreal model” : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*. 2015; 1(Suppl): 41–50.
 34. Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S, et al. Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implement Sci*. 2018; 13: 98.
 35. Michel P, Brudon A, Pomey MP, Durieu I, Baille N, Schott AM, et al. Approche terminologique de l'engagement des patients : point de vue d'un établissement de santé français. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2020; 68: 51–56.