

	Operational direction Public Health and surveillance	Edition : March 2018
	<p align="center">STUDY REPORT</p> <p align="center"><i>The Role of Intramural Health Professionals in the Early Sensitization of Belgian Workers With Cancer to their Return-to-Work. A One Year Observational Study</i></p>	Annexes: 13 Application date of the record: P. : 1/55

Written by: Régine Kiasuwa Mbengi

Verified by:

Approval of the record	Name	Function	Signature	Date
Approved by				



Contents

1 General information	4
2 Scientific relevance	5
2.1 Scientific background	5
2.2 Public health relevance	5
2.3 Definitions and abbreviations	6
2.4 Objectives of the study	6
3 Methods	7
3.1 Overall study design	7
Study population (inclusion criteria)	8
Recruiting	8
The questionnaires about patients health and socio-professional situations	8
Interviews with health professionals	9
3.2 Statistical methods	9
3.2.1 Classification trees	9
3.2.2 Multiple factor analysis	9
4 Results	10
4.1 Description of the involved actors	11
4.1.1 The health professionals	11
4.1.2 The workers with cancer	12
4.1.3 Classification trees of the included workers	13
4.1.4 The multiple factor analysis (MFA): Hierarchical Clustering	22
4.2 Feasibility	27
4.3 Acceptability	29
4.4 Faisability	30
5 Discussion	32
Conclusions	33
ANNEXES	34
Supporting material for intramural health professionals	34
Fiche-info for self-employed workers	34
Fiche-info regarding the role of the occupational physician	34
Fiche-info regarding the role of the advisory physician (from the health insurance)	35
NIHDI Explicative Folder to resume adapted work	36
The codebook	38
Anamnesis	38
Follow-up 1-2-3	39
Final questionnaire	41

Reported socio-professional related worries of the patients during the interviews	44
I.J. Bordet. Socio-professional related concerns reported by the patient at the 1st follow-up	44
I.J. Bordet. Socio-professional related concerns reported by the patient at the 2 nd follow-up	45
I.J. Bordet. Socio-professional related concerns reported by the patient at the 3 rd follow-up	46
CHC Liège. Socio-professional related concerns reported by the patient at the 1st follow-up	47
CHC Liège. Socio-professional related concerns reported by the patient at the 2nd follow-up	47
CHC Liège. Socio-professional related concerns reported by the patient at the 3rd follow-up	48
Results from the MFA	49
BORDET SUIVI 1	49
BORDET SUIVI 2	49
BORDET SUIVI 3	50
BORDET FINAL	51
LIEGE SUIVI 1	52
LIEGE SUIVI 2	53
LIEGE SUIVI 3	54
LIEGE FINAL	55

1 General information

This study has been designed by a working group composed by social security, employment and health experts, organised and facilitated by Régine Kiasuwa Mbengi (Belgian Cancer Centre, WIV-ISP). The results of the study are used in the framework of the PhD thesis of Kiasuwa Mbengi Regine, directed by the professors the Professors Catherine Bouland et Dr. Christophe de Brouwer (ESP-ULB).

The working documents (PVs, PPTs and attendance lists) are accessible (on request), via the platform of the working group: www.e-cancer.wiv-isp.be/twg1.

Coordinates of Sponsor: *Cancer Centre, Scientific Institute of Public Health*, financed by the NIHDI.

Team members:

Régine Kiasuwa

Scientific collaborator, Cancer Centre, Scientific Institute of Public Health (WIV-ISP)
PhD Student, Research Centre for Environmental & Occupational Health, Université Libre de Bruxelles (ULB)

Regine.kiasuwambengi@wiv-isp.be

Prof. Dr. C. de Brouwer

Centre de recherche en Santé environnementale et santé au travail, School of Public Health of the Université Libre de Bruxelles.

De.brouwer.christophe@ulb.ac.be

Prof. C. Bouland

Centre de recherche en Santé environnementale et santé au travail, School of Public Health of the Université Libre de Bruxelles

Catherine.bouland@ulb.ac.be

Dr. Marc Van den Bulcke

Head of Service, Cancer Centre, Scientific Institute of Public Health (WIV-ISP)

Marc.vandenbulcke@wiv-isp.be

Prof. Dr. Herman van Oyen

Director, Public Health & Surveillance, Scientific Institute of Public Health (WIV-ISP)

Herman.vanoyen@wiv-isp.be

Pauline de Wurstemberger

Data manager & technical officer, Cancer Centre, Scientific Institute of Public Health (WIV-ISP)

Pauline.wurstemberger@wiv-isp.be

Emmanuel Abatih

Statistician, Stat Gent-Crescendo, University of Ghent, Belgium

Emmanuel.Abatih@UGent.be

Marie-Joëlle Roberrechts

Administrative assistant, Cancer Centre, Scientific Institute of Public Health (WIV-ISP)

Marie-Joelle.Robberechts@wiv-isp.be

Start experimental work: 1st June 2015

End experimental work: the study ended in December 2016 in the CHC and in April 2016 IJB; on-going (in UZA). The end is foreseen by the end of 2018.

Final report: due to delay in the UZA (related to patient recruitment issues) this report only contains information about the results from the Institut Jules Bordet and the Centre Hospitalier Chrétien de Liège (hereafter cited as IJB and CHC). It will be finalised with the information from the UZA in the coming months.

2 Scientific relevance

2.1 Scientific background

In Belgium, in 2015, more than 67.000 new diagnosis of cancer were registered, among which almost 40% were patients in the working age¹. In addition, the cancer incidence and survival rates increase, leading to an increase of the prevalence of cancer survivors. The number of workers with cancer remaining outside the labour market is an important **burden for the social security system and for the quality of life of survivors and their family.**

An important factor for the success of the RTW of cancer patients is the time spent in sickness absence. This time varies according to treatment-related aspects, but the longer time goes the more difficult is the RTW. As the actors who are first in contact with these patients and who therefore could prevent this long period are the intramural health professionals, their role needs to be investigated.

The Cancer Centre conducts this observational study in order to

- (1) test the feasibility and acceptability of the involvement of intramural health professionals in the early sensitization of workers with cancer and to
- (2) provide evidence for the preparation of measures/recommendations/initiatives to support the earlier socio-professional reintegration of workers with cancer.

2.2 Public health relevance

During the last decade, progress in early cancer diagnosis and treatment resulted in significant decrease of cancer mortality rates in developed countries. However, cancer incidence and prevalence at the population level are still increasing though. Despite the progress made in treatment techniques, cancer survivors have to live with short and long-term side and late effects. These lasts -whether physical or emotional- can negatively impact all aspects of their lives, including their ability to maintain a professional activity.

Beside the quality of life, the (non)RTW of cancer workers represents an important economic burden and given the increasing prevalence of cancer survivors, their socio-

¹ According to numbers from the Belgian Cancer Registry http://www.kankerregister.org/Les_chiffres_du_cancer

professional reintegration becomes an important matter for all healthcare and social security systems.

The identification of a clear pathway for the socio-professional reintegration of cancer workers, with the role of each actor (health professionals and social workers) will enable a better care of the physical and psychosocial aspects that impede the quality of life of cancer patients having survived.

This study explores the role of intramural health professional in the professional reintegration pathway.

2.3 Definitions and abbreviations

CHC – Centre hospitalier chrétien de la ville de Liège

IJB – Institut Jules Bordet (Université Libre de Bruxelles, ULB)

NIHDI – National institute of health and Disability Insurance

MOC – Multidisciplinary oncological consultation

QoL – Quality of life

OCC - Oncological care coordinators

At the moment in Belgium, the professional aspects of cancer patient's lives are not systematically addressed by intramural health professionals and are not one of their – official- prerogatives. When the issue comes on board it is generally because the patient needs the prolongation of its sickness certificate. As the intramural health professionals are those having most contact with cancer patients and generally benefit from their confidence, one should envisage a role for them in the professional reintegration process.

This observational study aims at testing the feasibility of the involvement of intramural health professionals in the support of cancer patients to their return-to-work (RTW).

2.4 Objectives of the study

At the moment in Belgium, the professional aspects of cancer patient's lives are not systematically addressed by intramural health professionals and are not one of their – official- prerogatives. When the issue comes on board it is generally because the patient needs the prolongation of its sickness certificate. As the intramural health professionals are those having most contact with cancer patients and generally benefit from their confidence, one should envisage a role for them in the professional reintegration process.

This observational study aims at testing the feasibility of the involvement of intramural health professionals in the support of cancer patients to their return-to-work (RTW).

Main research questions:

- *Do these intramural professionals have sufficient knowledge (about the social security system) to provide support to workers with cancer?*
- *Does this (new) prerogative represent an important burden for the professionals?*
- *What are the needs of the professionals to organize the support and the sensitization for the RTW of cancer patients (knowledge, tools, information)?*

- *Is this (new) role acceptable for both patients and health professionals?*

We will assess the –current- capacity of intramural health professionals to provide useful information and support to workers with cancer regarding their rights and duties and the possibilities that the social security system offers.

Important remark: the working group insists on the fact that there should not be any shift in the prerogatives from the actors responsible for the professional reintegration (medical advisor from the sickness insurance and the occupational physician) to the intramural health professionals. Their role should focus on prevention, adequate referral and sensitization.

3 Methods

3.1 Overall study design

Three hospitals have expressed their interest in the topic and have been selected to participate (one in each of the three regions of the country). Each of these hospitals had to recruit 75 cancer patients, working at the moment of diagnosis and receiving a curative treatment. In total, a maximum of 225 cancer patients would be surveyed, through questionnaires filled in with the help of intramural health professionals.

At the occasion of the **kick-off meetings** in each participating hospital, briefing of health professionals was organised with practical and informative presentations about the role of medical advisors (from the compulsory health insurances), occupational physicians and the different possibilities that the Belgian social security system offers to help the professional reintegration of ill-workers.

For each of the included patients, the intramural **health professionals fill questionnaires** about their health, social and professional status. The aim of these questionnaires is to actually support the intramural health professionals in engaging the professional discussion with their patients and to have a comprehensive picture of the socio-professional status of their patients.

In addition to these questionnaires, we provided some tools: **explanatory fiches about the role of extramural actors and folders** for the patients, about the procedures and the existing measures for the RTW of ill-workers (see Annexes 1-4).

Feasibility study: To our best knowledge, no other study of this kind has been conducted in Belgium. This pilot study is therefore considered as a feasibility study which aims at testing the feasibility of an early sensitization of cancer patients that relies on health professionals providing the adequate support to (working) cancer patients.

Study population (inclusion criteria)

- patients with a working status (employees and self-employed) recently diagnosed with (all type of) cancer; no students, long-term unemployed or disabled people;
- patients with curative intent treatment (no palliative patients)

Recruiting

In each of the three participating hospitals, the oncologists in collaboration with the oncological care coordinators (OCC) and/or the data manager identify those patients who meet the selection criteria and invite them to participate. If the patient agrees to participate, he signs the informed consent (see Annex 5). This procedure starts the enrolment of the patient in the study.

The questionnaires about patients health and socio-professional situations

In order to help and guide health professionals in addressing the working aspects of their patient's life and the factors that could impede their professional re-integration, we have foreseen 5 questionnaires (Annex 6).

The health professionals filled in the 5 questionnaires with the patients (on paper versions), and then filled in the web-based questionnaires located on a secured website, called *Platform for the Pilot Study*, an extension of the website of the Cancer Centre. www.e-cancer.wiv-isp.be/twgl.

The first questionnaire, called the **anamnesis** aims at collecting data on the socio-demographic, medical and socio-professional profile of included patients.

Three follow-up questionnaires are fulfilled at month 3, 6 and 9. **The last questionnaire** (month 12) draws an overview of the re-integration pathway, the role health and social professionals have had and the difficulties/opportunities encountered by the OCCs while supporting the patients in their preparation of RTW.

Different influencing factors (variables) are tested in order to allow health professionals who ask the questions to have a comprehensive overview of the health, social and professional status of the patient and to increase the chance to identify the difficulties of patients regarding their RTW.

Health professionals asked information at entry in the study (M0) and then 3 months, 6 months, 9 months and 12 months after the diagnosis. This choice of follow-up times is driven by the follow-up check-up sessions of individuals diagnosed with cancer and according to oncological medical guidelines. Upon study entry, we will have obtained socio-demographic, health-related and job-related prognostic variables. The socio-demographic variables include: age at diagnosis, gender, region, marital status, maternal language. The health-related variables include: cancer site, cancer stage, relapse status, comorbidity status and lifestyles (smoking, alcohol consumption and physical activity). The job-related variables include: work status (yes/no), employment type and job categories.

New series of observations on each individual are obtained at each of the follow-up time points. These are health-related variables: type of treatment, symptoms, physical disabilities, lifestyles, satisfaction with the work status and job-related variables (contact with the work environment, employment type and job categories). Participants in the study may skip a visit and participate in a later visit.

For the analysis, our outcome variable is the binary variable work status (yes/no) at each of the follow-up time points.

Remarque: all the questions and associated variables are described in the Annex 5.

Interviews with health professionals

In total, we conducted 3 interviews with the participating health professionals and we sent a Lime survey (and received 5 answers). The two first interviews were performed in the course of the study and the last at the end of the study.

We presented the (preliminary) results of the study to health professionals who were participating and collected their perspective on this (new) role.

The results from the first round of interviews of health professionals are in the intermediate report, available at: http://www.e-cancer.be/publications/Pages/p_rehabilitation.aspx (FR-NL).

3.2 Statistical methods

An important aspect of the role of the health professionals is to identify those working patients (even when temporarily off work) who would be at risk to experience professional reintegration issues.

Based on the answers to the questionnaires, we try to identify a profile of these patients

3.2.1 Classification trees

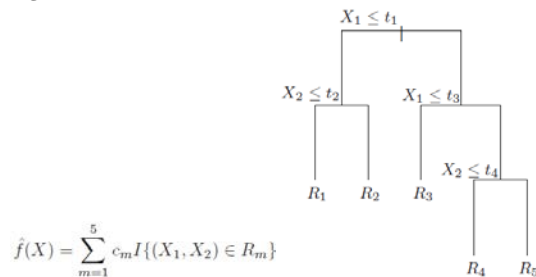
nuel

Main references:

<https://cran.r-project.org/web/packages/FactoMineR/FactoMineR.pdf>

<https://cran.r-project.org/web/packages/rpart/rpart.pdf>

Figure 1.



3.2.2 Multiple factor analysis

MFA is a multivariate ordination method that permits examination of common structures in data sets with many variables that can be separated into different groups (Escofier and Pagès 1990). In other words, MFA is a principal component/Multiple correspondence analysis method which allows exploring and visualising blocks of data.

In this case, we use MFA because the data contains both categorical and continuous variables (age and QoL estimation).

For studying relationships between the working status of cancer patients and their demographic, health-related and socio-professional profiles, the Multiple factor

Commented [KMR 1]: Well, the working status is in fact a variable as the others here...

analysis (MFA) which seeks patterns in data consisting of quantitative as well as qualitative variables can be applied.

The aim of the MFA is to study the similarities between patients as viewed by their working status and also their corresponding profile. In addition, MFA also studies the links between groups of variables and compares the information brought by each group.

MFA proceeds in three steps:

- first it performs a principal component analysis (PCA) on the gene expression matrix, and a multiple correspondence analysis (MCA) on the fingerprint matrix separately and "normalizes" each data table by dividing all its elements by the square root of the first eigenvalue obtained from its PCA. This brings out the information that is common to each data table;
- secondly, all the normalized data tables are aggregated into a grand data table that is analyzed via a global (non-normalized) PCA that gives a set of factor scores for the compounds and loadings for the different groups of variables. The global PCA amounts to computing a Singular Value Decomposition (SVD) of the grand data table;
- finally the individual datasets are then projected onto the global analysis. In this way, variables in each group are permitted to maintain free covariances amongst themselves, and the relationships between groups of variables can be examined without the influence of within-group covariance.

MFA was implemented using the `mfa()` function in the FactoMineR package in R (R Core Team, 2014).

Commented [KMR 2]: Age and QoL estimation

Commented [KMR 3]: All the other variables

4 Results

In IJB, the first anamnesis were (electronically) filled in on the 28th December 2015 and the last on the 19th April 2016.

In CHC, the first anamnesis were (electronically) filled in on the 06th May 2015 and the last on the 10th December 2016.

Table 1. Description of the number of patients having contributed to each follow-up, the reasons of loss of follow-up and their self-reported quality of life.
*cumulative

	Anamnesis		Follow-up 1		Follow-up 2		Follow-up 3		Final interview	
	IJB	CHC	IJB	CHC	IJB	CH	IJB	CHC	IJB	CH

						C				C
Nb patients who completed the questionnaire	75	71	64	67	59	67	55	62	61	61
n working patients	27	60	22	8	27	11	28	19	38	24
n not working	48	6	42	59	32	54	27	43	23	34
Death*	0	0	1	0	3	1	3	1	3	1
Withdrawal*	0	4	10	8	11	10	17	13	11	14
QoL score										
0-50	28%	27%	23%	26%	18%	27%	12.5%	16%	8%	18%
55-75	45%	39%	46%	42%	39%	49%	45%	51%	44%	43%
80-100	27%	34%	31%	32%	42%	24%	43.5%	33%	48%	39%
Nb of p hospitalized			48	14	19	20	9	8	58	49
Treatments			47	56	33	42	27	41	34	36
On-going										

During the follow-up, patients have been asked to report about their contact with different health professionals in and out the hospital. In this section, we will briefly describe their contacts with specialists and paramedics but will mainly focus on the advisory health professionals (from the sickness insurance) and the occupational physician.

Due to recruitment issues, we extended the possibility to include patients diagnosed in the three to four last months before the date of inclusion in the study. This extension has been mainly used by the IJB, explaining the differences in the number of working patients between the two hospitals at the anamnesis and by the end of follow-up.

4.1 Description of the involved actors

4.1.1 The health professionals

In the CHC, two of the three health professionals who organized the socio-professional discussion and filled in the questionnaires with the patients have the title of “study coordinator” and one is “clinical research assistant”. They have between 5 and 8 years of experience in working at these work stations.

The three of them were trained in biomedical sciences.

In IJB, three health professionals participated in the study: one oncological coordinator nurse (7 years’ experience), one social worker (one year experience) and one data manager.

4.1.2 The workers with cancer

In each of the three participating hospital, 75 patients had to be recruited. Because of some recruitment issues, we have allowed the recruitment of patients who were diagnosed more than 3 months before the date of inclusion. This has been often the case in IJB, explaining the non-working status of more patients in IJB than in the CHC, at the anamnesis (Table 1).

Table3. Description of the main characteristics of the workers with cancer followed up in IJB and CHC.

FACTORS	IJB	CHC	FACTORS	IJB	CHC
Gender			Q V Estimation		
Men	19	19	0-50	12	18
Women	55	52	51- 100	63	49
Age			Category of occupation²		
<=45	18	25	1	18	32
>45	57	46	2	12	12
			3	41	22
Cancer sites			Marital status		
Breast	41	43	Married or cohabitant	59	45
Colorectal	3	5	Single	15	24
Digestive	2	4	Widowed	1	2
Female genital	1	4	Lifestyles		
Head&neck	5	2	Sport		
Hemato	3	6	Never	37	39
Respiratory	4	2	Often	14	14
Sarcoma	6	0	A little	24	18
Skin	6	0	Smoking		
Urinary	3	2	Never	59	43
Other	1	3	Often	8	15
			A little	8	13
			Alcohol use		
			Never	21	41
			Often	9	4
			A little	45	26
Treatments			Lifestyles		
<i>(Anamnesis)</i>			Sport		
Chemotherapy	28	61	Never	37	39
Surgery	64	2	Often	14	14
Radiotherapy	25	45	A little	24	18
Hormonotherapy	4	33	Smoking		
Immunotherapy	1	22	Never	59	43
			Often	8	15
<i>(Final follow-up)</i>			A little	8	13
Chemotherapy	38	46	Alcohol use		
Surgery	59	50	Never	21	41
Radiotherapy	35	33	Often	9	4
Hormonotherapy	25	28	A little	45	26
Immunotherapy	4	9			
Presence of comorbidities	39	21	Number of children		
Diabetes	1	6	0	15	16
Asthma	2	3	1	18	20
Heart or hypertension	17	11	2	29	24
Psychological/neurological	12	7	3	11	7
Obesity	8	0	4	1	2
Others	20	6	5	1	2
Stages			Language		
In situ	34	3	French	68	66
I	17	19	Dutch	3	0
II	14	27	Italian	0	2

² These categories were built based on the occupation reported by the patient during the anamnesis and classified according to the (Belgian) criteria used for rating the burden of the occupation, allowing some workers to retire earlier than the age of 65. category 1 = physically demanding jobs; category 2= emotionally demanding jobs; category 3= not physically nor emotionally demanding jobs.

III	3	5	Spanish	1	1
IV	7	12	Other	3	1
Presence of metastasis	5	9			
Preceding cancer	13 (1989-2015)	2 (2008 - 2015)			

4.1.3 Classification trees of the included workers

Cancer and his treatment have several and different impacts on individual's health and wealth. Patients with very similar demographic and medical profiles can experience different symptoms in very different extent.

Therefore, the impact on the ability to work can be different and difficult to predict, even for experienced health professionals.

An early and comprehensive assessment, performed at the start of the treatment pathway could be very useful to identify those patients the most "at risk" to encounter difficulties to resume work.

All interviewed health professionals reported that they found difficult to identify those patients who would have been reluctant to return-to-work or would have experienced difficulties to do so. They reported to be regularly surprised by what their patients reported. When they would have expected that a patient would not feel ready to go back to work when the last expressed his willingness to do so, and inversely.

Based on the results that we collected from the questionnaires, we conducted an exploratory analysis to identify those factors which would have mostly been related to an active or inactive working status.

Because of the (too) few cases of individuals working at the end of follow-up, the logistic regression did not provide useful results (parameters were not estimable).

In the classification of factors, we focus on factors that we consider as "good classifiers", i.e. those which present probabilities of 80% or more to be working or not.

Blue and green boxes can be found in the trees. The green are related to the non-working status while the blue to the working status. Being dark green or dark blue means a probability of at least 80%.

Classification trees for the I.J. Bordet

➤ **Tree of the anamnesis in IJ Bordet**

In IJB, patients completed the anamnesis. Among them, 64% were not working at the anamnesis.

When looking through the classification tree to find which factors explain the best the variability of the working status, we can state that 2 main factors are involved in the explanation of the working status (see **Figure x**).

First factor is age: among those aged **more than 56 and 60 or less**, 88% were working. For those more than 56 and more than 60, it further depends on their gender. Among **women**, 100% were not working.

On the other side, among those aged **less than 56, with a QoL estimation less than 78** and a **professional category** of 1 (physically demanding job) or 2 (emotionally demanding job), 92% were not working.

The other factors (surgery, comorbidity and stage) had low probability rates.

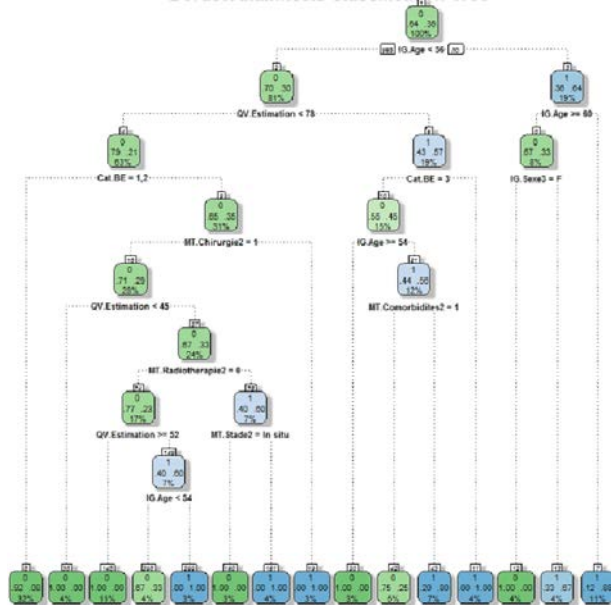


Figure 1. Tree of the factors involved in the working status at the anamnesis of patients from IJB

➤ **First follow-up in IJ Bordet**

At first follow-up (M3), 64 patients completed the questionnaire. Ten patients did not come back for the follow-up and one died.

Among these 64 patients, 66% were not working (n=42) and 18 already resumed work (4 never stopped).

The best determining factor was the **professional category**. Among those workers in the category 1 or 2 (physically and emotionally demanding jobs), 100% were not working. For the others (category 3), their working status further depends their age. Being aged 51 years old or older led to 94% chance of not being working.

Radiotherapy and pain were the following factors but none of these two factors reached the 80% probability rates.

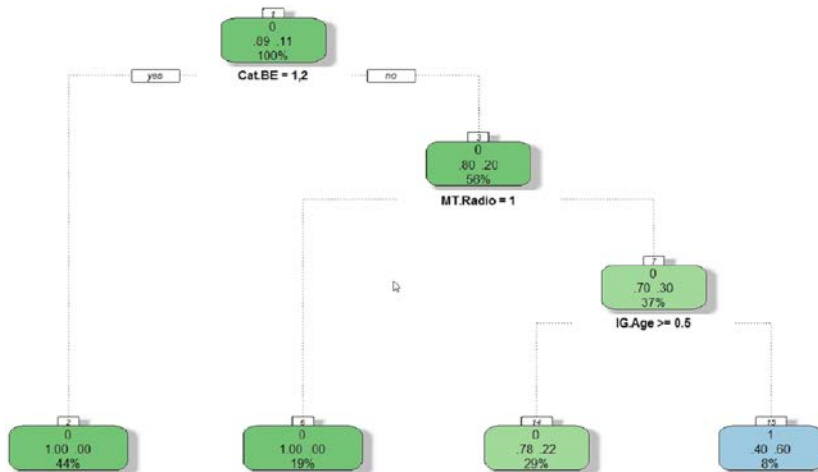


Figure 2. Tree of the determining factors involved in the working status at the 1st FU of patients from IJ B.

➤ **Second follow-up in IJ Bordet**

At the second follow-up (M6), 6 patients did not come, 3 died and 6 withdrew and among the 60 patients who completed the questionnaire, 54% were not working.

Among those who reported pain, 84% were not working and their working status further depends on whether they had **contact with their HR service**. For those who had contact, 100% of them were working. Among those who did not report contact with their HR service, 93% were not working.

Among those who did not report pain, 79% are working and their working status further depends on their QoL. Those with a self-reported QoL above 72 are working (100% of them); for the others, their working status depends on having undergone radiotherapy. Among those who reported radiotherapy, 83% are not working.

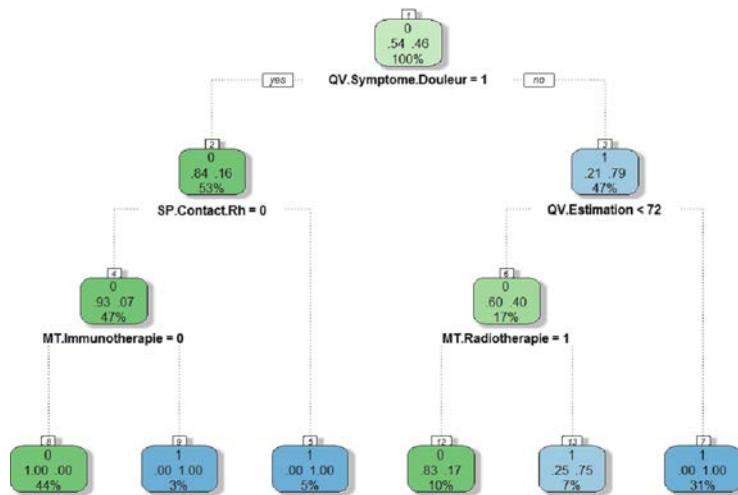


Figure 3. Tree of the factors involved in the working status at the second follow-up of patients from IJ Bordet.

➤ **Third follow-up in IJ Bordet**

At follow-up 3 (M9), 51% of the respondents (n=X) are working.

Among those who reported a QoL under 78, their working status further depends on the reported QoL. Among those with a QoL under 62, 92% were not working. For those with a reported QoL above 62, it further depends on having had radiotherapy. Among those who reported radiotherapy, 80% were not working. Among them, the working status still depends on the professional category with 100% those in **professional category** 1 or 3 not being working.

Among those who reported a QoL above 78, their working status further depends on their **professional category**. Among those in the category 3, 100% were working. For those in 1 or 2, their working status further depends on the reported QoL. Among those who reported a QoL under 85, 80% were not working, against 100% of actively working patients among those who reported a QoL above 85.

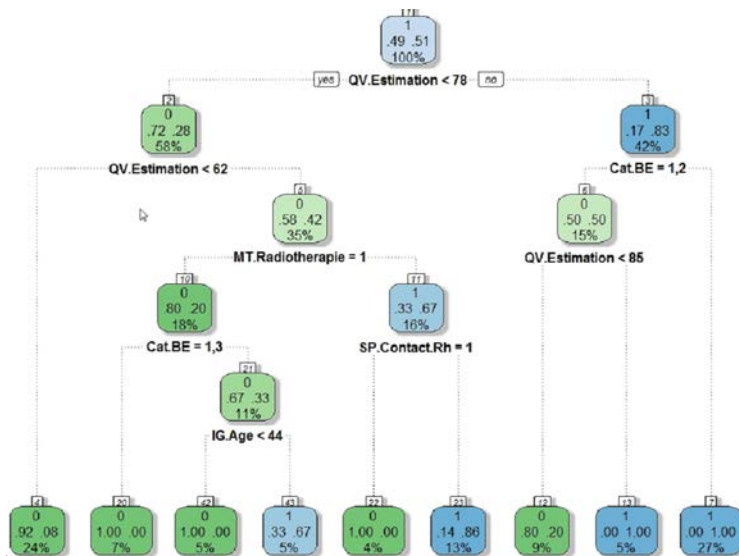
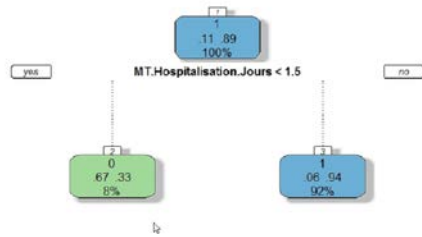


Figure 8. Tree of the factors involved in the working status at the third follow-up of patients from IJ Bordet.

➤ **Final follow-up in IJ Bordet**

At the final follow-up, 61 patients completed the questionnaire. Among them, 62% (n=38) were working.

The main (and only) factor explaining the working status was the number of days of hospitalization, with 94% of those who reported more than 1.5 days of hospitalization, being working.



Classification trees for Liège

➤ **Anamnesis in the CHC**

In the Clinique Saint Joseph de Liège, on the 75 invited workers with cancer, four patients did sign the informed consent but did not pursue the study. All the remaining 71 patients did complete **the anamnesis**.

Among these 71 patients, 85% (n=60) were working at the moment of the anamnesis (Figure 1). The first variable explaining the best the variability of the working status is

(planned) **surgery** (n=45). Among those who did not report surgery (n=26), 92% were working at the moment of the anamnesis.

For the others, their working status further depends on the alcohol habits. Among those who reported to drink ‘a lot’ or ‘not at all’, 87% were working. The following factors (age 46 or older, cancer stage I, II or IV and comorbidity) did not reach the 80% probability (of being working or not) threshold.

Among the five factors included in the classification of the patients (0= not working and 1=working) at the moment of the anamnesis, three are health-related, one concerns the age and one is the habits in alcohol drinking (lifestyle).

Surgery and drinking habits were the most determining factors for being working (with respectively 85% and 80% probability to work) and the presence of at least one comorbidity was the most determining for not being working (100% not working).

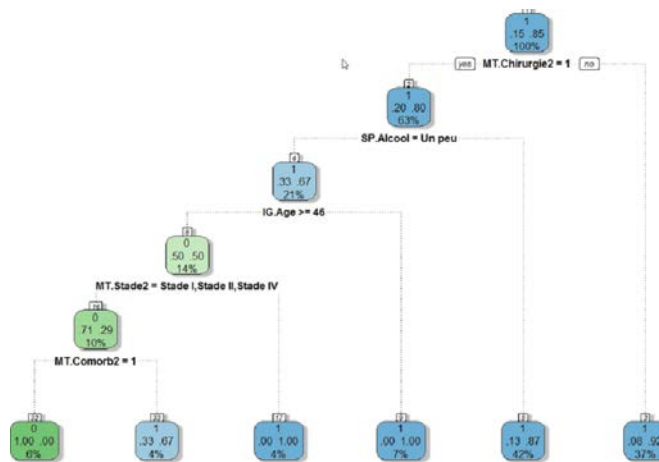


Figure 1. Tree of the factors involved in the working status at the anamnesis of patients from the CHC Liège

➤ **First follow-up CHC**

At the first follow-up (M3), 67 patients completed the questionnaires. Only 8 patients were professionally active which did not allow performing the classification tree; for 56 patients/ 67 (84%), the treatment was ongoing.

➤ **Second follow-up CHC**

At the second follow-up (FU2, M6), 7 patients did not complete the questionnaire (the four who just signed the IC, one died and 2 withdrew). Among the 68 patients who completed the questionnaire, 17% were professionally active.

Among the 68 patients having completed the questionnaire at FU2, the main determining factor regarding the working status was **being under 62 years old**. Among those **above 62 years old**, 100% were working.

Among those aged less than 62 years, their working status further depends on their age. Being **28 years old or older** led to not being working (for 86% of them). After that, having undergone chemotherapy was determining, with 88% of them not being working.

The following factors (contact with a specialist physician, professional category 1 or 3, being 46 years old or older and self-reported depression) did not reach the 80% probability (of being working or not) threshold.

Age (more than 62 and less than 28) was the most determining factor for a positive working status.

Among the seven variables explaining the variability of the working status among the patients from Liège at the second follow-up, three concern the age; three are health-related and one is work-related (the professional category 1, 3).

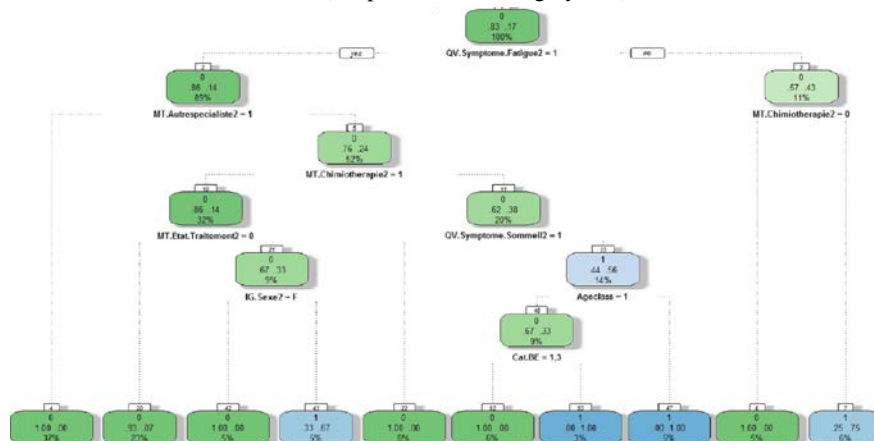


Figure 2. Tree of the factors involved in the working status at second follow-up of patients from the CHC Liège

➤ **Third follow-up CHC**

At FU3 in CHC, 62 patients completed the questionnaire. The first explaining variable was the **self-reported depression** with 94% of them who did not work at FU3.

Among those who did not report depression, being more than 60 years old was the most determining factor for a positive working status (100 of those aged >60 were working).

Among those less than 60 years old, who do not report sleeping disturbance and aged 54 or more, 80% were found not being working.

Among those less than 60 years old, who do not report sleeping disturbance, aged less than 54 and having had contact with a specialist physician, 82% were working.

Hot flush and pain were the most determining factors for, respectively not being working and being working.

Among the eight playing factors explaining the variability of the working status among the patients from Liège at the third follow-up, five are health-related, two concern the age and one is the QoL estimation.

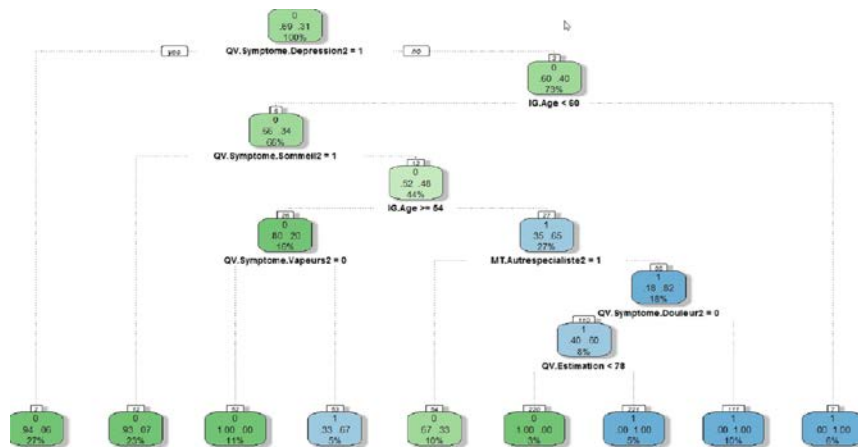


Figure 3. Tree of the factors involved in the working status at the third follow-up of patients from the CHC Liège

➤ **The final questionnaire in the CHC**

At the final interview (M12), 61 patients completed the questionnaire. Among them, 24 (39%) are working status.

Here, only one factor (among the 9 identified) reached the 80% probability threshold. Indeed, among patients who rated **the importance of working** as ‘very important’

and who rated their **relationship with their boss** as 'rather good' or 'very good', 84% were working.

Among them, being less than 50 years old led to a chance of 100% to be working.

It appears very clearly, that in the last questionnaires, health-related variables do not appear anymore (8/9 are not health-related). Instead the age the work-related variables are the most determining factors in relation with the working status.

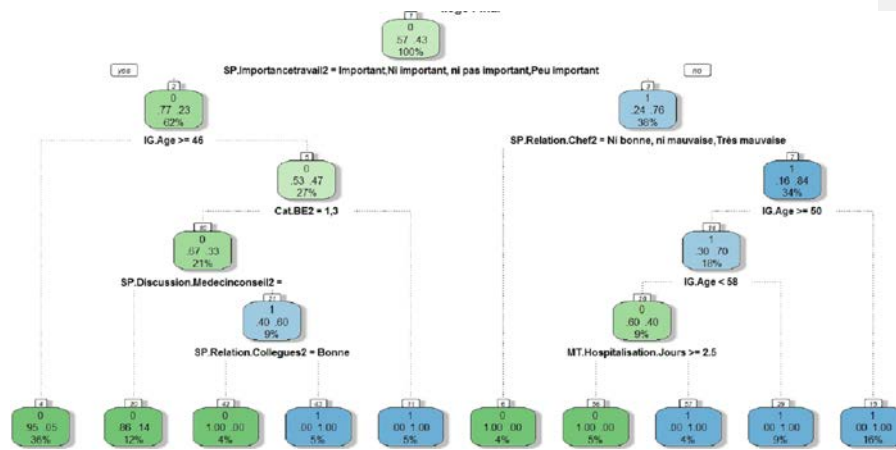


Figure 4. Tree of the factors involved in the working status at the final follow-up of patients from the CHC Liège

4.1.4 The multiple factor analysis (MFA): Hierarchical Clustering

The model used for the hierarchical clustering allows the identification of clusters among patients from IJB and CHC, based on their (similar) profile (according to the 33 factors included in the MFA).

Reference: Analyse factorielle multiple avec R, J. Pagès EDP Sciences, 2013

Identification of clusters in IJB

At first follow-up in IJB, four clusters were identified, with three main (the fourth having only one individual, see Figure x). The main factors explaining the appartenance of individuals to cluster 1 are reported *vomitting* and *lymphedema*. For cluster 2, is having seen a *physiotherapist* and for cluster 3, is not having reported lymphedema (cluster 3 having the biggest number of working patients). Most factors at FU1 are health-related.

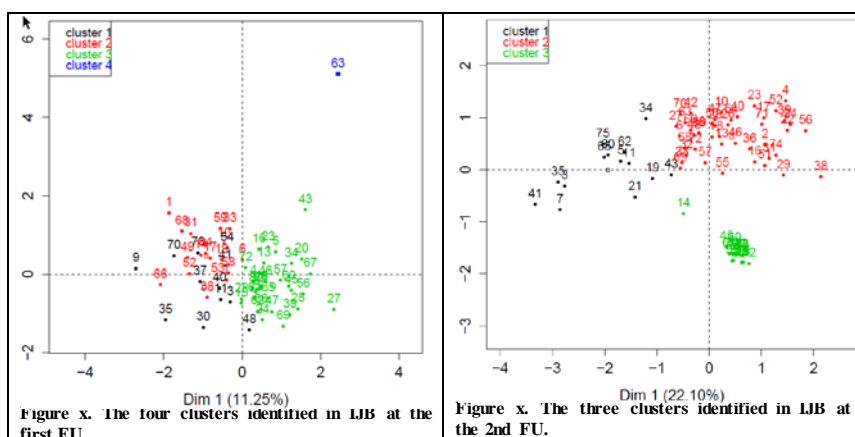
At FU2 in IJB, three clusters are identified. The main factors explaining the membership to cluster 1 (with mainly not working individuals) is reported *depression*, having seen a *psychologist* and *loss of appetite*. In cluster 2 (mainly working individuals), 77.5% of the individuals were *not hospitalized*. More than 80% had *contact with colleagues* and *employer* during the sick leave and 76% declare having had *surgery* and are undergoing a *hormonotherapy* (82%). Cluster 3 concerns the missings. Again, most factors at FU2 are health-related, except for those having resumed work (cluster 2).

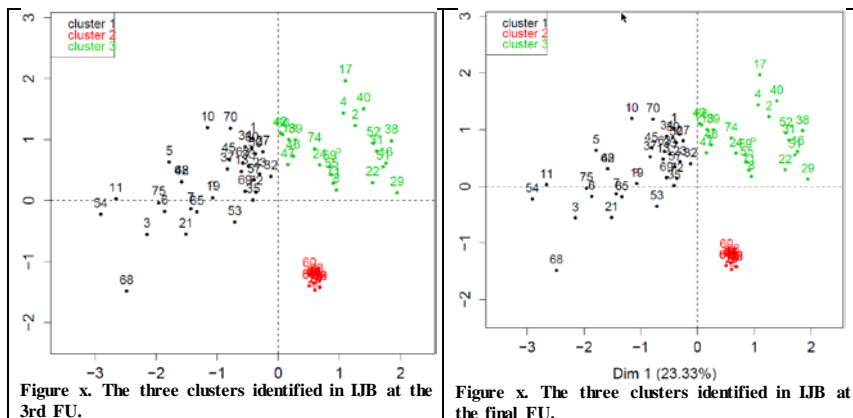
At FU3 in IJB, three clusters are identified. In the first cluster (with mainly not working individuals), the main factors were: *fatigue* (74%), *sleep disturbance* (78%), *pain* (74%), *having seen a psychologist* (83%) and having been *hospitalized* (78%). Cluster 2 mainly comprises the missings.

In cluster 3 (mainly working ones), 61% are still under treatment but 46% have not been hospitalized (40% reported surgery); 44% and 40% have had *contacts with their employer and colleagues*.

At the final interview in IJB, three clusters were identified. In the first cluster (mainly not working individuals), 78% were *hospitalized*, 83% had contact with a *psychologist*, 78% had *sleep disturbance* and 74% reported *fatigue*. Cluster 2 mainly comprises the missings.

In the third cluster, 68% of individuals are working; 61% are still under treatment and 45% reported to *not have been hospitalized* (40% reported surgery). Most of them also reported *contacts with employer and colleagues*.





Identification of clusters in CHC

At FU1 in CHC (only 8 patients are working), three clusters are identified. In the first, **symptoms** are the most important factors: 100% reported *contact with a physiotherapist*, 83% of reported *lymphedema*, 70% *oedema*, 60% *depression* and 59% of *hot flushes*. In cluster 2, the only factor is the contact with the oncologist and in the third cluster includes only missings.

At FU2 (10 patients are working), three clusters are identified. In the first, 59% are not working; 67% are female; they reported *hormonotherapy* (86%) and *contact with a psychologist* (89%).

In cluster 2, contact with a specialist is the main factor alongside with being male (76%) and in the third cluster comprises the missings.

At FU3, six clusters were identified. In the first, the two main factors are reported *loss of appetite* (80%) and having seen a *physiotherapist* (70%); in the second cluster, all have seen the hematologist and 60% had *contact with their HR service*.

In cluster 3, 53% are working. Most did not report symptoms and 48% reported radiotherapy. In cluster 4, 73% have an *emotionally demanding job* (mainly teachers). Clusters 5 and 6 are false include mainly missings.

From the final interview, four clusters were drawn among the respondents. Compared to the other FUs, most factors are work-related. In the first cluster, patients reported "good" or "neither good nor bad" relationships with their colleagues and employer. in the second cluster, patients *reported bad relation with their colleagues and employer* (100%) and depression.

In cluster 3, were 46% are working (compared to 41% on the whole group of patients), 79% declared having *good relation with their head* and 67% with their colleagues.

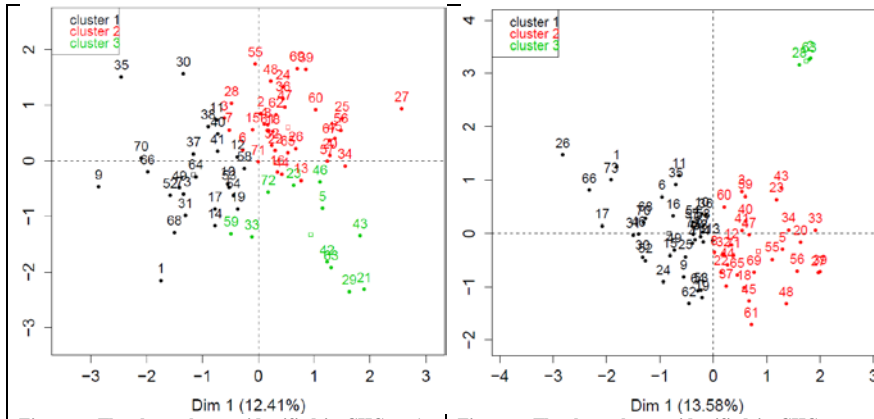


Figure x. The three clusters identified in CHC at 1st FU

Figure x. The three clusters identified in CHC at 2nd FU.

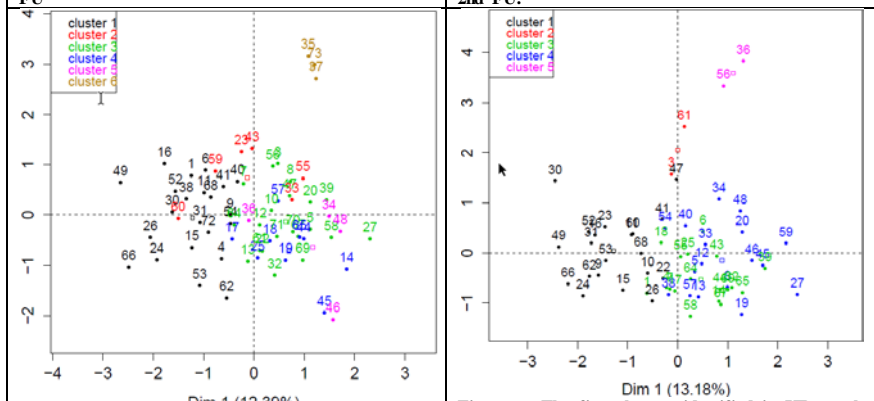


Figure x. The six clusters identified in LJB at 3rd FU.

Figure x. The five clusters identified in LJB at the final FU.

	F1		F2		F3		Final	
	IJB	CHC	IJB	CHC	IJB	CHC	IJB	CHC
Cluster 1 <i>Work. stat</i>	XXX -Dietetician -Vomiting -No contact employer -Lymphedema -No appetite -Pain -depression -hospitalisation	XXX -hot flashes -Lymphedema -oedema -depression -physiotherapist	NOT WORK. -depression -chemotherapy -psychologist -no appetite -fatigue -Sleep dist. -surgery	NOT WORK. -female -hormonotherapy -pain -psychologist -no hospi	NOT WORK. -fatigue -sleep dist. -pain -contact coll. -surgery -psychologist -contact employer -no hospi -hospi -hormonotherapy	XXX -pain -Hot flashes -physiotherapist -depression -Occupation cat 1 -sleep dist -appetite	NOT WORK. -fatigue -sleep dist -pain -contact coll. -surgery -psychologist -contact employer -no hospi -hospi -hormonotherapy	
Cluster 2 <i>Work. stat</i>	XXX -contact coll. -men -physiotherapist -contact employer	XXX -visit oncologist	WORKING -contact coll. -contact employer -surgery -no hospi -physiotherapist -fatigue -ong. Treat. -hormonotherapy	XX -no hormono -male -contact hemato -contact gastro -no psychologist	NA (all false or NA)	XX -contact hemato -male -contact HR -contact employer -hospi -no hormono -no radio	NA (all false)	XXX -bad relation with head -bad relation coll -depression
Cluster 3 <i>Work. stat</i>	WORKING -no Lymphedema -finish treat. -not hospi	XX (all false)	NA (all false or NA)	NA (all false)	WORKING -ongoing treat -no hospi -contact employer -contact coll. -surgery	WORKING (all false, only radio)	WORKING -ongoing treat -no hospi -contact employer -contact coll. -surgery	WORKING -very good relation coll -very good relation head -not important to work -hormonotherapy -finished treat -occupation cat 2 -no chemotherapy
Cluster 4 <i>Work. Stat</i>	/	/	/	/	/	XX -Occupation cat 2 -contact coll -contact gastro	/	XXX -ongoing treat -no hormono -not imp to work -no pain

4.2 Feasibility

An important and recurrent issue for health professionals was the identification of patients who, based on certain criteria, could have been more at risk of experiencing difficulties in their RTW. They reported great variability among their patients and difficulties to foresee the working status. We conducted the tree-based analysis in order to see into which extent we could provide to them with some insights on the main predictors.

Health professionals reported very different time to fill the questionnaires in with the patients, according to each specific situation.

During the two first follow-up questionnaires, they received several questions related to the health status and/or their treatment. Most of them feared the treatment and its consequences and the relapses.

The third follow-up and the final questionnaire were the occasion to more engage the discussion on professional aspects.

Health professionals reported the clear importance of engaging this discussion but were not sure of the **profile of the interviewer**. Those who participated felt mainly comfortable with medical questions but much less with the professional question.

However they would have liked expanded questions on the (physical and emotional) job demands, to better approach the difficulties their patients could encounter.

An important aspect reported by health professionals is the fact that they fill that these questionnaires had different level of relevance for the patients. For some patients, the discussion did not bring added value and they mostly did not report any difficulties with any actors.

The care provided by the employer and/or by the advisory physician seemed to be of high importance in their perception of the return to work process (see Annex 6).

The health professionals reported to be very comfortable when the patients raised questions about their health status or their treatment. However, several points concerned their ability to resume work, to the reaction of their colleague or employer, the possibility to resume part-time, the financial consequences, etc. To these questions, the health professionals felt much less able to answer. They provided the information fiches that we had foreseen but as we can see in the list of referrals made, no one had the reflex to advice the patient to meet the occupational physician and very few referred them to the advisory physician.

In the two hospitals, no referral to the occupational physicians has been made; which is surprising if we look at the preoccupations reported by the patients. Several worried about the possible adaptations of their job.

The annex 6 presents a sample of the questions raised by the patients during the follow-ups 1-3 in each of the two hospitals.

The reading of these questions/concerns/remarks allows the highlighting of three main “domains of concerns” can be raised:

- The financial burden
- The role of the employer (in accomodating the work)

- The adequacy of the jobs demands and physical limits (working capacities)
- The administrative burden
- The physical (aspect) changes

	First follow-up		Second follow-up		Third follow-up	
	LJB	CHC	LJB	CHC	LJB	CHC
	4	6	5	7	2	5
Advisory physician (sickness insurance)	2	0	1	1	0	0
Occupational physician	0	0	0	0	0	0
(Medical) specialist/GP	1	2	1	3	1	3
Onco coordinator nurse	2	2	2	0	0	0
Psychologist	0	2	0	0	1	0
Physiotherapeut	0	0	1	1	0	0
Social worker	0	0	0	2	0	1
Dietitian	0	0	0	0	0	1

Important remark: a more systematic treatment of this information will be performed in the near future, using appropriate qualitative assessment tools.

Table 2. Number of contacts with specialists or paramedics at each follow-up

	LJ Bordet	CHC Liège
Follow-up 1	(n=64)	(n=67)
Oncologist	62	63
Physiotherapist	30	3
Psychologist	11	11
Surgeon	10	25
Other	18	32
Advisory physician	16	15
Occupational physician	3	7
Follow-up 2	(n=59)	(n=67)
Oncologist	50	61
Physiotherapist	32	10
Psychologist	11	9
Surgeon	3	8
Other	24	29
Advisory physician	11	19
Occupational physician	4	4
Follow-up 3	(n=55)	(n=67)
Oncologist	42	56
Physiotherapist	27	10
Psychologist	12	9
Surgeon	2	6
Other	14	26
Advisory physician	9	3
Occupational physician	5	1

Final interview*	(n=55)	(n=65)
Oncologist	30	48
Physiotherapist	5	9
Psychologist	9	15
Surgeon	4	16
Other	9	20
Advisory physician	23	20
Occupational physician	22	9

4.3 Acceptability

Patient's perspectives

Health professionals reported that in the first instance, patients asked for clarification on the communication between the hospital and their employer. A majority of them wanted to be reinsured that their data would not be shared with their employer.

As soon as the health professional clarified that it would not have been the case, patients were very positive on their inclusion in the study and were happy to participate.

They reported to find it very useful and great to participate to a study that would directly benefit to them (unlike most RCTs in which they are invited to participate and for which the results seem sometimes very far).

Another important question/reaction of the patients was about the role of the intramural professional in their decision to resume work. They wanted to be reinsured that they would not be pushed to resume work if they feel that they could not.

The question related to the professional origin of the cancer seem to have caused some concerns. The rationale of the question was to know whether the cancer was recognised as an occupational disease or not, implying important consequences for the return to work, but also for the social security scheme which is different for occupational diseases.

Unfortunately, the question raised concerns to some patients for whom it should not. Some patients started thinking to an unjustified causal relationship between the cancer and their occupation. A patient even reported to be certain that her breast cancer was related to the level of stress of her job and the air-pollution (commercial work).

In the IJB, at the first follow-up, no patient reported a (potential) relation with their occupation.
At follow-up 2, five workers reported to think that they could be a link.
- Civil servant in the literature sector (60 years old, in situ breast cancer)
- French teacher (46 years olds, stage 3 thyroid cancer)
- History teacher (62 years old, in situ breast cancer)
- Kindergarten teacher (45 years old, stage 2 breast cancer)
- Lawyer (31 years olds, in situ breast cancer)
At follow-up 3, three patients changed their mind and drop the idea that the cancer could be related to their occupation. However, 2 new patients reported a (potential) causal relationship:
- One manager in a pharmaceutical industry (43 years olds, in situ lung cancer)
- engineer for the Wallon water society (46 years old, stage 1 breast cancer)
By the end of the study (M12), no patient in IJB has been officially recognized as having had an occupational cancer.
In the CHC, at first follow-up, 4 patients reported to think that their cancer could have been caused by the professional activity:
- commercial worker (44 years old, stage 2 breast cancer)

- seller-beautician (24 years old, stage 2 breast cancer)
- dog toilet (52 years old, stage 4 colorectal cancer)
- surveyor – geometrician (60 years old, stage 2, colorectal cancer)

At the second follow-up, 6 patients reported to think that their cancer could have been caused by the professional activity. The four same patients of the follow-up 1 and 3 new patients:

- insurer (57 years old, stage 2 rectal cancer)
- production worker (49 years old, lymphomea)

At the third follow-up, the six same patients still reported to believe in a causal relationship between their occupation and the cancer.

By the end of the study (M12), no patient in CHC has been officially recognized as having had an occupational cancer.

Box1. The answers to the occupational origin of the cancer in IJB and CHC.

4.4 Faisability

An important and recurrent issue for health professionals was the identification of patients who, based on certain criteria, could have been more at risk of experiencing difficulties in their RTW. They reported great variability among their patients and difficulties to foresee the working status. We conducted the tree-based analysis in order to see into which extent we could provide to them with some insights on the main predictors.

Health professionals reported very different time to fill the questionnaires in with the patients, according to each specific situation.

During the two first follow-up questionnaires, they received several questions related to the health status and/or their treatment. Most of them feared the treatment and its consequences and the relapses.

The third follow-up and the final questionnaire were the occasion to more engage the discussion on professional aspects.

Health professionals reported the clear importance of engaging this discussion but were not sure of the **profile of the interviewer**. Those who participated felt mainly comfortable with medical questions but much less with the professional question.

However they would have liked expanded questions on the (physical and emotional) job demands, to better approach the difficulties their patients could encounter.

An important aspect reported by health professionals is the fact that they fill that these questionnaires had different level of relevance for the patients. For some patients, the discussion did not bring added value and they mostly did not report any difficulties with any actors.

The care provided by the employer and/or by the advisory physician seemed to be of high importance in their perception of the return to work process (see Annex 6).

The health professionals reported to be very comfortable when the patients raised questions about their health status or their treatment. However, several points concerned their ability to resume work, to the reaction of their colleague or employer, the possibility to resume part-time, the financial consequences, etc. To these questions, the health professionals felt much less able to answer. They provided the information fiches that we had foreseen but as we can see in the list

of referrals made, no one had the reflex to advice the patient to meet the occupational physician and very few referred them to the advisory physician.

In the two hospitals, no referral to the occupational physicians has been made; which is surprising if we look at the preoccupations reported by the patients. Several worried about the possible adaptations of their job.

The annex 6 presents a sample of the questions raised by the patients during the follow-ups 1-3 in each of the two hospitals.

The reading of these questions/concerns/remarks allows the highlighting of three main “domains of concerns” can be raised:

- The financial burden
- The role of the employer (in accomodating the work)
- The adequacy of the jobs demands and physical limits (working capacities)
- The administrative burden
- The physical (aspect) changes

5 Discussion

This feasibility study has been developed by a group of experts and health professionals, with the support and coordination of the Cancer Centre of the IPH. After having agreed on the content of the study protocol, this last has been sent to ethical committees of the different hospitals.

The working group was surprised to read a particular comment from the ECs:

Sur le plan éthique, il n'y a pas de commentaires spécifiques.

Par contre, sur le plan humain, et en particulier concernant le respect de la personne malade, le comité d'éthique s'étonne de voir le terme 'travailleurs atteints du cancer' ('cancer workers') plutôt que 'patient'. Le comité s'étonne en outre que cette enquête soit menée par des médecins/des coordinateurs de soins oncologique dont le devoir prioritaire est le souci du bien-être de leur patient malade.

Le médecin doit avant tout faire preuve d'empathie envers son patient et ne pas entrer dans des considérations 'commerciales' en poussant un patient fragile à reprendre trop tôt le travail.

La feuille d'information qui invite le patient à répondre 'honnêtement' a choqué plus d'un membre par le sous-entendu 'péjoratif'.

Clearly, this answer demonstrates that **not all healthcare professionals are ready to integrate in their practice the socioprofessional dimension**. There is a need to raise awareness on the importance for healthcare professionals to take into account also the professional life of their patients, because it is an important component of their life and which could have an impact on their recovery.

The socioprofessional discussion raised the fact that some patients experienced symptoms that impeded their serene RTW. Healthcare professionals (specialists) could help, overcoming these symptoms.

The first selection criteria was "having an active working status". The fact that **health professionals who were responsible for the recruitment were surprised of the number of patients who could not join the study because of not being professionally active** (although in the working age) also tells that before the study, the working life was even not addressed.

According to the interviews with health professionals having participated in the socio-professional discussion, they reported that patients-workers found this role acceptable, as long as they were reassured that no contact would be held between the hospital and the employer. This important result could represent a challenge in a context where more communication is prescribed/encouraged between healthcare teams and those responsive of the professional reintegration.

An important result was also the (non)necessity of this socioprofessional discussion with all patients. In some cases, the professional reintegration was straightforward and did not seem to cause any preoccupation. This calls for the use of a system allowing the identification of those patients who would need support and/or guidance regarding the professional reintegration.

According to our analysis, an in-depth assessment of the symptoms, the subjective QoL and the working demands, at 6 months after diagnosis, would allow the identification and the right referring of those patients-workers who need support.

The issues related to the professional origin of the cancer has raised a lot of concerns among health professionals; the results suggest to avoid addressing the issue, unless there is a strong reason to believe that there is a cause relationship.

The profile of the responsible of the “socio professional discussion” needs to be adapted to the main concerns of the patient-workers. Our results suggest two groups: (1) those with mainly health-related concerns, who could therefore be supported by a healthcare professional and (2) those concern by their relationship with their working environment, their working demands and/or the financial impact of their work cessation. These last could be referred to a social worker, or to the advisory or occupational physicians.

Patients also reported to be a bit confused; while the socio-professional discussion was led by the nurse or the data manager or social worker, the certification was done by the specialist (or GP). They therefore had the feeling that all the information that they provided was not “used”. This calls for (at least) a briefing of the certifying physician, who could address with the patient-workers his main concerns, solve them or refer him to the right support.

In almost all trees and clusters, depression and contact with a psychologist was found to be involved/ associated with the working status. More research needs to be done in that sense, to allow the (potential) role of the psychological support in the return-to-work pathway. The psychological burden that is felt by patients-workers with cancer seems to be associated with their ability or willingness to resume work.

Conclusions

Put in a nutshell, our recommendations for organising an early socio-professional discussion, via the intramural professional are:

- organize a screening/assessment of needs, about (at the latest) 6 months after the diagnostic;
- inform the healthcare professional who is in charge of the sickness certification with the results of the socio-professional discussion;

ANNEXES

Supporting material for intramural health professionals

Fiche-info for self-employed workers



Déclarer son incapacité de travail et en obtenir la reconnaissance comme travailleur indépendant

Vous êtes indépendant et vous êtes en incapacité de travail ? Déclarez votre incapacité de travail à temps auprès de votre mutualité. Vous pouvez avoir droit à une indemnité si le médecin-conseil de votre mutualité reconnaît votre incapacité de travail.

Comment déclarer votre incapacité de travail ?

1. Complétez le formulaire « Déclaration d'incapacité de travail » en concertation avec votre médecin traitant. Si nécessaire, demandez ce formulaire à votre mutualité.
2. Transmettez ce formulaire au médecin-conseil de votre mutualité:
 - o envoyez-le par la poste
 - ou
 - o déposez-le à la mutualité : dans ce cas, vous recevrez un récépissé.

Attention

Vous habitez ou séjournez en Belgique mais vous êtes assujéti à une assurance indemnités étrangères ? Dans ce cas, suivez la procédure décrite sur le site www.casozp.be.

Quand déclarer votre incapacité de travail ?

Au début de votre incapacité de travail, vous disposez de **28 jours civils** pour la déclarer (1er jour d'incapacité de travail non inclus).

Attention

- Tant que vous êtes hospitalisé, vous ne devez pas déclarer votre incapacité de travail. **Mais faites-le immédiatement après votre sortie de l'hôpital.**
- Si vous recommencez à travailler après une période d'incapacité de travail et que vous retombez en incapacité dans les 15 jours qui suivent, nous vous recommandons de déclarer cette nouvelle incapacité dans les 2 jours.

Si vous déclarez trop tard votre incapacité, les indemnités auxquelles vous avez éventuellement droit sont réduites ! Vous perdez alors 10 % par jour, depuis le jour où vous avez droit à l'indemnité jusqu'au jour de la déclaration incluse.

Néanmoins, dans certains cas, votre mutualité peut décider de ne pas diminuer votre indemnité. Dans ce cas, elle tient compte de ces 2 situations potentielles :

- Vos indemnités diminuent-elle d'au moins 23 EUR au total pour toute la période ?
- et
- Y a-t-il force majeure ou les revenus de votre ménage sont-ils faibles ?

Quand avez-vous droit à une indemnité d'incapacité de travail ?

Même si vous êtes indépendant et que vous avez déclaré votre incapacité de travail, cela ne signifie pas automatiquement que vous avez droit à une indemnité.

Vous avez droit à une indemnité :

- si vous répondez aux conditions fixées en matière de stage : vous devez d'abord accomplir un stage d'attente de 6 mois et payer vos cotisations sociales pour 2 trimestres. Pendant ces 6 mois, vous ne pouvez pas être en incapacité de travail ET
- si vous êtes reconnu incapable de travailler : ceci n'est possible que si vous avez cessé toute activité pour raisons de santé.

Si vous avez droit à une indemnité, celle-ci ne vous est versée qu'à partir du 1er mois de votre incapacité de travail.

Qui reconnaît votre incapacité de travail ?

Le médecin-conseil de votre mutualité étudie votre dossier et décide de reconnaître ou non votre incapacité de travail. Il détermine aussi la durée de reconnaissance de votre incapacité de travail.

Qui prolonge ou met un terme à votre incapacité de travail ?

Être reconnu ne signifie pas rester reconnu. La décision du médecin-conseil quant à la reconnaissance de votre incapacité de travail n'est pas un aboutissement.

- Au cours de la 1^{re} année de votre incapacité de travail (la période d'incapacité de travail primaire), le médecin-conseil assure le suivi de votre dossier. Il peut prolonger votre incapacité de travail ou y mettre un terme.
- Après la 1^{re} année d'incapacité de travail (la période d'invalidité), il existe 2 possibilités :
 - o Le médecin-conseil de votre mutualité peut :
 - proposer au Conseil médical de l'invalidité de prolonger votre incapacité de travail
 - mettre un terme à votre incapacité de travail.
 - o Le Conseil médical de l'invalidité peut :
 - prolonger votre incapacité de travail sur proposition du médecin-conseil
 - mettre un terme à votre incapacité de travail.

Attention

Pour continuer à être reconnu incapable de travail au cours de la période d'invalidité, vous ne pouvez personnellement être apte à exercer un autre métier que celui exercé précédemment. Votre état social, votre état de santé et votre formation professionnelle déterminent entre autres si vous êtes encore en mesure d'effectuer un autre travail ou non.

Réglementation et conventions – indemnités (INAMI)

Téléphone : +32(0) 219 76 24
inami@vlaamseleefbaarheidsdienst.be

Fiche-info regarding the role of the occupational physician



Le retour au travail après cancer

Fiche « Rôle du médecin du travail »

1 Informer les travailleurs et les employeurs sur la reprise du travail

Encouragez le patient à garder contact avec son chef et ses collègues. Le maintien d'un contact avec le chef et les collègues tout au long du trajet du diagnostic et du traitement facilite le retour au travail par la suite.

- Informer et motiver
 - « Visite de pré-reprise du travail »

En cas d'incapacité de travail d'au moins 4 semaines, le travailleur peut en bénéficier même s'il n'est pas encore question d'une reprise immédiate du travail. La législation prévoit que le patient introduise une demande par écrit auprès de son employeur.

- « Consultation spontanée »

Chaque travailleur, qu'il soit ou non soumis à la surveillance de la santé, peut consulter le médecin du travail sans délai pour des problèmes de santé qu'il attribue à un manque de prise de mesures de prévention.

Le médecin du travail peut prendre contact avec l'employeur du patient pour convenir des arrangements en vue de préparer la reprise du travail. Le travail à temps partiel est souvent une situation profitable aux deux parties.

2 Élaborer un trajet individuel pour la reprise de travail

Définir un trajet individuel de reprise du travail et assurer le suivi. Une fois les arrangements nécessaires pris, de nombreux patients peuvent reprendre le travail assez rapidement de manière progressive et/ou adaptée. Il ne faut pas sous-estimer l'importance de cette étape en vue d'une réinsertion sociale et professionnelle.

- Prendre contact avec les médecins concernés
- Avec l'autorisation du patient, le médecin du travail peut demander aux médecins concernés de contribuer à l'élaboration d'un trajet individuel de reprise progressive du travail :
- médecin généraliste : apports d'informations médicales et familiales (y compris les antécédents) ;
 - médecin traitant : apport d'informations médicales (diagnostic, pronostic de l'évolution de la maladie, traitement de soins, effets secondaires, réajustement) ;
 - informer le médecin-conseil en lui soumettant le formulaire de reprise partielle du travail et en lui communiquant le planning.



Werkhervatting na kanker

Fiche « Rol van de arbeidsgeneesheer »

1 Werknemers en werkgevers over werkhervatting informeren

De patiënt aanmoedigen om contact te houden met zijn leidinggevende en collega's. De terugkeer naar het werk verloopt gemakkelijker als de patiënt gedurende het hele traject van de diagnose en de behandeling contact blijft houden met zijn leidinggevende en collega's.

- Informeren en motiveren
 - Een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting

Dit kan al na 4 weken arbeidsgeschiktheid, zelfs als er nog geen sprake is van een onmiddellijke werkhervatting. De wegering bepaalt dat de patiënt deze vraag richtbaarlijk aan de werkgever richt.

- Een 'spontane raadpleging'

Elke werkgever, al dan niet onderworpen aan het gezondheidsrecht, heeft het recht om op elk moment de arbeidsgeneesheer te raadplegen voor gezondheidsklachten die hij wijft aan het feit dat er voldoende preventie maatregelen werden genomen.

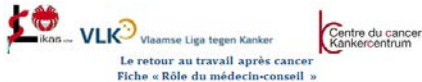
De arbeidsgeneesheer kan contact opnemen met de werkgever van de patiënt om afspraken te maken ter voorbereiding van de werkhervatting. Deeltijds werken is vaak een win-win situatie.

2 Een individueel traject voor werkhervatting opstellen

Een individueel traject voor werkhervatting opstellen en opvolgen. Na de nodige afspraken kunnen veel patiënten het werk vrij snel progressief en/of op een aangepaste manier hervatten. Het belang hiervan voor de socio-professionele re-integratie van de patiënten valt niet te onderschatten.

- De betrokken artsen contacteren
- Met de toestemming van de patiënt kan de arbeidsgeneesheer de betrokken artsen om input vragen bij het opstellen van het individueel traject voor de progressieve werkhervatting :
- huisarts: medische en familiale input (incl. voorgeschiedenis) ;
 - behandelende arts: medische input (diagnose, prognose van het ziekteverloop, behandelingsopties, neven- en bijwerkingen, herstel) ;
 - de adviserend geneesheer informeren door het formulier voor deeltijdse werkhervatting te laten invullen en de planning mee te delen.

Fiche-info regarding the role of the advisory physician (from the health insurance)



De plus en plus de personnes jeunes et actives sont touchées par le cancer. Dans de nombreux cas, le pronostic est aujourd'hui bon. Tôt ou tard, se pose alors souvent la question de la reprise du travail après la maladie. La Likas (Limburgse Kankervereniging vzw), la VLK (Vlaamse Liga tegen Kanker) et le Centre du Cancer (WV-ISP) souhaitent encourager un retour progressif au travail pour les personnes atteintes d'un cancer. Cette brochure vous livre quelques **explications quant au rôle du médecin-conseil**, qui vise à aider et accompagner au mieux les patients dans la reprise de leur activité professionnelle.

1 Accompagner le patient dès le début dans sa reprise du travail

> Encourager le patient à garder contact avec son employeur, son chef et ses collègues. Le maintien d'un contact avec l'employeur, le chef et les collègues tout au long du trajet du diagnostic et du traitement facilite le retour au travail par la suite.

> Encourager une reprise du travail progressive
Le médecin-conseil est en bonne position pour **aider et motiver le patient à retourner au travail**. Il peut également vous informer des différentes **possibilités** qui vous sont offertes, telles qu'une reprise de travail adaptée, une reprise partielle ou un trajet individuel de reprise progressive du travail.

2 Orienter les patients vers le médecin du travail

> Informer le patient de son droit de prendre contact avec le médecin du travail.
En cas d'incapacité de travail d'au moins 4 semaines, le travailleur peut bénéficier d'une **ajoute de pré-reprise du travail**, même s'il n'est pas encore question d'une reprise immédiate du travail. Cette consultation est l'occasion de déjà convenir des arrangements permettant de préparer à terme, une reprise du travail progressive et sans heurts. La législation prévoit que le patient introduise une demande par écrit auprès de son employeur, mais dans les faits, il suffit heureusement souvent que le patient pose simplement la question. Une « *consultation spontanée* » auprès du médecin du travail est également possible.

> Encourager un trajet individuel de reprise progressive du travail
La législation est très flexible tant que le patient conserve, **sur le plan médical**, une réduction de sa capacité d'au moins 50 %. Aucune limite n'est fixée quant au nombre d'heures. Il est, par exemple, possible d'opter pour un régime de travail à 30 ou 70 %.

N'hésitez donc pas à prendre contact avec votre médecin conseil en contactant votre mutualité.



Steeds meer jonge, werkende mensen krijgen met kanker te maken. Tegenwoordig is de prognose in veel gevallen goed. Werkhervatting na kanker is dus steeds vaker, vroeg of laat, aan de orde. De Limburgse Kankervereniging vzw (Likas), de Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK) en het Kankercentrum (WV-ISP) wensen de progressieve werkhervatting van mensen met kanker aan te moedigen. Deze folder geeft enkele **toelichtingen bij de rol van de adviseerend geneesheer** om de patiënten zo goed mogelijk te helpen en te begeleiden bij hun werkhervatting.

1 Begeleid de patiënt van meet af aan bij zijn werkhervatting

> Moedig de patiënt aan om contact te houden met zijn werkgever, leidinggevende en collega's
De terugkeer naar het werk verloopt gemakkelijker als de patiënt gedurende het hele traject van de diagnose en de behandeling contact blijft houden met zijn werkgever, leidinggevende en collega's.

> Moedig progressieve werkhervatting aan
De adviseerend geneesheer is de aangewezen persoon om de **patiënt te helpen en aan te moedigen om zijn werk te hervatten**. Hij kan u ook informeren over de verschillende mogelijkheden, zoals aangepaste werkhervatting, deeltijdse werkhervatting of een individueel traject voor een progressieve werkhervatting.

2 Wijs patiënten de weg naar de arbeidsgeneesheer

> Informeer de patiënt over zijn recht om contact op te nemen met de arbeidsgeneesheer
Een **verzocht vooraf op grond van de werkhervatting** kan vanaf 4 weken arbeidsongeschiktheid, zelfs indien er nog geen sprake is van onmiddellijke werkhervatting. Zo kunnen alvast de nodige afspraken gemaakt worden om op termijn een vlotte en geleidelijke werkhervatting voor te bereiden. De wetgeving bepaalt dat de patiënt deze vraag schriftelijk aan de werkgever richt maar gelukkig volstaat het vaak dat de patiënt de vraag gewoon stelt. Ook een 'spontane rondvleging' van de arbeidsgeneesheer is mogelijk.

> Moedig een individueel traject voor progressieve werkhervatting aan

De wetgeving is heel flexibel zolang de patiënt **vanuit geneeskundig oogpunt** een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 procent behoudt. Er is geen beperking wat het aantal uren betreft, zo is bijvoorbeeld een arbeidstijd van 30 of 70% mogelijk.

Aarzel dus niet om via uw ziektefonds contact op te nemen met uw adviseerend geneesheer.

NIHDI Explicative Folder to resume adapted work

Vous êtes en incapacité de travail et vous souhaitez reprendre un travail adapté à votre état de santé ?

Vous devez :

- déclarer cette reprise de travail à votre mutualité, **au plus tard, le premier jour ouvrable qui précède immédiatement** votre reprise de travail
- demander, **dans ce même délai**, l'autorisation du médecin-conseil de votre mutualité pour pouvoir reprendre ce travail.

Une fois vos formalités remplies, vous pourrez déjà reprendre ce travail **avant d'avoir obtenu l'autorisation** écrite du médecin-conseil de votre mutualité.

Le médecin-conseil dispose d'un délai maximum de 30 jours ouvrables à compter de la reprise de votre travail pour vous donner son autorisation écrite (pour autant que toutes les conditions soient réunies).

Exemple

- Si vous souhaitez reprendre un travail adapté durant votre incapacité de travail le mercredi 14 janvier, vous devez déclarer cette reprise et en demander l'autorisation, au plus tard, le mardi 13 janvier.
- Si vous souhaitez reprendre un travail adapté durant votre incapacité de travail le lundi 12 janvier, vous devez déclarer cette reprise et en demander l'autorisation, au plus tard, le vendredi 8 janvier.

Exception

Vous êtes salarié et vous exercez une activité indépendante complémentaire ?
 ET
 Vous êtes enceinte, accouchée ou allaitante et vous faites l'objet d'une mesure de protection de la maternité dans le cadre de votre activité salariée ? Si vous souhaitez poursuivre votre activité indépendante durant cette période, vous devez en obtenir l'autorisation préalable écrite du médecin-conseil de votre mutualité.

1. Quelle procédure devez-vous suivre pour reprendre un travail adapté durant votre période d'incapacité de travail ?

Vous devez suivre les étapes suivantes :

1. Compléter un formulaire disponible auprès de votre mutualité. Ce formulaire sert à déclarer votre reprise à votre mutualité et à introduire votre demande d'autorisation auprès du médecin-conseil.
2. Transmettre le formulaire complété à votre mutualité (par la poste ou en mains propres à votre mutualité contre accusé de réception), **au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement votre reprise de travail adapté.**

Ce formulaire comprend plusieurs questions concernant votre situation. Vos réponses permettront au médecin-conseil d'avoir tous les éléments en mains pour vous autoriser ou non à reprendre ce travail adapté.

2. Quelles conditions devez-vous remplir pour reprendre un travail adapté durant votre période d'incapacité de travail ?

Le médecin-conseil peut vous autoriser à reprendre un travail adapté si :

- vous reprenez un travail compatible avec la maladie dont vous souffrez
- vous conservez une réduction de votre capacité d'au moins 50 % sur le plan médical.

! Si nécessaire, le médecin-conseil peut également vous examiner avant de prendre sa décision.

3. Quelle est l'incidence de cette reprise du travail sur le montant de vos indemnités ?

Si vous reprenez un travail adapté avec l'autorisation du médecin-conseil, vos indemnités seront réduites afin de tenir compte de vos revenus professionnels.

4. Que se passe-t-il si vous déclarez trop tard votre reprise de travail adapté ?

Si vous transmettez le formulaire tardivement à votre mutualité, vos indemnités pourront être diminuées de 10 % ou même vous être refusées.

Si vous transmettez le formulaire à votre mutualité dans les 14 jours civils à dater de votre reprise de travail, vos indemnités seront diminuées de 10 % à dater de cette reprise.

Exemple

Si vous reprenez le travail adapté le 14 janvier et que vous transmettez le formulaire à votre mutualité le 16 janvier, vos indemnités seront diminuées de 10 % du 14 au 16 janvier inclus.

Si vous transmettez le formulaire à votre mutualité plus de 14 jours civils à dater de votre reprise de travail, vos indemnités pourront être refusées ou réduites.

5. Dans quel délai le médecin-conseil prend-il sa décision ? Et quand en êtes-vous informé ?

Le médecin-conseil prend sa décision, au plus tard, le 30^e jour ouvrable à partir du 1^{er} jour de votre reprise de travail adapté.

Vous recevez la notification de cette décision du médecin-conseil par la poste, au plus tard dans les 7 jours calendriers à partir de la date de sa décision.

Exemple

Si vous reprenez un travail adapté le mercredi 14 janvier et que le médecin-conseil prend sa décision le mardi 20 janvier (soit le 5^e jour ouvrable à partir de votre reprise), cette autorisation écrite devra vous être notifiée, au plus tard, le 26 janvier.

! Si le médecin-conseil a dû vous examiner, vous pouvez déjà recevoir l'autorisation à la fin de l'examen médical.

6. Que comprend l'autorisation du médecin-conseil ?

L'autorisation rendue par le médecin-conseil doit comprendre les éléments suivants :

- la nature de votre travail
- le volume de votre travail
- les conditions d'exercice de votre travail.

L'autorisation du médecin-conseil est classée dans votre dossier médical et administratif au siège de votre mutualité.

7. Quand le médecin-conseil doit-il contrôler votre incapacité de travail durant votre période de reprise de travail autorisée ?

Durant une période de reprise d'un travail adapté, le médecin-conseil doit contrôler votre degré d'incapacité (au moins 50 % sur le plan médical), **au moins une fois tous les 6 mois**, sauf s'il juge que cet examen peut avoir lieu dans un délai plus long.

8. Que se passe-t-il si le médecin-conseil refuse votre reprise de travail au cours de l'incapacité de travail ?

Le médecin-conseil refuse votre reprise de travail parce qu'il estime que ce travail n'est pas adapté à votre état de santé ; vous devez alors cesser **immédiatement** ce travail.
 Pour la période qui précède la date de prise d'effet du refus, vous pouvez conserver vos indemnités si vous avez envoyé le formulaire à temps à votre mutualité.

9. Que se passe-t-il si le médecin-conseil met fin à votre incapacité de travail après la reprise du travail adapté ?

Le médecin-conseil met fin à votre incapacité de travail parce que vous ne conservez pas une réduction de votre capacité d'au moins 50 % sur le plan médical ; vous ne serez donc plus reconnu incapable de travailler et vous ne percevrez plus d'indemnités, à partir de cette date.

Pour la période qui précède la date de prise d'effet de cette décision, vous pouvez conserver vos indemnités si vous avez envoyé le formulaire à temps à votre mutualité.

Vous souhaitez des informations complémentaires ?

Prenez contact avec votre mutualité.



Editeur responsable:
 J. De Cock,
 Avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles

Bent u arbeidsongeschikt en wilt u opnieuw werken? Hebt u werk gevonden dat aangepast is aan uw gezondheidstoestand?

Dan moet u:

- aan uw ziektefonds laten weten dat u opnieuw aan het werk gaat, uiterlijk de eerste werkdag die onmiddellijk aan uw werkherleving voorafgaat
- binnen dezelfde termijn aan de adviserend geneesheer van uw ziektefonds vragen of u dat werk mag uitvoeren.

Zodra u de formaliteiten hebt vervuld, mag u aan het werk gaan, ook al hebt u de schriftelijke toestemming van de adviserend geneesheer nog niet gekregen.

De adviserend geneesheer heeft dan maximum 30 werkdagen vanaf de dag dat u opnieuw aan het werk bent gegaan om u schriftelijk toestemming te geven om het werk uit te voeren (sinds u aan alle voorwaarden voldoet) of niet.

• Voorbeelden

- U gaat opnieuw aan het werk op woensdag 14 januari. U moet dan uiterlijk op dinsdag 13 januari laten weten dat u aan het werk gaat en de toestemming vragen.
- U gaat opnieuw aan het werk op maandag 12 januari. U moet dan uiterlijk op vrijdag 9 januari laten weten dat u aan het werk gaat en de toestemming vragen.

Uitzondering

Bent u werknemer en zelfstandige in bijberoep?

EN

Bent u zwanger, bevallen of geeft u borstvoeding en bent u beschermd tegen moederschap in het kader van uw activiteit als werknemer? Als u als zelfstandige verder wilt blijven werken, dan moet u eerst de voorafgaande toestemming krijgen van de adviserend geneesheer van uw ziektefonds.

1. Wat moet u doen als u arbeidsongeschikt bent en aangepast werk wilt uitvoeren?

U moet de volgende stappen zetten:

1. Wil het formulier in dat beschikbaar is bij uw ziektefonds. Met dat formulier laat u aan uw ziektefonds weten dat u opnieuw aan het werk gaat en vraagt u toestemming aan de adviserend geneesheer.
2. Bezorg het ingevulde formulier aan uw ziektefonds (via de post of via overhandiging tegen ontvangstbewijs), uiterlijk de eerste werkdag die onmiddellijk aan uw werkherleving voorafgaat.

Het formulier bevat meerdere vragen over uw situatie. Op basis van uw antwoorden heeft de adviserend geneesheer alle elementen om u al dan niet toestemming te geven om het aangepaste werk uit te voeren.

2. Aan welke voorwaarden moet u voldoen als u arbeidsongeschikt bent en aangepast werk wilt aanvangen?

De adviserend geneesheer mag u toestemming geven om opnieuw aan het werk te gaan als:

- het werk dat u wilt uitvoeren aangepast is aan uw gezondheidstoestand,
- u voor minstens 50% ongeschikt blijft op medisch vlak.

Al is hij het nodig acht, mag de adviserend geneesheer u onderzoeken voordat hij zijn beslissing neemt.

3. Wat gebeurt er met uw uitkeringen als u opnieuw aan het werk gaat?

Als u met de toestemming van de adviserend geneesheer opnieuw aangepast werk uitvoert, verminderen uw uitkeringen. Het ziektefonds zal immers rekening houden met de inkomsten uit uw werk.

4. Wat gebeurt er als u niet op tijd laat weten dat u opnieuw aan het werk wilt gaan?

Als u het formulier te laat aan uw ziektefonds bezorgt, dan kunnen uw uitkeringen met 10% verminderen of ze kunnen u zelfs worden geweigerd.

Als u het formulier binnen 14 kalenderdagen, te rekenen vanaf de dag waarop u opnieuw aan het werk bent gegaan, aan uw ziektefonds bezorgt, dan verminderen uw uitkeringen met 10%.

• Voorbeeld

U gaat opnieuw aan het werk op woensdag 14 januari en u bezorgt het formulier aan uw ziektefonds op 16 januari. In dat geval zullen uw uitkeringen met 10% verminderen van 14 tot en met 16 januari.

Als u het formulier na meer dan 14 kalenderdagen, te rekenen vanaf de dag waarop u opnieuw aan het werk bent gegaan, aan het ziektefonds bezorgt, dan is het mogelijk dat u geen uitkeringen meer krijgt of dat ze teruggevoerd worden.

5. Binnen welke termijn neemt de adviserend geneesheer zijn beslissing? En wanneer krijgt u daarvan bericht?

De adviserend geneesheer beslist uiterlijk op de 30^e werkdag, te rekenen vanaf de dag dat u opnieuw aan het werk bent gegaan.

U zal bericht ontvangen van zijn beslissing via de post, uiterlijk binnen de 7 kalenderdagen vanaf de dag waarop hij heeft beslist.

• Voorbeeld

U gaat opnieuw aan het werk op woensdag 14 januari en de adviserend geneesheer beslist op dinsdag 20 januari (de 9^e werkdag nadat u opnieuw aan het werk bent gegaan). U moet dan de schriftelijke toestemming uiterlijk op 20 januari ontvangen.

Als de adviserend geneesheer u heeft onderzocht, dan kan hij u zijn beslissing al mededelen op het einde van het onderzoek.

6. Wat houdt 'de toestemming van de adviserend geneesheer' precies in?

De toestemming van de adviserend geneesheer om aangepast werk uit te voeren, bevat de volgende elementen:

- welk werk u mag uitvoeren
- hoeveel u mag werken (het volume)
- onder welke voorwaarden u mag werken.

Uw ziektefonds bewaart het document met de toestemming van de adviserend geneesheer. Het komt in uw medisch en administratief dossier.

7. Zal de adviserend geneesheer uw arbeidsongeschiktheid controleren als u een aangepast werk uitvoert met zijn toestemming?

gedurende de periode dat u aangepast werk uitvoert moet de adviserend geneesheer uw 'ongeschiktheitsgraad' (minstens 50% op medisch vlak) minstens één keer om de 6 maanden nagaan, tenzij hij beslist dat dit onderzoek minder vaak moet gebeuren.

8. Wat moet u doen als de adviserend geneesheer u niet toestaat om opnieuw aan het werk te gaan tijdens uw arbeidsongeschiktheid?

De adviserend geneesheer staat u niet toe opnieuw aan het werk te gaan als hij oordeelt dat het werk niet aangepast is aan uw gezondheidstoestand. U moet dan ook onmiddellijk stoppen met dat werk. Als u het formulier tijdig aan uw ziektefonds hebt bezorgd, dan mag u wel de uitkeringen behouden die u ontvangt voor de periode dat u gewerkt hebt voor de werking.

9. Wat gebeurt er als de adviserend geneesheer uw arbeidsongeschiktheid beëindigt nadat u met een aangepast werk bent gestart?

De adviserend geneesheer beëindigt uw arbeidsongeschiktheid als u niet langer voor minstens 50% ongeschikt bent op medisch vlak. U bent dan niet meer erkend als arbeidsongeschikt. U ontvangt dan ook geen uitkeringen meer vanaf de datum dat uw arbeidsongeschiktheid is beëindigd.

Als u het formulier tijdig aan uw ziektefonds hebt bezorgd, dan mag u wel de uitkeringen behouden die u ontvangt voor de periode die voorafgaat aan de datum waarop de beslissing van de adviserend geneesheer uitwerking heeft.

Wilt u bijkomende inlichtingen?

Neem dan contact op met uw ziektefonds.



Uitoefenen van aangepast werk tijdens uw arbeidsongeschiktheid



The codebook

Anamnesis

The questionnaire used to realise the health and socio-professional anamnesis was composed by 26 principal questions and 8 subsidiary questions (total 23 questions). The answers to these questions were coded according to the different values they could take (except for the open questions, $n=x$). Therefore, for the anamnesis, we ended up with 60 variables.

For the classification tree, we only used the variables that could apply to all respondent (i.e. no subsidiary questions)

	Q uestions	Possible values (variables)	Used for the classification tree
	Background information		
1	Name of the hospital	Institut Jules Bordet Centre hospitalier chrétien de Liège Universiteit Ziekenhuis Antwerp	
2	ID patient	1-75	
3	Date of the interview	DDMM/YEAR	
4	Date of the MOC	DDMM/YEAR	
5	Age	0-100	
6	Gender	M – F	
7	Language	FR – NL – EN – SP –	
	Health-related		
8	Cancer site	Open question	
9	Stage	In situ – I – II – III – IV	
10	Presence of metastasis	Yes - no	
11	Preceding cancer	Yes – no	
11.1	Date of the preceding cancer	DDMM/YEAR	
12	(Foreseen) starting date of the treatment	DDMM/YEAR	
13	(Foreseen) Type of treatment	Surgery – Chemotherapy – Radiotherapy – Hormonotherapy – Immunotherapy – None	
14	Comorbidities	None- diabetes – obesity – asthma – psychiatric disorders – cardiac – hypertension – depression/burn-out – HIV – Hepatic – Others	
	Socio-professional & lifestyles		
15	Does the patient smoke?	Never – A little – Often	
16	Does the patient drink alcohol?	Never – A little – Often	
17	Does the patient do sport?	Never – A little – Often	
18	Does the patient have children?	Yes – No	
18.1	If yes, how many?	1-10 (max 5 reported)	
18.2	Which age?	Open question (continuous variable)	
19	Does the patient currently work?	Yes – No	
	If Yes:		
19.1	Is he blue collar/white collar/self-employed	Blue collar – White collar – Self-employed	
19.2	How many hours per week is he working?	Open question	
19.3	What's his occupation?	Open question	

19.4	Does he have a permanent contract, temporary contract or works as interim? If No:	Permanent- temporary – ad interim	
19.5	Since when?	DD/MM/YEAR	
19.6	What was his last occupation?	Open question	
20	What's the marital status of the patient?	Married or cohabitant – widowed – single	
20.1	If married or cohabitant: Does the cohabitant work?	Yes - No	
Quality of life (QoL)			
21	Can the patient move around?	No problem – Minor – Moderate – Severe - Unable	
22	Can the patient dress him self?	No problem – Minor – Moderate – Severe - Unable	
23	Can the patient accomplish his daily activities?	No problem – Minor – Moderate – Severe - Unable	
24	Does the patient present pain?	No problem – Minor – Moderate – Severe - Unable	
25	Is the patient anxious or depressed?	No problem – Minor – Moderate – Severe - Unable	
26	How does the patient rate his QoL?	0 -100	

Follow-up 1-2-3

	Questions	Possible values (variables)	Used for the classification tree
Background information			
1	Name of the hospital	Institut Jules Bordet Centre hospitalier chrétien de Liège Université Ziekenhuis Antwerp	
2	ID patient	1-75	
3	Date of the interview	DD/MM/YEAR	
4	The reason why the questionnaire could be filled in	Withdrawal – did not show - death	
5	Has the cancer been recognised as professional	Yes – No	
5.1	If not, does the patient think that it could be?	Yes - No	
Health-related			
8	Has the patient been hospitalised?	Yes – No	
8.1	If yes, how many days	Open question	
9	Which treatment has been administered?	Surgery – Chemotherapy – Radiotherapy – Hormonotherapy – Immunotherapy - None	
10	Is the treatment on going?	Yes - No	
11	Within the last three months, has the patient had contact with:	Oncologist – haematologist – gastroenterologist – gynecologist – urologist – dietitian – physiologist – occupational therapist – psychiatrist/psychologist – neurologist - other	
Socio-professional & lifestyles			
15	Does the patient currently work?	Yes – No	
15.1	If Yes: Has he stopped? If yes, how many times? How many hours per week is he working? Does it suit the patient? If no, why?	Yes - No Open question Open question Yes – No Open question	
15.2	If no, When did he stop? Would he like to resume work?	DD/MM/YEAR Yes – No	

	<p>If yes: Which elements are impeding? Advice from the: GP advisory physician occupational physician family/relatives employer Others:</p> <p>If No: For which reason(s)? Fatigue Stress Pain No motivation No work Others:</p>	<p>Yes - No Yes - No Yes - No Yes - No Yes - No Open question</p> <p>Yes - No Yes - No Yes - No Yes - No Yes - No Open question</p>	
16	<p>Did the patient had contact with: Employer Colleagues Human resources GP Advisory physician Occupational physician Unemployment services</p>	<p>Yes - No Yes - No Yes - No Yes - No Yes - No Yes - No Yes - No</p>	
	Quality of life (QoL)		
17	Can the patient move around?	No problem - Minor - Moderate - Severe - Unable	
18	Can the patient dress him self?	No problem - Minor - Moderate - Severe - Unable	
19	Can the patient accomplish his daily activities?	No problem - Minor - Moderate - Severe - Unable	
20	Does the patient present pain?	No problem - Minor - Moderate - Severe - Unable	
21	Is the patient anxious or depressed?	No problem - Minor - Moderate - Severe - Unable	
22	How does the patient rate his QoL?	0 - 100	
	Question for the investigator		
23	<p>Did you refer the patient to someone? If yes, to whom?</p>	<p>Yes - No Open question</p>	
24	<p>Provide information on the involved actors? If yes: was it a demand from the patient? Was it your own initiative?</p>	<p>Yes - No Yes - No Yes - No</p>	
25	Did you reassure the patient about his medical/health status	Yes - NO	
26	Other	Open question	
27	What were the health-related questions of the patient?	Open question	
28	What were the social-related questions of the patient?	Open question	
29	<p>Had the patient particular worries? If yes, which ones?</p>	<p>Yes - No Open question</p>	

Final questionnaire

	Questions	Possible values (variables)	Used for the classification tree
	Background information		
1	Name of the hospital	Institut Jules Bordet Centre hospitalier chrétien de Liège Universiteit Ziekenhuis Antwerp	
2	ID patient	1-75	
3	Date of the interview	DD/MM/YEAR	
4	The reason why the questionnaire could be filled in	Withdrawal – did not show - death	
5	Has the cancer been recognised as professional	Yes – No	
	Health-related		
6	How many days in total since the diagnosis has the patient been hospitalised?		
7	Which treatment has been administered?	Surgery – Chemotherapy – Radiotherapy – Hormonotherapy – Immunotherapy - None	
8	Is the treatment on going? If yes, which one: Surgery Chemotherapy Radiotherapy Hormonotherapy Immunotherapy Other	Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Open question	
	Socio-professional & lifestyles		
9	During the last year, with whom have discussed you professional situation? Oncologist haematologist gastroenterologist gynecologist urologist dietitian physiologist occupational therapist psychiatrist/psychologist neurologist Employer Colleagues Human resources GP Advisory physician Occupational physician Unemployment services other	Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Open question	
10	How many times did have contact with the occupational physician?		
11	How many times did have contact with the advisory physician?		
12	Did you resume work?	Yes – No	
12.1	If yes: At which occasion(s) did you meet the occupational physician? During my sickleave Before I resumed work	Yes – No Yes – No	

	<p>How many time before? After I resumed work How many time after?</p> <p>Did the occupational physician helped you at adapting your working station or schedule? If yes, what did he do? Would you have liked anything else from the occupational physician? If yes, what?</p> <p>At which occasion(s) did you meet the advisory physician? During my sickleave Before I resumed work How many time before? After I resumed work How many time after?</p> <p>Did the advisory physician helped you at adapting your working station or schedule? If yes, what did he do? Would you have liked anything else from the occupational physician? If yes, what?</p> <p>Did you stop working? If yes, how many time How many hours do you currently work per week? Is it different from before the diagnosis? If yes, how many hours less/more? Does this suit you? If no, why? What are the main reasons of your return-to-work? Advice from the: GP advisory physician occupational physician family/relatives employer/head Others:</p>	<p>Open question Yes – No Open question Yes-No Open question Yes-No Open question Yes – No Yes – No Open question Yes – No Open question Yes-No Open question Yes-No Open question Yes-No Open question Yes-No Open question Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Open question MM/YEAR Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Open question Yes – No Yes – No</p>	
12.2	<p>If no: Since when did you stop? Would you like to resume work? If yes, what is impeding? Advice from: GP advisory physician occupational physician family/relatives employer/head Others: If no, why? Fatigue Stress</p>	<p>Open question Yes – No Open question Yes-No Open question Yes-No Open question Yes – No Yes – No Open question Yes-No Open question Yes-No Open question Yes-No Open question Yes-No Open question Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Open question MM/YEAR Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Yes – No Open question Yes – No Yes – No</p>	

	Pain No motivation No work Others: ...	Yes – No Yes – No Yes – No Open question	
13	Did you marital status changed?	Yes-No	
14	How did you rate today the importance of having a paid work?	Not important at all Small importance Not no important nor important Important Very important	
15	Did the importance of having a paid job changed after your cancer? Was is more or less important before your cancer?	Yes – No More important Less important	
16	How do you rate your relationship with your colleagues, before the diagnostic?	Very good Good Not not good nor good Bad Very bad NA	
17	How do you rate your relationship with your head, before the diagnostic?	Very good Good Not not good nor good Bad Very bad NA	
Quality of life (QoL)			
	Did you present the following symptoms and to which extent Pain Fatigue Depression Loss of appetite Lymphedema Vomiting Edema Sleeping disturbance Hot flush Others :....	Yes – No Level: 1 – 2 – 3 Yes – No Level: 1 – 2 – 3 Yes – No Level: 1 – 2 – 3 Yes – No Level: 1 – 2 – 3 Yes – No Level: 1 – 2 – 3 Yes – No Level: 1 – 2 – 3 Yes – No Level: 1 – 2 – 3 Yes – No Level: 1 – 2 – 3 Yes – No Level: 1 – 2 – 3 Yes – No Level: 1 – 2 – 3 Open question Level: 1 – 2 – 3	
	Can the patient move around?	No problem – Minor– Moderate – Severe – Unable	
	Can the patient dress him self?	No problem – Minor– Moderate – Severe – Unable	
	Can the patient accomplishes is daily activities?	No problem – Minor– Moderate – Severe – Unable	
	Does the patient present pain?	No problem – Minor– Moderate – Severe – Unable	
	Is the patient anxious or depressed?	No problem – Minor– Moderate – Severe – Unable	
	How does the patient rate his QoL?	0 -100	

Reported socio-professional related worries of the patients during the interviews

L.J. Bordet. Socio-professional related concerns reported by the patient at the 1st follow-up
Questions et informations données concernant une reprise de travail adaptée (folder) et information orale concernant le rôle du médecin conseil et du travail
A repris le travail, se plaint de l'aide financière octroyée par la mutuelle; difficile d'en vivre selon elle
Difficulté de faire part à ses enfants et à ses proches de l'évolution de la maladie
En plein traitement; ne pense pas encore à reprendre son emploi pour le moment
La patiente travaille 3 jours/semaine aux Pays Bas et les trajets sont longs et fatiguants
Madame est demandeuse d'une reprise de travail éventuellement adaptée. Me demande mon avis vis à vis de sa reprise. Relai de la patiente vers son médecin conseil ainsi que son employeuse et médecin du travail
Madame est technicienne de surface; a peur de ne pas pouvoir reprendre son travail comme avant (difficile de nettoyer avec la diminution de motricité de son bras)
Madame m'explique qu'elle n'a pas rendu à temps des documents à la mutuelle et qu'elle a perdu 10 % de ce qu'elle aurait dû obtenir. Document pour une reprise de travail adaptée pour la suite.
Monsieur est en attente de ses résultats. En fonction, retravaillera ou pas
Monsieur ne pense pas encore à retrouver du boulot pour le moment. Attend d'avoir terminé ses 6 cures de Chimio pour y penser
Pas de question mais une constatation: il n'est pas évident de trouver du travail tout en étant pas stable. Heureusement a pu discuter avec sa responsable et grâce à cela, la patiente peut retourner travailler dès septembre autrement cela aurait été difficile
Pas de questions spécifiques. travail adapté par son employeur (télétravail une journée par semaine et son équipe fait en sorte que la patiente ne doive plus porter d'objets lourds)
patiente a fait ses démarches à la mutuelle. Tout semble ok. Est en plein traitement pour le moment; ne pense donc pas à reprendre maintenant
patiente a repris son emploi depuis Mars, pas de difficultés si ce n'est qu'elle doit montrer sa cicatrice à ses élèves (patiente maître nageuse)
patiente non contactée par le médecin conseil. Va probablement prolonger son certificat médical car douleurs importantes au niveau de l'épaule et difficultés dans sa vie de tous les jours
patiente qui travaille dans une pompe à essence. A l'habitude de porter des choses lourdes dans son travail de tous les jours. Ne peut actuellement pas porter d'objets lourds. Souhaiterait donc adapter son travail à la fin de son traitement (tout en restant)
patiente trop fatiguée que pour se rendre au rendez-vous fixé par son médecin conseil. A fait une demande pour postposer la rencontre (demande faite par son médecin traitant)
Questionnements par rapport à la dégressivité des taux de mutuelle. Souhaite reprendre le travail avant que ce taux ne diminue
Se demande comment elle va faire pour retravailler en tant qu'infirmière sans la mobilité de son bras
Son associé a repris son cabinet; elle est à l'arrêt total pour le moment
Souhaite avoir des informations concernant un mi-temps médical (travail adapté); informations envoyées par courrier
compte reprendre son activité mais pas avant l'année prochaine (cure de chimio en cours + radio à venir).
demande si les patients de l'étude se retrouvent souvent dans sa situation (devoir cacher sa maladie cf. inquiétudes du patient)
la patiente se demande s'il y a une date limite à son certificat médical. Je l'ai rassuré en lui disant que son médecin conseil était le seul à prendre cette décision et qu'il ne la "remettrait" pas au travail tant qu'elle ne s'en sentait pas capable.
ne pense pas à retravailler maintenant (difficulté à bouger son bras)
ne reprendra probablement pas avant la fin de l'année
ne sait pas quand il pourra recommencer son travail (il est indépendant; courtier en assurance et sa fille prend le relai pour le moment) il souhaite reprendre mais appréhende les effets de la radiothérapie. Document d'info sur la reprise de travail adapté
pas de question, reprise normale de son travail depuis juin (Son médecin traitant a cependant prolongé son temps d'arrêt de travail car les douleurs articulaires persistaient et la patiente n'aurait pas su reprendre à la date prévue initialement)
pas de questions particulières, attend l'avis de son médecin généraliste pour reprendre le travail (impossible pour le moment de rester debout)
pas de questions spécifiques. Reprend le travail après son traitement sans difficulté. Employeuse conciliante qui lui permettait de partir 2h plus tôt lors de ses séances de radiothérapie
pas de questions; son employeur a adapté sa reprise de travail, mis à part de la fatigue sa reprise de travail se passe bien
patient est sous certificat jusqu'à la fin de l'année. Cure de chimio + radiothérapie à venir. Ne pense pas encore à retravailler et ne s'en sent pas capable
patient souhaite reprendre en septembre son métier (médecin stomatologue) mais d'une manière adaptée. Document sur la reprise d'un travail adapté transmis
patiente a adapté son travail avec son employeur. Chimio toutes les 3 semaines. Ne travaille pas la semaine suivant la chimio mais reprend les deux semaines qui suivent. Pas de questionnement particulier. patiente semble ok avec ce travail adapté
patiente m'explique qu'elle a eu des contacts avec son médecin conseil. Était convoquée jusqu'à ce que celui-ci apprenne que madame souffrait d'un cancer. A partir de ce moment-là, la mutuelle l'a "laissée tranquille". Juste certains documents à renvoyer
patiente quelque peu déprimée; ne souhaite pas discuter pour le moment de sa situation professionnelle
patiente souhaite retravailler mais encore diminuée suite à son opération (ne peut pas porter des choses lourdes). Patiente référée vers le médecin conseil et document de reprise de travail adapté transmis
patiente souhaiterait reprendre un mi-temps médical à la fin de l'année car ne se sent pas capable de reprendre à temps plein. La patiente me fait part de son étonnement quant aux contrôles de la mutuelle vis à vis de sa maladie. Ne comprend pas trop pourquoi on lui envoie des formulaires à remplir en plein milieu de son traitement

I.J. Bordet. Socio-professional related concerns reported by the patient at the 1st follow-up
peur de retourner au travail sans ses cheveux; informations données concernant les rôles du médecin conseil/ travail ainsi que par rapport à un retour au travail adapté
questionnements par rapport à sa reprise d'heure en ALE (Mme travaillait +- 20h en ALE avant sa maladie). Document d'information sur la reprise de travail adapté transmis
questions par rapport à une reprise de travail adapté et document d'information envoyé
rien à noter; attend la fin de sa chimio pour reprendre son emploi
souhaite reprendre son emploi mais après le traitement, se sent encore trop fatiguée que pour reprendre (traitement chimio).
Explication quant au rôle du médecin conseil et document de reprise adaptée transmis

I.J. Bordet. Socio-professional related concerns reported by the patient at the 2nd follow-up
-L'employeur de la patiente souhaiterait obtenir de l'oncologue un mot attestant de sa difficulté à reprendre son travail d'aujourd'hui. La patiente souhaiterait rester au sein de la même entreprise et de pouvoir adapter son travail à sa condition
-La patiente a vu son médecin conseil qui lui a dit de ne pas reprendre son emploi pour le moment
-La patiente a été convoquée chez le médecin conseil mais n'a pas pu s'y rendre à cause de son traitement. A seulement dû envoyer un dossier médical pour attester de son état
-La patiente est inquiète par rapport à l'actualité: Elle me rapporte que la ministre Maggie De Block souhaite diminuer les indemnités pour les personnes invalides. La patiente est inquiète par rapport à cette nouvelle
-La patiente se dit heureuse de pouvoir reprendre son travail et d'enfin pouvoir réaliser ses activités comme si rien ne s'était passé
-La patiente souhaite reprendre son emploi en janvier de manière adaptée. Questions par rapport au rôle du médecin conseil et du travail ainsi que sur les possibilités de reprise adaptée
-La patiente souhaite reprendre son emploi à partir d'août à mi-temps. Son employeur va adapter son travail (travail administratif pour recommencer qui entraînera moins de charges psychologiques)
-La patiente suggère l'idée de pouvoir installer au sein des lieux de travail des pièces adaptées pour permettre aux patients recommençant à travailler à pouvoir se poser lorsqu'elle ne se sentent pas bien
-La patiente évoque le fait que le médecin conseil la "laisse tranquille" car son médecin traitant a pris contact avec ce premier pour lui expliquer la situation
-La patiente évoque le fait que son employeur lui a demandé de revenir travailler pendant son traitement. Cette dernière se dit scandalisée par ce genre de méthodes... Elle évoque également des difficultés rencontrées avec la mutuelle qui selon elle fait tout pour ne pas rembourser les traitements
-Le patient a une séance de kiné par mois; l'employeur ne veut pas prendre en charge et la mutuelle non plus car Monsieur pourrait faire ses séances de kiné en dehors de l'hôpital
-Le patient se pose la question d'un lien entre son burnout et l'arrivée du cancer. La patiente dit qu'elle a une bonne hygiène de vie et qu'elle est intimement convaincue que son burnout a déclenché son cancer
-Le patient va se rendre chez son médecin conseil pour voir s'il pourrait reprendre plus tôt de manière adaptée à son état
-Ne sent pas capable suite aux douleurs de reprendre une activité professionnelle. Pas avant janvier 2017 et sûrement en travail adapté
-Patiente a pu adapter son horaire de travail: quand elle vient pour une chimiothérapie elle s'arrange avec son employeur pour prendre congé le temps que les effets secondaires passent. La patiente me dit également que ce qui lui a permis de tenir est le fait que la fatigue importante à son emploi; doit faire des siestes et difficultés pour porter des objets lourds. La patiente a déjà pu adapter son travail avec son employeur
-Inquiétudes financières: la patiente n'arrive plus à tout payer et met en évidence le fait qu'il est très difficile d'être malade tout en étant seul
-la patiente explique que financièrement cela devient extrêmement compliqué. La patiente a tenté de travailler en titre service mais avec son opération impossible pour elle de pratiquer cette activité pour le moment
-la patiente m'explique qu'elle a été convoquée par le médecin conseil pendant sa chimio. Elle n'a pas dû s'y rendre car le médecin conseil a estimé qu'en cas de cancer, il n'est pas nécessaire de se présenter
-la patiente se demande pourquoi en cas de maladie grave, les patients doivent supporter une descente de salaire plus bas qu'un chômage? Cela est extrêmement difficile de payer les soins avec seulement 900€ Pour la patiente, les malades ne devraient pas s'inquiéter de l'aspect financier.
-patiente avec des difficultés personnelles. La patiente évoque le fait que c'est son milieu professionnel et son entourage qui lui permette de tenir le coup
-patiente inquiète par rapport à sa situation sociale; ses proches doivent s'occuper de sa fille
-patiente souhaite retravailler mais ne sait pas quand cela sera possible

I.J. Bordet. Socio-professional related concerns reported by the patient at the 3rd follow-up
Inquiète par rapport au montant des indemnités de maladie (diminution à venir)
La patiente a la possibilité d'adapter ses horaires de travail en fonction de son traitement. Employeur conciliant
La patiente a repris en avril et a eu des difficultés cognitives à sa reprise. Son employeur conciliant a réussi à adapter son horaire en fonction de son traitement
La patiente a repris son emploi dès juillet mais avec énormément de difficultés. Fatigue et problèmes de concentration. Employeur cependant conciliant
La patiente a repris son emploi à cause de problèmes financiers et de peur de perdre sa place à terme. Elle éprouve également des difficultés car les assurances ne veulent plus l'assurer à cause de son cancer. Idem pour des prêts hypothécaires.
La patiente a repris un mi-temps médical dès le mois d'août et un temps plein dès le mois de septembre. La patiente a énormément de difficultés pour tout faire. Elle a cependant eu une bonne relation d'aide avec le médecin conseil qui a pu lui donner les informations nécessaires à sa reprise de travail adaptée
La patiente est en cours de divorce ce qui lui occasionne de nombreuses difficultés (surtout vis à vis de son enfant). Compte cependant reprendre son emploi dès l'année prochaine lorsque les effets secondaires du traitement se seront estompés
La patiente explique qu'elle a souhaité reprendre un mi-temps médical de 4h par jour mais son employeur n'a pas accepté; elle reprendra donc à temps plein vers le mois de mars
La patiente ne compte pas reprendre avant 2017 (formellement interdit par son médecin conseil). La patiente imagine un mi-temps médical pour la suite
La patiente souhaite mentionner qu'elle travaille dans le secteur littéraire et se dit privilégiée car son employeur lui permet de faire des siestes le temps de midi. Il lui permet également à la patiente de travailler en "télétravail" un jour par semaine
Le patient n'a été contacté qu'une seule fois par son employeur depuis son arrêt. Le patient a peur de ne pas pouvoir reprendre son emploi du à sa maladie
Monsieur a pu reprendre un mi-temps grâce à l'accord du médecin conseil. Etant indépendant, Monsieur peut adopter ses horaires en fonction de sa fatigue
Monsieur a repris son emploi notamment parce que financièrement il ne s'en sortait plus avec les revenus de la mutuelle qui diminuent au fil du temps. L'employé de monsieur a pu adapter le travail du patient (il n'effectue plus d'efforts physiques comme a
Pas de question. Pendant son traitement de chimiothérapie, le patient a continué à travailler grâce aux aménagements mis en place par son employeur. Se dit également privilégié de travailler à la commission européenne car si Monsieur avait travaillé dans le privé cela aurait été, selon lui, beaucoup plus compliqué
Patiente a encore des difficultés et des douleurs au niveau de son bras. Ne compte pas reprendre son emploi avant l'année prochaine
Se questionne par rapport à sa reprise d'activité vis à vis de son bras. Le patient reprendrait théoriquement son emploi dès le mois de janvier (en fonction bien évidemment de sa récupération)
Se questionne sur l'apport d'un psy-coach pour se "rebooster". Patiente dirigée vers le service adéquat
bonne relation avec son employeur qui a pu adapter son travail pendant sa chimio
difficultés avec son employeur et questionnements par rapport aux revenus de la mutuelle
la patiente a un employeur conciliant qui lui demande de prendre son temps
la patiente m'explique qu'elle perd la notion du temps sans son travail (en restant à la maison). Mais trop fatiguée pour reprendre, traitement toujours en cours et opération à venir
la patiente met en avant qu'en tant que femme (cancer du sein) une des difficultés sociales a été de perdre ses cheveux et d'affronter le regard des autres
ne souhaite pas reprendre maintenant, fatigue beaucoup trop importante
pas de questions mais difficultés à payer ses soins avec le salaire de la mutuelle
patient met à nouveau en évidence le fait que le lieu de travail peut jouer un rôle au niveau du stress et peut occasionner par conséquent des maladies comme le cancer.
reprise du travail. Ne ressent plus de difficultés. Le patient compte prendre sa pension d'ici un an ou deux
rien à signaler, patient continue à travailler à temps plein sans difficultés. Le patient prend sa pension dans 5 mois
souhaite reprendre un mi-temps médical au 1er décembre. A déjà rencontré son médecin conseil deux fois mais doit encore convenir avec lui de sa reprise de travail

CHC Liège. Socio-professional related concerns reported by the patient at the 1st follow-up
"Pourrais-je recommencer à travailler après la chimio?"
1) Voudrait changer de travail, mais s'inquiète que son nouvel employeur potentiel sache qu'elle a eu un cancer et que cela joue contre elle.2) Voudrait peut-être se lancer comme indépendante complémentaire, mais hésite.3) Voit plein de "?" partout et n'aime pas ça, préfère tout contrôler
Il comprend bien que sa situation ne lui permettra pas une augmentation des heures au travail
Non, a reçu toutes les infos de son employeur
Néant (il les pose au syndicat)
Pas de questions, mais explication de sa situation compliquée: on ne lui a pas envoyé ses droits
aucune assiste sociale de la mutuelle gère tout ses problèmes administratifs
remarque du patient qu'il faudrait des informations pour mieux gérer les pertes financières
A rencontré ce jour une patiente en traitement depuis 2 ans et s'inquiète que cela dure aussi longtemps pour elle, est en stress depuis.3) L'accumulation des petits effets secondaires commence à lui peser énormément, a le sentiment de ne pas en voir la force
Comment faire pour reprendre ses activités professionnelles comme avant, en tenant compte de ses effets secondaires?
Comment la chimio va altérer son état général
Comment va-t-elle s'en sortir financièrement
Difficultés de mobiliser son bras gauche => jusque quand?
Est-ce que les effets secondaires vont se résorber et quand
Il se sent un peu dans le flou: pour l'après-traitement, on lui a parlé de rayons, d'une étude à Bordet, d'une chirurgie, ou peut-être qu'il n'y aura plus rien, se sent un peu perdu
Se demande ce qu'il va faire avec le garage (garagiste indépendant). Espère retourner travailler si état amélioré
Se demande si devait se faire traiter ou pas vu les coûts et la perte d'emploi
Soucis financiers entre coûts des soins de santé et revenu
aimerait savoir l'horaire de ses prochains bilans d'évaluation et peur de la rechute
peur de l'image modifiée et de faire face à ses collègues en lien avec ça
peur de la rechute
peur de la perte d'autonomie liée à la chirurgie. Se demande si aura la concentration nécessaire pour reprendre le travail en septembre
soucis pour gérer la perte financière et la fatigue

CHC Liège. Socio-professional related concerns reported by the patient at the 2nd follow-up
Aucune car le syndicat et la mutuelle y répondent
Difficultés d'avoir les infos nécessaires auprès des ressources humaines
M. propose d'offrir une liste de "qui contacter et pourquoi", expliquer ce que peut apporter son conseiller fiscal, son courtier d'assurance. Croit qu'il pourrait être pertinent de proposer l'aide d'une personne aidant à gérer la perte salariale amenée par la maladie et le coût des soins de santé
Pourquoi y a-t-il pas quelqu'un pour aider avec les démarches mutuelles, factures, pertes financières
Voudrait débiter une activité de bénévolat
burn out de l'époux
motivé!
on verra quand le traitement sera fini?
qui décide de la reprise au travail?
réponse via médecin de la mutuelle
se demande si peut partir en congé hors de la Belgique pendant son congé de maladie
si reprise, possibilité d'un temps aménagé
Gérer sa vie avec moins d'argent vu la baisse de ses heures de travail, ajouté au fait que sa femme est aussi malade
STRESS ++++.antécédent: décès de son fils dans les années passées
capacité de retour au travail
difficulté financière. Se sent fatiguée. Espère récupérer vite
en lien avec ses revenus
inquiétudes liées à la perte de revenus
manque de revenus
peur d'un retour précoce au travail. Fort fatiguée et fort douloureuse (fibromyalgie)
peur de la rechute

CHC Liège. Socio-professional related concerns reported by the patient at the 2nd follow-up

peur de la récurrence. soucis financiers. Madame aurait souhaité qu'on la prévienne des compensations financières de la mutuelle et qu'on lui fasse une estimation des frais pour traiter le cancer

quand les effets secondaires arrêteront

refaire face à ses collègues : situation difficile

se demande si aura la capacité pour retourner au travail

se demande si devrait revendre le garage. soucis financiers

CHC Liège. Socio-professional related concerns reported by the patient at the 3rd follow-up

Discussion par rapport à la reprise du travail pendant 3 mois.

Espère pouvoir bientôt reprendre le travail

Famille: fatigue pour s'en occuper

L'assistante sociale de la SNCB a répondu aux questions. Pour les questions auxquelles il n'a pas obtenu de réponses, il s'est adressé à son médecin traitant.

S'il devait reprendre une activité, il devrait avoir un travail adapté, vu l'opération (à bout de souffle et ne sait plus porter)

a eu contact avec assistante sociale pour ses questions

le médecin conseil lui a donné un papier de reprise du travail. Quand Est-ce que l'oncologue prévoit le retour au travail

madame ne veut plus faire un temps plein. elle souhaite travailler juste le matin. elle souhaite obtenir un temps partiel.

4H/jour de travail maximum

Besoin de son mari en permanence pour s'habiller, faire à manger, le ménage... Impossible de rester seule à la maison (mais à 4 filles pour l'aider).

Fatigue lors de la reprise du travail

Fatiguée, voudrait redevenir comme avant

N'a jamais arrêté d'être demandeur d'emploi (même pendant le traitement). Aucun contact avec la mutuelle, pas de problème de papiers. C'est mieux car sinon, il aurait eu trop de mal à se réinscrire comme demandeur d'emploi.

Ne veut pas commencer son hormonothérapie par peur des effets secondaires

On ne connaît pas nos droits, les avantages dont on peut bénéficier

Peur de récidiver

Problèmes intestinaux, peur d'occlusion, poche...

Se sent inutile de ne pas travailler

Si on la force à recommencer le travail...

Une fois que l'Herceptine sera terminée, espère vraiment vraiment stopper les traitements

arrêt hormonothérapie en lien avec effets secondaires

Capacité (?) à reprendre le travail

en lien à son alimentation post traitement

espoir que le traitement s'arrête un jour et reprendre le sport

peur de retourner au travail, peur de la rechute

ressources financières, travail anxiogène

se demande si pourra intégrer une étude de phase 1, mais espère que ce ne sera pas trop contraignant au niveau temps

soutien pour la reprise du travail

va vendre son garage, ce qui anxiogène pour lui

Results from the MFA

BORDET SUIVI 1

List of categorical variables that contribute to cluster 1:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
Dieteticien					
==true	63.636364	58.333333	17.460317	0.0003558116	3.570860
Vomi == true	66.666667	50.000000	14.285714	0.0009005032	3.319898
Contact. Employeur					
== false	35.714286	83.333333	44.444444	0.0035122923	2.918935
Lymphoedeme					
== true	80.000000	33.333333	7.936508	0.0038169845	2.892904
Manque Appetit					
== true	43.750000	58.333333	25.396825	0.0084424740	2.633842
Doul eur==true	28.205128	91.666667	61.904762	0.0180057337	2.365500
Depression					
==true	42.857143	50.000000	22.222222	0.0211476620	2.305338
Autrespecialiste					
== true	34.782609	66.666667	36.507937	0.0235543803	2.264321
Hospitalisation					
== true	41.666667	41.666667	19.047619	0.0483255226	1.974495

List of individuals who belong to cluster 1: 3, 9, 11, 30, 35, 37, 40, 41, 48, 54, 70, 73

List of categorical variables that contribute to cluster 2:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
Contact. Coll egue					
== true	36.73469	100.00000	77.777778	0.004463320	2.843413
Men	57.14286	44.44444	22.222222	0.013084549	2.481460
Dieteticien					
== false	34.61538	100.0000	82.539683	0.016483853	2.398022
Kinesith erapeute					
== true	100.0000	16.66667	4.761905	0.020548463	2.316180
Contact. Employeur					
==true	40.00000	77.77778	55.555556	0.027857146	2.199292
Gastroentero					
== false	33.33333	100.00000	85.714286	0.037441894	2.080913

List of individuals who belong to cluster 2:

List of categorical variables that contribute to cluster 3:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
Lymphoedeme					
== false	55.17241	100	92.063492	0.02417338	2.254362

List of individuals who belong to cluster 3:

List of categorical variables that contribute to cluster 4:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
Working == NA	100	100	1.587302	0.01587302	2.411822
Traitement==NA	100	100	1.587302	0.01587302	2.411822
Hospitalisation					
== NA	50	100	3.174603	0.03174603	2.147594

List of individuals who belong to cluster 4:

BORDET SUIVI 2

List of categorical variables that contribute to cluster 1:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
Depressi on2==true	57.142857	85.714286	28.000000	7.898267e-07	4.9378
Working==false	43.750000	100.00000	42.666667	8.408600e-07	4.9256
Chimio==true	34.375000	78.571429	42.666667	3.622327e-03	2.9093
Psychologue==true	54.545455	42.857143	14.666667	4.424233e-03	2.8462
Autrespecialiste					
==true	43.750000	50.000000	21.333333	9.247432e-03	2.6027
Manque. Appetit					
==true	66.666667	28.571429	8.000000	1.034011e-02	2.5642
Fatigue==true	27.906977	85.714286	57.333333	1.802462e-02	2.3651
Oncologue2==true	26.000000	92.857143	66.666667	1.916888e-02	2.3422

Trouble. Sommeil						
==true	29. 411765	71. 428571	45. 333333	3. 630930e-02	2. 0934	
Chirurgie==true	24. 528302	92. 857143	70. 666667	4. 159143e-02	2. 0375	

List of categorical variables that contribute to cluster 2:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
Contact. Collegue					
==true	82. 352941	95. 454545	68. 000000	7. 669471e-10	6. 1516
Working==true	100. 000000	61. 363636	36. 000000	3. 739624e-09	5. 8953
Contact. Employeur					
==true	81. 250000	88. 636364	64. 000000	1. 313471e-07	5. 2769
Chirurgie==true	73. 584906	88. 636364	70. 666667	6. 737858e-05	3. 9853
Hospitalisation					
==false	77. 500000	70. 454545	53. 333333	4. 837930e-04	3. 4895
Oncologie==true	72. 000000	81. 818182	66. 666667	1. 235922e-03	3. 230458
Kinesitherapeute					
==true	77. 419355	54. 545455	41. 333333	6. 257691e-03	2. 7339
Fatigue==true	72. 093023	70. 454545	57. 333333	7. 490977e-03	2. 6741
Etat. Traitement					
==true	79. 166667	43. 181818	32. 000000	1. 436755e-02	2. 4479
Hormonotherapie					
==true	82. 352941	31. 818182	22. 666667	2. 553619e-02	2. 2331

List of individuals who belong to cluster 4:

List of categorical variables that contribute to cluster 3:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
Hospitalisation					
==NA	100. 0000	94. 117647	21. 333333	1. 988293e-15	7. 942073
Working==NA	100. 0000	94. 117647	21. 333333	1. 988293e-15	7. 942073
Contact. Collegue					
==false	70. 833333	100. 000000	32. 000000	1. 166366e-11	6. 784317
Chirurgie					
==false	72. 727272	94. 117647	29. 333333	1. 350407e-10	6. 421384
Contact. Employeur					
==false	62. 96296	100. 000000	36. 000000	2. 843018e-10	6. 307106
Oncologie					
==false	64. 000000	94. 117647	33. 333333	3. 515299e-09	5. 905523
Fatigue==false	53. 125000	100. 000000	42. 666667	1. 906479e-08	5. 620280
Trouble. Sommeil					
==false	41. 46341	100. 000000	54. 666667	5. 108379e-06	4. 560287
Chimio=false	39. 53488	100. 000000	57. 333333	1. 419343e-05	4. 340847
Kinesitherapeute					
==false	38. 63636	100. 000000	58. 666667	2. 313004e-05	4. 232313
Etat. Traitement					
==false	33. 333333	100. 000000	68. 000000	4. 977833e-04	3. 481946
Depression					
==false	31. 48148	100. 000000	72. 000000	1. 589063e-03	3. 157907
Hormonotherapie					
==false	29. 310345	100. 0000	77. 333333	6. 657367e-03	2. 713514
Men					
==false	42. 105263	47. 05882	25. 333333	2. 976419e-02	2. 173214
Psychologue					
==false	26. 562500	100. 0000	85. 333333	4. 648461e-02	1. 990966

BORDET SUIVI 3

List of categorical variables that contribute to cluster 1:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
Fatigue == true	74. 358974	90. 625	52. 000000	3. 082582e-09	5. 927139
Working == false	85. 185185	71. 875	36. 000000	2. 030818e-08	5. 609355
Sommeil == true	78. 125000	78. 125	42. 666667	7. 683395e-08	5. 374410
Douleur == true	74. 193548	71. 875	41. 333333	4. 218584e-06	4. 600312
Contact. Collegue					
== true2_1	59. 574468	87. 500	62. 666667	1. 120514e-04	3. 862895
Chirurgie == true	59. 574468	87. 500	62. 666667	1. 120514e-04	3. 862895
Psychologue					
== true	83. 333333	31. 250	16. 000000	2. 671970e-03	3. 003154
Autrespecialiste					
== true	78. 571429	34. 375	18. 666667	3. 622327e-03	2. 909305

Contact. Employeur					
== true	55.813953	75.000	57.33333	8.584323e-03	2.628179
Hospitalisation					
== false	54.347826	78.125	61.33333	1.108516e-02	2.540003
Hormonotherapie					
== true	66.666667	43.750	28.00000	1.112342e-02	2.538797
Hospitalisation					
== true	77.777778	21.875	12.00000	3.184856e-02	2.146306

List of categorical variables that contribute to cluster 2:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
Hospitalisation					
== NA	100.00000	100	26.66667	1.245070e-18	8.810574
Working==NA	100.00000	100	26.66667	1.245070e-18	8.810574
Contact. Collegue					
== false	71.42857	100	37.33333	3.869807e-12	6.941856
Chirurgie==false	71.42857	100	37.33333	3.869807e-12	6.941856
Contact. Employeur					
==false	62.50000	100	42.66667	2.811278e-10	6.308844
Fatigue==false	55.55556	100	48.00000	9.098809e-09	5.746726
Sommeil==false	46.51163	100	57.33333	1.195973e-06	4.856304
Douleur==false	45.45455	100	58.66667	2.192616e-06	4.734809
Etat. Traitement					
==false	42.55319	100	62.66667	1.215497e-05	4.374790
Hormonotherapie					
==false	37.03704	100	72.00000	4.001496e-04	3.539985
Autrespecialiste					
==false	32.78689	100	81.33333	7.765059e-03	2.662118
Psychologue					
==false	31.74603	100	84.00000	1.679420e-02	2.391183

List of categorical variables that contribute to cluster 3:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
Working==true	67.85714	82.60870	37.33333	1.122337e-07	5.305713
Etat. Traitement					
==true	60.71429	73.91304	37.33333	2.297959e-05	4.233780
Hospitalisation					
==false	45.65217	91.30435	61.33333	2.767876e-04	3.636109
Contact. Employeur					
==true	44.18605	82.60870	57.33333	3.313763e-03	2.937026
Contact. Collegue					
==true	40.42553	82.60870	62.66667	1.824631e-02	2.360581
Chirurgie==true	40.42553	82.60870	62.66667	1.824631e-02	2.360581

BORDET FINAL

List of categorical variables that contribute to cluster 1:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
Fatigue==true	74.358974	90.625	52.00000	3.082582e-09	5.927139
Working==false	85.185185	71.875	36.00000	2.030818e-08	5.609355
Trouble. Sommeil					
==true	78.125000	78.125	42.66667	7.683395e-08	5.374410
Douleur==true	74.193548	71.875	41.33333	4.218584e-06	4.600312
Contact. Collegue					
==true	59.574468	87.500	62.66667	1.120514e-04	3.862895
Chirurgie==true	59.574468	87.500	62.66667	1.120514e-04	3.862895
Psychologue					
==true	83.333333	31.250	16.00000	2.671970e-03	3.003154
Autrespecialiste					
==true	78.571429	34.375	18.66667	3.622327e-03	2.909305
Contact. Employeur					
==true	55.813953	75.000	57.33333	8.584323e-03	2.628179
Hospitalisation					
==false	54.347826	78.125	61.33333	1.108516e-02	2.540003
Hormonotherapie					
==true	66.666667	43.750	28.00000	1.112342e-02	2.538797
Hospitalisation					
==true	77.777778	21.875	12.00000	3.184856e-02	2.146306

List of individuals who belong to cluster 1 :

1 3 5 6 7 10 11 13 19 21 23 27 30 32 33 34 35 37 45 48 50 53 54 57 62 63 65 68 69 70 72 75

List of categorical variables that contribute to cluster 2:

	Cl a/Mod	Mod/Cl a	Global	p. value	v. test
Hospitalisation					
==NA	100.0000	100	26.66667	1.245070e-18	8.810574
Working==NA	100.000	100	26.66667	1.245070e-18	8.810574
Contact. Colleague					
==false	71.42857	100	37.33333	3.869807e-12	6.941856
Chirurgie					
==false	71.42857	100	37.33333	3.869807e-12	6.941856
Contact. Employeur					
==false	62.50000	100	42.66667	2.811278e-10	6.308844
Symptome. Fatigue					
==false	55.55556	100	48.00000	9.098809e-09	5.746726
Trouble. Sommeil					
==false	46.51163	100	57.33333	1.195973e-06	4.856304
Douleur					
==false	45.45455	100	58.66667	2.192616e-06	4.734809
Etat. Traitement					
==false	42.55319	100	62.66667	1.215497e-05	4.374790
Hormonotherapie					
==false	37.03704	100	72.00000	4.001496e-04	3.539985
Autrespecialiste					
==false	32.78689	100	81.33333	7.765059e-03	2.662118
Psychologue					
==false	31.74603	100	84.00000	1.679420e-02	2.391183

List of individuals who belong to cluster 2:

9 12 14 15 20 25 26 28 36 41 43 44 49 56 58 60 61 64 67 73

List of categorical variables that contribute to cluster 3:

	Cl a/Mod	Mod/Cl a	Global	p. value	v. test
Working==true	67.85714	82.60870	37.33333	1.122337e-07	5.305713
Etat. Traitement					
==true	60.71429	73.91304	37.33333	2.297959e-05	4.233780
Hospitalisation					
==false	45.65217	91.30435	61.33333	2.767876e-04	3.636109
Contact. Employeur					
==true	44.18605	82.60870	57.33333	3.313763e-03	2.937026
Contact. Colleague					
==true	40.42553	82.60870	62.66667	1.824631e-02	2.360581
Chirurgie==true	40.42553	82.60870	62.66667	1.824631e-02	2.360581

List of individuals who belong to cluster 3:

2 4 8 16 17 18 22 24 29 31 38 39 40 42 46 47 51 52 55 59 66 71 74

LIEGE SUIVI 1

List of categorical variables that contribute to cluster 1:

	Cl a/Mod	Mod/Cl a	Global	p. value	v. test
Symptome. Vapeurs					
==true	59.0909	52	30.985915	0.006790427	2.706951
Symptome. Lymphoedeme					
==true	83.3333	20	8.450704	0.019537771	2.335108
Symptome. Oedeme					
==true	70.0000	28	14.084507	0.021073371	2.306667
Oncologue					
==true	39.6825	100	88.732394	0.024525776	2.248791
Depression					
==true	60.0000	36	21.126761	0.032491761	2.138308
Kinesitherapeute					
==true	100.000	12	4.225352	0.040241449	2.051262

List of categorical variables that contribute to cluster 2:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
Oncologie					
==true	55.5555	100	88.73239	0.002844251	2.984088

List of categorical variables that contribute to cluster 3:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
Oncologie					
==false	100.0000	72.72727	11.267606	1.550879e-08	5.655838
Hematologie					
==true	100.0000	36.36364	5.633803	3.396337e-04	3.583028
Symptome. Fatigue					
==false	60.00000	54.54545	14.084507	5.381044e-04	3.461034
Contact. Collègue					
==false	38.88888	63.63636	25.352113	4.494239e-03	2.841212
Symptome. Vapeurs					
==false	22.44898	100.0000	69.014085	1.137878e-02	2.530846
Symptome. Douleur					
==false	27.58620	72.72727	40.845070	2.666281e-02	2.216419

LIEGE SUIVI 2

List of categorical variables that contribute to cluster 1:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
Sexe=F	66.66667	94.444444	75.000000	8.916597e-05	3.918326
Hormonothérapie					
==true	86.36364	52.777778	32.352941	1.253356e-04	3.835448
Oncologie					
==true	59.01639	100.000000	89.705882	3.471945e-03	2.922535
Symptome. Douleur					
==true	65.85366	75.000000	60.294118	1.024176e-02	2.567558
Psychologie					
==true	88.88889	22.222222	13.235294	2.347029e-02	2.265691
Hospitalisation					
==false	62.22222	77.777778	66.176471	3.710644e-02	2.084591
Hematologie					
==false	56.25000	100.000000	94.117647	4.415602e-02	2.012607
Working=false	59.25926	88.888889	79.411765	4.830649e-02	1.974662

List of categorical variables that contribute to cluster 2:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
Hormonothérapie					
==false	56.52174	89.655172	67.647059	0.0007769239	3.360888
Sexe=M	76.47059	44.827586	25.000000	0.0015838917	3.158857
Hematologie					
==true	100.00000	13.793103	5.882353	0.0291643387	2.181258
Gastroentéro					
==true	72.72727	27.586207	16.176471	0.0363324055	2.093188
Psychologie					
==false	47.45763	96.551724	86.764706	0.0448055203	2.006476

List of categorical variables that contribute to cluster 3:

	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p. value	v. test
HospitalisationNA	100.0000	100	4.411765	1.995371e-05	4.265408
WorkingNA	100.00000	100	4.411765	1.995371e-05	4.265408
Oncologie					
==false	42.85714	100	10.294118	6.983798e-04	3.390214
Symptome. Fatigue					
=false	30.00000	100	14.705882	2.394445e-03	3.036371
Contact. Collègue					
==false	15.00000	100	29.411765	2.274723e-02	2.277654

LIEGE SUIVI 3

List of categorical variables that contribute to cluster 1:

	Cl a/Mod	Mod/Cl a	Global	p. value	v. test
Symptome. Douleur					
==true	46.15385	81.81818	60.00000	0.01102310	2.541966
Symptome. Vapeurs					
==true	57.89474	50.00000	29.230769	0.01223005	2.505436
Kinesithérapeute					
==true	70.00000	31.81818	15.384615	0.01522933	2.426879
Symptome. Depression					
==true	58.82353	45.45455	26.153846	0.01649703	2.397730
Cat. BE=1==true	50.00000	63.63636	43.076923	0.02043388	2.318284
Symptome. Sommeil					
==true	52.17391	54.54545	35.384615	0.02660958	2.217198
Symptome. Appétit					
==true	80.00000	18.18182	7.692308	0.04445738	2.009753

List of categorical variables that contribute to cluster 2:

	Cl a/Mod	Mod/Cl a	Global	p. value	v. test
Hématologue					
==true	100.00000	83.33333	7.692308	7.264021e-07	4.954169
Sexe=M	40.00000	100.0000	23.076923	6.059404e-05	4.010485
Oncologue					
==false	44.44444	66.66667	13.846154	2.522068e-03	3.020681
Contact. Rh					
==true	60.00000	50.00000	7.692308	4.358655e-03	2.850967
Contact. Employeur					
==true	18.181818	100.00000	50.769231	1.340900e-02	2.472718
Hospitalisation					
==true	37.500000	50.00000	12.307692	2.262065e-02	2.279782
Hormonothérapie					
==false	15.789474	100.00000	58.461538	3.342274e-02	2.126968
Radio					
==false	15.000000	100.00000	61.538462	4.647012e-02	1.991098

List of categorical variables that contribute to cluster 3:

	Cl a/Mod	Mod/Cl a	Global	p. value	v. test
Symptome. Sommeil					
==false	45.238095	90.47619	64.61538	0.002268241	3.052658
Hospitalisation					
==false	39.622642	100.00000	81.53846	0.005236265	2.792128
Kinesithérapeute					
==false	38.181818	100.00000	84.61538	0.013860701	2.460853
Symptome. Vapeurs					
==false	41.304348	90.47619	70.76923	0.015435719	2.421991
Oncologue					
==true	37.500000	100.00000	86.15385	0.022177122	2.287321
Working==true	52.631579	47.61905	29.23077	0.032523832	2.137913
Fatigue					
==false	57.142857	38.09524	21.53846	0.035751037	2.099748
Radio==true	48.000000	57.14286	38.46154	0.039784338	2.055981

List of categorical variables that contribute to cluster 4:

	Cl a/Mod	Mod/Cl a	Global	p. value	v. test
Cat. BE=2	72.72727	88.88889	16.923077	2.821682e-07	5.134984
Contact. Collègue					
==true	20.93023	100.00000	66.153846	1.764089e-02	2.373071
Gastroentéro					
==true	50.00000	33.33333	9.230769	3.306147e-02	2.131336

List of categorical variables that contribute to cluster 5:

	Cl a/Mod	Mod/Cl a	Global	p. value	v. test
Cat. BE=NA	100.00000	100	6.153846	1.477018e-06	4.814320

List of categorical variables that contribute to cluster 6:

	Cl a/Mod	Mod/Cl a	Global	p. value	v. test
Working=NA	100.0000	100	4.61538	2.289377e-05	4.234621
Hospitalisation					

NA	75.00000	100	6.153846	9.157509e-05	3.911894
Oncologie					
==false	33.33333	100	13.846154	1.923077e-03	3.101862
Symptome. Fatigue					
==false	21.42857	100	21.538462	8.333333e-03	2.638257
Contact. Colleague					
==false	13.63636	100	33.846154	3.525641e-02	2.105401

LIEGE FINAL

List of categorical variables that contribute to cluster 1:

Category	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
SP. Relation. Chef3=3	88.88889	40	15.25424	0.0004177055	3.528637
SP. Relation. Colleagues2=Bonne	63.157895	60	32.20339	0.0017824949	3.124266
QV. Symptome. Douleur2=QV. Symptome. Douleur2_1	51.724138	75	49.15254	0.0054480526	2.779274
SP. Relation. Colleagues2=Ni bonne, ni mauvaise	83.333333	25	10.16949	0.0151401297	2.429010

List of categorical variables that contribute to cluster 2:

Category	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
SP. Relation. Chef					
==mauvaise	100.0000	100	3.389831	0.0005844535	3.438728
Relation. Colleagues					
==mauvaise	100.00000	100	3.389831	0.0005844535	3.438728
Depression==true	16.66667	100	20.338983	0.0385739334	2.068703

List of categorical variables that contribute to cluster 3:

Category	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Relation. Colleagues					
==Très bonne	66.6666	77.77778	35.59322	1.471431e-05	4.332922
SP. Relation. Chef					
==très bonne	78.5714	61.11111	23.72881	2.785253e-05	4.190349
Importancetravail					
=pas du tout imp	61.9047	72.22222	35.59322	1.857102e-04	3.737702
Hormonotherapie					
==true	53.8461	77.77778	44.06780	7.495042e-04	3.370799
Traitement					
==fini	44.4444	88.88889	61.01695	3.494138e-03	2.920550
Cat. BE=2	66.6666	33.33333	15.25424	2.019542e-02	2.322697
Chi mio=false	53.33333	44.44444	25.42373	3.743357e-02	2.081004
Working==true	45.83333	61.11111	40.67797	4.232757e-02	2.030285

List of categorical variables that contribute to cluster 4:

Category	Cla/Mod	Mod/Cla	Global	p.value	v.test
Traitement					
==en cours	56.521739	76.47059	38.98305	0.0002871848	3.626594
Hormonotherapie					
==false	45.454545	88.23529	55.932200	0.014416974	3.186170
SP. Importancetravail					
==peu imp	50.000000	64.70588	37.28814	0.0081965859	2.643863
Symptome. Douleur					
==false	43.333333	76.47059	50.84746	0.0145645599	2.443029