

Femmes, soignantes .. et en même temps patientes atteintes de cancers

👉 quels parcours de maintien / réintégration au travail, quelle résilience ?



Compte-rendu intégral de la table ronde du 26.03.2026

Femmes, soignantes... et en même temps patientes atteintes de cancer

*... quels parcours de maintien / réintégration au travail,
quelle résilience ?*

Salon Infirmier / People4Health / Paris, 26 mars 2026

Intervenants

Table ronde conçue et animée par : Anne-Marie de Vaivre — Spécialiste Prospective & Santé Globale au Travail, cofondatrice du **Cercle Entreprises & Santé**

Dr Mario di Palma — Oncologue, **Gustave Roussy** ; membre du **Comité national Éthique & Cancer**

Dr Carline Amiel — Médecin du travail, Chef du Département Travail et Santé, **Hôpital Foch** ; cofondatrice du **Centre Prévention et Travail Foch**

avec, depuis la salle **Sabrina Berrada** — Directrice du Centre Prévention et Travail, Hôpital Foch (intervention depuis la salle)

[i] Emmanuelle Halioua (Protocole 6C), spécialiste de l'accompagnement des traumatismes et de la résilience, annoncée au programme, n'a pas pu être présente — empêchée par un problème de transport depuis Israël.

À retenir en synthèse

Un enjeu croissant, de plus en plus lourde dans les métiers de santé

.. et pourtant un impensé / informulé que le Cercle Entreprises et Santé a voulu éclairer

En France, une femme sur trois sera confrontée au cancer au cours de sa vie. .. de sa vie active, au travail. Dans le secteur de la santé, dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux — où plus de 75 % des effectifs sont féminins —, cette réalité est en fait une donnée de fonctionnement quotidien, une donnée structurelle et permanente.

Et pourtant, cette donnée est-elle vraiment prise en compte ?

En 2026, la situation spécifique des quelques 10.000 soignantes qui, chaque année en France, deviennent elles-mêmes patientes atteintes de cancer demeure un angle mort..

Internationalement aussi, peu ou pas d'étude ciblée, peu ou pas de politique RH dédiée, pas de programme structuré – hormis dans deux établissements US, à la Johns Hopkins, et à la Mayo Clinic. Quelques études qualitatives au Canada, une en Chine.

Ailleurs, à peu près rien de formalisé, et en France, juste un chiffre, tous secteurs, sur le retour à l'emploi des femmes 'en âge de travail' atteintes de cancers du sein' (INSERM) : 21 % des ' survivantes de cancer ' retournent en emploi, - ' survivantes ', c'est le terme officiel.

C'est précisément cet impensé/informulé de la santé des soignantes que **le Cercle Entreprises & Santé** — sous l'impulsion d'**Anne-Marie de Vaivre**, cofondatrice, - a choisi d'explorer, par des analyses et témoignages de terrain, le 26 mars 2026, dans le cadre du Salon Infirmier / People4Health.

Avec un public attentif, essentiellement des soignantes, en établissements de santé, et aussi pour beaucoup, des soignantes libérales.

Pour aborder ce sujet avec réalisme et sur la base de l'expérience de professionnels de santé, Anne-Marie de Vaivre a fait appel à deux « grands témoins » / grands acteurs engagés sur le sujet.

- Le **Dr Mario di Palma**, oncologue à l'Institut Gustave Roussy et membre du Comité national Éthique & Cancer, avec le regard et l'expérience d'un clinicien de référence, également confronté, dans sa propre équipe, à ces situations, et à même de les comprendre avec le tact, la précision et la franchise que le sujet exige.
- Le **Dr Carline Amiel**, médecin du travail, Chef du Département Travail et Santé de l'Hôpital Foch, cofondatrice avec Sabine Berrada du Centre Prévention et Travail Foch, avec vingt ans de pratique hospitalière de la santé au travail, et la force d'une expérience de terrain construite au plus près de ces réalités.
- La rencontre a également été enrichie par l'intervention depuis la salle de **Sabrine Berrada**, directrice du Centre Prévention et Travail Foch.

Emmanuelle Halioua, spécialiste des questions de résilience (Protocole 6C), annoncée initialement au programme, n'a malheureusement pas pu rejoindre la conférence en raison d'un problème de transport depuis Israël.

Au-delà du constat, et de l'éclairage sur l'urgence croissante des besoins, cette table ronde a permis de faire émerger plusieurs avancées fortes et très concrètes.

■ Pour rappel : Il n'existe pas en France, et très peu à l'international, d'études et d'analyses véritables sur ce sujet des femmes, soignantes, atteintes de cancer,; des études parcellaires ou parentes existent, sur le retour au travail post cancer, mais pas sur ces métiers et profils, et souvent sous l'angle aptitude / inaptitude, la moyenne des retours au travail des survivantes de cancer étant — tous secteurs — de 21 %. Le besoin est criant, lorsqu'on sait que le cancer frappe une femme sur trois, et que les vies professionnelles s'allongent, les risques d'exposition aussi.

■ D'abord, une idée simple mais essentielle : **le retour au travail après cancer ne peut plus être réduit à la logique binaire ancienne d'aptitude ou d'inaptitude.** Les échanges ont montré la nécessité d'une approche beaucoup plus fine, tenant compte à la fois des impacts physiques, cognitifs et psychologiques du cancer - particulièrement dans les métiers du soin, où les professionnelles sont quotidiennement confrontées à des situations qui peuvent les renvoyer à leur propre maladie.

■ **Autre idée force : la soignante-patiente n'est pas une patiente à part** — et vouloir la traiter autrement, par bienveillance ou déférence mal placée, conduit souvent à faire moins bien. C'est ce que le Dr di Palma nomme le *syndrome du VIP* : un piège documenté, fréquent, et dont les impacts sont réels — dans les deux sens — par sur-accompagnement comme par sous-accompagnement. La soignante-patiente a les mêmes besoins, les mêmes peurs, les mêmes interrogations qu'une patiente ordinaire. Ses connaissances médicales ne la protègent pas — elles peuvent même amplifier ce qu'elle traverse. Ainsi, le fait d'être soignantes n'appelle pas - surtout pas - de surprotection ou de traitement 'à part'.

Une soignante-patiente souhaite surtout pouvoir continuer à être reconnue comme la professionnelle qu'elle est, sans stigmatisation ni assignation permanente à sa maladie.

Cette question du regard -regard des collègues, du management, de l'institution -, - comme celle du tact du traitement, st apparue comme l'un des nœuds centraux du sujet.

■ **Les impacts du retour au travail après cancer**, ou de la poursuite du travail pendant cancer, si c'est possible, et que la patiente le souhaite, **s'articulent en trois niveaux distincts : physique, mental, psychologique.** (Merci au Dr di Palma de l'avoir expliqué aussi clairement). Impacts qui appellent chacun des réponses spécifiques. Les confondre, c'est passer à côté des solutions.

La table ronde a également souligné l'importance d'un accompagnement préparé très en amont, individualisé et respectueux de la confidentialité : visites de pré-reprise encore trop peu utilisées, aménagements de poste co-construits, maintien du lien avec les équipes, attention portée aux temporalités réelles de reconstruction.

■ Les échanges ont aussi permis de mettre en lumière des dispositifs pionniers, notamment le **Centre Prévention et Travail de l'Hôpital Foch**, créé à l'initiative de Sabine Berrada et du Dr Carline Amiel : consultations de prévention et de dépistage accessibles sur le temps de travail, confidentialité renforcée des

données de santé, logique proactive de prévention auprès des professionnels eux-mêmes.

■ Autre fait important : **les soignantes libérales** — infirmières, kinésithérapeutes, sage-femmes — sont l'angle mort dans l'angle mort, sans suivi, sans chiffres, sans dispositif. Une ouverture récente mérite d'être connue : depuis peu, elles peuvent — de façon volontaire et payante — accéder au socle commun de suivi en santé au travail via les SIPST (services de prévention et de santé au travail) interentreprises. Une possibilité encore presque ignorée.

■ Enfin, un consensus fort s'est dégagé : il devient urgent de structurer des données, des recherches et des retours d'expérience sur ce sujet encore largement impensé. Derrière les situations individuelles, c'est toute la question de la soutenabilité humaine des métiers du soin qui est posée — et, à travers elle, celle de la qualité durable des systèmes de santé eux-mêmes.

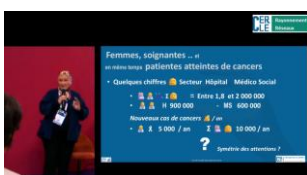
Cette table ronde a été une première. Le Cercle Entreprises & Santé souhaite pour l'avenir en faire le point de départ d'un programme de travail durable — en mobilisant établissements employeurs, services de santé au travail et institutions de recherche, pour que les soignantes qui deviennent patientes cessent d'être l'impensé de nos organisations.

« *L'hôpital : paradoxe d'une institution vouée au soin, et qui devient aussi le terrain d'exposition de celles qui consacrent leur vie à soigner.* » — Anne-Marie de Vaivre, Cercle Entreprises & Santé

« *Prenez soin de vous — vous prendrez encore mieux soin des patients derrière.* » — Dr Carline Amiel, Hôpital Foch

Cercle Entreprises & Santé – www.cercle-es.com

COMPTE RENDU INTÉGRAL



I. Cadrage — Une vulnérabilité structurelle, encore impensée

Anne-Marie de Vaivre — Cercle Entreprises & Santé

1.1 Le Cercle Entreprises & Santé — pourquoi le secteur hospitalier est exemplaire

Le Cercle a été fondé il y a près de vingt ans sur un constat simple et alors peu partagé : la santé des personnes au travail était fragmentée entre médecine de ville, médecine hospitalière, santé publique et santé au travail réglementaire — sans convergence ni cohérence. La santé des gens se trouvait, selon la formule d'AMV « saucissonnée » : des guichets séparés pour une réalité unique, celle d'une personne dont la santé est une, portée tout au long d'une vie professionnelle qui traverse secteurs et structures.

Le Cercle s'est construit sur la conviction que cette fragmentation ne correspond ni aux attentes profondes des personnes ni aux intérêts des organisations qui les emploient — et que la convergence vers une Santé Globale au Travail, intersectorielle, est à la fois une exigence éthique et un impératif de gestion du capital humain.

Le secteur de la santé et des établissements de soins occupe dans cette démarche une place particulière : il préfigure ce que tous les autres secteurs rencontreront. Il concentre des niveaux d'absentéisme et de maladies professionnelles — TMS (troubles musculo-squelettiques) et troubles psychosociaux — parmi les plus élevés de l'économie française.

1.2 Les chiffres — une réalité de gestion RH permanente

Le secteur hospitalier et médico-social emploie aujourd'hui entre 1,8 et 2 millions de femmes — dont environ 900 000 soignantes stricto sensu à l'hôpital, environ 600 000 dans le secteur médico-social. Plus de 75 % des effectifs du secteur sont féminins.



Appliqué à ces effectifs, le taux d'incidence du cancer (0,55 % annuel) produit des ordres de grandeur qui ne se discutent pas :

- **10 000 nouveaux cas estimés par an** — sur le périmètre hospitalier et médico-social, hors secteur libéral, dont 5 000 nouveaux cas par an — chez les soignantes stricto sensu (hypothèse basse, hôpital public + privé)
- **1 femme sur 3** — sera confrontée personnellement au cancer au cours de sa vie
- **21 %** — seulement, taux de retour effectif à l'emploi pour les femmes survivantes d'un cancer du sein, en âge de travailler (étude CANTO, 2019)

Ces chiffres font de la question des soignantes-patientes **une donnée de gestion RH permanente, non plus exceptionnelle** : dans une équipe de dix soignantes, la probabilité statistique qu'une collègue soit en phase de traitement ou de reconstruction est désormais structurelle.

1.3 Un angle mort de la recherche et des pratiques

L'état des lieux de la littérature disponible révèle un paradoxe frappant entre l'ampleur du phénomène et l'indigence de sa documentation.

Les publications sur le retour à l'emploi après cancer existent depuis dix à quinze ans — mais elles concernent la population générale des patients, tous secteurs confondus. Pour le segment spécifique des soignantes-patientes, la recherche est quasi inexistante en France.

Les grandes cohortes épidémiologiques disponibles — dont la cohorte CANTO (Inserm / Gustave Roussy, environ 19 000 femmes atteintes de cancers du sein) — n'identifient pas les professionnelles de santé comme sous-groupe d'analyse spécifique. Les rares études ciblées identifiées à l'international : une étude qualitative chinoise de 2025 (une vingtaine d'entretiens approfondis, très bien construite), quelques travaux canadiens, des études américaines — Johns Hopkins, Mayo Clinic — portant sur les soignants revenant de maladies chroniques en général, non spécifiquement du cancer.

Pour les professionnelles libérales : absence totale — ni chiffres, ni suivi, ni programme.

« Ce qui manque cruellement, ce sont les données précises et exploitées. Rien n'existe encore sur ce périmètre en France. » — **Anne-Marie de Vauvre**

Ce vide documentaire est lui-même un signal fort : il signifie que les établissements de santé employeurs n'ont pas encore intégré ces enjeux dans leur gestion RH et managériale — malgré l'ampleur structurelle du phénomène.

II. Regard d'un oncologue — Le défi spécifique du milieu hospitalier

Dr Mario di Palma — Oncologue, Gustave Roussy, membre du Comité national Éthique & Cancer

2.1 La féminisation croissante de la médecine — jusqu'aux postes de direction

Le Dr di Palma ancre d'emblée son propos dans une réalité sociologique en pleine transformation. Dans ses cours à la faculté de médecine et aux écoles d'infirmiers, 90 % des étudiants sont aujourd'hui des femmes. Cette féminisation, longtemps cantonnée aux postes d'exécution, monte désormais vers les fonctions de responsabilité : à Gustave Roussy, les chefs de service et chefs de département sont de plus en plus souvent des femmes, la direction médicale est aujourd'hui assurée par une femme. Cette montée en puissance rend la question des soignantes-patientes plus visible — y compris dans les sphères décisionnelles.

2.2 Le syndrome du VIP — le piège de la bienveillance mal placée

La première problématique spécifique identifiée est ce que le Dr di Palma nomme le *syndrome du VIP* : la tendance, lorsqu'on prend en charge une collègue ou une personne



connue, à vouloir « bien faire » en faisant autrement que d'habitude. Ce phénomène — documenté dans la littérature médicale — est particulièrement intense en milieu hospitalier, où les liens professionnels, affectifs et hiérarchiques se superposent. La soignante-patiente peut se retrouver soit sur-accompagnée (avec des décisions médicales influencées par l'affect), soit sous-accompagnée (le médecin supposant qu'elle « sait déjà » et n'a pas besoin de toutes les explications). Les deux écueils sont réels.

« Quand on essaie de faire différemment de ce qu'on fait d'habitude, souvent on fait moins bien. Des exemples, j'en ai vraiment énormément. » — Dr Mario di Palma



2.3 Se faire soigner dans sa propre institution — une décision lourde, sans réponse univoque

La maladie pose immédiatement une question aux conséquences profondes : est-ce que je me fais prendre en charge là où je travaille ? La réponse n'est ni évidente ni unique. Se faire soigner sur place offre la facilité d'accès et les liens de confiance existants — mais expose à des risques réels de confidentialité, à la confusion des rôles, au regard des collègues. Le Dr di Palma rappelle l'existence bien réelle d'accès non autorisés aux données de santé dans les systèmes d'information hospitaliers — phénomène que la salle a confirmé spontanément. Se faire soigner ailleurs préserve mieux la confidentialité, mais rompt avec un environnement familier. Il n'y a pas de bonne réponse universelle — seulement une décision singulière, qui mérite d'être prise en conscience et non par défaut.

2.4 Ne pas être traitée comme une patiente à part — la tentation du raccourci

Troisième écueil : traiter la soignante comme si ses connaissances médicales lui évitaient d'avoir besoin d'une prise en charge identique à celle des autres patients. La soignante-patiente a les mêmes besoins d'information, d'explication, de réconfort et d'accompagnement que n'importe quelle autre patiente. Ses connaissances médicales ne la protègent pas des effets psychologiques de la maladie — elles peuvent même les amplifier.

« On n'est pas plus malin que les autres, on n'est pas plus fort que les autres, ce n'est pas vrai. On est pareil que les autres. » — Dr Mario di Palma



2.5 Maintien au travail pendant les traitements — une option possible et strictement individuelle

Le Dr di Palma distingue clairement le maintien en emploi *pendant* les traitements du retour à l'emploi *après* la phase aiguë — une distinction conceptuelle importante, trop souvent absente des discussions. Certaines soignantes souhaitent et peuvent continuer à travailler pendant leur traitement : les cures de chimiothérapie peuvent être calées avec des jours de récupération. Ce maintien, vital pour certaines — continuer d'exister via leur identité professionnelle —, doit être évalué au cas par cas. Il n'y a pas de protocole unique. Chaque situation est singulière et nécessite un dialogue réel, libre et non intrusif entre la professionnelle, le médecin qui la suit et, le cas échéant, le médecin du travail.

2.6 Les trois niveaux d'impact — une grille de lecture essentielle

C'est la contribution conceptuelle majeure de l'intervention du Dr di Palma. Les impacts du retour au travail après cancer s'articulent en trois niveaux distincts — et c'est précisément parce qu'ils sont distincts que des réponses spécifiques existent pour chacun. Les confondre, c'est manquer les solutions.

Premier niveau — l'impact physique. Les traitements ont progressé vers la désescalade, mais des séquelles physiques demeurent : gestes impossibles ou douloureux, fatigue physique chronique. Pour les soignantes, cela se traduit directement en incapacité à accomplir certains gestes professionnels essentiels — retourner un patient, lever les bras, porter des charges. S'y ajoute la fatigue liée aux transports : ce que le télétravail



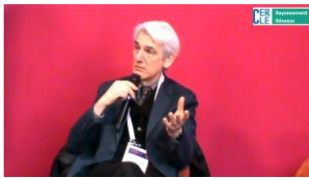
permet d'éviter pour les administratifs est incontournable pour les soignantes au lit du patient.



Deuxième niveau — la fatigue mentale, ou cognitive. Distincte de la fatigue psychologique, elle désigne les difficultés de concentration, de mémorisation, et la saturation cognitive accélérée — le *chemobrain*. Ces troubles sont particulièrement problématiques dans un contexte hospitalier où les protocoles sont complexes et la vigilance est une exigence permanente. Des programmes de rééducation cognitive existent et aident réellement — ils sont encore trop rarement prescrits dans ce contexte.

« La fatigue mentale fait que l'on sature plus vite, on a plus de difficultés à mémoriser, à retenir, à faire face à la diversité des points à retenir dans des protocoles de traitement. » — **Dr Mario di Palma**

Troisième niveau — l'impact psychologique. Distincte de la fatigue mentale, cette dimension concerne le rapport de la soignante à son environnement professionnel après la maladie. En milieu hospitalier, cet impact est spécifique et redoutable : être sans cesse renvoyée à la maladie — par les patients qu'on soigne, par les protocoles qu'on applique, par les décès qu'on côtoie. Pour certaines professionnelles, un équilibre est trouvable. Pour d'autres, ce ne peut être le cas — et c'est légitime. Ce soutien commence, avant tout recours à des professionnels de santé mentale, par l'entourage professionnel immédiat : l'équipe, le cadre, le chef de service.



2.7 Le rôle du manager — proposer le dialogue sans l'imposer

Le Dr di Palma partage son expérience personnelle de manager dans une équipe de cancérologie où plusieurs collaboratrices ont traversé ou traversent un cancer. L'accompagnement n'est pas l'intrusion. Rendre le dialogue disponible sans le forcer est déjà un acte managérial structurant — et c'est à la portée de tout cadre de service.

« J'essaie d'avoir des moments où je propose le dialogue — pas des moments de dialogue. Les personnes peuvent prendre ou pas. Elles ont le droit, il n'y a pas de problème. » — **Dr Mario di Palma**



2.8 Un phénomène international — et des pratiques qui bougent

Le déficit de prise de conscience des directions et des RH sur ces enjeux est un phénomène international, non spécifiquement français. Mais des signes positifs existent. Gustave Roussy intervient désormais plusieurs fois par an dans de grands groupes pour former des référents internes sur la gestion du cancer en milieu de travail — avec des créations de postes de référents cancer à la clé. La visibilité croissante du cancer dans l'espace public contribue à lever les tabous et à faciliter l'engagement des employeurs.

« Ce qu'il y a à faire, c'est ce qu'on est en train de faire ici : en parler, en parler, en parler. Ne pas oublier que la maladie touche aussi les gens qui soignent, et que ces gens méritent, qu'ils travaillent en ville ou à l'hôpital, l'accompagnement et une prise en charge adaptée. » — **Dr Mario di Palma**



III. Regard d'une médecin du travail hospitalière — Construire le retour

Dr Carline Amiel — Médecin du travail, Chef du Département Travail et Santé, Hôpital Foch, cofondatrice du Centre Prévention et Travail Foch

[i] Le Dr Carline Amiel prend la parole sur ce sujet pour la première fois dans un cadre public. Elle précise d'emblée, avec sa modestie caractéristique, qu'elle n'est pas spécialisée sur ces questions — et qu'à sa connaissance, il n'existe pas en France de regard professionnel structuré, ni du côté de la médecine du travail ni du côté du management des structures de soins, sur ces enjeux spécifiques.



3.1 La peur du regard — première barrière, omniprésente



La première barrière est culturelle et relationnelle : la peur du regard des autres — collègues, équipe, encadrement. Elle est présente à tous les stades, du diagnostic au retour en poste, et elle commande tout le reste. Les soignantes reçues en consultation l'expriment avec une constance frappante.

« J'ai pas à raconter ma vie, j'ai pas à décrire mes problématiques de santé. Je veux être vue en tant que la professionnelle que je suis, et non pas en tant que patiente. » — Position exprimée par des soignantes en consultation — Dr Carline Amiel



Ce refus de la réduction à la maladie est parfaitement légitime — et il conditionne directement les modalités d'accompagnement possibles. Tout aménagement doit pouvoir être proposé et mis en œuvre sans imposer la révélation du diagnostic.

3.2 Dépasser la logique binaire 'aptitude / inaptitude'

La littérature académique et de nombreuses pratiques tendent à réduire la reprise après cancer à une décision d'aptitude ou d'inaptitude au poste. Le Dr Amiel pointe le risque de cette simplification : elle ignore la richesse des situations intermédiaires et les possibilités d'accompagnement graduels. L'approche à l'Hôpital Foch est tout autre : instaurer un lien de confiance avec les professionnelles dès avant l'arrêt, préparer en amont la reprise, accompagner chaque situation individuellement. Une visite de médecine du travail pour préparer un retour après cancer ne s'improvise pas — elle se prépare dans un dialogue de confiance qui se construit dans la durée.

3.3 La visite de pré-reprise — un outil essentiel, trop peu utilisé

La visite de pré-reprise est méconnue des professionnelles elles-mêmes, alors qu'elle constitue l'un des outils les plus puissants disponibles. Elle peut être sollicitée par la salariée, par son médecin traitant, ou par le médecin du travail lui-même. Sans attendre la reprise effective, elle permet d'évaluer l'état physique et psychique, de discuter des traitements en cours, de définir le bon timing de retour — et de préparer les aménagements nécessaires.

« C'est déjà assez compliqué d'avoir eu un cancer. Rater son retour à l'emploi, même à temps partiel thérapeutique, c'est vécu comme un deuxième échec. » — Dr Carline Amiel



3.4 Le mur des trois ans — la contrainte sociale et financière

Un mécanisme financier méconnu mais aux conséquences concrètes : au bout de trois ans cumulés d'arrêt de travail et de temps partiel thérapeutique, les indemnités journalières de la Sécurité sociale peuvent s'interrompre brutalement — précipitant un retour à l'emploi non choisi pour des raisons médicales ou personnelles, mais contraint par des impératifs financiers. Pour des professionnelles souvent seules à assumer leur foyer, ce mécanisme peut être dévastateur. Il doit être anticipé et intégré dans l'accompagnement dès le début.

3.5 L'impossibilité du télétravail — une spécificité hospitalière majeure

L'écart entre professionnelles administratives et soignantes au lit du patient est ici fondamental. Les administratives peuvent bénéficier du télétravail — supprimant jusqu'à trois ou quatre heures de pénibilité quotidienne liée aux transports, permettant un retour progressif dès que l'état de santé le permet. Les soignantes — infirmières, aides-soignantes — ne peuvent pas télétravailler. Leur retour implique la présence physique dans toutes ses contraintes. Cette asymétrie appelle des solutions d'aménagement spécifiques et une vigilance accrue qui ne peut pas s'appuyer sur les mêmes dispositifs que pour le reste des effectifs.



3.6 L'aménagement de poste — co-construit, confidentiel

L'aménagement de poste est l'outil central du retour — mais il doit être pensé avec soin pour ne pas être vécu comme une sanction ou une mise à l'écart. L'exemple de

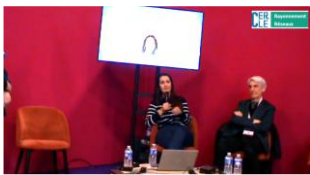


l'infirmière de soins en oncologie réaffectée en consultation : cela peut être une solution appropriée, mais elle doit être co-construite avec la professionnelle, jamais imposée. Le travail avec les ressources humaines et les cadres de service est indispensable — dans une stricte confidentialité. Les commissions de maintien dans l'emploi permettent de discuter des situations de retour sans jamais révéler le diagnostic.

« On n'a pas besoin de dire pourquoi on a cet aménagement de poste, parce qu'on ne veut pas être traitée de manière différente. » — Dr Carline Amiel

3.7 Reconversion et passerelles — quand le cœur de métier n'est plus accessible

Dans les situations où la reprise du poste initial est impossible, des solutions de reconversion existent : la coordination de parcours de soins permet d'utiliser les compétences cliniques sans les contraintes physiques du terrain ; des passerelles vers d'autres filières du secteur peuvent être construites. Condition impérative : que la professionnelle soit dans un état physique et psychique suffisant pour se projeter dans ce changement — ce qui nécessite souvent un accompagnement psychologique préalable — et que ce changement soit vécu comme une valorisation des compétences, non comme une exclusion subie.



3.8 La pression des sous-effectifs — la réalité qui fragilise tout

Dans des services en sous-effectif chronique, un poste aménagé peut ne pas être respecté dans les faits. La professionnelle de retour, même avec des restrictions officielles, se retrouve à faire plus que prévu — parce que les patients ne peuvent pas pâtir de l'organisation du travail. Cette tension entre nécessités du soin, continuité du service et contraintes médicales de la reprise est l'une des contradictions les plus difficiles à gérer. Elle appelle une vigilance active et régulière de l'encadrement et du médecin du travail — non une solution ponctuelle.



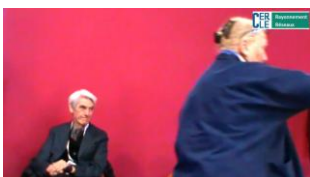
3.9 Le Centre Prévention et Travail de l'Hôpital Foch — un modèle à essayer

Créé en 2023 à l'initiative de Sabine Berrada, avec le soutien du Dr Amiel, ce centre propose aux professionnels de santé et aux étudiants de l'hôpital de réaliser leur dépistage et leur bilan de prévention sur leur temps de travail — avec une confidentialité totale garantie : les données de santé ne sont pas partagées avec le système d'information hospitalier.

Une dizaine de consultations sont proposées : dépistage cancer et facteurs de risque, santé de la femme, gynécologie, cancer du sein, cancer du col de l'utérus, mélanome. Un mélanome a été diagnostiqué dès le premier jour d'ouverture — permettant une prise en charge immédiate et, selon toute probabilité, une survie qui n'aurait pas été possible avec un diagnostic tardif.

Ce centre répond directement au dilemme du diagnostic sur le lieu de travail : garantir la confidentialité, c'est permettre aux soignantes de ne pas avoir à choisir entre leur sécurité médicale et leur sécurité professionnelle. L'objectif est d'étendre progressivement ce modèle au territoire environnant — ville de Sèvres, professionnels libéraux du secteur.

« Prenez soin de vous — vous prendrez encore mieux soin des patients derrière. » — Dr Carline Amiel



IV. Échanges avec la salle — Questions et apports complémentaires

4.1 Retour d'AMV — Les trois niveaux d'impact, une distinction à approfondir

Avant d'ouvrir les échanges avec la salle, Anne-Marie de Vaivre revient sur la grille en trois niveaux proposée par le Dr di Palma — en pointant ce qu'elle considère comme l'une des contributions les plus précieuses de la séance : la distinction entre fatigue

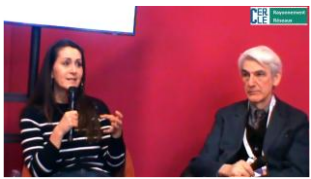


mentale et impact psychologique, deux dimensions que les discours habituels sur la santé mentale amalgament trop souvent.

« J'aime bien cette distinction que vous faites, qu'on ne fait pas assez en France, entre mental et psychologique. On barbote dans des enjeux de santé mentale en amalgamant souvent les choses — alors que les Canadiens font ça beaucoup plus clairement, en distinguant les deux dimensions. » — **Anne-Marie de Vaivre**



Elle souligne aussi l'impact physique spécifique aux soignantes : pour celles dont le cœur de métier implique des gestes de port, de manutention, de posture bras en l'air — et dont le cancer le plus fréquent est précisément le cancer du sein, avec les séquelles et limitations que cela entraîne — le retour au travail suppose des aménagements qui ne peuvent pas être improvisés.



4.2 Les infirmières libérales — l'angle mort dans l'angle mort

Stéphanie L., infirmière libérale — depuis la salle

La question posée par Stéphanie L. est celle qui dérange : vers qui les professionnelles libérales peuvent-elles se tourner lorsqu'elles sont touchées par un cancer et doivent envisager une reprise ? Elle la qualifie elle-même de « question piège » — signalant la difficulté bien réelle, et l'absence de réponse évidente.



Anne-Marie de Vaivre rappelle la spécificité structurelle : les professionnelles libérales ne bénéficient pas du suivi obligatoire en santé au travail qui s'applique aux salariés. Pas de médecin du travail, pas de visite de pré-reprise, pas de commission de maintien dans l'emploi.



C'est alors que **Sabrina Berrada**, (Centre Prévention et Travail, Hôpital Foch), depuis la salle, apporte une information pratique et récente, ignorée de la plupart des participants — y compris du Dr di Palma : depuis peu, les professionnels libéraux peuvent s'inscrire au socle commun de suivi en santé au travail dans les SPST (services de prévention et de santé au travail) interentreprises. C'est un coût financier pour eux — mais le suivi par un médecin du travail est désormais accessible. Une ouverture majeure, récente, et encore trop peu communiquée.



Anne-Marie de Vaivre recommande de consulter les SPST de sa région et d'évaluer la qualité des services proposés — les niveaux d'avancement étant très variables d'une structure à l'autre.

« Avoir un cancer et être en profession libérale, c'est encore pire. C'est des problèmes de perte de revenus, de non-accompagnement. C'est un énorme, énorme problème. » — **Dr Mario di Palma**



4.3 La RQTH et l'invalidité catégorie 1 — des outils à réhabiliter

Représentant-e d'association — depuis la salle

Une participante rappelle l'existence de deux outils complémentaires, souvent mal connus ou mal appréhendés, et systématiquement sous-utilisés par peur du regard des autres.

La **RQTH** (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), attribuée par la MDPH (maison départementale des personnes handicapées), ouvre des droits à aménagement professionnel. Elle reste fortement stigmatisée — et pourtant elle peut constituer une passerelle temporaire précieuse pour sécuriser une reprise progressive.



Point essentiel : la RQTH peut être accordée pour une période définie, le temps de passer un cap.

L'**invalidité catégorie 1** permet d'obtenir une pension ou rente complémentaire pendant une période limitée — y compris pour passer un cap financier difficile.

Contrairement à une idée répandue, ce statut peut être levé par la suite, permettant une reprise à 100 % sans restriction.

Ces deux dispositifs méritent d'être présentés dans les établissements de santé pour ce qu'ils sont : des outils de transition, non des étiquettes définitives.

4.4 Le Centre Prévention et Travail de l'Hôpital Foch — accès et développement territorial

Sabrina Berrada — Centre Prévention et Travail, Hôpital Foch

À la demande d'une participante, Sabrina Berrada précise que le centre est actuellement dédié aux salariés et étudiants de l'Hôpital Foch. Pour les professionnelles extérieures, des dépistages sont accessibles dans les centres municipaux et les GPTS (groupements de professionnels de santé territoriaux). Le centre travaille à une extension vers la ville de Sèvres et les professionnels libéraux du territoire proche.

« On espère que ce centre-là fera des bébés dans d'autres structures. » — **Sabrina Berrada**

V. Mots de conclusion

Dr Mario di Palma — sur l'impératif de visibilité :

« Ce qu'il y a à faire, c'est ce qu'on est en train de faire ici : en parler, en parler, en parler. Aller en entreprise comme on le fait, avoir des forums ici — ne pas oublier que la maladie touche aussi les gens qui soignent, et que ces gens méritent, qu'ils travaillent en ville ou à l'hôpital, l'accompagnement et une prise en charge adaptée. » — **Dr Mario di Palma**

Anne-Marie de Vaivre — sur ce qui reste à changer au-delà des regards :

« On a peur — c'est vrai. Mais de temps en temps, on est reçu assez moyennement. Parfois on se sent vraiment considéré comme le pestiféré ou l'incapable. » — **Anne-Marie de Vaivre**

Changer le regard ne suffit pas : c'est la texture des attitudes concrètes, au quotidien, dans les équipes, qui doit évoluer.

Dr Carline Amiel — sur le devoir des établissements :

« Prenez soin de vous — vous prendrez encore mieux soin des patients derrière. » — **Dr Carline Amiel**

Et un appel à l'action sur sa propre discipline : continuer de travailler en étroite collaboration avec les directions et les structures administratives pour faciliter le retour à l'emploi, rassurer les professionnelles de santé — « ce qui fait aussi partie de notre devoir de fidélisation dans les établissements de santé aujourd'hui ». — **Dr Carline Amiel**

VI. Enseignements et perspectives

6.1 Ce que cette conférence a démontré

Au-delà des contenus, le déroulé de la table ronde a lui-même apporté des enseignements. L'intérêt et la participation active du public ont confirmé l'acuité et l'urgence du sujet. Des intervenants de premier plan — Gustave Roussy, Hôpital Foch — ont accepté d'en parler publiquement sur ce format pour la première fois. Des informations pratiques importantes — socle commun SPST pour les libéraux, caractère temporaire possible de la RQTH, visite de pré-reprise — ont été partagées entre professionnels, parfois pour la première fois.

L'absence d'Emmanuelle Halioua (Protocole 6C) a privé la séance d'une troisième voix — celle de la résilience et de l'accompagnement des traumatismes — qui constitue une piste de développement prioritaire pour la suite.

6.2 Les chantiers identifiés





Sur les données. L'absence de données françaises exploitées sur les soignantes-patientes est le premier obstacle à toute politique. Les données existent dans les systèmes d'information des établissements — elles ne sont pas encore agrégées, ni analysées, ni utilisées à des fins de prévention et de gestion RH sur ce périmètre. Mobiliser des acteurs comme Unicancer pour constituer une base de données ciblée est une priorité identifiée.

Sur les pratiques. Systématiser la visite de pré-reprise et la faire connaître des professionnelles. Développer et rendre effectives les commissions de maintien dans l'emploi. Former les cadres de service et les équipes RH à l'accompagnement des soignantes-patientes. Distinguer et traiter séparément les trois niveaux d'impact — physique, mental, psychologique. Déployer le modèle du Centre Prévention et Travail dans d'autres établissements.

Sur la recherche. Financer des études qualitatives et quantitatives spécifiques aux soignantes-patientes, sur le modèle de ce qui existe au Canada et aux États-Unis. Faire des établissements de santé un terrain d'étude prioritaire — ils concentrent la population la plus exposée.

Sur les soignantes libérales. Mieux communiquer sur l'ouverture du socle commun SPST aux libéraux. Développer des centres de dépistage et de prévention accessibles aux professionnelles hors statut salarié.

6.3 La suite — engagement du Cercle Entreprises & Santé

Le Cercle Entreprises & Santé entend capitaliser sur cette première conférence pour structurer un programme de travail durable sur ce sujet — en mobilisant des acteurs complémentaires : services interentreprises de santé au travail, institutions de recherche, établissements hospitaliers — et en poursuivant la production de contenus et d'outils à destination des professionnels. ■

L'effet silex du Cercle E & S – Création et respect de la création

Rien ne naît par hasard : chaque table ronde ou UX-Forum® du **Cercle Entreprises & Santé** s'inscrit dans une **dynamique pensée et construite en amont**, conçue par **Anne-Marie de Vaivre** à partir d'une vision stratégique, prospective et ancrée dans le réel, et 20 ans de travaux du Cercle

Les **acteurs-éclaireurs** y sont choisis pour leur qualité d'expérience, leur justesse et leur capacité à faire progresser la réflexion collective.

De leurs confrontations et de leurs échos croisés jaillissent les **étincelles du Cercle** – c'est l'**effet silex** : une intelligence vivante qui relie, éclaire et transforme.

La citation et la réutilisation de ces contenus sont bienvenues, à condition d'en flécher la source : Cercle Entreprises & Santé – Anne-Marie de Vaivre, + nom de l'intervenant concerné : Table ronde « Femmes, soignantes... et en même temps patientes atteintes de cancer » 26 mars 2026 — Salon Infirmier / People4Health (Les étincelles se partagent ; la main qui les fait naître se doit d'être citée !)



■ compte rendu amv cercle - mai 2026

am.devivre@cercle-es.com

www.cercle-es.com

Cercle Entreprises et Santé — ces@cercle-es.com — www.cercle-es.com