

Patient engagé : faire de mon expérience une réelle opportunité

Engaged Patient: Making My Experience a Real Opportunity

B. Porro

Reçu le 10 décembre 2022 ; accepté le 2 février 2023
© Lavoisier SAS 2022

Résumé L'accompagnement professionnel des patients en âge de travailler est d'une importance de santé publique majeure en cancérologie. Toutefois, qu'ils reprennent le travail ou non, la priorité reste de préserver leur qualité de vie. D'ailleurs, pour certains patients, un arrêt de la carrière professionnelle peut avoir lieu au profit d'un engagement associatif et/ou auprès des services de soin et de recherche scientifique. Il s'agit d'un vrai retour à l'activité qui peut être également synonyme de tremplin professionnel lorsque les patients concernés sont en mesure de se construire une nouvelle trajectoire professionnelle en cumulant leurs compétences professionnelles initiales et leurs savoirs expérimentiels acquis ; tel est l'éclairage que nous souhaitons apporter dans cet article, à l'aide d'une étude de cas. De nouvelles questions de recherche seront proposées.

Mots clés Cancer · Retour au travail · Retour à l'activité · Savoir expérimentiel · Compétences

Abstract The professional support of working-aged cancer patients is of major public health importance. Whether they return to work or not, the priority remains to preserve their quality of life. Moreover, for some patients, a professional break can be taken in favor of commitment for associations, care, and/or scientific research services. This is a real return to activity which can be synonymous with a professional springboard for these patients as well. This is because they can build a new professional trajectory by combining their initial professional skills and their acquired experiential

knowledge. This is the light we wish to shed in this article, using a case study. In addition, new research questions will be proposed.

Keywords Cancer · Return to work · Return to the activity · Experiential knowledge · Skills

Introduction

En raison de l'augmentation de la survie au cancer, l'accompagnement professionnel des patients en âge de travailler relève d'un intérêt de santé publique majeur depuis plus de deux décennies [1–3]. La prise en charge se veut sur mesure, respectant les besoins, compétences, objectifs et contraintes de chacun [4]. Selon le modèle transactionnel et conceptuel REWORK, le retour au travail après le diagnostic d'un cancer est une problématique multifactorielle où le bénéfice/risque vis-à-vis de la santé du patient est évalué selon un ratio symptomatologie/conditions de travail [4,5]. Ce ratio fait écho à la notion de « marge de manœuvre » correspondant à la diversité des possibilités que possède un individu dans la réalisation de ses tâches professionnelles pour qu'il puisse atteindre ses objectifs tout en préservant sa santé [6]. Plus les marges de manœuvre sont grandes et plus le retour pérenne au travail est possible [4–6]. En d'autres termes, dans le cas des patients diagnostiqués d'un cancer, plus la situation de travail sera adaptable à leur situation de santé et plus ils seront en mesure de la maintenir [4]. Ici, la prise en charge consiste principalement à augmenter les capacités fonctionnelles des patients et diminuer la charge professionnelle, qu'elle soit physique, psychologique, émotionnelle et/ou cognitive [4]. Cependant, la réduction des séquelles (par exemple la fatigue et les déficiences cognitives) est un travail nécessitant une grande implication du patient et parfois même de son entourage. Par ailleurs, tous les employeurs/managers ne sont pas en mesure de — ou ne se donnent pas les moyens pour — faire preuve d'adaptabilité à la situation de santé d'un employé diagnostiqué d'un cancer [7]. Enfin,

B. Porro (✉)

Inserm, EHESP, Irset (Institut de recherche en santé, environnement et travail),
UMR_S 1085, SFR ICAT, université Angers–université Rennes,
F-49000 Angers, France
e-mail : bertrand.porro@univ-angers.fr,
<https://orcid.org/0000-0002-1055-3368>

Département sciences humaines et sociales,
Institut de cancérologie de l'ouest (ICO), F-49055 Angers, France

il est également probable que la situation professionnelle prédiagnostic ne soit plus compatible avec la situation de santé du patient. Pour toutes ces raisons, une idée commune consiste à dire que le retour au travail ou le retour/maintien en emploi ne sont pas systématiquement des issues professionnelles favorables [4,5]. La préservation de la qualité de vie du patient, qu'il reprenne ou non le travail, reste en ce sens prioritaire [4,5].

Au-delà de leur vie professionnelle, il n'est pas rare de voir des patients s'engager dans le monde associatif, auprès des équipes de soin et/ou de recherche. Le développement de la démocratie sanitaire¹ et l'émergence du modèle de Montréal, plaçant les savoirs expérientiels (acquis lors du parcours de soins, pratiques concernant le traitement et la gestion des symptômes, obtenus au cours de l'expérience de la maladie) au cœur du partenariat en santé, ont favorisé cette implication des patients à différents niveaux de la politique de santé (c'est-à-dire, le soin, la recherche, les institutions, auprès de leurs pairs) [8–12]. L'Université des Patients (Sorbonne-Université, Paris, France) a largement contribué à cette évolution dans le monde de la cancérologie en proposant une formation de *patient-partenaire et référent en rétablissement en cancérologie* accueillant jusqu'à 25 participants par an [13]. La Ligue contre le cancer dispense également une formation de patient-ressource dont l'objectif est de former à l'écoute active, les patients désireux de s'engager au sein de comités départementaux (ou d'associations) [14]. L'intégration des patients engagés² à tous ces niveaux engendre un rééquilibrage du pouvoir et des responsabilités entre le patient et les soignants, bien qu'en pratique le savoir scientifique soit mieux considéré que le savoir expérientiel [10,15].

Quelle que soit la nature de leur action, et qu'ils aient été formés ou non, l'engagement associatif des patients et leur implication auprès des acteurs médicaux et scientifiques sont des choix personnels survenant parfois en parallèle d'un retour à la vie professionnelle, et souvent à un moment où ce retour s'avère complexe, difficile ou peut-être même impossible. Cet engagement s'assimile à un retour à l'activité qui n'a, à notre connaissance, pas été considéré dans les travaux scientifiques, alors qu'il pourrait être également bénéfique pour leur bien-être. En effet, l'une des principales motivations des patients à retourner au travail est de retrouver une vie sociale [16]. Au-delà des considérations financières, cela nous pousse à nous questionner sur la direction à prendre dans les recherches à venir. Plutôt que de promouvoir

le retour au travail des patients, ne devrait-on pas plutôt encourager le retour à l'activité (qu'elle soit professionnelle, associative ou de toutes autres formes tant bien est que cela soit légal et bienveillant) ? Cette question est d'autant plus pertinente que le retour à l'activité peut également représenter un tremplin professionnel pour certains patients ; tel est l'éclairage que nous souhaitons apporter au sein de cet article, à travers une étude de cas.

Description des patientes

Quatre femmes, ayant été diagnostiquées d'un cancer du sein et ayant transformé leur retour à l'activité en opportunités professionnelles, ont accepté de témoigner pour illustrer notre propos. Les entretiens ont été recueillis dans le cadre de la pratique clinique de l'auteur après accord et consentement de chaque patiente pour témoigner et pour que leur discours puisse étayer cet article.

Mme D. — Chargée de mission au sein d'un programme associatif dédié au retour au travail

Mme D. est âgée de 62 ans, divorcée et mère de trois enfants. La patiente a été diagnostiquée d'un cancer du sein en 2012. Lors de son premier diagnostic, le plan de traitements de Mme D. comprenait une tumorectomie, de la chimiothérapie, de la radiothérapie et de l'hormonothérapie. Sur le plan professionnel, Mme D. a d'abord eu une première partie de carrière en tant que secrétaire médicale (niveau bac) puis a évolué, pendant 25 ans, dans le secteur du travail temporaire³, jusqu'à obtenir des fonctions de direction. À la suite d'un retour au travail difficile, « une mise au placard », Mme D. a quitté son emploi (deux ans après être retournée au travail), a entrepris une formation universitaire et a œuvré dans le monde associatif en proposant un service d'accompagnement professionnel. Progressivement, Mme D. s'est rapprochée d'une association ayant une action nationale et exerce aujourd'hui un poste de chargée de mission, notamment au sein d'un programme dédié au retour au travail. Malgré la récente annonce de la récurrence de son cancer, Mme D. continue de travailler avec une des horaires/missions adaptés et témoigne de la bienveillance et du soutien de ses collègues et collaborateurs. À quelques années de la retraite, Mme D. souhaite transmettre, soutenir les patients et continuer ses actions visant à accompagner les managers face au retour au travail d'un collaborateur ayant été diagnostiqué d'un cancer.

Mme A. – Fondatrice d'un réseau associatif et cheffe d'une microentreprise spécialisée en communication

Mme A., 44 ans, pacsée et sans enfant, a été diagnostiquée d'un cancer du sein à l'âge de 35 ans et témoigne d'une

¹ La démocratie sanitaire est une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation [8].

² Afin d'uniformiser la terminologie entre les patients.es-ressources, les patients.es-partenaires et les patients.es-experts, nous emploierons le terme de « patients.es engagés.es » pour toute la suite de cet article.

³ Salariée puis manager, responsable d'agences d'intérim.

errance médicale préalable au diagnostic. Une fois posé, le traitement a reposé sur une mastectomie, de la chimiothérapie, de la radiothérapie et de l'hormonothérapie que la patiente a choisi de ne pas observer au-delà de deux ans. Titulaire d'un Master 2 de lettres modernes, Mme A. a été animatrice radio puis directrice de communication d'un président de région au moment du diagnostic de son cancer. Elle témoigne avoir une vie professionnelle très dense, jusqu'à tout organiser pour continuer de travailler (télétravail notamment) malgré les traitements du cancer. En raison de nombreux effets secondaires (par exemple, fatigue, insomnies) et d'un rythme de travail trop soutenu, Mme A. est mise en arrêt de maladie et quitte progressivement son emploi. Entre-temps, elle crée une association, un magazine, un lieu de vie et d'échange pour les femmes diagnostiquées d'un cancer. Le projet plaît et s'essaime sur plusieurs territoires au fil des années jusqu'à la naissance, en 2022, d'une fédération d'associations. Connaissant des difficultés financières, Mme A. décide de créer sa microentreprise, spécialisée dans la communication en santé, et accompagne aujourd'hui des associations, des équipes de recherche et des entreprises. Par ailleurs, Mme A. a intégré des institutions en cancérologie en tant que patiente experte afin de promouvoir la démocratie sanitaire dans le soin et dans la recherche scientifique. À l'avenir, elle souhaite étendre les actions de son entreprise à d'autres causes que le cancer et continuer de porter la voix des patients auprès des instances en cancérologie et des acteurs politiques.

Mme S. — Patiente-partenaire en cancérologie et coordinatrice de parcours

Mme S. a 56 ans, est mariée et a deux enfants. Elle a été diagnostiquée d'un cancer du sein à l'âge de 48 ans, traité par chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie (en cours). Orthophoniste de formation, Mme S. a principalement travaillé au sein d'un institut thérapeutique, éducatif et pédagogique incluant une équipe pluridisciplinaire accompagnant de jeunes enfants (entre deux et six ans). Elle était largement satisfaite de sa situation professionnelle avant le diagnostic, mais a dû arrêter de travailler pendant un peu plus d'un an, le temps de son parcours de soins. Pendant cette période, Mme S. a pu avoir quelques échanges avec une proche ayant vécu le même diagnostic qu'elle. Par la suite, elle est sollicitée par une amie, débutant son parcours de soins, pour un accompagnement alors qu'elle termine ses séances de radiothérapie. Acceptant, elle se rend compte des difficultés à offrir un tel accompagnement et découvre la formation de l'Université des Patients (Paris), à laquelle elle postule. Aujourd'hui, Mme S. est une patiente-partenaire en cancérologie et coordinatrice de parcours au sein d'un centre de soin et d'une association dédiée. Elle exerce pleinement ses fonctions de patient-accompagnateur en proposant un accompagnement à ses pairs au cours de leur parcours de soins et après ; de patient-chercheur en participant à l'élaboration, l'opérationna-

lisation et la valorisation de nombreux travaux de recherche visant à améliorer la pair-aidance et à promouvoir le partenariat-patient en santé et la démocratie sanitaire.

Mme C. — Présidente d'une association de patients

Mme C., 52 ans, mariée et trois enfants, est titulaire d'un Master (Bac + 4) « Administration économique et sociale » (mention Gestion des Entreprises), et a été diagnostiquée d'un premier cancer du sein à l'âge de 36 ans. Son plan de traitement a reposé sur une chirurgie conservatrice du sein, de la chimiothérapie, de la radiothérapie et de l'hormonothérapie. Exerçant au sein du cabinet d'un préfet, Mme C. s'arrête de travailler le temps des soins. À son retour, elle est déterminée à montrer qu'avoir eu un cancer n'est pas handicapant en matière d'évolution de carrière et passe de nombreux concours administratifs qu'elle réussit ; évoluant à divers postes au sein du ministère de l'Intérieur, puis du ministère de la Justice, jusqu'à obtenir des responsabilités managériales au sein du ministère des Finances. Malgré les effets secondaires à long terme des traitements (fatigue, douleurs), son quotidien professionnel est rythmé, stressant et exigeant ; ce qui ne l'empêche pas d'assumer la présidence d'une association de patientes (cancer du sein). Mme C. mène son projet professionnel et son projet associatif de front jusqu'à la survenue d'une dispute avec son supérieur hiérarchique suivie d'un burnout à une période où elle apprend la récurrence de son cancer (2021) et envisage deux mastectomies à reconstruction immédiate (2023). En arrêt de travail, Mme C. décide de s'investir pleinement pour sa santé et pour son projet associatif. Elle continue de développer des projets sociaux, au sein de l'association qu'elle préside, pour contribuer à l'accompagnement des femmes ayant un cancer du sein. À l'avenir, Mme C. souhaite conserver son statut de fonctionnaire en bénéficiant d'une mise en disponibilité pour le développement de projets associatifs ; ce qui implique des négociations importantes avec ses supérieurs hiérarchiques entre autres.

Des conditions de travail rendant le retour pérenne au travail difficile, voire impossible

Trois patientes (mesdames D., A. et C.) ont évoqué leurs conditions de travail comme trop stressantes pour favoriser leur bien-être et ont décidé de changer leur trajectoire professionnelle. Selon le modèle REWORK-BC, les conditions de travail sont essentielles à prendre en compte pour évaluer le rapport bénéfice/risque du retour au regard de la santé du patient [4,5]. Dans le cas où les conditions de travail sont délétères pour la santé du patient, le retour au travail peut s'avérer difficile ; impliquant que l'accompagnement puisse se faire en faveur d'un reclassement interne (par exemple, un autre service de l'entreprise) ou externe (par exemple, autre entreprise, autre métier) [4]. D'autres situations peuvent

mener à une mise en invalidité ou à une prise de retraite anticipée [4]. Quelle qu'en soit l'issue, la priorité reste la satisfaction et la qualité de vie du patient au regard de sa — possible nouvelle — situation professionnelle [4,5]. Finalement, le non-retour au travail peut également s'avérer bénéfique pour certains d'entre eux [4,5].

[Mme D.] : « *Mon retour au travail a été un vrai calvaire [...] je me suis dit que j'allais retomber malade [...], il fallait que j'arrête. [...] J'étais contente de reprendre mes études à presque 55 ans, d'apprendre de nouvelles choses.* »

[Mme C.] : « *On venait de m'annoncer la récurrence. Lors d'un entretien, mon directeur a eu des propos déplacés à mon égard ... s'en est suivi un burnout. Malgré ses excuses, j'ai décidé de m'éloigner du travail et j'entends bien prendre les trois ans d'arrêt de maladie auxquels j'ai droit. Je vais me consacrer à mon projet associatif et j'espère obtenir une mise à disposition à mon retour.* »

Un besoin de se sentir utile socialement

Le sentiment d'être « utile socialement » est l'une des raisons pour lesquelles certains patients souhaitent retourner au travail [16,17]. Cependant, la contribution sociale peut se faire autrement et résulter d'un concours de circonstances (comme le témoigne Mme S.) ou d'une forte volonté d'aider des personnes ayant vécu un événement de vie similaire (indiqué par les quatre patientes rencontrées).

[Mme S.] : « *J'avais une situation professionnelle qui me plaisait et sans ce fichu cancer je serais sans doute toujours auprès des enfants, en tant qu'orthophoniste. [...] J'ai une de mes meilleures amies qui m'a demandé de l'accompagner alors que j'étais en fin de soins. Je l'ai fait mais je l'ai mal fait. [...] Et là, j'ai découvert la formation à l'Université des Patients et j'ai décidé de la suivre.* »

[Mme A.] : « *Quand je suis revenue dans ma région, j'ai remarqué que le cancer était perçu comme une maladie honteuse. À la télévision, les gens apparaissaient masqués et la voix modifiée. J'ai pu vivre la différence entre la prise en charge sur mon territoire, et celle dans un centre plus développé et expertisé. J'ai vu qu'il y avait un manque et je me suis dit qu'il fallait faire quelque chose sur mon territoire. C'est parti d'une exposition photo et à la suite de nombreuses demandes, une association a vu le jour, puis une deuxième et un magazine, et, on en est à une fédération aujourd'hui.* »

Une quête de sens

Le cancer et ses traitements peuvent être vecteurs de réflexions pouvant parfois mener à des modifications de la

philosophie de vie [18,19]. Des travaux ont d'ores et déjà mis en exergue que le travail, généralement en première position dans les priorités de vie des individus, était rétrogradé à la troisième place, après la santé personnelle et celle de la famille, suite à la survenue d'un cancer [20]. Ainsi, il existerait une certaine forme de modification du rapport au travail et/ou du sens donné au travail en cas de diagnostic d'un cancer [21,22]. Cela peut aussi s'expliquer par une forme de quête de sens donné à la vie comme le témoignent toutes les participantes de cette étude. Toutes indiquent vouloir vivre l'instant présent et finalement arrêter « cette fuite en avant » ne leur permettant pas de profiter réellement de la vie. Trois d'entre elles (Mmes D., A. et C.) témoignent se questionner sur le sens de leur activité professionnelle jusque-là, sur l'intérêt de mener un quotidien aussi stressant, sans pour autant en profiter ou encore sur la possible relation entre la vie professionnelle effrénée et la survenue de leur cancer. Cette quête de sens peut ainsi être à l'origine d'une modification de la situation professionnelle.

[Mme D.] : « *Quand on m'a annoncé que j'avais un cancer, ma première réaction était de faire le bilan de tout ce qui m'était tombé sur la tête dans ma vie et de me dire que ça ne finirait jamais. [...] Quand on est une mère de famille qui jongle entre un travail prenant, des enfants, et tout ça là, on dit stop. Il faut s'arrêter et ça permet de réfléchir [...]. À 55 ans, j'ai décidé de changer de voie professionnelle et avant d'aller à la Ligue, j'ai décidé d'aider les gens. Quand je suis arrivée à la Ligue, ce changement de carrière avait d'autant plus de sens pour moi car je comprends les gens quand ils s'adressent à moi. Cela ne signifie pas que j'ai vécu la même chose, car chacun vit les choses à sa façon, mais que je suis assez empathique pour aider les gens. Finalement, je finis ma carrière par ce que je voulais faire quand j'avais 18 ans ... aider, accompagner les gens en difficulté.* »

Cumuler les compétences professionnelles initiales et les savoirs expérientiels

Les participantes de cette étude sont unanimes sur le fait que la maladie leur a permis de prendre plus de distance avec les événements de la vie en prenant un recul nécessaire à la relativisation de certains événements. Cette prise de recul renforce potentiellement des compétences professionnelles initiales, telles que la capacité à coordonner une équipe (témoigné par Mme A.). Le cumul des savoirs expérientiels et des compétences initiales peut, lui, laisser place à de vraies expertises valorisables sur le plan professionnel et permettant à chacun d'envisager un métier ayant du sens en cancérologie. Voici les spécialisations que nous avons pu observer auprès des patientes engagées ayant accepté de participer à cette étude :

Mme D. avait des fonctions de direction et de management, avant le diagnostic, et informe, forme, accompagne,

aujourd'hui, les managers dans le cadre du retour au travail de patients diagnostiqués d'un cancer.

Mme A. était directrice de communication et, aujourd'hui, elle propose des services en communication dans le champ de la santé avec un regard critique en cancérologie. Mme A. témoigne par ailleurs que la survenue du cancer lui a permis de gagner en patience et d'apprendre à mieux gérer une équipe ; ce qui lui a été bénéfique dans le cadre de la création d'une association puis d'une fédération d'associations de patientes.

Mme S. était initialement orthophoniste et fournissait un accompagnement à des enfants en difficulté. Aujourd'hui, en tant que patiente-partenaire, elle accompagne des femmes diagnostiquées d'un cancer du sein et propose, en parallèle, des ateliers de remédiation cognitive pour des femmes ayant été traitées par chimiothérapie et rapportant une plainte cognitive.

Mme C. a mis ses compétences en conduite et management de projets au profit de la création d'une association de patientes. Ses compétences initiales lui ont notamment permis de défendre le projet auprès de partenaires sociaux et/ou politiques.

Conclusion

Plus souvent que rarement, « *on ne naît pas malade d'un cancer, on le devient* ». Cela signifie également qu'il y a une vie « avant » la maladie, remplie d'imprévus et durant laquelle tous les individus acquièrent de l'expérience dans divers domaines (professionnel, familial, social, etc.) ; puis une vie « après » où les patients apprennent de leur expérience de malade. Des travaux ont mis en exergue que l'accompagnement par les pairs augmentait le sentiment d'être soutenu des patients pendant et après le parcours de soins. Généralement, ces patients témoignent d'un soutien émotionnel et d'un soutien informatif accrus [9,23–25]. En matière de recherche et de soin, l'intégration des patients dans le processus peut faciliter l'élaboration d'outils de communication au grand public, les plus pertinents possibles. Par exemple, l'inclusion de Mme D., s'étant expertisée sur la thématique de l'emploi après cancer, facilite la transition d'un langage scientifique à un langage plus accessible au grand public ; alors qu'un travail avec Mme A. permettrait d'élaborer et de mettre en œuvre les divers outils à destination du grand public (initialement retravaillés avec Mme D., par exemple).

Le retour au travail peut générer de nombreux questionnements chez le patient ayant été diagnostiqué d'un cancer, notamment en ce qui concerne « le sens » et « l'utilité » des missions professionnelles, tant pour soi que pour la société. À la lumière de cet article, certains patients engagés réussissent à mettre leurs compétences professionnelles, cumulées à

leurs savoirs expérientiels, à profit pour contribuer à l'accompagnement de leurs pairs et/ou porter la voix des patients auprès des instances scientifiques et/ou politiques. Les quatre patientes interviewées ont un profil sensiblement similaire, mais tous les patients engagés n'ont pas la capacité d'effectuer de telles transformations sans accompagnement. Cela pose la question des profils et besoins des patients se retrouvant dans de telles situations. Des investigations sont également nécessaires pour mieux identifier les processus psychologiques sous-jacents à une telle transition professionnelle. L'émergence de ces travaux favorisera l'identification des profils nécessitant un accompagnement, de telle sorte que celui-ci puisse leur être proposé de la façon la plus adaptée possible.

Remerciements Nous tenons à remercier les quatre patientes (Mmes D., A., S. et C.) ayant accepté de témoigner pour l'élaboration de cet article et pour le temps qu'elles nous ont accordé à cet effet

Financement : Cet article s'inscrit dans le cadre du SIRIC ILIAD soutenu par l'Institut national du cancer (INCa), le ministère de la Santé et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ; contrat INCa-DGOS-Inserm_12558.

Liens d'intérêt : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt

Références

1. INCa (2021) Panorama des cancers en France. Institut national du cancer, Boulogne-Billancourt
2. INCa (2022) Déclaration politique et liste des actions contre le cancer, recommandées par un panel de parties prenantes européennes. Institut national du cancer, Paris
3. INCa (2021) Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021–2030. Boulogne-Billancourt, France
4. Porro B, Campone M, Moreau P, Roquelaure Y (2022) Supporting the return to work of breast cancer survivors: from a theoretical to a clinical perspective. *Int J Environ Res Public Health* 19:5124
5. Porro B, Durand MJ, Petit A, et al (2022) Return to work of breast cancer survivors: toward an integrative and transactional conceptual model. *J Cancer Surviv* 16:590–603
6. Durand MJ, Vézina N, Richard MC (2016) Concept of Margin of maneuver in return to work. In: Schultz IZ, Gatchel RJ (eds) *Handbook of return to work: from research to practice*. Springer US, Boston, MA, pp 53–65
7. Greidanus MA, de Boer AGEM, de Rijk AE, et al (2018) Perceived employer-related barriers and facilitators for work participation of cancer survivors: a systematic review of employers' and survivors' perspectives. *Psychooncology* 27:725–33
8. Arveiller JP, Tizon P (2016) Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ? *Pratiques en santé mentale* 62(2):54 <https://doi.org/10.3917/psm.162.0002>
9. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, et al (2015) The Montreal model: the challenges of a partnership relationship between patients and healthcare professionals. *Sante Publique* 1:41–50

10. Flora L (2018) Le modèle de Montréal : d'une expérience de soin initiative à la participation aux mutations d'un système de santé. In: *Rhumatos*. <https://rhumatos.fr/modele-de-montreal-dune-experience-de-soin-initiative-a-participation-aux-mutations-dun-systeme-de-sante/>
11. Flora L, Philippe K, Dumez V, Pomey MP (2016) La vision « patient partenaire » et ses implications : le modèle de Montréal. *Revue du praticien* 66(4):371–5
12. Sarradon-Eck A (2019) Le patient contemporain. *Cancer(s) et psy(s)* 4:51–60
13. Du Patient.e partenaire et référent.e en rétablissement en cancérologie. In: *Université des Patients*. <https://universitedespatients-sorbonne.fr/diplome/mission-patient-partenaire-et-referent-en-retablissement-en-cancerologie/>. Accessed 29 janv. 2023
14. Ligue contre le cancer patient ressource. In: *Ligue contre le cancer*. https://www.ligue-cancer.net/article/66323_patient-ressource-cancer-une-experience-partagee. Accessed 29 janv. 2023
15. Elberse JE, Caron-Flinterman JF, Broerse JEW (2011) Patient–expert partnerships in research: how to stimulate inclusion of patient perspectives. *Health Expect* 14:225–39
16. Wells M, Williams B, Firmigl D, et al (2013) Supporting “work-related goals” rather than “return to work” after cancer? A systematic review and meta-synthesis of 25 qualitative studies: meta-synthesis of qualitative studies on return to work after cancer. *Psycho-Oncology* 22:1208–19
17. Nilsson MI, Olsson M, Wennman-Larsen A, et al (2013) Women’s reflections and actions regarding working after breast cancer surgery —a focus group study: reflections and actions regarding RTW after breast cancer. *Psycho-Oncology* 22:1639–44
18. Porro B, Broc G, Baguet-Marin F, Cousson-Gélie F (2022) A questionable version of the Post-Traumatic Growth Inventory —Short form in women diagnosed with breast cancer. *Br J Health Psychol* 27:1314–29
19. Porro B, Michel A, Zinzindohoué C, et al (2019) Prise en charge psychologique des femmes ayant un cancer du sein. Quelles différences interindividuelles sur le développement post-traumatique durant la première année suivant le diagnostic ? *Psycho-Oncologie* 13:168–72
20. Mackenzie CR (2014) “It is hard for mums to put themselves first”: how mothers diagnosed with breast cancer manage the sociological boundaries between paid work, family and caring for the self. *Soc Sci Med* 117:96–106
21. Johnsson A, Fornander T, Rutqvist LE, Olsson M (2011) Work status and life changes in the first year after breast cancer diagnosis. *Work*: 38:337–46
22. Nilsson MI, Saboonchi F, Alexanderson K, et al (2016) Changes in importance of work and vocational satisfaction during the 2 years after breast cancer surgery and factors associated with this. *J Cancer Surviv* 10:564–72
23. Giese-Davis J, Bliss-Isberg C, Carson K, et al (2006) The effect of peer counseling on quality of life following diagnosis of breast cancer: an observational study. *Psycho-Oncology* 15:1014–22
24. Hu J, Wang X, Guo S, et al (2019) Peer support interventions for breast cancer patients: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat* 174:325–41
25. Rankin N, Williams P, Davis C, Girgis A (2004) The use and acceptability of a one-on-one peer support program for Australian women with early breast cancer. *Patient Educ Couns* 53:141–6