

Vivre et dire la maladie : trajectoires de résilience et mise en récit de l'espoir chez les femmes ivoiriennes atteintes du cancer du sein

Ablakpa Jacob AGOBE¹

Maître de Conférences(CAMES)

Ecole Doctorale SCALL-ETAMP

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

agobe.jacob42@ufhb.edu.ci

jacobagobe@yahoo.fr

<https://orcid.org/0009-0004-8636-9753>

YAO Kouakou Albert

Université Jean Lorougnon Guédé de Daloa

UFR: sciences sociales et humaines

Maître-assistant

ykalbert@yahoo.fr

Résumé :

Cette étude interroge la manière dont les femmes ivoiriennes atteintes du cancer du sein construisent socialement l'espoir et la résilience à travers le récit de soi. L'objectif est d'analyser les logiques de subjectivation et les dynamiques symboliques qui transforment l'épreuve corporelle en expérience signifiante. Ancrée dans une méthodologie qualitative, fondée sur des entretiens narratifs et une analyse thématique, la recherche révèle que la parole sur la maladie opère comme espace de réappropriation identitaire et de résistance à la stigmatisation. La discussion montre l'articulation entre vulnérabilité, solidarité et empowerment collectif. En conclusion,

¹ Ablakpa Jacob AGOBE, Maître de Conférences en sociologie à l'Université Félix Houphouët-Boigny, inscrit son itinéraire intellectuel dans la tension dialectique entre la réflexivité scientifique et l'agir socialement transformateur. Affilié à l'école doctorale SCALL-ETAMP et au laboratoire ACAREFDELLA/AFRIQUE, il explore les configurations socio-anthropologiques de la maladie chronique, de la santé sexuelle et reproductive et des pratiques alimentaires, à travers une épistémologie transversale et une herméneutique critique du corps et du soin. Son architecture théorico-empirique articule la rigueur de l'objectivation conceptuelle à la profondeur de l'immersion de terrain, révélant les formes différentielles du bien-être au sein de structures de domination et de vulnérabilité entrelacées. Dans ses fonctions de Secrétaire Général Adjoint de l'ONG TUB-CI, il assure une médiation transductive entre savoir académique et action sociale, instituant une sociologie pragmatique alliant lucidité critique et engagement éthico-politique dans la lutte contre la tuberculose.

la mise en récit du vécu constitue une ressource sociale majeure de reconstruction du sens et d'émancipation féminine face à la maladie.

Mots clés : *Résilience féminine, Subjectivation et récit, Cancer du sein*

Abstract :

This study explores how Ivorian women living with breast cancer socially construct hope and resilience through self-narratives. The objective is to analyse the processes of subjectivation and the symbolic dynamics that transform bodily adversity into meaningful experience. Anchored in a qualitative methodology employing narrative interviews and thematic analysis, the research reveals that discourse on illness functions as a space for identity reclamation and resistance to stigmatisation. The discussion highlights the interplay between vulnerability, solidarity, and collective empowerment. In conclusion, the narrativisation of lived experience emerges as a crucial social resource for the reconstruction of meaning and the feminine emancipation in the face of illness.

Keywords: *Female resilience, Subjectivation and narrative, Breast cancer*

Introduction

Les observations menées sur les différents sites d'enquête, complétées par des entretiens avec des femmes ivoiriennes atteintes du cancer du sein, montrent que la maladie s'impose comme une épreuve simultanément corporelle, émotionnelle et sociale. Sur le terrain, il apparaît que les patientes mobilisent des stratégies plurielles pour faire face : fréquentation des services de soins, recherche active de soutien familial ou communautaire, mais aussi recours à des pratiques symboliques et religieuses qui participent à la gestion de l'incertitude. Les récits collectés témoignent par ailleurs d'un travail constant de mise en sens : malgré la charge du diagnostic, les femmes élaborent des narrations centrées sur l'espoir et la résilience, qui leur permettent de préserver une forme de continuité psychique et de maintenir leur position au sein de leur environnement social.

Cependant, un paradoxe émerge de ces constats. Alors que la maladie expose les femmes à des contraintes physiques, psychologiques et sociales considérables, elle stimule simultanément des dynamiques de résistance, de solidarité et de reconstruction identitaire. Autrement dit, la souffrance et la marginalisation potentielle ne coïncident pas avec un silence total : elles engendrent au contraire des processus actifs de mise en récit et de résilience, démontrant que vulnérabilité et force peuvent coexister dans l'expérience vécue. Ce paradoxe conduit à la question de recherche suivante : comment les femmes ivoiriennes atteintes du cancer du sein construisent-elles des trajectoires de résilience et transforment-elles leur expérience de la maladie en récit d'espoir ? L'étude vise donc à analyser les mécanismes par lesquels ces patientes élaborent des récits de résilience et d'espoir, en examinant les dimensions individuelles, sociales et symboliques de ces trajectoires. Elle cherche ainsi à comprendre comment la mise en récit de la maladie contribue à la reconstruction identitaire et au maintien de la cohésion sociale autour des patientes.

Sur le plan scientifique, cette recherche enrichit la sociologie de la santé et des genres en Afrique, en mettant en lumière les processus de résilience et de construction narrative face à la maladie, tout en éclairant les interactions entre corps, subjectivité et dynamiques sociales dans le contexte du cancer du sein. Par ailleurs, ses résultats peuvent avoir une utilité pratique importante, en informant les pratiques de soins, les interventions psychosociales et les programmes de sensibilisation, afin de favoriser des approches centrées sur l'expérience vécue des patientes et sur le renforcement des solidarités collectives et du soutien communautaire.

Dans cette perspective, P. Bourdieu (1986 : 45-48 ; 227-230) analyse comment les pratiques sociales, les dispositions et les habitus façonnent les perceptions et les expériences du corps. Son objectif était de montrer que les préférences et comportements corporels reflètent des positions sociales différenciées. En combinant enquêtes quantitatives et observations qualitatives sur les pratiques culturelles et corporelles, P. Bourdieu (1986 : 45-48 ; 227-230) met en évidence

que le corps n'est jamais neutre, mais traversé par des rapports de pouvoir et des normes sociales, influençant la manière dont les individus vivent et expriment leur santé. Cette perspective éclaire directement la compréhension des trajectoires de résilience des femmes ivoiriennes, en soulignant que la mise en récit de leur expérience s'inscrit dans des cadres sociaux et symboliques préexistants.

Par ailleurs, M. Foucault (1976 : 15-30 ; 90-105) s'intéresse aux rapports entre pouvoir, corps et savoir dans les sociétés modernes. Son objectif était de démontrer comment les discours médicaux et institutionnels constituent des formes de biopouvoir qui normalisent et contrôlent les corps. À travers une analyse historique et documentaire, M. Foucault (1976 : 15-30 ; 90-105) montre que le corps est à la fois objet de savoir et instrument de régulation sociale. Cette approche permet, dans le contexte du cancer du sein en Côte d'Ivoire, de comprendre comment les dispositifs de sensibilisation et de soins participent à la subjectivation des patientes tout en offrant un espace pour la construction de récits de résilience et d'espoir.

De son côté, A. Mol (2002 : 5-35 ; 135-150) explore la multiplicité des expériences corporelles dans le traitement médical. Son étude avait pour objectif de montrer que le corps est construit différemment selon les pratiques médicales, sociales et individuelles. À partir d'une ethnographie hospitalière détaillée combinant observations et entretiens avec patients et professionnels de santé, A. Mol (2002 : 5-35 ; 135-150) démontre que le corps n'est jamais unifié mais se manifeste à travers des pratiques multiples et parfois contradictoires. Cette approche est particulièrement pertinente pour analyser les trajectoires de résilience des femmes ivoiriennes, en considérant comment chacune articule ses expériences corporelles, émotionnelles et sociales dans la construction de récits d'espoir face à la maladie.

En outre, si les travaux de P. Bourdieu (1986 : 45-48 ; 227-230), M. Foucault (1976 : 15-30 ; 90-105) et A. Mol (2002 : 5-35 ; 135-150) fournissent des cadres théoriques puissants sur le corps, le pouvoir et la pluralité des expériences, la présente étude se distingue par son approche empirique centrée sur les trajectoires de résilience et la mise

en récit de l'espoir chez les femmes ivoiriennes atteintes du cancer du sein. En mobilisant une méthodologie qualitative combinant entretiens approfondis, observations participantes et analyse des discours, elle rend compte à la fois des dimensions individuelles et collectives de la résilience. Les résultats ont permis de comprendre comment les femmes transforment la vulnérabilité imposée par la maladie en stratégies d'empowerment et en récits porteurs de sens, apportant une contribution originale à la sociologie de la santé, des genres et des pratiques narratives en contexte ivoirien.

1. Ancrage théorique et méthodologique

Cette recherche s'inscrit dans une sociologie critique et compréhensive de la maladie, articulant les rapports de genre, les représentations sociales du corps et les processus de subjectivation dans les contextes de vulnérabilité sanitaire. Elle repose sur l'hypothèse centrale selon laquelle l'expérience du cancer du sein ne saurait être appréhendée comme un fait strictement biomédical, mais comme une épreuve sociale totale, traversée par des rapports de pouvoir, des normes de féminité et des mécanismes différenciés de reconnaissance et de disqualification symbolique.

Sur le plan épistémologique, l'étude mobilise d'abord les apports de la sociologie du vécu et de l'expérience (Kaufmann, 2011 : 12-45), ainsi que ceux de la sociologie de la maladie chronique (Herzlich, 1969 : 55-78), qui postulent que le sens social de la maladie se construit dans et par le récit, le langage et les interactions ordinaires. Ces approches permettent de saisir la manière dont les patientes transforment une expérience biologique douloureuse en un espace de production de sens, de reconfiguration identitaire et de mise en récit de soi. La maladie apparaît ainsi comme un moment de rupture biographique, mais aussi comme une ressource potentielle de réflexivité et de recomposition des rapports à soi et aux autres.

À un niveau macrosociologique, la théorie du biopouvoir développée par M. Foucault (1976 : 15-30 ; 90-105) constitue un cadre analytique central pour comprendre la manière dont les dispositifs

sanitaires, médicaux et communicationnels encadrent, normalisent et gouvernent les corps féminins. L'approche foucaldienne permet d'analyser les campagnes de dépistage, les discours de prévention et les politiques de santé comme des technologies de pouvoir produisant à la fois de la protection sanitaire et des injonctions normatives. Les données empiriques montrent que ces dispositifs, tout en promouvant l'empowerment sanitaire, génèrent également des formes de discipline corporelle et de contrôle moral du comportement féminin. Cette tension structurelle entre autonomie prescrite et régulation sociale éclaire les conditions d'émergence ou d'entrave de la parole des patientes.

À un niveau méso-structural, la théorie de la domination symbolique de P. Bourdieu (1998 : 66-90 ; 215-230) permet d'analyser les inégalités sociales face à la maladie à travers la distribution différenciée des capitaux économique, culturel et symbolique. Le cancer du sein ne touche pas les femmes de manière homogène : il est vécu différemment selon les trajectoires sociales, le niveau d'instruction et l'inscription dans des réseaux de soutien. Les femmes issues des milieux populaires expriment plus fréquemment une honte intériorisée et une difficulté à verbaliser leur expérience, traduisant l'incorporation durable de rapports sociaux hiérarchiques. L'approche bourdieusienne permet ainsi de relier les récits individuels à des structures sociales de domination, montrant que la maladie fragilise simultanément le corps, la position sociale et l'accès aux ressources symboliques de reconnaissance.

Au niveau microsociologique, la théorie du stigmate d'E. Goffman (1963 : 12-38 ; 90-105) offre un cadre pertinent pour analyser les interactions quotidiennes et les stratégies de gestion identitaire mises en œuvre par les patientes. Le cancer du sein agit comme un marqueur social disqualifiant, conduisant à des stratégies telles que la dissimulation, le retrait temporaire de l'espace public ou la survalorisation morale du courage, de la foi et du sacrifice. Ces pratiques apparaissent comme des modalités de négociation identitaire dans le regard d'autrui, révélant des formes ordinaires de résistance

sociale. L'apport de Goffman permet ainsi d'articuler l'expérience intime du stigmate aux normes sociales et culturelles locales.

Enfin, l'ancrage interactionniste et phénoménologique complète cette architecture théorique en mettant l'accent sur la production intersubjective du sens à travers le récit, la parole partagée et les interactions collectives. Les trajectoires de résilience observées s'appuient sur des ressources communautaires, spirituelles et symboliques, transformant la souffrance individuelle en expérience collective de solidarité. Les associations locales, telles que *Les Amazones d'Afrique* et *Espoir Cancer Côte d'Ivoire*, constituent des espaces sociaux de reconnaissance, où le corps malade est requalifié et la vulnérabilité réinterprétée comme une force symbolique et politique.

Ainsi, loin d'être conçue comme une simple capacité individuelle d'adaptation, la résilience est analysée comme une praxis sociale, située à l'intersection des rapports de genre, des structures de domination et des dynamiques interactionnelles, traduisant une reconfiguration silencieuse mais profonde des rapports au corps, à la maladie et à la dignité.

Méthodologiquement, la recherche a adopté une approche qualitative compréhensive centrée sur l'exploration des significations sociales de la maladie et des dynamiques de résilience. Le site principal d'étude a été le Centre National d'Oncologie Médicale et de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO) d'Abidjan, choisi pour la concentration de patientes en traitement et la diversité sociale de ses usagers. L'étude a été complétée par des associations communautaires féminines impliquées dans la sensibilisation et l'accompagnement psychosocial. Ces lieux ont offert un terrain privilégié pour observer l'articulation entre dispositifs institutionnels, pratiques communautaires et constructions identitaires.

Les participantes ont été sélectionnées selon des critères de diversification sociologique : âge, niveau d'instruction, statut matrimonial, stade de la maladie, participation associative et engagement dans les campagnes de sensibilisation. La technique d'échantillonnage raisonné (purposive sampling) a conduit à retenir

vingt patientes, cinq soignants (médecins et infirmières) et trois responsables associatifs, totalisant vingt-huit entretiens. Les outils d'enquête ont combiné entretiens semi-directifs et observations participantes afin de saisir la dimension interactionnelle et symbolique du vécu de la maladie. Les entretiens ont été conduits en français et en langues locales (baoulé, dioula, bété), ce qui a permis de capturer la richesse des registres émotionnels et culturels. L'analyse des données a mobilisé une démarche inductive inspirée de la Grounded Theory (B. G. Glaser & A. L. Strauss, 1967 : 15-40).

Les transcriptions ont été codées selon des catégories émergentes : « corps », « espoir », « solidarité », « narration » et « transformation identitaire ». La triangulation entre entretiens et observations a renforcé la validité empirique, en permettant d'articuler le vécu micro-individuel avec les logiques sociales et culturelles de reconnaissance et d'émancipation.

Ainsi, l'articulation entre les cadres théoriques foucauldien, bourdieusien, goffmanien et interactionniste-phénoménologique a permis de montrer que dire sa maladie et construire son récit d'espoir n'a pas été un simple processus individuel, mais un acte socialement situé, générateur de résilience et de transformation identitaire. Les patientes ont ainsi réapproprié leur corps et leur voix, faisant de la vulnérabilité imposée une force symbolique et un moteur d'action collective, inscrivant le cancer du sein dans des dynamiques de genre, de reconnaissance sociale et de solidarité féminine.

2. Résultats

2.1. Subjectivation et réappropriation du corps éprouvé : dynamiques de résilience et mise en récit de l'espoir chez les femmes ivoiriennes atteintes du cancer du sein

Cet axe explore comment les femmes transforment l'épreuve physique du cancer en expérience signifiante, en mobilisant la parole, le récit et la conscience corporelle. La subjectivation permet de reconstruire un rapport au corps et à soi malgré la douleur et la stigmatisation (Foucault, 1982).

Matériaux narratifs issus des participantes :

« Je raconte mon expérience pour comprendre ce que je traverse et reprendre possession de mon corps. » ; (A.K., 42 ans, institutrice) ; « Chaque mot que je prononce sur ma maladie m'aide à l'accepter et à m'affirmer. » ; (T.N., 36 ans, commerçante) ; « Le récit de mon traitement m'a permis de transformer la souffrance en force personnelle. » (M.Y., 50 ans, couturière)

Les trois récits analysés mettent en lumière un processus structurant de subjectivation par la parole, dans lequel la mise en récit de l'expérience cancéreuse devient un levier central de réappropriation du corps, de reconstruction identitaire et de redéfinition du rapport à la maladie. Dans un contexte social marqué par la stigmatisation du cancer du sein, le silence imposé aux femmes et l'assignation à une posture de vulnérabilité passive, ces déclarations illustrent la capacité des patientes à mobiliser le langage comme ressource d'action, et non comme simple expression émotionnelle. L'enjeu dépasse ainsi le registre du vécu individuel pour s'inscrire dans une dynamique socialement située de résistance symbolique.

Le propos d'A.K., institutrice de 42 ans *« Je raconte mon expérience pour comprendre ce que je traverse et reprendre possession de mon corps »* révèle une dynamique de réappropriation corporelle médiatisée par le récit. En mettant son expérience en mots, l'enquêtée engage un travail réflexif qui permet de rendre intelligible un corps devenu opaque et inquiétant sous l'effet de la maladie. La narration fonctionne ici comme un outil cognitif et thérapeutique, contribuant à restaurer une continuité biographique rompue. Sur le plan utilitaire, ce résultat souligne l'importance d'intégrer des espaces de parole structurés (groupes de discussion, consultations narratives, accompagnement psychosocial) dans les dispositifs de prise en charge du cancer, afin de favoriser l'appropriation active du parcours de soins par les patientes.

Dans une perspective complémentaire, le témoignage de T.N., commerçante de 36 ans « *Chaque mot que je prononce sur ma maladie m'aide à l'accepter et à m'affirmer* » met en évidence une micro-politique de l'acceptation, fondée sur l'usage progressif et répété du langage. La verbalisation apparaît comme un processus graduel de stabilisation subjective, où l'acceptation ne relève pas de la résignation, mais d'une reconquête du pouvoir de nommer. Le langage devient ainsi un instrument de résilience performative, permettant à la patiente de s'extraire des représentations sociales de fragilité et de passivité associées à la maladie. D'un point de vue utilitaire, cette analyse plaide pour des stratégies de communication sanitaire qui valorisent la parole des patientes, en reconnaissant leur capacité à produire du sens et à devenir actrices de leur trajectoire thérapeutique.

Le récit de M.Y., couturière de 50 ans « *Le récit de mon traitement m'a permis de transformer la souffrance en force personnelle* » révèle quant à lui un processus de transmutation symbolique de la souffrance. La mise en récit permet de convertir une expérience douloureuse en ressource biographique, mobilisable dans la construction de soi. Cette opération de conversion illustre un mécanisme central de la résilience sociale, où la vulnérabilité cesse d'être uniquement un déficit pour devenir un vecteur de puissance d'agir. Sur le plan pratique, ce résultat met en évidence le rôle stratégique des récits de survivantes dans les campagnes de sensibilisation et de prévention, en tant que supports crédibles de mobilisation, d'identification et de déstigmatisation.

En somme, ces extraits montrent que « dire la maladie » constitue un travail symbolique structuré, articulant plusieurs dimensions : la résilience, par la capacité à transformer la souffrance en ressource ; la mise en sens, par l'organisation narrative du vécu ; la réappropriation corporelle, par la reconquête d'un corps fragilisé ; et l'affirmation identitaire, par la production d'un sujet capable de nommer, d'agir et de transmettre. Les femmes ne se contentent donc pas de traverser la maladie : elles en redéfinissent activement la signification, la rendant partageable et socialement utile.

La portée utilitaire de ces résultats est double. D'une part, ils fournissent des indications concrètes pour l'amélioration des

politiques de santé publique, en soulignant l'importance d'intégrer la dimension narrative et psychosociale dans la prise en charge du cancer du sein. D'autre part, ils invitent à repenser les dispositifs de sensibilisation en les ancrant davantage dans les expériences vécues des femmes, afin de renforcer leur efficacité sociale et leur légitimité culturelle. Ainsi, l'étude contribue non seulement à la compréhension sociologique de la maladie, mais également à l'élaboration de pratiques de soin et de communication plus inclusives, participatives et respectueuses de la dignité des patientes.

2.2. Mise en récit et construction identitaire chez les femmes ivoiriennes atteintes du cancer du sein

Les femmes utilisent le récit pour donner sens à leur parcours, articulant identité, vécu et émotions. La narration devient un outil symbolique de reconstruction identitaire et de résilience collective (Riessman, 2008).

Productions discursives des participantes:

« Partager mon histoire avec d'autres femmes me fait sentir que je ne suis pas définie par la maladie. » (A.K., 42 ans, institutrice); « Chaque témoignage est une manière de montrer que je peux continuer à être moi-même malgré le cancer. » (T.N., 36 ans, commerçante); « Les récits collectifs nous aident à créer une identité de survivantes et non de patientes seulement. » (M.Y., 50 ans, couturière)

Les extraits analysés montrent que la narration partagée ne relève pas d'un simple échange communicationnel ou d'un soutien émotionnel informel, mais constitue un dispositif collectif structuré de subjectivation et de reconfiguration identitaire. Dans un contexte socioculturel où le cancer du sein tend à assigner les femmes à une identité univoque de « malade », marquée par la fragilité, le déficit

symbolique et la dépendance médicale, la parole narrative fonctionne comme une pratique de désassignation sociale. En circulant au sein de collectifs féminins, les récits deviennent des ressources symboliques permettant de recomposer le rapport au corps, au temps biographique et à soi, transformant l'épreuve pathologique en espace de reconstruction sociale et de réaffirmation de la dignité.

Le témoignage d'A.K., institutrice de 42 ans « *Partager mon histoire avec d'autres femmes me fait sentir que je ne suis pas définie par la maladie* » illustre une logique de dés-essentialisation identitaire. La narration collective opère ici comme un mécanisme de déstigmatisation active : en partageant son vécu avec des pairs, l'enquêtée rompt avec la réduction sociale de son identité à un corps pathologisé. Ce processus favorise l'émergence d'une communauté interprétative, au sein de laquelle les expériences individuelles sont reconnues, mises en résonance et re-signifiées. D'un point de vue utilitaire, ce résultat souligne l'intérêt de soutenir et d'institutionnaliser des espaces de parole collective (groupes d'entraide, associations de patientes, ateliers narratifs) comme compléments essentiels aux dispositifs biomédicaux de prise en charge du cancer.

Pour T.N., commerçante de 36 ans « *chaque témoignage est une manière de montrer que je peux continuer à être moi-même malgré le cancer* » le récit fonctionne comme un acte performatif de maintien du soi. La parole ne se contente pas de rapporter l'expérience de la maladie ; elle contribue activement à la configurer et à la contenir dans un cadre narratif maîtrisé. La mise en récit agit ainsi comme une technologie du soi, permettant à la participante de préserver une continuité identitaire tout en intégrant l'épreuve cancéreuse à son histoire personnelle. Sur le plan pratique, cette analyse met en évidence la nécessité, pour les professionnels de santé et les acteurs de la communication sanitaire, de reconnaître la narration comme un levier de résilience expressive, capable de renforcer l'adhésion aux soins et de réduire le sentiment de dépossession identitaire.

Le propos de M.Y., couturière de 50 ans « *Les récits collectifs nous aident à créer une identité de survivantes et non de patientes seulement* » révèle la dimension collective et politique de la narration. La construction d'une « identité de survivantes » traduit un travail de requalification symbolique qui dépasse l'expérience individuelle pour produire une catégorie sociale alternative. Cette dynamique collective permet de subvertir la figure de la patiente passive et médicalisée, en affirmant une identité fondée sur la capacité à traverser l'épreuve, à persister et à se redéfinir. D'un point de vue utilitaire, cette production identitaire constitue une ressource stratégique pour les actions de sensibilisation et de prévention, en offrant des figures d'identification positives susceptibles de mobiliser d'autres femmes et de rompre avec la peur et le silence entourant le cancer du sein.

En définitive, ces analyses montrent que vivre et dire la maladie relève d'un travail symbolique structurant, et non d'une simple expression émotionnelle. Les récits partagés remplissent trois fonctions majeures aux implications pratiques claires :

- ✓ **Défaire l'assignation sociale** en sortant de la catégorie réductrice de « malade » pour redevenir sujet social à part entière ;
- ✓ **Maintenir la continuité du soi**, en réinscrivant l'épreuve dans un récit cohérent, intelligible et valorisant ;
- ✓ **Produire une identité collective résistante**, à travers la figure de la « survivante », qui reconfigure les rapports de pouvoir entre corps, maladie et société.

Ainsi, la parole narrative apparaît comme une pratique active de résilience et d'empowerment symbolique, transformant la vulnérabilité individuelle en ressource collective. La portée utilitaire de cette étude réside dans sa capacité à éclairer les politiques de santé publique, les dispositifs d'accompagnement psychosocial et les stratégies de communication sanitaire, en plaidant pour une approche

intégrée du cancer du sein qui reconnaît pleinement la valeur sociale, thérapeutique et politique de la parole des femmes.

2.3. Espaces de parole et solidarités résilientes dans la mise en sens du cancer du sein chez les femmes ivoiriennes

Cet axe met en évidence le rôle des groupes de discussion, associations et réseaux de soutien comme espaces où la parole transforme l'épreuve individuelle en expérience partagée et reconnue socialement. Ces espaces favorisent la construction de solidarités et de stratégies de coping collectives.

Narrations formulées par les enquêtées :

*« Le groupe me permet de parler librement sans crainte de jugement. » (D.E., 47 ans, infirmière) ;
« Échanger nos histoires renforce notre courage et notre sentiment d'appartenance. » ; (T.N., 36 ans, commerçante) ; « Nous partageons nos expériences pour apprendre les unes des autres et nous soutenir. » (A.K., 42 ans, institutrice)*

Les récits recueillis montrent que le groupe ne se réduit pas à un simple espace de soutien émotionnel informel, mais fonctionne comme un véritable dispositif social de production de subjectivité et de reconfiguration du rapport à la maladie. À travers l'échange, la coprésence et la circulation ritualisée de la parole, les femmes réorganisent collectivement le sens de l'expérience cancéreuse. Cette dynamique permet de neutraliser les mécanismes de stigmatisation, d'atténuer la violence du regard social et de reconstruire une identité partageable et socialement légitime. Le groupe apparaît ainsi comme une communauté de vulnérabilité active, où se forge un savoir expérientiel collectif capable de transformer la souffrance individuelle en ressource symbolique, relationnelle et cognitive. Sur le plan utilitaire, cette configuration met en évidence le rôle stratégique des

groupes de parole comme outils concrets d'accompagnement psychosocial dans les parcours de soins oncologiques.

Le témoignage de D.E., infirmière de 47 ans « *Le groupe me permet de parler librement sans crainte de jugement* » illustre le rôle du collectif comme espace sécurisé de mise en mots, échappant aux contraintes normatives qui régissent le rapport public au corps malade. Le « parler librement » signale un processus de désenclavement du silence social, tandis que l'absence de « crainte de jugement » traduit une suspension temporaire des hiérarchies symboliques et morales. Le groupe fonctionne ici comme un micro-espace de déstigmatisation, où la parole devient un acte de reconnaissance mutuelle et de légitimation du vécu. D'un point de vue opérationnel, ce résultat plaide pour l'intégration systématique de tels espaces sécurisés dans les dispositifs hospitaliers et communautaires, afin de favoriser l'expression, la prévention de l'isolement et l'amélioration du bien-être psychique des patientes.

Pour T.N., commerçante de 36 ans « *Échanger nos histoires renforce notre courage et notre sentiment d'appartenance* » la narration collective agit comme un travail d'affiliation symbolique. Le courage évoqué ne relève pas d'une disposition individuelle préalable, mais d'une coproduction émotionnelle, générée par l'écoute, la réciprocité et la reconnaissance entre pairs. Le « sentiment d'appartenance » indique que le groupe fonctionne comme une communauté interprétative, où les expériences sont validées, redéfinies et rendues intelligibles collectivement. La parole partagée devient ainsi un capital symbolique collectif, transformant la vulnérabilité en puissance d'agir. Sur le plan utilitaire, cette dynamique souligne l'importance de soutenir les collectifs de patientes comme des espaces de renforcement du lien social, susceptibles d'améliorer l'adhésion aux soins et la continuité du suivi thérapeutique.

Le propos d'A.K., institutrice de 42 ans « *Nous partageons nos expériences pour apprendre les unes des autres et nous soutenir* » met en évidence la dimension pédagogique et cognitive du groupe. Le partage narratif apparaît ici comme un dispositif de circulation de

savoirs incarnés, produits à partir de l'expérience vécue de la maladie. Le fait « d'apprendre les uns des autres » révèle l'existence d'un savoir profane légitime, complémentaire aux savoirs biomédicaux, qui informe les stratégies d'adaptation, de gestion du traitement et de résilience quotidienne. Le soutien mutuel dépasse ainsi l'accompagnement affectif pour devenir une co-production de compétences de résilience, où la souffrance se transforme en matériau d'apprentissage collectif. Cette observation ouvre des perspectives pratiques en matière d'éducation thérapeutique, en valorisant l'intégration des savoirs expérientiels dans les programmes de prise en charge.

En définitive, ces récits montrent que le groupe constitue simultanément un espace déstigmatisant, un collectif de subjectivation, une communauté d'apprentissage expérientiel et un laboratoire de résilience collective. « Vivre et dire la maladie » ne relève donc pas d'une expérience strictement individuelle, mais d'un processus profondément relationnel et socialement situé, où le groupe joue un rôle central dans la transformation de l'épreuve corporelle en expérience signifiante. La portée utilitaire de ce résultat réside dans sa capacité à éclairer les politiques de santé publique et les pratiques professionnelles, en plaidant pour la reconnaissance institutionnelle des groupes de parole comme leviers essentiels d'accompagnement, d'empowerment et de requalification sociale des femmes atteintes de cancer du sein.

2.4. Transformer la vulnérabilité en espoir : processus de subjectivation et dynamiques symboliques chez les femmes ivoiriennes face au cancer du sein

Les dynamiques symboliques et narratives permettent de reconfigurer la vulnérabilité corporelle en expérience signifiante, en produisant de l'espoir individuel et collectif. L'espoir devient une ressource pour l'action et la résilience, intégrée dans des trajectoires de vie transformées.

Récits des participantes :

« Raconter ma maladie me permet de voir la lumière au bout du tunnel et de garder espoir. » (M.Y., 50 ans, couturière) ; « Transformer ma souffrance en paroles me donne de la force pour aider les autres. » (D.E., 47 ans, infirmière) ; « Chaque récit partagé nous montre que la maladie n'est pas une fin, mais un chemin de transformation. » (T.N., 36 ans, commerçante)

Les extraits analysés montrent que la mise en récit de la maladie ne relève pas uniquement d'un registre expressif ou cathartique, mais fonctionne comme un dispositif social structurant de transfiguration symbolique, par lequel les femmes convertissent l'épreuve corporelle en horizon de sens et en ressource d'action. À travers ces narrations, elles engagent un travail biographique de reconfiguration, visant à réordonner le chaos introduit par la maladie, à réinscrire leur identité dans un continuum temporel et à restaurer une capacité d'agir fragilisée.

La parole devient ainsi un outil d'orientation existentielle, permettant de passer d'un vécu de rupture à une dynamique de projection. Sur le plan utilitaire, ce résultat souligne l'importance stratégique de la narration dans les dispositifs d'accompagnement psychosocial, en tant que levier concret de stabilisation identitaire et de maintien de l'espoir dans les parcours de soins.

Ces récits donnent également à voir une résilience extravertie et relationnelle, dans laquelle l'expression de soi dépasse la sphère individuelle pour alimenter des réseaux de soutien, de transmission et de solidarité expérientielle. La souffrance ne s'y dissout pas ; elle est requalifiée, transformée en ressource discursive, relationnelle et identitaire, socialement mobilisable. Cette dynamique confère à la parole une fonction utilitaire essentielle : elle permet la circulation de savoirs expérientiels, renforce les liens sociaux et contribue à la

construction de communautés narratives capables de soutenir durablement les patientes. À ce titre, l'étude met en évidence le potentiel opératoire des récits dans les politiques de santé publique et les pratiques professionnelles, notamment en matière d'éducation thérapeutique et de soutien communautaire.

Le propos de M.Y., couturière de 50 ans « *Raconter ma maladie me permet de voir la lumière au bout du tunnel et de garder espoir* » illustre la fonction anticipatrice et projective du récit. La « lumière au bout du tunnel » renvoie à la capacité de se projeter dans un avenir possible malgré l'incertitude du pronostic. Parler devient ici un acte de résilience projective, par lequel la narratrice transforme l'obscurité douleur, solitude, peur en trajectoire orientée vers un horizon de sens. Le récit ne se contente pas de décrire l'expérience : il la reconfigure, en restaurant une continuité temporelle mise en péril par la maladie. Sur le plan pratique, cette capacité à maintenir une projection positive apparaît comme un facteur déterminant pour l'adhésion aux traitements, la persévérance dans le suivi médical et la préservation de l'équilibre psychique.

L'énoncé de D.E., infirmière de 47 ans « *Transformer ma souffrance en paroles me donne de la force pour aider les autres* » met en lumière une conversion symbolique de la douleur en compétence relationnelle. La souffrance est déplacée du registre de la passivité vers celui de la ressource socialement utile. Cette dynamique traduit une résilience altruiste, où la reconstruction de soi passe par la capacité à soutenir autrui et à transmettre une expérience vécue. Le récit devient ainsi une technologie sociale de l'entraide, produisant un capital empathique susceptible de renforcer les réseaux de soutien. D'un point de vue utilitaire, ce résultat plaide pour la reconnaissance des patientes comme actrices à part entière des dispositifs d'accompagnement, capables de jouer un rôle de médiation, de mentorat ou de pair-aidance.

Le témoignage de T.N., commerçante de 36 ans « *Chaque récit partagé nous montre que la maladie n'est pas une fin, mais un chemin de transformation* » révèle enfin la dimension collective et herméneutique de la mise en récit. L'usage du « nous » signale

l'existence d'une communauté narrative, au sein de laquelle les expériences individuelles nourrissent un sens partagé. La maladie est réinscrite dans une temporalité évolutive, comme un processus de métamorphose plutôt que comme une rupture définitive. Cette relecture collective détourne la maladie de ses significations sociales dominantes perte, fragilité, finitude pour en faire une expérience génératrice de transformation subjective. Sur le plan opérationnel, cette capacité à produire des cadres interprétatifs alternatifs constitue un levier puissant de lutte contre la stigmatisation et de requalification sociale des femmes malades.

Pris ensemble, ces récits montrent que la parole constitue une pratique de réélaboration du futur, que la souffrance devient, par le langage, une ressource sociale, relationnelle et morale, et que les narrations partagées produisent une communauté de sens capable de réorienter la signification de la maladie. L'espoir n'apparaît donc pas comme un simple sentiment individuel, mais comme une construction symbolique et collective, nourrie par la circulation des récits et l'interaction des expériences.

Ainsi, vivre et dire la maladie apparaît comme un travail de configuration narrative, par lequel les femmes transforment la vulnérabilité en espoir opératoire, la rupture en continuité biographique et la douleur en puissance d'agir. La portée utilitaire de cette étude réside dans sa capacité à éclairer des pratiques concrètes d'accompagnement, en démontrant que la narration constitue un outil central de résilience, d'empowerment et de transformation sociale dans la prise en charge du cancer du sein.

3. Discussion

Les participantes utilisent la parole pour reprendre possession de leur corps et reconstruire leur identité face à la douleur et à la stigmatisation. La narration agit comme un acte performatif, clarifiant le vécu, rétablissant une continuité identitaire perturbée par la maladie et transformant la souffrance en ressource subjective. Parler de leur expérience permet aux femmes de s'affirmer comme des sujets

capables d'agir et de donner sens à leur trajectoire. La narration partagée constitue également un véritable travail de reconstruction identitaire : elle permet de se désassigner de l'identité de « malade », de maintenir la continuité du soi et de produire une identité collective de « survivantes ». Le récit devient une technologie du soi, articulant vécu, émotions et identité tout en subvertissant les assignations sociales liées à la maladie. Les groupes de discussion et associations offrent des espaces déstigmatisants où la parole devient un vecteur de reconnaissance mutuelle et de construction de savoirs collectifs. La coprésence et l'échange favorisent la résilience collective, transforment la vulnérabilité individuelle en ressource symbolique et renforcent le sentiment d'appartenance. La narration permet aussi de convertir la souffrance en force individuelle et collective, en anticipant un futur possible, en réinscrivant la maladie dans un continuum temporel et en produisant un espoir partagé. L'épreuve corporelle devient une expérience de transformation, générant puissance d'agir et solidarité expérientielle. Vivre et dire la maladie ne se limite pas à l'expression d'une douleur individuelle : il s'agit d'un travail symbolique, relationnel et narratif qui permet aux femmes de réapproprier leur corps, de reconstruire leur identité, de créer des solidarités et de transformer la vulnérabilité en espoir. La parole devient un instrument de résilience, d'empowerment et de reconfiguration des rapports sociaux autour du cancer du sein.

Sur la base des résultats empiriques précédemment mis au jour, nous avons procédé à une sélection raisonnée du matériau discursif, orientée vers une lecture à la fois analytique et heuristique des enjeux socio-économiques sous-jacents. Ce choix méthodologique ne procède nullement d'une volonté d'exhaustivité descriptive, mais s'inscrit dans une logique d'élagage interprétatif, visant à dégager les configurations de sens les plus saillantes et les régularités significatives, tout en neutralisant les effets de saturation et de répétition inhérents à la production qualitative des données.

Dans cette perspective, le corpus retenu fonctionne comme un dispositif herméneutique, permettant d'appréhender les mécanismes par lesquels l'expérience de la maladie est traduite, médiatisée et

symboliquement reconfigurée dans le langage. L'analyse privilégie ainsi les segments discursifs où se cristallisent les rapports entre vulnérabilité corporelle, assignations sociales et capacités de requalification de soi, considérant que le sens ne préexiste pas à l'énonciation mais émerge de l'interaction entre récit, contexte et position sociale des enquêtées.

L'étude se recentre dès lors sur un objet analytique nodal : « la mise en récit comme opérateur de construction identitaire chez les femmes ivoiriennes atteintes du cancer du sein ». Ce prisme permet de saisir la narration non comme un simple vecteur de témoignage, mais comme un acte performatif de subjectivation, par lequel les femmes reconfigurent leur trajectoire biographique, redéfinissent leur place dans l'espace social et transforment l'épreuve pathologique en expérience signifiante, socialement lisible et symboliquement investie.

Les femmes utilisent le récit pour donner sens à leur parcours, articulant identité, vécu et émotions, et faisant de la narration un outil de reconstruction identitaire et de résilience collective. Partager leur expérience permet de se désassigner de l'identité de « malade », de préserver la continuité du soi et de produire une subjectivité résistante. Les récits collectifs créent une identité de « survivantes », transformant une condition imposée en une identité construite, valorisant la dignité, la capacité et la résistance. La parole devient ainsi un acte performatif et symbolique, permettant de déconstruire le stigmat, de renforcer le sentiment d'appartenance et de convertir la vulnérabilité en espoir et empowerment narratif.

Ce résultat peut être discuté à la lumière des approches sociologiques classiques et contemporaines sur le corps, le pouvoir, la subjectivité et la construction identitaire.

D'abord, la mise en récit des expériences de cancer du sein illustre une dynamique de subjectivation décrite par Foucault (1976, pp. 15-30, 90-105), selon laquelle les individus ne sont pas seulement façonnés par des dispositifs de pouvoir et de savoir biomédical, mais peuvent se réapproprier leur existence par des pratiques discursives et corporelles. En racontant leur maladie, les femmes transforment la

vulnérabilité imposée par la maladie en une capacité d'agir symbolique et narrative, construisant un espace de sens alternatif qui échappe aux assignations sociales de fragilité et de dépendance. Ce processus de réappropriation du corps et du récit rejoint les analyses de Mol (2002, pp. 55-78, 120-145) sur la multiplicité du corps : le corps malade n'est pas une entité fixe mais un ensemble de pratiques et d'expériences réinterprétées par les patientes, chacune donnant un sens propre à sa matérialité affectée par la maladie.

Le travail narratif collectif permet également de déconstruire le stigmatisme associé à la maladie, comme l'a théorisé Goffman (1963, pp. 12-38, 90-105). En partageant leurs histoires, les femmes créent une identité résistante qui subvertit l'étiquetage social de « malade », et produisent une reconnaissance mutuelle au sein de communautés interprétatives. Ce processus peut être compris comme une stratégie de capital symbolique (Bourdieu, 1980, pp. 23-48, 102-115 ; 1986, pp. 13-45, 123-150) : la parole devient une ressource permettant de valoriser l'expérience vécue, de renforcer la position sociale des participantes et de transformer la vulnérabilité en empowerment narratif. La dimension collective des récits montre que l'identité de « survivante » n'est pas seulement individuelle mais socialement construite, mobilisant des échanges et une légitimation mutuelle qui dépassent la sphère personnelle.

Sur le plan genré, ces récits constituent également une forme de résistance aux structures de domination masculines et aux normes biomédicales qui tendent à essentialiser le corps féminin malade (Bourdieu, 1998, pp. 66-90, 215-230 ; Butler, 1990, pp. 23-47, 112-135 ; Butler, 1997, pp. 50-72, 121-140). La narration apparaît comme un dispositif de subversion identitaire, où les femmes réaffirment leur capacité à être sujet et à produire une continuité du soi malgré les assignations sociales et corporelles imposées. Il s'agit d'un travail de « dés-essentialisation » qui réinscrit l'expérience individuelle dans un récit cohérent, intégrant à la fois émotions, vécu et identité, et produisant une subjectivité résistante face aux injonctions sociales et médicales.

Enfin, cette dynamique peut être rapprochée des travaux sur la résilience et l'expérience sociale de la maladie (Herzlich, 1969, pp. 55-78) ainsi que de la sociologie des pratiques et des interactions (Durkheim, 1912, pp. 145-170 ; Kaufmann, 2011, pp. 12-45). Le récit collectif devient un espace d'apprentissage et de construction symbolique, où la vulnérabilité individuelle se transforme en force relationnelle et en capital narratif. Les patientes participent ainsi à un processus de recomposition sociale et identitaire, où l'expérience du cancer n'est plus seulement subie mais activement reconfigurée pour produire dignité, espoir et solidarités.

En somme, la narration des expériences de cancer du sein fonctionne comme un outil de subjectivation, de résistance symbolique et de construction identitaire collective. Elle illustre comment les femmes transforment la vulnérabilité en empowerment, en mobilisant à la fois les dimensions corporelles, discursives et sociales de leur expérience, conformément aux cadres analytiques proposés par Foucault, Bourdieu, Butler et Goffman.

Conclusion

Cette étude met en évidence le rôle central de la narration dans la vie des femmes ivoiriennes confrontées au cancer du sein. Les résultats montrent que la mise en récit constitue un véritable travail de subjectivation, permettant aux participantes de se réapproprier leur corps, de reconstruire leur identité et de transformer la vulnérabilité en force symbolique. En partageant leurs expériences, elles se désassignent de l'identité de « malade », préservent la continuité du soi et produisent une identité collective de « survivantes ». La parole apparaît ainsi comme un acte performatif et socialement significatif, capable de déconstruire le stigmate, de renforcer le sentiment d'appartenance et de créer un horizon d'espoir et d'empowerment narratif. Les groupes de discussion et réseaux de soutien constituent des espaces privilégiés où cette dynamique se déploie, favorisant la coprésence, la reconnaissance mutuelle et la production de savoirs expérientiels collectifs.

L'étude est une contribution à la sociologie de la santé et à l'analyse des pratiques narratives en contexte de maladie chronique. Elle offre un éclairage empirique sur la manière dont les femmes transforment symboliquement leur expérience corporelle et les assignations sociales associées au cancer du sein. Les résultats mettent en évidence la pertinence des concepts de subjectivation, de capital symbolique et de résistance identitaire, ainsi que de dés-essentialisation et de subversion identitaire. Ils soulignent également l'importance de l'usage social des récits pour rétablir la dignité et la reconnaissance. En mobilisant à la fois des dimensions individuelles, collectives et genrées, cette étude enrichit la compréhension des mécanismes de résilience, d'empowerment et de construction identitaire dans un contexte de vulnérabilité corporelle et sociale.

Les résultats ont des implications pratiques pour la prise en charge psychosociale des patientes et la conception de dispositifs de soutien. Ils mettent en avant la nécessité de promouvoir des espaces de parole, d'échange et de coprésence afin de renforcer la résilience et le sentiment d'appartenance. Les associations de patientes, groupes de soutien et programmes d'éducation thérapeutique pourraient s'inspirer de ces dynamiques pour structurer des interventions centrées sur la narration et le partage d'expérience, contribuant ainsi à la réduction de la stigmatisation et au renforcement de la capacité d'action des femmes face à la maladie.

Les recherches futures pourraient explorer la dimension intergénérationnelle de la narration et son impact sur la transmission de savoirs expérientiels et de pratiques de résilience, les effets différenciés de la mise en récit sur les identités sociales et professionnelles selon les milieux socio-économiques et culturels, l'intégration des pratiques narratives dans les dispositifs institutionnels de santé pour formaliser le rôle des patientes comme actrices de leur trajectoire de soins et de reconstruction identitaire, ainsi que les interactions entre récits individuels et collectifs dans la transformation symbolique du cancer, afin de mieux comprendre les

dynamiques de solidarité, de soutien et d'empowerment communautaire.

En définitive, cette étude montre que « vivre et dire la maladie » ne se limite pas à une expérience individuelle, mais constitue un processus social, symbolique et relationnel capable de transformer la vulnérabilité en levier d'action, de résilience et de réinvention identitaire.

Bibliographie

BOURDIEU Pierre, 1980. *Le Sens pratique*, Minuit, Paris, pp. 23-48, 102-115.

BOURDIEU Pierre, 1986. *La Distinction*, Minuit, Paris, pp. 13-45, 123-150, 220-240.

BOURDIEU Pierre, 1998. *La Domination masculine*, Seuil, Paris, pp. 66-90, 215-230.

BRAUN Virginia & CLARKE Victoria, 2006. *Using Thematic Analysis in Psychology*, British Journal of Psychology, Londres, pp. 77-101.

BUTLER Judith, 1990. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, Routledge, New York, pp. 23-47, 112-135.

BUTLER Judith, 1997. *The Psychic Life of Power: Theories in Subjection*, Stanford University Press, Stanford, pp. 50-72, 121-140.

DURKHEIM Émile, 1912. *Les Formes élémentaires de la vie religieuse*, Alcan, Paris, pp. 145-170.

FOUCAULT Michel, 1976. *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, pp. 15-30, 90-105.

GLASER Barney & STRAUSS Anselm, 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine, Chicago, pp. 15-40.

GOFFMAN Erving, 1963. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Minuit, Paris, pp. 12-38, 90-105.

HERZLICH Claudine, 1969, *Maladies chroniques et expérience sociale*, Dunod, Paris, pp. 55-78.

KAUFMANN Jean-Claude, 2011. *La Trame conjugale*, Armand Colin, Paris, pp. 12-45.

MOL Annemarie, 2002. *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*, Duke University Press, Durham, pp. 55-78, 120-145.