

Genre, Vulnérabilité et Stratégies de Résilience : Les Femmes Ivoiriennes face à la Stigmatisation du Cancer du Sein

YAO Kouakou Albert

Université jean Lorougnon Guédé de Daloa

UFR: sciences sociales et humaines

Maître-assistant

ykalbert@yahoo.fr

Résumé :

Cette investigation, s'inscrivant dans le champ disciplinaire de la sociologie du corps et du genre en santé questionne la façon dont les femmes ivoiriennes atteintes du cancer du sein discutent les rapports entre genre, vulnérabilité et résilience dans un contexte social marqué par la stigmatisation et les inégalités structurelles de santé. La problématique questionne les influences des expériences vécues par le corps féminin en lien avec les normes de féminité. L'objectif est d'analyser les stratégies sociales, symboliques et relationnelles que ces femmes développent pour reconstruire leur identité et maintenir leur dignité. L'approche qualitative adoptée, mobilise des entretiens semi-directifs et une analyse thématique inductive. Les résultats montrent que la résilience s'ancre dans des formes de solidarité féminine, de sentiment religieux profond ou intériorisé et de revalorisation du soi corporel. En somme, la résilience des femmes atteintes du cancer du sein n'apparaît pas comme une simple capacité individuelle d'appropriation, mais comme une réorganisation sociale active des relations de genre, traduisant une émancipation silencieuse face à la double épreuve de la maladie et du stigmate.

Mots clés : Genre et vulnérabilité, Stratégies de résilience, Stigmatisation du cancer, Cancer du sein

Abstract:

This investigation, situated within the disciplinary field of the sociology of the body and gender in health, examines how Ivorian women with breast

cancer discuss the relationships between gender, vulnerability, and resilience in a social context marked by stigmatization and structural health inequalities. The research explores the influence of lived experiences of the female body in relation to norms of femininity. The objective is to analyze the social, symbolic, and relational strategies these women develop to reconstruct their identity and maintain their dignity. The qualitative approach employed utilizes semi-structured interviews and inductive thematic analysis. The results show that resilience is rooted in forms of female solidarity, deep or internalized religious sentiment, and the revaluation of the bodily self. In short, the resilience of women with breast cancer does not appear as a simple individual capacity for appropriation, but rather as an active social reorganization of gender relations, reflecting a silent emancipation in the face of the dual ordeal of illness and stigma.

Keywords: Gender and vulnerability, Resilience strategies, Cancer stigma, Breast cancer

Introduction

Les enquêtes et observations réalisées auprès de femmes ivoiriennes confrontées au cancer du sein révèlent que la maladie s'inscrit dans un contexte de vulnérabilité multiple, à la fois corporelle, sociale et symbolique. Ces femmes sont exposées à des risques accrus de stigmatisation en raison des représentations culturelles et sociales associées à la maladie, qui peuvent affecter leur image, leur statut social et leurs relations familiales. Cependant, les récits collectés montrent également que cette vulnérabilité coexiste avec des stratégies de résilience, où les patientes mobilisent le soutien familial, communautaire et symbolique, ainsi que des pratiques individuelles d'*empowerment*, pour faire face aux contraintes et maintenir leur dignité.

Ce constat conduit à un contraste majeur : alors que le cancer du sein accentue l'exposition à la marginalisation et à la stigmatisation, il engendre également des dynamiques de résilience et de bifurcation identitaire. En d'autres termes, la vulnérabilité imposée par la maladie ne se traduit pas automatiquement par un silence ou une passivité ; au contraire,

elle stimule des processus de mobilisation et de subjectivation, dans lesquels les femmes articulent leur expérience de souffrance en stratégies de survie et en récits porteurs de sens.

Cette tension entre vulnérabilité et agency soulève la question principale de cette étude : comment les femmes ivoiriennes confrontées à la stigmatisation liée au cancer du sein développent-elles des stratégies de résilience et des pratiques de résistance sociale ? L'objectif de cette étude est donc d'analyser les mécanismes sociaux par lesquels ces femmes transforment l'adversité en ressources symboliques et sociales, en mettant en exergue les interactions entre normes de genre, vulnérabilité corporelle et pratiques de soutien collectif. L'étude cherche également à comprendre comment ces stratégies contribuent à la reconstruction identitaire et à la reproduction des liens sociaux.

Au plan scientifique, cette recherche enrichit le champ de la sociologie du corps et du genre en santé en Afrique en offrant une compréhension des rapports entre stigmatisation, vulnérabilité et résilience. Elle éclaire également les conditions dans lesquelles les femmes peuvent transformer l'expérience de la marginalisation en pratiques d'empowerment et en solidarités collectives.

D'un point de vue pratique, les résultats pourront guider les interventions psychosociales, les programmes de sensibilisation et les politiques de santé publique, en proposant des approches adaptées au contexte culturel et social, renforçant ainsi l'autonomisation des femmes face au cancer du sein et la mobilisation communautaire autour d'elles.

Pour analyser ces dynamiques, P. Bourdieu (1986, p. 45-52, 220-225) met en évidence que les pratiques corporelles et sociales sont traversées par des rapports de pouvoir et constituent un capital symbolique et social. L'objectif de l'auteur était de démontrer que le corps et les comportements reflètent des positions sociales différenciées. À partir d'une méthodologie combinant observations qualitatives et enquêtes

quantitatives, il montre que le corps sert à la fois de vecteur de reconnaissance sociale et d'instrument de différenciation, ce qui permet de comprendre comment les normes de genre et les représentations sociales fabriquent les stratégies de résistance et de résilience des femmes ivoiriennes face au cancer du sein.

En outre, M. Foucault (1976, p. 11-13, 72-79, 115-120) explore la manière dont les dispositifs médicaux et sociaux exercent un contrôle normatif sur les corps, constituant ce qu'il nomme le biopouvoir. Son analyse historique et documentaire montre que le corps est à la fois objet de savoir et instrument de régulation sociale. Cette approche permet d'interpréter les campagnes de sensibilisation et les normes sociales en Côte d'Ivoire comme des dispositifs qui, tout en pouvant accentuer la stigmatisation, offrent également un cadre pour la construction de pratiques de résistance et de subjectivation.

En définitive, A. Mol (2002, p. 33-40, 77-85, 121-128) insiste sur la pluralité des expériences corporelles dans les pratiques médicales. Son objectif était de démontrer que le corps ne peut être réduit à une seule réalité mais se manifeste différemment selon les interactions médicales, sociales et individuelles. Grâce à une ethnographie hospitalière détaillée combinant observations et entretiens avec patients et professionnels, elle montre que la multiplicité des expériences corporelles permet aux individus de développer des stratégies de résistance et de maintien d'un espace de choix face aux contraintes médicales et sociales. Cette perspective est particulièrement utile pour comprendre comment les femmes ivoiriennes articulent leurs expériences corporelles, émotionnelles et sociales pour affronter la stigmatisation et construire des trajectoires de résilience.

Ainsi, cette étude se distingue par son approche empirique centrée sur les stratégies de résilience et les pratiques de résistance sociale face à la stigmatisation du cancer du sein. En mobilisant des entretiens semi-directifs, des observations directes et l'analyse des discours, elle rend compte à la fois des

contraintes imposées par les normes de genre et des ressources mobilisées par les femmes pour s'affirmer et reconstruire leur identité. Les résultats permettent de comprendre comment la vulnérabilité se transforme en force, contribuant ainsi à la sociologie de la santé et du genre, tout en proposant des pistes concrètes pour soutenir les femmes dans leur parcours face à la maladie.

1. Ancrage théorique et méthodologique

La théorisation des rapports sociaux de sexe, l'impact des représentations sociales de la maladie et l'agentivité des femmes face au cancer du sein repose sur l'intersectionnalité à travers la notion de genre et de vulnérabilité (Kimberlé Crenshaw, 1989, p. 139-167), combinée à la sociologie de la santé par stigmatisme (Hervin Gofman, 1975) et à la théorie de l'agentivité (agency) (A. Bandura ? 1986). Pour ce faire, notre objet de recherche s'est inscrit dans une perspective interactionniste et phénoménologique, attentive à la construction du sens à partir du vécu (J.-C. Kaufmann, 2011, p. 15-20, 105-112, 180-188 ; C. Herzlich, 1969, p. 23-29, 58-64, 101-108). L'objet d'étude s'est ainsi situé dans le champ de la sociologie du corps et du genre en santé, en explorant la manière dont les femmes ont produit un sens social à leur expérience de la maladie par le récit, le langage et les interactions. Cette orientation a permis de restituer la subjectivité des femmes face au stigmatisme, tout en articulant les dimensions structurelles, symboliques et relationnelles de la vulnérabilité. Le cancer du sein, en tant que pathologie liée au genre, a révélé la manière dont la vulnérabilité féminine s'est socialement construite et interprétée à l'intersection du biologique, du culturel et du politique. En Côte d'Ivoire, cette maladie a pris la forme d'un stigmatisme social majeur, affectant à la fois la reconnaissance de soi, la légitimité corporelle et la place des femmes dans l'espace public et familial. C'est à cette

articulation entre genre et vulnérabilité, stigmatisation et stratégie de résilience que cette recherche a voulu donner un sens analytique.

La sociologie du corps et du pouvoir de M. Foucault (1976, p. 11-13, 72-79, 115-120) a constitué une première assise théorique fondamentale pour comprendre les régimes de contrôle qui ont traversé les corps féminins. Le concept de biopouvoir a permis d'analyser comment les institutions médicales et les politiques de santé publique ont investi le corps des femmes comme un espace de gouvernement, de normalisation et de discipline. Empiriquement, les entretiens ont montré que les campagnes de dépistage et de sensibilisation, bien qu'orientées vers la libération de la parole et la promotion du soin, ont simultanément reproduit des logiques de surveillance, de moralisation et de hiérarchisation du corps féminin. L'opérationnalisation de la théorie foucauldienne a permis de mettre en évidence le conflit dialectique entre l'émancipation sanitaire et la discipline corporelle, entre le discours de liberté et l'injonction au conformisme biologique.

En complément, la théorie de la domination symbolique de P. Bourdieu (1998, p. 7-12, 53-60, 145-150) a fourni un cadre d'intelligibilité structuro-génétique puissant pour appréhender la reproduction des inégalités de genre dans la gestion sociale de la maladie. Le stigmate du cancer du sein ne s'est pas distribué uniformément : il a frappé plus durement les femmes issues des classes populaires, dont le faible capital culturel et économique a limité l'accès à la parole, aux soins et à la reconnaissance institutionnelle. Dans les discours recueillis, les patientes précarisées ont souvent exprimé une honte intériorisée, traduisant l'incorporation de rapports de domination symbolique entre « femmes légitimes » et « femmes socialement disqualifiées ». L'usage empirique de la théorie bourdieusienne a permis de relier ces expériences singulières à une structure de

domination genrée, révélant que la maladie n'a pas seulement fragilisé les corps biologiques, mais également les positions sociales et symboliques au sein de l'espace social.

Par ailleurs, la théorie de l'intersectionnalité de Kimberlé Crenshaw (1989, P. 139-167), permet d'approfondir l'analyse Bourdieusienne en traitant la situation des femmes de façon holistique. En clair, la vulnérabilité des femmes ivoiriennes atteintes du cancer du sein ne découle pas uniquement de leur identité biologique féminine. Elle se situe à l'intersection des inégalités de genre (dépendance financière, injonction à la beauté/maternité), de la précarité socio-économique, et du poids des représentations culturelles du cancer souvent perçu comme une malédiction ou une fatalité.

La théorie du stigmat d'E. Goffman (1963, p. 5-10, 35-42, 87-95) a, quant à elle, offert une clé de lecture interactionniste fine pour saisir la dynamique quotidienne des rapports sociaux autour de la maladie. Le cancer du sein a fonctionné comme une rupture biographique et un marqueur d'identité dévaluée. Les femmes malades ont souvent dû négocier leur place sociale en déployant des stratégies de présentation de soi : dissimulation partielle du corps atteint, retrait des espaces de sociabilité, invocation du courage ou de la foi pour neutraliser le discrédit. Ces stratégies ont mis en évidence la dimension performative du stigmat : c'est à travers les interactions et le langage que la souffrance s'est socialement définie et requalifiée. La pertinence de la théorie goffmanienne s'est ainsi vérifiée empiriquement par sa capacité à articuler la micro-sociologie du vécu et la macro-sociologie des normes qui en structurent la reconnaissance.

La dimension de résilience a été éclairée par les apports de B. Cyrulnik (2001, p. 15-22, 68-75, 134-140) et par la sociologie de la reconstruction identitaire. Dans un contexte de fragilité symbolique, les femmes ont activé des ressources relationnelles, spirituelles et communautaires pour résister à la disqualification.

Les données de terrain ont montré que les réseaux associatifs ont constitué des espaces de reconfiguration du sens et du soi. Ces collectifs féminins ont favorisé une réappropriation du corps malade comme lieu de dignité, de lutte et d'affirmation, inversant ainsi les effets du stigmat. La résilience ne s'est pas réduite à un processus psychologique individuel ; elle s'est inscrite dans une économie morale de la reconnaissance (A. Honneth, 2000, p. 45-52, 77-85, 120-130), en tant que pratique sociale du care et politique du sens.

Sur le plan méthodologique, la recherche s'est inscrite dans une approche qualitative compréhensive et phénoménologique. L'analyse des données a mobilisé une démarche inductive inspirée de la Grounded Theory (B. Glaser & A. Strauss, 1967, p. 1-10, 45-55, 101-110). Les transcriptions ont fait l'objet d'un codage thématique, suivi d'une catégorisation ascendante des régularités discursives. La triangulation entre les données d'entretien et d'observation a permis d'ancrer l'interprétation dans l'épaisseur empirique du vécu, garantissant ainsi une forte validité interne et une construction progressive des concepts sociologiques de genre et vulnérabilité, de stratégies de résilience et de stigmatisation et requalification identitaire.

2. Résultats

2.1. Reconstruction identitaire et requalification sociale de soi des femmes confrontées au cancer du sein

L'enquête a montré comment les femmes confrontées à la stigmatisation du cancer du sein redéfinissent leur identité personnelle et sociale. À travers des pratiques narratives, des rituels de soin et des interactions sociales, elles reconstruisent une identité valorisée, permettant de résister aux effets dévalorisants du stigma (E. Goffman, 1963, p. 14-18).

Les témoignages recueillis mettent en lumière la manière dont les femmes atteintes du cancer travaillent à maintenir,

reconstruire ou re-signifier leur identité malgré l'épreuve de la maladie. À travers leurs récits, elles affirment leur capacité d'agir, leur dignité et leur capacité à se réapproprier leur existence. Ainsi, une enquêtée explique : « J'ai commencé à raconter mon vécu pour montrer que je reste une femme forte malgré la maladie » (A.K., 42 ans, institutrice). Une autre souligne avec force que « le cancer ne définit pas qui je suis ; je choisis de montrer ma force et ma dignité » (T.N., 36 ans, commerçante). D'autres pratiques plus ordinaires participent également du déni de la stigmatisation et de la requalification identitaire, comme l'exprime cette femme : « Je me maquille et m'habille pour me sentir encore moi-même et affronter les regards » (M.Y., 50 ans, couturière). Enfin, l'inscription dans des espaces collectifs de parole apparaît comme un levier central de reconstruction de soi, puisque « parler de ma maladie dans le groupe m'aide à me réapproprier mon identité » (D.E., 47 ans, infirmière).

Ces productions langagières expliquent d'une part la manière dont les femmes enquêtées mobilisent des stratégies narratives pour reprendre la maîtrise de leur trajectoire. En racontant leur vécu, elles transforment l'expérience de la maladie en un récit structuré, cohérent et porteur de signification. La mise en mots de leur vécu n'est pas seulement un acte de communication, mais un moyen de reconstruire leur identité en se positionnant comme actrices de leur propre parcours de vie. Cette narration constitue une forme de résilience symbolique qui permet de rompre avec les discours stigmatisant souvent associés au cancer.

Ces récits révèlent également l'importance des stratégies de résilience à travers l'esthétique dans la réaffirmation de soi. Les gestes tels que se maquiller, soigner son apparence ou afficher des symboles de mobilisation comme le ruban rose ne relèvent pas d'une simple coquetterie. Ils traduisent au contraire un travail profond sur l'image de soi, destiné à maintenir une continuité identitaire malgré les transformations corporelles

imposées par la maladie. Ces pratiques esthétiques deviennent des moyens concrets d'exprimer dignité, force et persévérance dans un contexte marqué par la fragilité physique et psychologique.

En outre, les extraits recueillis mettent en relief l'essence des stratégies relationnelles qui se déploient au sein des associations, groupes de soutien et espaces de discussion. Ces réseaux constituent des lieux où circulent des ressources émotionnelles, morales et informationnelles permettant de rompre l'isolement. Le soutien mutuel contribue à renforcer l'estime de soi, à partager des savoirs expérientiels et à construire une solidarité qui dépasse les trajectoires individuelles. La relation à autrui devient ainsi un vecteur majeur de reconstruction identitaire et un antidote aux formes sociales de stigmatisation.

En somme, l'ensemble de ces pratiques démontre que l'expression de soi devient un acte de résistance et une ressource essentielle dans le processus de reconstruction personnelle. En rendant visible leur expérience, ces femmes refusent d'être définies par la maladie et réaffirment leur capacité d'agir dans un contexte de vulnérabilité. Elles transforment la douleur en force, le silence en parole et la solitude en solidarité. Leur engagement permet non seulement de réhabiliter une identité mise à l'épreuve, mais aussi de contribuer à une transformation collective des représentations sociales du cancer.

2.2. Stratégies de résilience symbolique et sociale des femmes atteintes du cancer du sein

La recherche met en lumière les pratiques sociales par lesquelles les femmes contestent et transforment les normes sociales et les stéréotypes associés au cancer du sein. La résistance s'opère à travers la parole, la visibilité publique et la participation à des actions collectives, transformant la maladie en instrument de réaffirmation sociale. Les témoignages recueillis mettent en évidence la manière dont les femmes

engagées dans la lutte contre le cancer transforment leurs expériences personnelles en ressources collectives, contribuant ainsi à la déstigmatisation de la maladie et à l'affirmation publique de nouvelles formes de solidarité.

Ainsi, certaines enquêtées soulignent leur engagement dans des actions communautaires, affirmant que « nous organisons des rencontres pour expliquer que la maladie n'est pas une honte » (T.N., 36 ans, commerçante). D'autres femmes insistent sur l'importance de la visibilité symbolique, notamment à travers les campagnes de sensibilisation, comme l'exprime une institutrice : « Porter le ruban rose en public est ma façon de montrer que je refuse le silence et la stigmatisation » (A.K., 42 ans). La prise de parole individuelle apparaît également comme un levier de transformation des représentations sociales : « Je parle de mon expérience pour changer la perception des autres sur le cancer » (M.Y., 50 ans, couturière). Enfin, l'usage des outils numériques s'impose comme un espace stratégique de mobilisation, une infirmière soulignant que « nous utilisons les médias sociaux pour diffuser des messages de force et de dignité » (D.E., 47 ans).

Ces productions discursives illustrent la capacité des femmes à investir une pluralité d'espaces de rencontres communautaires et publics par le canal de récits personnels et des réseaux sociaux afin de construire des formes alternatives de visibilité. En s'exprimant dans ces différents lieux, elles réinventent les frontières de la prise de parole autour du cancer et déplacent les représentations dominantes qui associent la maladie au silence, à la honte ou à l'invisibilité sociale. Cette présence à différentes échelles, du cadre intime aux plateformes numériques, leur permet de reprendre le contrôle sur la manière dont leur expérience est perçue, interprétée et mise en circulation dans la sphère publique.

Ces extraits montrent ensuite comment l'expression individuelle s'inscrit dans des pratiques collectives de

sensibilisation qui amplifient la portée des récits personnels. La parole ne demeure pas cantonnée à l'expérience singulière de chaque femme : elle s'articule à une dynamique de groupe qui renforce sa légitimité et sa puissance transformative. En partageant leurs vécus, les femmes créent une chaîne d'identification réciproque qui encourage d'autres patientes à briser le silence, à revendiquer leur place et à s'engager dans des actions de mobilisation. Cette mutualisation des récits contribue à structurer une communauté militante où la vulnérabilité devient le point d'ancrage d'une action collective.

En somme, l'expression de soi devient un levier de transformation sociale dans la mesure où elle participe à redéfinir les normes de perception du cancer au sein de la société. Les témoignages, portés individuellement puis relayés collectivement, bousculent les imaginaires sociaux stigmatisant ; ils ouvrent la voie à une compréhension plus inclusive de la maladie. En rendant visible la force, la dignité et la résilience des patientes, cette parole engagée contribue à reconfigurer les rapports entre malades, familles, institutions et communautés. Elle inscrit la lutte contre le cancer non seulement dans le registre du soin, mais aussi dans celui de la justice sociale et de la reconnaissance.

2.3. Solidarité et construction de réseaux de solidarité chez les femmes souffrant du cancer du sein

Cet axe de nos résultats analyse comment les femmes créent et mobilisent les réseaux sociaux et les associations pour surmonter l'isolement et renforcer la résilience. La solidarité devient une stratégie relationnelle centrale, permettant le partage d'expérience, le soutien émotionnel et la co-construction d'une identité collective valorisée (R. Putnam, 2000, p. 22-27).

Les récits recueillis révèlent la centralité de la solidarité collective dans l'expérience des femmes atteintes de cancer. À travers leurs récits, se dessine l'existence d'une véritable

communauté d'entraide au sein de laquelle circulent des ressources émotionnelles, pratiques et symboliques, contribuant à rompre l'isolement et à renforcer les capacités individuelles face à la maladie. Ainsi, une enquêtée souligne que « dans notre association, nous nous soutenons mutuellement et partageons nos conseils médicaux et psychologiques » (M.Y., 50 ans, couturière), mettant en évidence l'importance du groupe pour le partage d'expériences et de savoirs dans le processus de prise en charge.

D'autres récits mettent l'accent sur la fonction émotionnelle et relationnelle de ces espaces collectifs, comme l'exprime une infirmière pour qui « je me sens moins seule quand je participe aux groupes de discussion et aux ateliers » (D.E., 47 ans). Le soutien s'étend également à des formes d'entraide concrètes dans l'accès aux soins ; une institutrice indique que « nous nous entraisons pour aller aux consultations et encourager celles qui hésitent » (A.K., 42 ans). Enfin, la force symbolique du collectif apparaît clairement lorsqu'une commerçante affirme que « le groupe est devenu ma famille de soutien face aux regards et aux jugements » (T.N., 36 ans), soulignant le rôle du groupe dans la protection contre la stigmatisation sociale.

Ces énoncés mettent en exergue la dimension profondément relationnelle du « faire face » à la maladie. Dans le contexte du cancer, l'expérience individuelle est souvent marquée par l'incertitude, la peur et le sentiment d'isolement. Toutefois, les femmes interrogées montrent que cette vulnérabilité initiale peut constituer un point d'entrée vers la construction de liens sociaux nouveaux ou renforcés. L'association, en tant que structure collective, offre ainsi un cadre dans lequel se réinventent des formes de présence mutuelle, d'écoute et de compréhension, souvent absentes des relations ordinaires, et participe ainsi, à la reconfiguration du rapport à la maladie.

Les groupes de parole constituent également des espaces essentiels où la souffrance peut être exprimée sans jugement. Par

le partage des émotions, des doutes et des stratégies de survie, les femmes créent des univers de sens communs qui atténuent la charge affective de la maladie. Ce processus discursif permet à chacune de se reconnaître dans les récits des autres, et de trouver, dans cette mise en commun, une forme de légitimation de son propre vécu. La parole collective devient ainsi un ressort fondamental de revalorisation personnelle.

Les initiatives collectives d'ateliers, de visites d'accompagnement et de campagnes de sensibilisation participent quant à elles à une dynamique de solidarité active. Elles offrent un cadre pratique où l'entraide s'organise autour de gestes concrets : accompagner une femme à la consultation, l'encourager lors des moments de doute, partager des informations médicales ou administratives. Loin d'être de simples formes de soutien ponctuel, ces actions s'inscrivent dans la durée et transforment le quotidien des patientes en un espace moins hostile et plus convivial.

À travers ces différentes modalités d'appui, la vulnérabilité se transforme progressivement en ressource partagée. Plutôt que d'être vécue comme une faiblesse individuelle, cette vulnérabilité devient un moteur de rapprochement, de compréhension mutuelle et de renforcement collectif. Les femmes apprennent ainsi à redéfinir leur rapport à la maladie non plus sous le signe de la solitude, mais sous celui de la co-présence et de la solidarité. Cette transformation révèle que la fragilité, lorsqu'elle est collectivisée, peut produire des formes positives impactant la capacité d'agir.

En définitive, l'entraide joue un rôle central dans la lutte contre la stigmatisation sociale associée au cancer. En s'unissant, les femmes parviennent à déconstruire les représentations qui réduisent souvent les malades à une identité diminuée ou déficitaire. Le soutien mutuel devient un mode d'existence collective permettant de reconstruire l'estime de soi, de renforcer la dignité et de s'affirmer face aux jugements

extérieurs. En ce sens, la solidarité ne relève pas seulement de l'assistance : elle est un acte politique, un moyen de réinscrire les patientes dans un espace de reconnaissance sociale et symbolique.

2.4. Résilience et mécanismes d'empowerment chez les femmes atteintes du cancer du sein

Les résultats montrent comment les femmes transforment la vulnérabilité imposée par la maladie et le stigma en force et capacité d'action. La résilience se traduit par la réappropriation symbolique du corps, la participation à des actions collectives et la redéfinition de leur place sociale, articulant subjectivité, *agency* et *empowerment* collectif (A. Sen, 1999, p. 87-92).

Les récits recueillis montrent comment les femmes atteintes de cancer investissent les actions de sensibilisation, les engagements associatifs et les mobilisations collectives comme autant d'espaces de reconquête de soi. Leur parole s'inscrit dans une dynamique par laquelle l'expérience individuelle de la maladie se transforme en ressource sociale, permettant à la fois l'affirmation de soi et la construction d'une résilience partagée. Ainsi, une enquêtée souligne que « chaque action que je mène pour sensibiliser les autres me donne le sentiment de reprendre le contrôle de ma vie » (A.K., 42 ans, institutrice), exprimant la dimension émancipatrice de l'engagement public.

Cette transformation de l'épreuve en force sociale est également perceptible raison pour laquelle cette commerçante affirme : « je transforme ma douleur en force pour aider d'autres femmes à ne pas se sentir isolées » (T.N., 36 ans). À travers la participation aux campagnes de sensibilisation, certaines enquêtées mettent en avant la possibilité de faire entendre une parole collective, à l'image de cette couturière pour qui « participer aux campagnes me permet de faire valoir ma voix et celle de toutes les patientes » (M.Y., 50 ans). La résilience apparaît alors comme un processus dépassant la seule sphère

individuelle, comme l'exprime une infirmière lorsqu'elle souligne que « la résilience n'est pas seulement personnelle ; elle devient collective à travers notre solidarité » (D.E., 47 ans).

Ces propos révèlent que l'engagement dans les actions de sensibilisation constitue un acte de revalorisation identitaire. En prenant publiquement la parole, en participant à des campagnes ou en partageant leur histoire, les femmes enquêtées s'extraitent des cadres interprétatifs réducteurs qui tendent à assigner la maladie à une identité déficitaire, marquée par la passivité, la dépendance ou la honte. Loin de se laisser enfermer dans une catégorisation de « malade », elles réaffirment leur capacité d'agir, leur autonomie morale et leur pouvoir de redéfinition de soi. Ce processus de mise en visibilité de l'expérience vécue participe ainsi à une remise à plat de leur trajectoire biographique, dans laquelle la maladie n'est plus seulement un événement de rupture, mais devient un moment de reconfiguration du sens et des rapports à soi et aux autres. La mobilisation collective apparaît dès lors comme un espace privilégié de reconquête symbolique, à partir duquel les femmes reprennent possession de leur image sociale, se réinscrivent dans la communauté et revendiquent la légitimité de leur voix dans l'espace public.

Ces témoignages montrent également que la résilience ne peut être appréhendée comme une disposition strictement individuelle ou comme une simple capacité psychologique interne. Elle se construit dans et par les relations sociales, à travers les échanges, le soutien émotionnel et les alliances qui se tissent au sein des collectifs de patientes. Le partage d'expériences similaires produit un effet de reconnaissance mutuelle qui atténue le sentiment de solitude, normalise les épreuves traversées et contribue à restaurer l'estime de soi. En offrant un espace de résonance où les souffrances peuvent être exprimées, comprises et légitimées, le groupe joue un rôle de médiation essentiel dans la transformation de la vulnérabilité en

ressource. La résilience apparaît ainsi comme un processus dynamique et relationnel, co-construit au fil des interactions, dans lequel chaque femme puise dans la force du collectif pour soutenir sa propre capacité à faire face.

En clair, cette dynamique s'inscrit dans une volonté plus globale de mutation sociale. En sensibilisant leur entourage, en investissant les espaces publics et médiatiques ou en contestant activement les représentations stigmatisantes, associées au cancer, les femmes contribuent à redéfinir les cadres sociaux, culturels et symboliques dans lesquels la maladie est pensée et vécue. Leur engagement dépasse la sphère intime de l'expérience personnelle pour rejoindre le registre du collectif et du politique : il s'agit non seulement de rendre visible une réalité souvent tue, mais aussi de défendre la dignité des patientes, de revendiquer des formes de reconnaissance sociale et de promouvoir une société plus inclusive face à la maladie. Dans cette perspective, la résilience cesse d'être une réponse individuelle à l'adversité pour devenir un projet partagé, une force collective orientée vers la reconnaissance, l'égalité symbolique et la justice sociale.

3. Discussion

Au total les résultats mettent en évidence la manière dont les femmes atteintes de cancer du sein réinvestissent leur expérience de la maladie pour fabriquer leur identité, résister aux stigmates sociaux, développer des formes de solidarité et transformer leur vulnérabilité en capacité d'action. Loin d'être de simples trajectoires individuelles, leurs parcours témoignent de processus collectifs où s'entremêlent narration de soi, stratégies esthétiques, mobilisation communautaire et engagements militants.

Premièrement, la reconstruction identitaire apparaît comme un travail actif par lequel les femmes redéfinissent leur place

sociale et personnelle malgré l'épreuve du cancer. À travers la parole, les récits biographiques et les pratiques esthétiques du quotidien, elles affirment leur dignité, revendiquent leur *agentivité* et rompent symboliquement avec les assignations dévalorisantes associées à la maladie. Ce travail de subjectivation s'appuie autant sur l'expression individuelle que sur l'appartenance à des espaces collectifs de soutien, qui renforcent la légitimité de leur parole et leur permettent de se resignifier socialement.

Deuxièmement, les femmes mobilisent des stratégies de résistance à la fois symboliques et sociales. En investissant des espaces publics et numériques, en s'engageant dans des campagnes de sensibilisation ou en initiant des rencontres communautaires, elles mettent en question les représentations qui stigmatisent le cancer. La visibilité qu'elles assument à travers le port du ruban rose, le partage de récits personnels ou la prise de parole publique reconvertit l'expérience intime de la maladie en un levier d'action sociale, contribuant simultanément à la déstigmatisation et à la reconfiguration des normes de perception du corps féminin malade.

Parallèlement, les résultats montrent l'importance centrale de la solidarité et des réseaux de soutien. Les associations, groupes de parole et initiatives collectives jouent un rôle structurant dans l'expérience vécue : ils offrent un espace d'écoute, de partage émotionnel et d'assistance mutuelle. Ces dispositifs relationnels permettent de rompre l'isolement, de renforcer l'estime de soi et de construire une identité collective valorisée. La vulnérabilité se convertit alors en ressource partagée, donnant naissance à une forme de communauté morale capable de résister aux jugements sociaux.

En outre, la résilience de ces femmes, émerge comme un processus dynamique articulant subjectivité, *empowerment* et action collective. Les femmes investissent les mobilisations associatives pour reprendre le contrôle de leur trajectoire,

transformer leur douleur en force et défendre la dignité des patientes. Cette résilience est autant personnelle que collective : elle se nourrit des interactions, du soutien réciproque et d'une volonté commune d'améliorer les conditions sociales et symboliques des femmes atteintes de cancer. Leur engagement s'inscrit ainsi dans une logique de justice sociale, visant à redéfinir la place des patientes dans la société.

À la lumière des résultats, nous opérons un cadrage discursif à visée interprétative, articulé autour des enjeux socio-économiques préalablement identifiés. Cette orientation méthodologique ne prétend nullement épuiser la totalité du matériau empirique, mais vise à extraire les motifs structurants susceptibles de générer une lecture analytique rigoureuse et synthétique, tout en limitant les effets de redondance et de dispersion. Dans cette perspective, l'investigation se concentre sur un objet nodal : « la reconstruction identitaire et la requalification sociale de soi des femmes confrontées au cancer du sein », entendue comme processus dynamique de négociation entre expériences vécues, pratiques symboliques et positionnements sociaux.

Le processus de reconstruction identitaire des femmes atteintes du cancer du sein est interprété comme une négociation continue entre l'expérience vécue de la maladie, les pratiques symboliques et les positionnements sociaux. Cette dynamique s'inscrit pleinement dans les travaux d'E. Goffman (1963, p. 5-10, 35-42, 87-95), qui souligne que le stigmate impose aux individus un travail identitaire visant à préserver la cohérence et la dignité de soi au sein des interactions sociales. Les femmes étudiées ne subissent pas passivement le regard stigmatisant ; elles mobilisent au contraire des stratégies narratives et esthétiques pour réaffirmer leur identité et se positionner comme actrices de leur existence, transformant l'expérience du cancer en vecteur de reconquête sociale.

Cette reconstruction identitaire s'éclaire également à travers le prisme du capital symbolique et des pratiques corporelles chez P. Bourdieu (1986, p. 9-12, 45-52, 220-225 ; 1998, p. 7-12, 53-60, 145-150). Les gestes liés à l'apparence, le soin du corps, le maquillage et le port du ruban rose constituent autant de pratiques qui traduisent un travail de distinction et de valorisation symbolique dans un contexte de vulnérabilité. En articulant ces pratiques à des normes de genre et à des rapports sociaux hiérarchisés, les femmes réinscrivent leur identité dans un espace social où la reconnaissance et la dignité sont négociées, faisant de chaque action corporelle et sociale un instrument de requalification sociale.

Le corps malade apparaît aussi comme un site de pluralité des expériences et de médiation sociale, selon A. Mol (2002, p. 33-40, 77-85, 121-128). La coexistence de différentes modalités de perception et de traitement de la maladie, vécus intimes, interactions médicales et attentes sociales rendent complexe la reconstruction identitaire en tant que processus dynamique et situé. Chaque femme articule ses expériences corporelles à des interactions sociales et symboliques, produisant une identité multiple capable de résister aux catégorisations normatives imposées par la maladie.

L'expérience de la maladie s'inscrit également dans une dimension relationnelle et morale, comme le soulignent A. Honneth (2000, p. 45-52, 77-85, 120-130) et C. Herzlich (1969, p. 23-29, 58-64, 101-108). La reconnaissance sociale, qu'elle se manifeste par le soutien familial, l'appartenance à un groupe de patientes ou la visibilité publique dans des campagnes de sensibilisation, devient un moteur de reconstruction identitaire. L'affirmation de soi passe par la capacité à être reconnu dans sa dignité, transformant la vulnérabilité imposée par le cancer en ressource relationnelle et collective, permettant de réaffirmer sa place dans le champ social.

En somme, la dimension de résilience et de sens subjectif est éclairée par B. Cyrulnik (2001, p. 15-22, 68-75, 134-140) et J.-C. Kaufmann (2011, p. 15-20, 105-112, 180-188) pour qui la résilience ne se réduit pas à un processus psychologique individuel, mais constitue un travail social et symbolique de reconstruction du sens face à la rupture provoquée par la maladie. La mobilisation des expériences personnelles dans la sphère collective, l'élaboration de récits structurés et la participation à des activités de sensibilisation constituent autant de stratégies d'empowerment, permettant aux femmes de requalifier leur identité, de résister aux effets du stigma et de reconstruire un projet de vie valorisant.

Au croisement des schèmes d'intelligibilité de Goffman, Bourdieu, Mol, Honneth, Herzlich, Cyrulnik et Kaufmann, il apparaît que la reconstruction identitaire des femmes atteintes de cancer du sein est un processus multidimensionnel, à la fois individuel et collectif, corporel et symbolique, personnel et social. Elle combine narration de soi, pratiques esthétiques, interactions relationnelles et mobilisation dans des espaces publics pour transformer la vulnérabilité imposée par la maladie en capacité d'action et de reconquête sociale. L'expérience du cancer devient ainsi un espace de négociation simultanément de l'identité, la dignité et la reconnaissance sociale, illustrant la façon dont les patientes réinventent leur rapport au corps, aux autres et à la société.

Conclusion

Cette investigation s'inscrit dans le champ de la sociologie du corps et du genre en santé. Elle a pour objectif d'analyser les mécanismes sociaux par lesquels les femmes atteintes du cancer du sein, transforment l'adversité en ressources symboliques et sociales, en mettant en exergue les interactions entre normes de genre, vulnérabilité corporelle et pratiques de soutien collectif.

L'étude cherche également à comprendre comment ces stratégies contribuent à la reconstruction identitaire et à la reproduction des liens sociaux. La méthodologie qualitative guidée par une approche compréhensive et phénoménologique s'appuie sur des entretiens semi-directifs et des observations sur le terrain. Le dépouillement manuel des données suivis de transcriptions thématiques est enrichi d'une catégorisation ascendante des régularités discursives. La triangulation entre les données d'entretien et d'observation a favorisé l'interprétation des données empiriques. Elle permet de saisir les mécanismes sociaux, les interactions entre normes et genre ainsi que la vulnérabilité corporelle et les stratégies de résiliences des femmes.

Les résultats montrent d'une part que la reconstruction identitaire repose sur un ensemble de pratiques imbriquées narratives, esthétiques et relationnelles qui permettent aux femmes de maintenir une continuité de soi face aux ruptures imposées par la maladie. En mettant en mots leur expérience, en soignant leur apparence ou en s'inscrivant dans des espaces collectifs de parole, elles refusent l'assignation à une identité déficitaire de « malade » et réaffirment leur dignité, leur agentivité et leur capacité d'action. Cette requalification sociale de soi s'inscrit ainsi dans une dynamique de résistance aux effets du stigmat, au sens goffmanien, en transformant la vulnérabilité en ressource symbolique.

L'étude souligne ensuite que la parole individuelle, lorsqu'elle s'inscrit dans des cadres collectifs de sensibilisation et de mobilisation, acquiert une portée sociale et politique. Les femmes investissent une pluralité d'espaces : associations, communautés locales, espaces publics et numériques, pour rendre visible leur expérience et contester les représentations sociales dominantes du cancer du sein, souvent associées au silence, à la honte et à l'invisibilité. Cette mise en visibilité contribue à la déstigmatisation de la maladie et à la construction

de nouvelles normes de reconnaissance fondées sur la force, la résilience et la solidarité.

Par ailleurs, les résultats montrent que la solidarité constitue un levier central du « faire face » à la maladie. Les réseaux de soutien, qu'ils soient associatifs ou informels, jouent un rôle décisif dans la rupture de l'isolement, le partage de savoirs expérimentiels et la construction d'une identité collective valorisée. La résilience apparaît dès lors comme un processus fondamentalement relationnel et co-construit, nourri par la reconnaissance mutuelle, l'entraide concrète et le soutien émotionnel. En ce sens, la vulnérabilité, loin d'être vécue comme une faiblesse individuelle, devient un moteur de rapprochement social et de renforcement collectif.

Enfin, cette recherche montre que les dynamiques de résilience et d'empowerment observées dépassent la seule sphère intime pour s'inscrire dans une perspective de transformation sociale. En s'engageant dans des actions de sensibilisation et en revendiquant publiquement leur voix, les femmes contribuent à redéfinir les cadres sociaux, culturels et symboliques dans lesquels le cancer du sein est pensé et vécu. Leur engagement participe ainsi à une lutte pour la reconnaissance et la justice sociale, inscrivant la question du cancer non seulement dans le registre du soin, mais aussi dans celui des droits, de la dignité et de l'inclusion.

En définitive, cette étude met en lumière la capacité des femmes atteintes de cancer du sein à transformer une expérience marquée par la stigmatisation en un processus de subjectivation, de solidarité et d'action collective.

Au plan utilitaire, les résultats de cette recherche offrent des implications pratiques importantes pour les acteurs du soin, les associations et les décideurs politiques. Ils soulignent l'importance de développer des dispositifs favorisant la parole, la visibilité et le soutien collectif des patientes, comme les groupes de discussion, les ateliers de sensibilisation et les

campagnes de mobilisation sociale. La promotion de ces pratiques permet de renforcer la résilience individuelle et collective, de déconstruire les représentations stigmatisantes et d'améliorer la qualité de vie des femmes atteintes de cancer, tout en renforçant la justice sociale et la reconnaissance dans l'espace public.

En somme, cette étude ouvre des perspectives de recherche complémentaires. Il serait pertinent d'explorer les variations socio-culturelles et économiques dans les stratégies de reconstruction identitaire, ainsi que l'impact des réseaux numériques et des médias sur la visibilité et l'empowerment des patientes. De plus, des investigations longitudinales pourraient approfondir la compréhension des dynamiques évolutives de résilience et de requalification sociale tout au long du parcours de la maladie. Ces pistes permettraient de nourrir des interventions plus ciblées, adaptées aux besoins diversifiés des femmes, et de renforcer la dimension collective et politique des pratiques de soutien et de reconstruction identitaire.

Bibliographie

BOURDIEU Pierre, 1986. *La distinction. Critique sociale du jugement*, Les Éditions de Minuit, Paris, 670 p.

BOURDIEU Pierre, 1998. *La domination masculine*, Éditions du Seuil, Paris, 134 p.

CYRULNIK Boris, 2001. *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, Paris, 240 p.

FOUCAULT Michel, 1976. *Histoire de la sexualité. Tome I : La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 211 p.

GLASER Barney & STRAUSS Anselm, 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine Publishing Company, Chicago, 271 p.

GOFFMAN Erving, 1963. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les Éditions de Minuit, Paris, 175 p.

Crenshaw Kimberlé, 1989. « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics », Legal Forum, University of Chicago, pp 139 à167.

HERZLICH Claudine, 1969. *Maladies chroniques et expérience sociale*, Dunod, Paris, 210 p.

HONNETH Axel, 2000. *La lutte pour la reconnaissance*, Éditions du Seuil, Paris, 240 p.

KAUFMANN Jean-Claude, 2011. *La trame conjugale. Analyse du couple par son linge*, Armand Colin, Paris, 256 p.

MOL Annemarie, 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Duke University Press, Durham, 216 p.

BANDURA Albert, 1986. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, 640 p.