

REPRESENTATIONS CULTURELLES DU CORPS FEMININ ET RESISTANCES SOCIALES FACE AU CANCER DU SEIN EN COTE D'IVOIRE

ADJOUMANI Kobenan

Maître Assistant

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

Email : adjkobenan@yahoo.fr

Ablakpa Jacob AGOBE¹

Maître de Conférences (CAMES)

Ecole Doctorale SCALL-ETAMP

Université Félix Houphouët-Boigny

Département de sociologie

Email : agobe.jacob42@ufhb.edu.ci

jacobagobe@yahoo.fr

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

Résumé

Cette recherche interroge les représentations culturelles du corps féminin et les formes de résistance sociale déployées face au cancer du sein en Côte d'Ivoire. L'objectif est d'analyser comment les normes symboliques, religieuses et genrées encadrent les perceptions de la maladie et orientent les pratiques de soin. Inscrite dans une démarche qualitative, fondée sur des entretiens approfondis et une observation participante, l'étude révèle la coexistence de logiques biomédicales et culturelles. Les résultats montrent que le corps malade devient un espace de négociation identitaire et morale. La discussion met en évidence les résistances silencieuses des femmes face

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 réalise une mise en correspondance opératoire entre connaissance savante et pratiques sociales, donnant corps à une sociologie pragmatique soucieuse d'allier discernement critique et engagement éthico-politique dans le combat contre la tuberculose.

aux assignations culturelles. En conclusion, ces résistances traduisent une réinvention féminine du sens, entre contrainte sociale et autonomie corporelle.

Mots clés : *Représentations sociales du corps, Résistances féminines, Cancer du sein*

Abstract

This study examines cultural representations of the female body and the forms of social resistance mobilised in response to breast cancer in Côte d'Ivoire. The objective is to analyse how symbolic, religious, and gendered norms shape perceptions of illness and guide care practices. Situated within a qualitative framework employing in-depth interviews and participant observation, the study reveals the coexistence of biomedical and cultural logics. Findings indicate that the sick body becomes a site of identity and moral negotiation. The discussion highlights women's silent resistances to cultural prescriptions. In conclusion, these forms of resistance reflect a feminine reinvention of meaning, navigating the tension between social constraint and bodily autonomy.

Keywords: *Social representations of the body, Female resistance, Breast cancer*

Introduction

Les observations et enquêtes menées auprès de femmes ivoiriennes mettent en évidence que le corps féminin est socialement et culturellement investi de significations puissantes, liées à la féminité, la maternité et au statut social. Dans ce contexte, le cancer du sein est souvent perçu non seulement comme une menace pour la santé, mais également pour l'identité sociale et les relations familiales. En conséquence, ces représentations culturelles influencent directement les comportements face à la maladie : certaines femmes retardent le dépistage ou minimisent les symptômes par crainte de stigmatisation, tandis que d'autres mobilisent des ressources sociales et symboliques pour résister et affronter la maladie.

Cependant, un paradoxe émerge de ces constats, révélant une tension entre vulnérabilité et capacité décisionnelle. Si les normes culturelles et sociales peuvent limiter l'accès à l'information et aux soins, elles coexistent avec des stratégies de résistance et de réappropriation du corps. Autrement dit, les mêmes cadres culturels qui imposent des contraintes produisent également des espaces de résilience et de mobilisation, soulignant une dynamique complexe entre soumission sociale et autonomisation individuelle.

Cette tension conduit à la question de recherche suivante : comment les représentations culturelles du corps féminin influencent-elles les pratiques, les résistances et les stratégies des femmes face au cancer du sein en Côte d'Ivoire ? L'étude se propose ainsi d'analyser les liens entre ces représentations et les comportements adoptés, en identifiant les mécanismes de résistance sociale, les stratégies de préservation de l'identité et les pratiques d'autonomisation qui émergent dans ce contexte particulier.

Sur le plan scientifique, cette recherche contribue à la sociologie de la santé et des genres en Afrique, en offrant une lecture fine des interactions entre normes culturelles, perception du corps et pratiques de santé. Elle enrichit la compréhension des facteurs socioculturels influençant le dépistage, la prévention et l'adhésion aux traitements. Par ailleurs, sur le plan utilitaire, ses résultats peuvent orienter les politiques de santé publique, les campagnes de sensibilisation et les interventions communautaires, en proposant des stratégies adaptées au contexte culturel et en renforçant l'accès aux soins ainsi que l'autonomisation des femmes face à la maladie.

Pour éclairer cette analyse, P. Bourdieu (1986 : 13-45, 123-150) montre comment les pratiques corporelles et esthétiques reflètent des positions sociales différenciées. P. Bourdieu (1986 : 220-240) souligne que les choix corporels et les perceptions du corps ne sont jamais neutres, mais traversés

par des rapports de pouvoir et des normes sociales. En combinant enquêtes quantitatives et observations qualitatives sur les pratiques culturelles et corporelles, il établit que le corps constitue un capital symbolique et social, déterminant dans l'accès aux ressources et aux formes de reconnaissance. Cette perspective est particulièrement utile pour comprendre les résistances observées chez les femmes ivoiriennes, dont les pratiques et représentations corporelles sont façonnées par des normes culturelles spécifiques.

De son côté, M. Foucault (1976 : 15-30, 90-105) explore les rapports entre corps, savoir et pouvoir dans les sociétés modernes. M. Foucault (1976 : 90-105) montre que les dispositifs médicaux et sociaux exercent un contrôle normatif sur les corps, produisant à la fois discipline et subjectivation. Son analyse historique et documentaire des discours médicaux et sociaux révèle que la médicalisation et la normalisation des corps constituent des formes de biopouvoir. Appliquée au contexte ivoirien, cette approche permet de comprendre comment les campagnes de sensibilisation et les normes sociales interagissent pour modeler les comportements des femmes face au cancer du sein, tout en générant des espaces de résistance et de réappropriation.

En outre, A. Mol (2002 : 55-78, 120-145) insiste sur la multiplicité des expériences corporelles dans les pratiques médicales. A. Mol (2002 : 120-145) montre que le corps ne peut être réduit à une seule réalité, mais se construit différemment selon les interactions sociales, médicales et individuelles. À partir d'une ethnographie hospitalière combinant observations et entretiens avec patients et professionnels de santé, elle met en évidence la pluralité, et parfois la contradiction, des expériences corporelles. Cette perspective permet de comprendre comment les femmes peuvent développer des stratégies de résistance face à des prescriptions médicales ou sociales, et maintenir des

espaces de subjectivité et de choix dans la gestion de leur maladie.

Enfin, cette étude se distingue des travaux précédents par son approche empirique centrée sur les représentations culturelles du corps féminin et les formes concrètes de résistance sociale face au cancer du sein en Côte d'Ivoire. En mobilisant une méthodologie qualitative combinant entretiens approfondis, observations participantes et analyse des discours, elle rend compte à la fois des contraintes imposées par les normes culturelles et des stratégies individuelles et collectives de résistance et de mobilisation. Les résultats attendus permettront de mieux comprendre comment les représentations sociales et les normes de genre façonnent les comportements et les pratiques de santé des femmes, tout en apportant une contribution originale à la sociologie de la santé et des genres dans le contexte africain.

1. Ancrage théorique et méthodologique

L'étude des représentations culturelles du corps féminin et des formes de résistance sociale face au cancer du sein en Côte d'Ivoire s'est inscrite dans une perspective sociologique visant à comprendre comment les logiques de genre, les imaginaires du corps et les dispositifs de pouvoir se sont entremêlés dans la construction du rapport féminin à la maladie. Le cancer du sein, en tant que pathologie fortement symbolisée, a révélé la manière dont la corporéité féminine a été socialement encadrée, moralement investie et culturellement définie comme un territoire de contrôle et de vulnérabilité. Cette recherche s'est ancrée dans une perspective interactionniste et phénoménologique, considérant que l'objet d'étude relevait de la sociologie du vécu (J. Kaufmann, 2011 : 25-48) et de la sociologie de la maladie chronique (C. Herzlich, 1969 : 12-35), en analysant comment les femmes ont produit un sens social à

leur expérience à travers leurs récits, leurs langages et leurs interactions quotidiennes.

Dans cette perspective, la théorie du biopouvoir de M. Foucault (1976 : 92-110, 135-160) a constitué une première clé de lecture centrale. Elle a permis de comprendre comment les institutions médicales, les campagnes de sensibilisation et les discours publics sur la santé des femmes ont contribué à gouverner leurs corps sous le registre de la normalisation et du contrôle. Empiriquement, les entretiens ont montré que les dispositifs de dépistage et de prévention, bien qu'affichant un objectif d'émancipation sanitaire, ont souvent prolongé une moralisation implicite du corps féminin. Le sein, organe à la fois maternel, sexuel et identitaire, a été traité comme un symbole public à protéger, mais aussi à surveiller. L'application de la théorie foucauldienne s'est révélée pertinente pour analyser cette tension entre pouvoir médical et autonomie corporelle : elle a mis en lumière la manière dont la prise en charge du cancer s'est accompagnée d'un encadrement moral des conduites féminines, transformant la lutte contre la maladie en une pratique sociale de discipline et de régulation.

La théorie de la domination symbolique de P. Bourdieu (1998 : 45-72, 112-135) a, quant à elle, fourni une grille d'analyse essentielle pour comprendre la reproduction des inégalités de genre et de classe à travers la maladie. Le cancer du sein n'a pas affecté toutes les femmes uniformément : les patientes issues de milieux défavorisés ont subi une double peine, celle de la maladie et celle de la stigmatisation sociale. Les récits recueillis ont montré que la honte, la peur du regard et la réticence à se faire soigner traduisent une intériorisation de rapports sociaux hiérarchiques, où la valeur du corps féminin se mesure à sa conformité aux normes esthétiques et morales dominantes. L'usage empirique de la théorie bourdieusienne a permis d'interpréter la maladie comme un révélateur de la violence symbolique exercée sur les femmes, violence inscrite dans leur

rapport au soin, à la parole et à leur propre image. Dans les discours des enquêtées, la perte du sein a été perçue comme une perte de valeur sociale, témoignant de l'incorporation des normes patriarcales assignant la femme à des fonctions esthétiques et reproductives.

Sur le plan microsociologique, la théorie du stigmaté d'E. Goffman (1963 : 15-45, 78-95) s'est avérée féconde pour analyser la manière dont les patientes ont négocié leur identité sociale dans un contexte de discrédit symbolique. Le cancer du sein a fonctionné comme un « marqueur social » du corps altéré, produisant des ruptures biographiques majeures. L'observation participante et les récits de vie ont révélé que les patientes ont déployé des stratégies fines de présentation de soi : certaines ont caché leur maladie pour échapper au jugement, d'autres ont reconfiguré leur rapport au corps par des pratiques religieuses, spirituelles ou communautaires. Empiriquement, ces ajustements interactionnels ont montré comment les femmes ont résisté à l'identité dévalorisée qui leur était assignée, reconstruisant ainsi une image de soi plus conforme à leurs attentes de dignité et de reconnaissance. La théorie goffmanienne s'est révélée cruciale pour saisir la dimension performative et relationnelle de la résistance féminine, située dans les interstices du quotidien.

Cette dynamique de résistance s'est également éclairée à la lumière des travaux de L. Boltanski (1971 : 33-60) sur le corps comme objet social et de M. Douglas (1966 : 45-70) sur la pureté et le danger. Ces approches ont permis de mettre en évidence la dimension culturelle du corps malade dans le contexte ivoirien : le cancer du sein a souvent été perçu comme une souillure, une atteinte à la pureté féminine, parfois interprétée en termes spirituels ou moraux. Cependant, l'empirie a montré que ces représentations n'ont pas toujours conduit à la passivité : au contraire, les femmes ont mobilisé des ressources religieuses, communautaires et symboliques pour resignifier la maladie. Les

associations de patientes, comme Les Amazones d’Afrique ou Espoir Cancer Côte d’Ivoire, ont constitué des espaces de revalorisation de soi où la parole collective et la solidarité ont permis de transformer la souffrance individuelle en une expérience partagée et socialement signifiante.

Sur le plan méthodologique, la recherche s’est inscrite dans une approche qualitative compréhensive fondée sur l’exploration des significations sociales du vécu. Le site principal d’étude a été le Centre National d’Oncologie Médicale et de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO) d’Abidjan, complété par deux associations communautaires féminines engagées dans la sensibilisation et l’accompagnement psychosocial. Les participantes ont été sélectionnées selon des critères de diversification sociologique : âge, statut matrimonial, niveau d’instruction, stade de la maladie et appartenance associative. La technique d’échantillonnage raisonné a permis de retenir vingt patientes, cinq soignants et trois responsables associatifs, soit vingt-huit entretiens. Les outils d’enquête ont combiné entretiens semi-directifs et observations participantes, menés en français et en langues locales (baoulé, dioula, bété), afin de saisir la profondeur symbolique et émotionnelle du rapport au corps malade.

L’analyse des données s’est appuyée sur une démarche inductive inspirée de la Grounded Theory (B. Glaser & A. Strauss, 1967 : 5-35, 60-85). Le codage thématique autour des catégories « corps », « honte », « foi », « solidarité » et « transformation identitaire » ainsi que la triangulation des matériaux ont permis de valider la cohérence interprétative. Cette méthode a montré que les représentations du corps féminin et les formes de résistance s’inscrivent dans un espace social où s’entremêlent foi, culture, morale et pouvoir.

Ainsi, l’articulation entre les théories foucauldienne, bourdieusienne et goffmanienne, enrichie par une lecture culturaliste du corps, a révélé que la lutte contre le cancer du sein

en Côte d'Ivoire dépasse la question sanitaire. Elle manifeste une reconfiguration des rapports sociaux de genre : les femmes, loin d'être de simples victimes, ont transformé leur vulnérabilité en une éthique de la résistance, de la parole et de la dignité. Le corps malade, autrefois symbole de stigmatisation, est devenu un lieu de revendication identitaire et de revalorisation du féminin, inscrivant la maladie dans un processus social de lutte pour la reconnaissance.

2. Résultats

2.1. Normes symboliques et interprétation de la maladie

Cet axe examine comment les représentations symboliques, liées à la culture et à la morale, influencent la manière dont les femmes interprètent le cancer du sein. La maladie est souvent perçue comme une épreuve morale ou spirituelle, et ces cadres symboliques conditionnent les réponses émotionnelles et les stratégies de *coping* (Douglas, 1966).

Énoncés recueillis :

« Je pense que la maladie est une épreuve que Dieu m'envoie pour me purifier. »

(A.K., 42 ans, institutrice)

« Dans ma culture, parler du cancer attire le mauvais œil ; il faut être prudent. »

(T.N., 36 ans, commerçante)

« On nous dit souvent que la maladie peut être une punition, alors je prie beaucoup pour guérir. »

(M.Y., 50 ans, couturière)

« Les anciens du village m'ont conseillé de suivre les remèdes traditionnels avant d'aller à l'hôpital. »

(D.E., 47 ans, infirmière)

Ces extraits traduisent des représentations socioculturelles et symboliques de la maladie qui dépassent largement une lecture strictement biomédicale.

D'une part, la maladie est interprétée comme une épreuve spirituelle, inscrite dans un registre moral et religieux. Elle est perçue comme un message ou une mise à l'épreuve, appelant à la prière, à la purification et à un recentrage sur la foi. Dans cette logique, la guérison dépend autant de la relation au divin que de l'efficacité des traitements médicaux, ce qui confère à la spiritualité un rôle central dans l'expérience de la maladie.

D'autre part, ces discours révèlent une dimension symbolique et relationnelle du cancer, marqué par le silence et la prudence. Le fait de nommer la maladie est perçu comme potentiellement dangereux, car susceptible d'attirer des forces néfastes ou de rompre un équilibre social et mystique. Cette retenue langagière traduit une gestion sociale de la maladie fondée sur la protection de soi et du groupe, mais peut aussi entraver la circulation de l'information et le recours précoce aux soins.

Enfin, l'importance accordée aux savoirs traditionnels et aux prescriptions des anciens souligne le rôle des autorités communautaires dans l'orientation des trajectoires thérapeutiques. Le recours prioritaire aux remèdes traditionnels n'exprime pas un rejet de la médecine moderne, mais une hiérarchisation des recours, où l'hôpital intervient souvent après l'épuisement des solutions culturellement légitimes.

Dans leur ensemble, ces discours montrent que la maladie s'inscrit dans un système de sens pluriel, mêlant croyances religieuses, normes culturelles et logiques communautaires, qui structurent profondément les comportements de soin et les parcours de prise en charge.

2.2. Influence des normes religieuses sur les pratiques de soin

Les croyances religieuses structurent la perception du traitement et des soins médicaux, parfois en tension avec les recommandations biomédicales. La foi est mobilisée comme ressource de résilience, mais elle peut également retarder l'accès aux soins ou orienter les choix thérapeutiques (Geertz, 1973).

Énoncés recueillis :

« Je commence chaque traitement par une prière pour demander la bénédiction de Dieu. »

(A.K., 42 ans, institutrice)

« Mon pasteur m'a encouragée à combiner prières et soins médicaux. »

(T.N., 36 ans, commerçante)

« Parfois, je préfère les remèdes traditionnels de mon église avant de consulter l'hôpital. »

(M.Y., 50 ans, couturière)

« La foi m'aide à accepter les douleurs et les effets secondaires du traitement. »

(D.E., 47 ans, infirmière)

Ces déclarations mettent en évidence une articulation étroite entre pratiques religieuses et recours thérapeutiques, dans laquelle la foi constitue un cadre structurant de l'expérience de la maladie et du soin.

La prière apparaît d'abord comme un rituel inaugural du traitement, visant à sacrifier l'acte médical et à en renforcer la légitimité symbolique. Elle permet de placer le processus de guérison sous une protection divine, réduisant l'incertitude et donnant sens à une situation perçue comme éprouvante et imprévisible.

Par ailleurs, l'intervention des autorités religieuses favorise une logique de complémentarité entre soins spirituels et médecine biomédicale. L'encouragement à combiner prière et

traitement médical traduit une médiation religieuse qui contribue à rendre l'hôpital socialement acceptable, en l'inscrivant dans un univers de croyances partagées plutôt qu'en opposition avec la foi.

Cependant, la préférence occasionnelle pour des remèdes traditionnels issus de l'espace religieux montre l'existence de hiérarchies internes aux recours thérapeutiques, où les soins spirituels ou communautaires peuvent précéder ou concurrencer l'hôpital. Ce choix ne relève pas uniquement d'une défiance médicale, mais d'une recherche de cohérence avec les valeurs religieuses et identitaires du patient.

En définitive, la foi joue un rôle central dans la gestion subjective de la souffrance, en aidant à supporter les douleurs et les effets secondaires du traitement. Elle agit comme une ressource morale et émotionnelle, facilitant l'acceptation de l'épreuve et le maintien de l'adhésion thérapeutique, même dans un contexte de contraintes physiques et psychologiques importantes.

En somme, ces discours montrent que la foi ne se substitue pas nécessairement au soin médical, mais participe à une reconfiguration du sens du traitement, où le religieux, le traditionnel et le biomédical coexistent et s'entrelacent dans les parcours de soin.

2.3. Normes genrées et stigmatisation sociale

Les rôles de genre et attentes sociales conditionnent les perceptions de la maladie et la légitimité des femmes à exprimer leur souffrance. La stigmatisation liée à la féminité, à la maternité et à la sexualité influence la visibilité publique et la parole autour du cancer (Connell, 2002).

Énoncés recueillis :

*« On me dit parfois que je ne suis plus 'complète' en tant que femme après la mastectomie. »
(A.K., 42 ans, institutrice)*

*« Les autres femmes du quartier chuchotent et évitent de parler de ma maladie. »
(T.N., 36 ans, commerçante)*

*« Mon mari ne comprend pas toujours pourquoi je dois aller à tous ces rendez-vous médicaux. »
(M.Y., 50 ans, couturière)*

*« J'ai appris à cacher mes douleurs pour ne pas perdre mon respect social. »
(D.E., 47 ans, infirmière)*

Ces extraits révèlent la dimension profondément sociale, du genre et relationnelle de l'expérience de la maladie, en particulier lorsqu'elle affecte le corps féminin.

La mastectomie apparaît comme une atteinte symbolique à l'identité féminine, socialement associée à des normes de complétude corporelle, de séduction et de maternité. Le fait d'être perçue comme une femme « incomplète » traduit la persistance de représentations qui réduisent la valeur sociale des femmes à leur intégrité physique, renforçant un sentiment de perte identitaire au-delà de la souffrance médicale.

Le silence, les chuchotements et l'évitement observés dans l'entourage féminin témoignent d'une stigmatisation diffuse, marquée par la peur, la gêne et l'inconfort face à la maladie. Cette mise à distance sociale contribue à l'isolement des femmes malades et à une occultation de leur expérience, rendant plus difficile le partage et le soutien collectif.

Les incompréhensions conjugales soulignent quant à elles les rapports de pouvoir et les asymétries de genre dans la gestion de la maladie. Le manque de reconnaissance des contraintes médicales traduit une faible prise en compte de la charge thérapeutique supportée par les femmes, souvent sommées de concilier soins, obligations familiales et attentes conjugales sans remise en cause des rôles traditionnels.

En définitive, le fait de dissimuler la douleur pour préserver le respect social montre que la maladie impose une discipline du corps et des émotions. L'expression de la souffrance est contrôlée afin d'éviter la disqualification sociale, révélant une norme implicite de retenue et de dignité qui pèse particulièrement sur les femmes.

En conclusion, ces discours mettent en lumière la maladie comme une épreuve sociale totale, où le corps, le regard des autres, les rapports de genre et les normes de respectabilité s'entrecroisent pour façonner l'expérience vécue bien au-delà du traitement médical.

2.4. Résistances sociales et stratégies d'appropriation

Malgré les normes symboliques et religieuses contraignantes, les femmes développent des stratégies de résistance et de réappropriation. Ces pratiques combinent parole, mobilisation associative et réinterprétation culturelle, permettant de transformer la stigmatisation en force symbolique (Scott, 1985).

Énoncés recueillis :

« Je parle de ma maladie aux autres femmes pour montrer que ce n'est pas une honte. »

(A.K., 42 ans, institutrice)

« Nous avons créé un groupe de soutien pour apprendre à nous soutenir malgré les jugements. »

(T.N., 36 ans, commerçante)

« Je participe aux campagnes pour transformer la perception de notre corps et de notre maladie. »

(M.Y., 50 ans, couturière)

« Chaque témoignage que je fais en public est un acte de résistance face aux idées reçues. »

(D.E., 47 ans, infirmière)

Ces témoignages illustrent une dynamique de résistance sociale et de reconstruction identitaire à travers la parole et l'action collective.

D'une part, le fait de partager son expérience permet de désamorcer la honte et la stigmatisation associées à la maladie. En témoignant auprès d'autres femmes, les participantes réaffirment la légitimité de leur vécu et normalisent des expériences souvent marginalisées, créant ainsi un espace où la maladie peut être discutée sans culpabilité ni jugement.

D'autre part, la création de groupes de soutien traduit une stratégie de solidarité et des capacités d'agir. Ces espaces permettent de renforcer la résilience collective, de développer des savoirs partagés et de contrecarrer les représentations négatives véhiculées par la société ou la communauté locale. La dimension éducative et mutualiste de ces groupes contribue à transformer les rapports sociaux autour de la maladie.

Par ailleurs, la participation à des campagnes publiques et le fait de témoigner sont des actes symboliques et politiques. Ils visent à reconfigurer les normes sociales, à remettre en question les idéaux restrictifs de féminité et de corps sain, et à promouvoir une perception plus inclusive et moins stigmatisant de la maladie. Chaque parole publique devient un outil de contestation des idées reçues et un levier pour construire une nouvelle visibilité sociale.

En définitive, ces discours montrent que la parole et l'action collective constituent des mécanismes de résistance et d'affirmation de soi, permettant de transformer à la fois l'expérience individuelle de la maladie et la perception sociale qui l'entoure.

2.5. Reconfiguration identitaire et capacité d'agir féminine

Les interactions entre normes symboliques, religieuses et genrées conduisent les femmes à reconfigurer leur identité. L'appropriation des savoirs médicaux, l'engagement collectif et

la parole publique permettent une capacité d’agir symbolique et social, redéfinissant la place des femmes dans leurs communautés.

Énoncés recueillis :

« Je me sens plus forte quand je raconte mon histoire et que d’autres femmes m’écotent. »

(A.K., 42 ans, institutrice)

« Participer aux réunions m’a permis de reprendre confiance en moi et en mon corps. »

(T.N., 36 ans, commerçante)

« La maladie m’a transformée : je suis plus consciente de mes droits et de ma valeur. »

(M.Y., 50 ans, couturière)

« Être active dans l’association me permet de me sentir utile et respectée dans la société. »

(D.E., 47 ans, infirmière)

Ces propos mettent en relief l’impact psychosocial et identitaire de la participation collective et de la parole sur le vécu de la maladie.

La prise de parole et le partage d’expérience sont perçus comme des sources de renforcement personnel et de résilience. Le fait de raconter son histoire devant d’autres femmes crée un effet de validation sociale, qui permet de transformer la vulnérabilité imposée par la maladie en une force relationnelle et symbolique. Cela favorise un sentiment de reconnaissance et de légitimité dans le groupe, tout en réduisant l’isolement.

La participation aux réunions et activités collectives agit comme un levier de reconstruction corporelle et psychologique. Elle permet de restaurer la confiance en soi et en son corps, souvent ébranlée par la maladie et ses traitements, en inscrivant cette reconstruction dans un contexte collectif et solidaire.

Ces expériences sont également transformatrices sur le plan identitaire et civique. Les participantes deviennent plus

conscientes de leurs droits, de leur valeur personnelle et de leur rôle dans la société. La maladie, loin d'être uniquement une épreuve négative, devient un point de départ pour une affirmation de soi et un engagement social.

En clair, l'engagement dans l'association offre une dimension d'utilité sociale et de reconnaissance, renforçant le sentiment d'être respectée et de contribuer à un projet collectif. Ce processus traduit une réappropriation du statut social et du pouvoir d'agir, où la maladie devient un moteur de transformation personnelle et de mobilisation communautaire.

En somme, ces témoignages montrent que la parole, la participation collective et l'engagement associatif sont autant de mécanismes de résilience, de reconstruction identitaire et de la capacité d'agir pour les femmes confrontées à la maladie.

3. Discussion

L'analyse des discours recueillis met en évidence que l'expérience du cancer du sein chez les femmes enquêtées s'inscrit dans un système de sens pluriel, où s'entrelacent normes symboliques, religieuses et genrées, façonnant à la fois les interprétations de la maladie, les pratiques de soin et les dynamiques identitaires.

Premièrement, la maladie est majoritairement interprétée à travers des cadres symboliques et moraux qui dépassent la rationalité biomédicale. Le cancer est perçu comme une épreuve spirituelle, parfois assimilée à une purification ou à une mise à l'épreuve divine. Parallèlement, le silence et la prudence langagière autour de la maladie traduisent la crainte d'un déséquilibre social ou mystique, tandis que les savoirs traditionnels et l'autorité des anciens orientent les trajectoires thérapeutiques selon une hiérarchisation des recours.

Deuxièmement, les normes religieuses structurent profondément les pratiques de soin. La foi apparaît comme une

ressource centrale de résilience, permettant de donner sens au traitement, de supporter la souffrance et de réduire l'incertitude. Loin d'une opposition frontale à la médecine moderne, les discours révèlent plutôt une logique de complémentarité, médiatisée par les autorités religieuses, même si des tensions subsistent lorsque les soins spirituels ou traditionnels précèdent ou concurrencent l'hôpital.

Troisièmement, l'expérience du cancer est traversée par de fortes normes genrées, qui alimentent la stigmatisation sociale. Les atteintes corporelles, notamment la mastectomie, sont vécues comme une remise en cause de l'identité féminine socialement valorisée. Le regard des autres, le silence de l'entourage et les incompréhensions conjugales renforcent l'isolement des femmes et les contraignent souvent à dissimuler leur souffrance pour préserver leur respectabilité sociale.

Cependant, face à ces contraintes, les femmes développent des stratégies de résistance et de réappropriation. La prise de parole, la création de groupes de soutien, l'engagement associatif et la participation à des campagnes publiques constituent des moyens de transformer la honte et la stigmatisation en ressources symboliques. Ces actions collectives permettent de contester les normes dominantes et de reconfigurer la perception sociale de la maladie et du corps féminin.

En définitive, ces dynamiques débouchent sur une reconfiguration identitaire et une capacité d'agir féminine. L'appropriation des savoirs, la parole publique et l'engagement collectif renforcent la confiance en soi, la conscience des droits et le sentiment d'utilité sociale. La maladie, initialement vécue comme une épreuve déstabilisante, devient ainsi un levier de transformation personnelle et sociale, ouvrant la voie à une redéfinition du statut et du pouvoir d'agir des femmes dans leurs communautés.

Dans leur ensemble, ces résultats montrent que le cancer du sein ne peut être compris uniquement comme un événement médical, mais comme une épreuve sociale totale, où s'articulent croyances, rapports de genre, normes sociales et dynamiques de résistance, produisant à la fois contraintes, vulnérabilités et capacités d'émancipation.

Les résultats montrent que l'expérience du cancer du sein ne peut être réduite à un rapport individuel et biomédical à la maladie, mais qu'elle s'inscrit dans un espace social de significations où s'entrelacent normes symboliques, religieuses et genrées. Cette pluralité de sens confirme l'analyse de C. Herzlich (1969), pour qui la maladie chronique constitue avant tout une expérience sociale, façonnée par des représentations collectives, des cadres normatifs et des relations sociales qui donnent sens au vécu corporel. Le cancer apparaît ainsi comme un fait social total, dont l'interprétation dépasse largement les catégories médicales pour mobiliser des registres moraux, culturels et relationnels.

L'interprétation du cancer comme épreuve spirituelle ou purification morale s'inscrit pleinement dans la perspective développée par M. Douglas (1966), selon laquelle les sociétés produisent des catégories de pureté et de danger afin de maintenir l'ordre symbolique. La maladie est alors perçue comme une rupture de l'ordre corporel et social, nécessitant une relecture morale et spirituelle pour être rendue intelligible et socialement acceptable. Cette logique symbolique rejoint également l'analyse de P. Bourdieu (1986), pour qui les schèmes de perception et de classement du monde sont socialement incorporés et structurent les pratiques. La hiérarchisation des recours thérapeutiques du traditionnel au religieux puis au biomédical ne relève donc pas d'un rejet de la médecine moderne, mais d'un habitus thérapeutique socialement construit, où chaque registre dispose d'une légitimité spécifique. Le silence et la prudence langagière autour de la maladie peuvent

ainsi être compris comme des stratégies de préservation du capital symbolique, visant à éviter la disqualification sociale associée à une pathologie perçue comme dangereuse ou moralement chargée.

Les pratiques de soin observées confirment par ailleurs les analyses d'A. Mol (2002) sur la multiplicité du corps. Le corps malade n'est pas univoque : il est simultanément biomédical, religieux, symbolique et relationnel. La foi ne s'oppose pas mécaniquement à la médecine moderne, mais participe à une co-production du soin, dans laquelle le traitement est investi d'une valeur morale et spirituelle. Cette articulation renvoie à ce que Luc Boltanski (1971) décrit comme une pluralité de registres de justification, permettant aux acteurs de rendre leurs choix thérapeutiques moralement légitimes et émotionnellement supportables. Toutefois, lorsque les soins spirituels ou traditionnels retardent l'accès à l'hôpital, des tensions apparaissent entre rationalité biomédicale et cohérence identitaire, révélant que les choix de soin sont toujours socialement situés et traversés par des rapports de pouvoir symbolique.

L'expérience du cancer est également fortement marquée par les normes de genre, qui contribuent à la stigmatisation sociale des femmes malades. Dans la perspective d'E. Goffman (1963), le corps atteint, notamment après une mastectomie, devient un corps « discréditable », porteur d'un stigmate qui menace l'identité sociale. Cette stigmatisation est renforcée par des représentations genrées associant la féminité à l'intégrité corporelle, à la séduction et à la maternité. Les résultats font ici écho aux analyses de Pierre Bourdieu (1998) sur la domination masculine, qui s'exerce à travers des normes incorporées assignant aux femmes un rapport spécifique à leur corps. La maladie révèle ainsi une violence symbolique diffuse, qui incite les femmes à dissimuler leur souffrance pour préserver leur respectabilité sociale, confirmant l'existence d'une véritable

discipline émotionnelle genrée. Les incompréhensions conjugales observées s'inscrivent dans cette même logique et rejoignent les analyses de J-C. Kaufmann (2011), pour qui le couple constitue un espace de négociation inégal des rôles, où la charge thérapeutique s'ajoute aux obligations domestiques sans remise en cause des rapports de genre existants.

Face à ces contraintes, les stratégies de résistance développées par les femmes témoignent de dynamiques de réappropriation du corps et de l'identité. La prise de parole publique, l'engagement associatif et la mobilisation collective peuvent être interprétés, à la suite de M. Foucault (1976), comme des formes de contre-conduites, par lesquelles les femmes se constituent en sujets actifs face aux normes dominantes. Ces dynamiques rejoignent également l'analyse de Goffman (1963), selon laquelle la mise en commun des expériences stigmatisées permet une redéfinition collective de l'identité. Les groupes de soutien apparaissent alors comme des espaces de requalification symbolique, où la maladie cesse d'être un marqueur de honte pour devenir une ressource de reconnaissance et de solidarité. Sur le plan méthodologique, la mise au jour de ces logiques de résistance confirme la pertinence de l'approche qualitative inductive de Glaser et Strauss (1967), qui permet de saisir les significations produites par les actrices elles-mêmes, au-delà des catégories médicales préconstruites.

En somme, la reconfiguration identitaire observée s'inscrit dans un processus des capacités d'agir qui dépasse l'échelle individuelle pour s'ancrer dans une dynamique collective. En mobilisant des savoirs, en prenant la parole et en s'engageant socialement, les femmes transforment une épreuve biographique initialement déstabilisante en ressource politique et symbolique. Dans la lignée de P. Bourdieu (1986), cette autonomisation est analysée comme une reconversion du capital symbolique : ce qui était initialement disqualifiant devient source de légitimité et de reconnaissance sociale. La maladie fonctionne ainsi à la fois

comme révélateur des rapports sociaux et comme levier de transformation des normes de genre et des rapports au corps.

À la lumière de la littérature, ces résultats confirment que le cancer du sein constitue une épreuve sociale totale, engageant simultanément le corps, les croyances, les rapports de pouvoir, les normes de genre et les dynamiques de résistance. Loin d'une lecture strictement biomédicale, l'expérience de la maladie met en évidence à la fois les mécanismes de domination symbolique et les capacités d'agir et de transformation sociale des femmes, inscrivant le cancer du sein au cœur des enjeux sociologiques contemporains de santé, de genre et de pouvoir.

Conclusion

Cette étude met en évidence que l'expérience du cancer du sein, telle que vécue par les femmes enquêtées, dépasse largement le cadre strictement biomédical pour s'inscrire dans une configuration sociale complexe, structurée par des normes symboliques, religieuses et genrées. La maladie apparaît comme une épreuve profondément signifiante, interprétée à travers des registres moraux, spirituels et culturels qui orientent à la fois les perceptions, les émotions et les trajectoires de soin. Loin d'être de simples croyances individuelles, ces interprétations relèvent de systèmes collectifs de sens qui organisent les comportements de santé et les rapports au corps.

Les résultats montrent que la foi et les savoirs traditionnels jouent un rôle central dans l'expérience de la maladie, à la fois comme ressources de résilience et comme cadres normatifs susceptibles de retarder ou de hiérarchiser le recours aux soins biomédicaux. La relation entre religieux, traditionnel et biomédical ne se résume pas à une opposition, mais s'inscrit dans une logique de complémentarité et de négociation permanente, médiatisée par les autorités religieuses et communautaires. Cette articulation révèle l'importance de

prendre en compte les univers symboliques locaux dans les politiques de santé et les dispositifs de prise en charge.

L'étude souligne également le poids déterminant des normes de genre dans la construction sociale du cancer du sein. Les atteintes corporelles, notamment la mastectomie, sont vécues comme des remises en cause de l'identité féminine socialement valorisée, alimentant des processus de stigmatisation, d'isolement et de contrôle de l'expression de la souffrance. La maladie met ainsi au jour des rapports de pouvoir et des inégalités de genre persistantes, tant dans la sphère conjugale que dans l'espace communautaire, où les femmes sont souvent sommées de préserver leur respectabilité au détriment de la reconnaissance de leur vulnérabilité.

Pendant, loin d'être uniquement passives face à ces contraintes, les femmes développent des stratégies de résistance et de réappropriation fondées sur la parole, la solidarité et l'engagement collectif. Les groupes de soutien, les témoignages publics et les actions associatives constituent des espaces de requalification symbolique, permettant de transformer la honte et la stigmatisation en ressources sociales et politiques. À travers ces pratiques, la maladie devient un lieu de production de sens, de liens et de nouvelles formes de reconnaissance.

En somme, l'étude met en lumière un processus de reconfiguration identitaire et d'autonomisation féminine, dans lequel la maladie agit comme un révélateur mais aussi comme un moteur de transformation personnelle et sociale. L'appropriation des savoirs, la prise de parole et l'engagement communautaire renforcent la confiance en soi, la conscience des droits et le pouvoir d'agir des femmes, redéfinissant leur place dans la famille, la communauté et la société.

En définitive, le cancer du sein apparaît comme une épreuve sociale totale, au croisement du corps, des croyances, des rapports de genre et des dynamiques de pouvoir, mais aussi comme un espace de possibles, où se construisent des formes de

résilience, de solidarité et d'émancipation. Ces résultats plaident pour une approche de la santé intégrant pleinement les dimensions socioculturelles, religieuses et genrées de la maladie, afin de favoriser des prises en charge plus inclusives, plus sensibles aux vécus et plus respectueuses des capacités d'agir des femmes.

Bibliographie

- BOLTANSKI Luc, 1971. *L'Amour et la Justice comme compétences*, Éditions de Minuit, Paris, pp. 33-60.
- BOURDIEU Pierre, 1986. *La Distinction*, Minuit, Paris, pp. 45-72, 112-135.
- BOURDIEU Pierre, 1998. *La Domination masculine*, Seuil, Paris, pp. 45-72, 112-135.
- DOUGLAS Mary, 1966. *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*, Routledge & Kegan Paul, Londres, pp. 45-70.
- FOUCAULT Michel, 1976. *Histoire de la sexualité*, Gallimard, Paris, pp. 92-110, 135-160.
- GLASER Barney & STRAUSS Anselm, 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine, Chicago, pp. 5-35, 60-85.
- GOFFMAN Erving, 1963. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Minuit, Paris, pp. 15-45, 78-95.
- HERZLICH Claudine, 1969. *Maladies chroniques et expérience sociale*, Dunod, Paris, pp. 12-35.
- KAUFMANN Jean-Claude, 2011. *La Trame conjugale*, Armand Colin, Paris, pp. 25-48.
- MOL Annemarie, 2002. *The Body Multiple*, Duke University Press, Durham, pp. 25-60, 101-130.