

CANCER DU SEIN ET RETOUR À L'EMPLOI AU LIBAN - UN MODÈLE ATYPIQUE ?

Nathalie CARIOU GHANTOUS

EDBA, Université Saint-Joseph de Beyrouth
Université Paris Dauphine, France
nathalieghantous@gmail.com

RÉSUMÉ

L'**étude des** incidences psychiques, psychologiques et sociologiques du cancer du sein touchant des femmes libanaises préoccupées de conserver leur poste dans un milieu de travail et un cadre local particuliers met en relief de nombreux paradoxes qui se révèlent néanmoins sources d'une résilience exemplaire.

Mots-clés : Cancer du sein, vécu, variables identitaires, féminité, transformations, stigmatisation, discrimination, marginalisation, rejet, résilience, reconstruction, estime de soi, salariées « de l'entre-deux », retour à l'emploi, protection sociale.

Le cancer est un tueur silencieux qui attaque à l'improviste. La langue arabe évite de le nommer, préférant simplement l'appeler d'une expression chargée de sous-entendus, *Häïdek al marad*, « l'autre » maladie. Angelina Jolie, lors d'un communiqué de presse mis en ligne le 14 mai 2013 sur New York times.com, estime qu'en prononcer le nom suffit à engendrer « la terreur dans le cœur des hommes produisant un profond sentiment d'impuissance ». Dans une interview accordée le 7 mars 2018 à l'hebdomadaire Le Point, Bernard Tapie disait « le cancer, ça veut dire la mort. C'est de toute façon une longue maladie dont on craint l'issue ». L'ancien président de l'OM résumait ainsi son état : « C'est le match de ma vie, mais je ne suis pas sûr de le gagner. »

Comment l'acceptation de l'inévitable, inscrite dans le patrimoine génétique du pays, et l'ardeur phénicienne, prompte à prouver que « le Phénix renaît de ses cendres », orientent-elles aujourd'hui la résilience des libanaises face à ce fléau ?

Partant de cas précis, les témoignages recueillis que nous proposons aux lecteurs n'invalident en rien, bien au contraire, les causes et processus de résilience, innés

et conditionnés, dévoilés par les novateurs du XX^e siècle : tout au plus apportent-ils, nous l'espérons, un complément de regard, au niveau de la pudeur et de la sensibilité orientales qui se sont ici librement exprimées.

Dans un article paru en France le 4 décembre 2017 sur les *echos.fr*, le cancer est défini comme « *la maladie chronique la plus présente en entreprise* », touchant 40 % des personnes en activité. Toujours selon les mêmes sources, ce chiffre risque de tripler au cours des trente prochaines années. Au Liban, selon les chiffres de 2012 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le cancer du sein affichait une incidence de 64,18 % des atteintes annuelles.

Or, à l'heure de l'exemple occidental où la valorisation et la libération des femmes passe par le travail, ce cancer pas comme les autres qui représente la plus forte incidence des cancers féminins dans le monde (soit un sur quatre), loin de mettre en question le modèle proposé, se signale par des variantes quant aux modes de résilience que doivent inventer ses victimes libanaises soucieuses de garantir leur emploi.

Certes, avec les progrès de l'oncologie clinique, les femmes atteintes d'un cancer du sein peuvent compter sur de longues années de vie. On assiste à des retours à l'emploi, après la chirurgie et durant les traitements, malgré le fardeau physique, psychique et psychologique que la maladie leur inflige (Einchenbaum-Voline et al. 2008). Le Liban, qui jouit d'une importante infrastructure médicale qualifiée à tous les niveaux, devrait permettre à toutes celles qui le désirent de retrouver leur place dans la société.

Par ailleurs, force est de constater que nombreuses sont les malades qui se retrouvent contraintes d'interrompre leur activité professionnelle.

Afin de mieux répondre aux problématiques du *troisième plan* après un cancer, qui accorde une priorité au maintien du poste et au retour à l'emploi, nous avons recherché les dispositifs et les mesures d'accompagnement favorables à la reprise du travail des personnes atteintes de longues maladies (De Blasi et al. 2014). Peu d'études ont été menées sur les causes du retour ou du non-retour après un cancer (Bergerot, 2014) ; (Bonnaud-Antignac, 2007). Très peu se sont intéressées aux stéréotypes résultant des échanges sociaux conditionnés par la maladie (Machillot, 2012) et à l'aspect culturel du travail (Rasmussen et Elverdam, 2008).

Cette étude libanaise veut tenter de déterminer les répercussions de la maladie, en l'occurrence le cancer du sein, sur le parcours professionnel des salariées. L'objectif principal de notre recherche veut articuler leur vécu subjectif avec leur lutte contre la maladie dans le cycle du travail. L'analyse sociologique la plus pertinente est liée au corps malade, à sa mise en jeu, à sa gestuelle d'interaction. Pour l'appréhender, nous utiliserons le cadre théorique de ***l'identité sociale, de la stigmatisation et de la résilience***.

Un entretien préliminaire, conduit auprès de diverses accompagnatrices dévouées au soutien psychologique des personnes atteintes d'un cancer, conforte l'orientation de nos lectures vers la perspective d'une articulation duelle autour de deux regards : « *L'expérience du cancer du sein fut un parcours du combattant. Je pensais que ça n'arrivait qu'aux autres, je n'arrivais plus à imaginer qui j'étais, moi ; je perdais toute estime de moi. J'étais terrifiée à l'idée de reprendre mon travail. Je suis employée dans une société où je suis en contact permanent avec les clients. Je ne savais plus comment les affronter. Ma famille me couvrait jusqu'à l'étouffement, mes collègues manifestaient une sollicitude que je ressentais comme de la pitié, j'avais besoin d'un regard différent* ».

La malade se trouve donc tenue de s'intégrer à un schéma devenu classique, centré sur une obligation de résilience qui est psychologiquement vitale : l'atteinte à son identité individuelle divisée en deux segments distincts mais paradoxalement dépendants l'un de l'autre, l'identité pour soi opposée à l'identité pour autrui, provoque en elle un incessant va-et-vient entre son image en tant que personne stigmatisée, discriminée, et celle de l'autre... et vice-versa (Dubar, 1998). Son identité professionnelle, composante active de son identité personnelle, ne sera que plus indissociable de cette dernière car son milieu et ses relations de travail, ses ambitions et sa carrière dont elle retirait une satisfaction, appartiennent à tout son vécu, passé comme présent (Fray et Picouneau, 2010)

Mais, dans l'entreprise, la coexistence de la maladie et du travail n'existe encore pratiquement pas : soit on est en bonne santé, soit en arrêt de travail pour cause de maladie. Le monde appartient aux bien-portants, la sphère professionnelle aussi. Y faire entrer la maladie, c'est vouloir faire cohabiter deux réalités contraires. (Prot, 2005). De plus, en dépit de leur bonne volonté, ces salariées « malades » risquent de cumuler un taux d'absentéisme pouvant dans certains cas dépasser ce qui est toléré par le droit du travail. (Dodier, 1983).

Notre problématique s'intéresse à comprendre dans quelle mesure et pourquoi les libanaises reprennent leur travail durant les traitements. Et à quelles difficultés ces salariées « de l'entre-deux », ni vraiment saines ni vraiment malades, vont devoir faire face dans l'entreprise qui les emploie. Il s'agit d'appréhender les représentations sociales de la maladie, ce qui consiste à inscrire la convergence des cycles entre la personne malade et son environnement (proche ou moins proche), le cycle du travail et les politiques managériales.

Il n'existe pas de parcours unique pour vivre le corps blessé : le chemin de la résilience dépend aussi du caractère, de facteurs environnementaux, de cultures particulières et de personnes modèles qui influencent la manière de réagir des malades. Comment le corps meurtri peut-il échapper à l'emprise de l'autopunition intérieure que s'inflige une patiente qui désespère de savoir vivre autrement ? Bernard Tapie, déjà cité, manie la dérision quand il interpelle ses concitoyens, bien portants et cependant jamais satisfaits : « *Quand tu as la santé (...)! Chaque jour qui se lève est une fête ! Va au boulot heureux !* » ...

En d'autres termes, avant de parvenir à la reconstruction de sa personnalité défaite, chacune aura fait l'apprentissage d'un réel de trop, jusque-là ignoré, qu'elle aura dû traiter concrètement, au-delà des sensations, pour revenir aux choses telles qu'elles se présentent : combat mené d'instinct au quotidien, sur tous les fronts, pour triompher de l'introspection (en ce cas négative) et passer du corps, pensé *comme une structure et qui construisait son monde vécu*, au corps *repensé*. Munie d'une nouvelle image de soi globale, la malade peut alors procéder et participer au monde de la vie, qui sera dorénavant sa propre structure. Pour imposer son identité sociale, la malade en rémission aura intégré profondément son *corps propre*, chair vivante (par opposition au *corps matériel*), c'est-à-dire qu'elle aura dépassé les conventions et les archétypes de sa vie précédente pour vivre humainement, à sa manière et dans son contexte *ce que (elle) sent au-dedans*, avançant grâce au *primat de son expérience corporelle* avec sa propre conscience.

Avant d'arriver à triompher de la maladie, des autres et d'elle-même, et pour aboutir à cette prise de conscience, il lui aura fallu travailler sur elle-même sans relâche, écarter les sensations, l'affectivité, les débordements trompeurs et opérer, dans son corps, une synthèse bienfaisante qui l'aura conduite à la « *right attitude* » Elle vivra non plus son *corps pour autrui* mais pour soi.

« Ai-je un corps ou suis-je mon corps ? » s'interrogera-t-elle. En tous cas, « Je suis mon monde » (Wittgenstein et al.1993) C'est cet éclairage qui accompagne notre démarche.

Maladie / regard sur la personne atteinte / exclusion... Emploi / combat / reconversion ...

Passé / présent / futur... Tout ceci étant envisagé concrètement dans le rapport que notre société aux multiples composants entretient avec sa perception des corps abimés.

Au cours du cycle de la maladie, la cancéreuse subit des transformations physiques et psychologiques qui laissent des traces indélébiles (Owens, 1993). Il sera difficile à la libanaise, particulièrement imbibée d'un fond de délicatesse orientale, de rendre compte de ses ***blessures intimes***, les ***stigmates***, qu'elle s'efforcera de gérer toute seule. En revanche, elle s'emploiera à lutter de front ou de biais contre la ***stigmatisation***, un ***processus social*** d'exclusion humiliant, que Erving Goffman (1973, 1975) signale comme un étiquetage, qu'il soit le fait d'une famille trop protectrice, de collègues égoïstes ou d'employeurs intéressés par le seul rendement.

Toujours selon Goffman, indépendamment des réflexes naturels concernant le jeu pervers des stigmates et de la stigmatisation, la tradition orientale vis-à-vis des malades est restée des plus pesantes : on a toujours tendance à considérer le malade, l'infirmes, le mutilé, comme un être à part, inapte aux activités. D'où une mainmise étouffante de la famille sur le corps malade qu'elle se garde de

stimuler, faute d'y croire. D'où la méfiance et la réticence des patrons vis-à-vis des employés frappés par le cancer (Herzlich 1969). Si l'approche Goffmanienne du stigmaté (*Sociologie des organisations*) relève que ces cicatrices internes, ancrées à jamais chez le sujet qui en est porteur, sont susceptibles de lui insuffler une puissance intérieure, sauf exception, on n'en est pas ici convaincu. Rappelons à l'appui de notre propos qu'à Byzance, lorsqu'on voulait empêcher un empereur de régner, on le défigurait en lui tranchant le nez : **la coutume d'évincer celui qui, en apparence, est imparfait** a persisté. Les exemples européens continuent à surprendre les libanais, pourtant plus occidentalisés que leurs voisins arabes: ils sont ici suivis très lentement, lancés par des jeunes ayant vécu à l'étranger et soutenus par quelques trusts locaux, peu à peu acceptés, notamment grâce aux diffusions d'émissions télévisées, comme celles des JO paraplégiques, sur les chaînes sportives de langue arabe ou à l'heure des informations, ainsi que le marathon de Beyrouth organisé annuellement à l'intention des handicapés. On ne voit qu'exceptionnellement, dans ce pays qui compte un nombre record de blessés de guerre, des skieurs amputés slalomer sur les pistes enneigées du Liban chrétien. Si Maurice Herzog, ministre de la jeunesse et des sports sous le Général de Gaulle et vainqueur de l'Annapurna en 1950, avait été amputé des doigts et des orteils (ceux-ci ayant gelé pendant son expédition) continuait à pratiquer l'alpinisme et jouissait d'un surcroît de popularité, et si les dirigeants européens ou nord-américains affichent une image rarement (ou discrètement) retouchée, si par ailleurs ils communiquent régulièrement leurs bilans de santé, il n'en va pas de même ici. Les leaders, vêtus et coiffés selon les normes-types adaptées à la mentalité de leurs électeurs, affectent une posture avantageuse, rassurante, virile ou bienveillante, **démontrant le crédit accordé à l'image destinée à mettre en confiance leur clientèle, dans ce pays voué au commerce** où le paraître est primordial.

Paraître ? Un défi de plus que les convalescentes en réinsertion auront à relever.

« Je n'arrivais plus à imaginer qui j'étais, moi », disait notre informatrice, alors qu'une autre ajoute « Mais, en premier, la vie ne s'arrête pas. Même si... vous êtes malade, rien ne s'arrête. »

Celle qui perd le contact avec sa propre personne, qui ne sait plus qui elle est a besoin de modèles pour entrer en résilience, pour arriver à retrouver son identité, et mieux vaut pour elle que ces modèles lui ressemblent par l'éducation, la culture : suivre leur exemple sera plus facile.

En effet, au Liban, les contextes particuliers ne sont pas seulement confessionnels : selon Liliane Ghazaly (1989, p 67-68) des « conditions économiques, historiques et psychologiques » se sont « greffées sur des données géographiques pour façonner le profil socio-psychologique de chaque groupe communautaire ». Les habitants des villes côtières « montrent un esprit plus universaliste » que ceux de la montagne « enclins à un comportement instinctif passionnel ».

De plus, en dépit de l'évolution des mœurs accélérée par la guerre civile à laquelle nombre de femmes ont activement participé, les libanaises demeurent discrètes et réservées quant à l'expression de leurs sentiments. Intuitives, elles avancent à pas feutrés avant de se livrer en confiance, ce qui peut les enfermer dans une sorte de résilience passive, de résignation qui « fait avec » le poids du milieu oriental.

En ce cas, la force, la puissance engendrées par le stigmat, telles que soulignées par Goffman (1975), porteraient atteinte aux relations sociales, à l'énergie nécessaire au retour à l'emploi.

May Chidiac, journaliste libanaise bien connue, a été victime d'un attentat à la voiture piégée le 25 septembre 2005 ; elle a miraculeusement survécu, mais son corps a été démolé, et son visage blessé. Pourtant cette dame à la personnalité remarquable continue son métier, qui est public, sans baisser la garde. Elle est unanimement respectée, admirée depuis son intervention télévisée transmise en direct où, convalescente, elle a affirmé sa féminité en apparaissant avec panache, élégante, soigneusement coiffée et fardée, faisant fi d'un misérabilisme facile qu'elle récuse violemment. Elle est considérée comme un exemple hors normes dans tout l'Orient pour avoir su imposer son image de courage et de femme.

Moins connue du grand public est celle d'Agnès Varis parue dans la revue libanaise *Pictoram* 2015 p. 95, américaine d'origine grecque aujourd'hui décédée, fondatrice du trust éponyme et généreuse donatrice auprès d'ONG sélectionnées et suivies ici par ACT for LEBANON. Exemple de la « *self made woman* », et elle-même victime d'un cancer, elle n'hésitait pas à s'afficher, malgré les effets de la chimiothérapie, riieuse et sans perruque aux côtés de Barak Obama lors d'un dîner de gala à New York : on la voit sur une photographie, assise à la table présidentielle, à la gauche du président, très décontracté, qui l'enlace affectueusement.

Ces femmes, figures emblématiques de cette vitalité explosive innée en Méditerranée orientale démontrent ouvertement qu'elles ont été capables de s'affranchir des tabous, des préjugés, de réussir leur carrière, de témoigner, de mordre à belles dents dans la vie.

« *Je fais peur à la mort, c'est fini !* » déclarait May Chidiac à l'issue de sa séance de maquillage. L'exemple de pareilles lutteuses, culturellement si proches d'elles, porte les libanaises à vouloir dépasser la compassion ambiante qui les bride et les éteint : tradition patriarcale réductrice, conception du devoir ou de l'entraide, certes vouées à la protection du plus faible, mais qui **marginalisent doublement** « la » **malade** en accentuant son infériorité, autre aspect de la « dhimitude ».

Or, comme l'exprime une de nos informatrices, « *l'emploi* » est « une force (...) » il est « épanouissant, » « (...) *une thérapie (...) la preuve* » d'être « loin de la mort ». L'identité construite dans un combat est une voie royale qui assied la victime dans une **résilience positive** plus forte, bénéfique autant à la malade qu'à son entourage. **Celles qui mènent à bien ce combat doivent s'accepter différentes de**

ce qu'elles étaient..... Pour retourner au travail et s'y imposer, pour que personne ne puisse plus dire, comme Mireille « mon cancer ne m'a pas tuée, on m'a tuée socialement ! », ni comme Ojeimi « Dans une société qui marche, il n'y a pas de place pour la maladie ; ça c'est l'injustice de la vie. »

« Revenir aux choses »... Au commencement était le corps...

L'expression du philosophe Husserl fut le moteur de la réflexion contemporaine, que Maurice Merleau-Ponty (1942, 1945) a permis de développer largement grâce à sa théorie de l'« a priori du corps » sans cesse affinée, qu'il ébaucha dès 1942 dans « Structure du comportement » et condensa en 1945 avec « La phénoménologie de la Perception », dans laquelle il applique des lois physiques à la philosophie, et veut traiter concrètement le réel, c'est-à-dire **comprendre l'expérience passée au laboratoire du concret, différemment du processus d'introspection.**

Cet éclairage, spontanément corroboré par nos informatrices, accompagne notre démarche.

Lorsque la cancéreuse libanaise se sait atteinte, comme ses sœurs d'infortune l'expérimentent partout ailleurs, elle se trouve d'abord dans le cas d'un être qui reçoit différemment les premiers niveaux de sensations communes à notre espèce : formes, couleurs, odorat, etc... *Elle va connaître l'expérience* autour de laquelle chacun de nous a construit (sans le savoir clairement) sa pensée et son identification : à nouvelles sensations, nouveau processus de construction, donc « reconstruction » et nouvelle vision. Nos malades réalisent que les sens sont vecteurs de préjugés ; pour outrepasser leur condition, elles vont être amenées à vivre humainement leur « corps propre » leur chair vivante, à prendre conscience de leur corporalité particulière, (notion indiquée par Hegel dès 1807 et développée dans la Phénoménologie de l'Esprit, puis exploitée par Husserl) : vivre « leur corps propre » c'est-à-dire le corps humain, doué de conscience et d'intentions, qui « est dans le monde comme le coeur dans l'organisme » (Merleau-Ponty , 1945). Elles y parviendront quand elles auront appris à freiner, écarter les sensations, l'affectivité, et sauront dire comme Rita :

« Franchement, je ne sais pas, mais moi jamais, aucune fois je n'ai pris la chose de manière négative, jamais. Jamais, jamais ». Et qu'importe si la religiosité ambiante les soutient puisque elle leur aura permis de « surmonter l'alternative », selon l'expression de M. Merleau-Ponty, de dépasser le clivage entre le « corps pour soi » et le « corps pour autrui » (différenciation indispensable au philosophe et au psychanalyste pour unifier l'identité de la personne) ; leur corps, vis-à-vis d'elles-mêmes et des Autres, aura opéré sa synthèse en interdépendance avec le monde construit avant elles, avant eux, dont Lamisse semble avoir eu l'intuition prémonitoire : « Et quand je priais je me sentais vraiment bien, je ne touchais pas le sol. C'était très important pour moi. Parce que je priais déjà avant (...) je priais toujours pour des gens malades, je ne sais pas pourquoi. On me disait quelqu'un est malade, je ne sais pas, en Inde, je priais pour cette personne (...) et voilà que... Peut-être parce que je priais pour les autres que beaucoup ont prié pour moi... et

je suis sortie tellement forte (...) La dame que j'ai rencontrée hier et qui a plein de problèmes, je lui ai demandé si elle priait... Elle m'a dit non, qu'elle avait une grande révolte contre Dieu. Je lui ai dit : écoute, la révolte ne t'apporte rien de plus, elle te tire vers le bas... »

Cycle professionnel et cycle de la maladie

Au cours de sa maladie, la femme subit *de facto* des transformations physiques et psychologiques qui laissent des traces indélébiles, quelques masquées qu'elles puissent être (Lantheaume et al., 2016), et qui impliquent un sentiment de rejet (Alter, 2012). L'examen de ces traces, au cœur de notre problématique, nous pousse à distinguer le stigmaté (blessure intime), et la stigmatisation (processus social), distingués par Goffman dans le cadre d'organisations sociales normatives. Pour Norbert Alter (2012), la compréhension du stigmaté constitue une force qui exige, selon lui, « de reconnaître sa différence, de la faire accepter » (Alter 2012, p. 39), de savoir la valoriser pour « accéder à une identité sociale plus satisfaisante » (Alter 2012, p. 222).

Le vécu des résilientes motive la production et la compétitivité : Amal se souvient : « Je travaillais de tout cœur... des heures supplémentaires. Les week-end et des fois j'étais obligée de plier bagage à n'importe quel moment, le travail l'exigeait ». Si elles se jettent dans le travail c'est qu'il est non seulement « une priorité (qui lui) *faisait oublier* (sa) *maladie* » comme dit Chantal, mais aussi, témoigne Aline, « *Important pour la confiance que* (elle avait en elle), (son) *estime*, (son) *épanouissement*... Le travail, ça forge une personnalité, ça donne une nouvelle vision des gens, de la vie... »

Car le stigmaté porte toujours atteinte, plus ou moins gravement, aux relations sociales et professionnelles : les femmes actives qui se flattaient de leur identité professionnelle se sentent menacées par une amputation de plus si elles perdent leur emploi (De Blasi et al., 2014). Certaines aussi, Josiane par exemple, redoutent leurs propres écarts de comportement, dus à une nervosité aigüe dont la maladie est responsable car elle a fragilisé leur seuil de tolérance et, de ce fait, collaborateurs et clients mettent en doute leurs capacités.

Trouver et assumer une nouvelle identité qui cadre avec à la fois qui on est, telle qu'on se perçoit, et telle que vous perçoivent les Autres est une tâche d'équilibriste, un lot de souffrances supplémentaires. Peuvent-elles en assimiler la complexité ? Et quelle sera au Liban la valeur de leur exemplarité ?

Claude Dubar (1998) signalait que le concept d'« identité pour soi » et d'« identité pour autrui » est bâti sur des interactions entre trois paramètres : « l'image que l'on se construit de nous-mêmes, l'image que l'on souhaite renvoyer aux autres et l'image que les autres nous renvoient ». (Fray et Picoulet 2010, p75). La sociologie des organisations s'intéresse aux formes les plus diversifiées d'**évaluations fondées sur des variables identitaires : le sexe**, source de différenciations explicitement

biologiques et le **genre**, source de normalisations et de hiérarchisations, qui relève de deux aspects, identité (comment l'individu se voit dans son inscription biologique) et rôle (ce qui est considéré par la culture comme approprié aux normes du sexe de naissance) (Dudoit et al., 2007 ; Moynihan, 1998). Ainsi, un Directeur des Ressources Humaines (DRH) qui reçoit un CV tient compte des diplômes, de l'expérience, du sexe, de l'âge, des origines sociales, culturelles et/ou ethniques, composantes de l'identité du candidat (Bellini, 2010).

Notre étude s'est attachée à faire parler des femmes diagnostiquées pour un cancer du sein sur leur sentiment d'identité d'une importance capitale dans le cadre d'un retour à l'emploi réussi afin de mieux appréhender la convergence des cycles dans les échanges et les traitements, dans quelles conditions s'effectue le passage de la malade à leur vie professionnelle qui demeure un élément fondamental de leur mental, synonyme de vie (Caron et al., 2007), qui participe justement à la reconstruction de leur identité (Eberl-Marty, 2013).

Cette pathologie qui menace le moi (Vernet et al., 2007) ne fragilise pas uniquement la santé, mais bouleverse la vie dans son ensemble, contrarie les projets professionnels et, plus grave pour la femme, le traitement invasif perturbant l'image de la féminité (Vernet et al., 2007) ébranle ses repères identitaires immédiats, seins et cheveux, attributs majeurs de la séduction et de la beauté féminines (Akoum, 1996). Elle jette le trouble sur le rapport à soi et aux autres (Reich, 2009), plus particulièrement ici parce que cette femme vit aux frontières de l'Orient où les aspects sociaux-psychologiques ainsi que les comportements sont profondément codifiés. Ici plus qu'en Occident, l'altération de son image la dégrade : elle n'est plus une « femme complète » selon l'expression d'Owens (1993). Si tout malade est « étiqueté », a fortiori, sous quel label classera-t-on nos cancéreuses ? « **Esse est percipi aut percipere** », « Etre, c'est être perçu ou percevoir » (Berkeley, 1991).

L'identité étant donc à la fois personnelle et sociale, elle s'exprime en même temps dans la singularité individuelle et dans l'appartenance au groupe (catégories sociales, familiales, ethniques, idéologiques, corporatistes...) dont chacun tire ses caractéristiques identitaires.

« **Exister, c'est coexister** » (G. Marcel, 1959) : à l'intérieur d'une même organisation, les parties prenantes ont tendance à se comparer, à classer et à catégoriser les autres (Tajfel et Turner, 1985). Dans le milieu du travail, en plus des classifications d'usage (sexe, âge, genre, religion et origine sociale), des groupes peuvent se former autour de l'acceptation ou du rejet de la collègue malade (Watine, 2005). Par conséquent il n'est pas exclu d'assister à la marginalisation de celles qui portent l'étiquette de « malade » (Ashforth et Mael, 1989) ; (Oaks et Turner, 1980).

Dans le cadre d'une entreprise, la fonction des étiquettes classificatrices peut être reconnue comme une modalité de rétablissement des normes de l'ordre organisationnel, la santé des salarié(e)s représentant un capital immense pour l'entreprise (Ashforth et Mael, 1989) ? Reconnue comme une construction

critique du comportement organisationnel, la théorie de l'identité sociale nous éclaire sur la fonction des classifications (Tajfel et Turner, 1985). Ces normes se trouvent désorganisées par l'atteinte au corps qui perturbe les critères de la correspondance.

Or, les transformations physiques et psychiques induites par le cancer du sein et son traitement influant sur l'estime de soi de la salariée (Oaks et Turner, 1980), peut-on parler de concordances de calibrages institutionnalisés et d'auto-calibrages imposés par la force du stigmaté ?

L'identité professionnelle s'articule sur trois éléments « le **monde vécu du travail** ainsi que les **significations que lui accorde l'individu**, les relations au travail (interpersonnelles et sentiment d'appartenance), enfin les **trajectoires professionnelles** et la perception de l'avenir » (Fray et Picouneau 2010, p76). Il est donc avéré que la réinsertion sera difficile: du côté de l'employée, un parcours du combattant de plus et, du côté de l'employeur, un appel à revenir sur ses préjugés, ce à quoi il est peu souvent préparé, d'autant plus que la législation libanaise régit indifféremment tous les arrêts maladie, aussi bien ceux dont le motif est le rhume des foins que ceux dont le motif est le traitement de longue durée du cancer ; à titre d'exemple, on retiendra l'article 39 de la loi du travail libanaise, stipulant qu'*au terme de neuf (éventuellement dix-huit) mois d'absence sur cinq années consécutives, le salaire complet accordé ne sera prolongé qu'un an durant, selon son ancienneté, si la commission médicale le juge guérissable dans les deux années à venir.* « **Passé ce délai, il sera licencié ou mis en retraite conformément aux lois en vigueur** »... L'article 40 prévoit des **rémunérations a minima** proportionnelles à l'ancienneté et l'article 41 permet au patron de l'entreprise d'écourter les vacances annuelles à huit jours dans le cas d'arrêts **dépassant la période d'un mois**. Greta dira : « *Je suis une personne qui m'absente beaucoup... Je suis peut-être une exception. Nombreux n'ont peut-être pas cette chance, pour moi, j'avais la chance de travailler avec des gens humains* ».

Bien que la prise en charge de la maladie par la sécurité sociale et le ministère de la santé couvre totalement les soins essentiels du cancer du sein, de nombreuses restrictions subsistent. Lara avoue qu'elle n'avait « **pas les moyens de ne pas travailler** », Suzanne, à bout de fatigue dit qu'elle travaille malgré ses douleurs pour couvrir ses frais de traitement : « **En fait je n'en peux plus ! (...) mais quitter l'emploi serait aussi dire bonjour à la mort !** » Suzanne et les autres font face à une réalité plus amère encore : sont-elles en état d'admettre les limites de leur budget, fruit de leur travail honnêtement accompli qui leur assurait jusqu'alors une vie plus agréable ?

Une valeur ajoutée spécifique

Au-delà des carcans normatifs qui diminuent l'appréciation du travail de la femme et des regards qui marginalisent la malade, existe bien, hors de la relation confuse du physique et du psychisme définies Murray (2005), un besoin de vivre,

une volonté dynamique qui ressort de chacune de nos interviews. Au-delà de la satisfaction de se réaliser, d'oublier qu'une épée de Damoclès oscille au-dessus de leurs têtes, les libanaises ont conscience de mener un combat, exemplaire, qui participe à l'émancipation des femmes et à l'éducation des plus jeunes ; plus encore, elles ont le sens de contribuer dans leur chair au maintien de la résistance culturelle de leur pays... Elles investissent beaucoup de générosité, de qualités dans leur espoir de guérir et d'établir une communication plus vraie avec tout un chacun.

À la faveur de cette enquête, dans ce pays où le regard, le geste, en disent souvent plus que les mots, nous avons voulu être attentifs à la parole de ces femmes : nous espérons avoir pu saisir, entre le dit et le non-dit, les débordements du verbe et les réserves, l'ambiguïté positive de ces citoyennes du monde qui, à travers les affres du cancer, perpétuent un lien évident entre la rationalisation qui leur est apprise par l'Occident et la magie de la perception orientale.

Leur donner la possibilité de s'exprimer leur a sans doute permis de témoigner de leur propre identité. Notre recherche a accédé à des éléments cachés, rendu intelligible leur comportement, mieux saisi l'expérience vécue, et donc tenté de rendre compte d'une réalité humaine dans la « **profondeur de sa complexité sociale et son épaisseur existentielle** », et à travers elles, nous l'espérons, transmis un peu de « la réalité humaine dans sa totalité » (Chanlat, 2005).

Paradoxalement, le cancer, qui touche à l'ontologie et à l'identitaire, ne permet-il pas aux patients, au corps médical et aux soignants, aux entreprises, aux couvertures maladies, aux ONG, de se rencontrer « en terrain neutre » pour améliorer le système d'inclusion des actives malades et engager une responsabilité sociale envers cette différence ?

L'enquête-terrain se propose d'éclairer la littérature pour orienter les ouvertures vers un engagement de responsabilité sociale et étatique que nous traiterons dans une étude ultérieure.

BIBLIOGRAPHIE

- AKOUM, Dalida. 1996. « La représentation de la femme dans la littérature arabe préislamique et dans ses sources ». *Thèse de doctorat en Etudes arabes et islamiques. Direction Abdallah Bounfour, Bordeaux 3.*
- ALTER, Norbert. 2012. « La force de la différence. Itinéraires de patrons atypiques ». *Paris, Presse Universitaires de France, 2012.*
- ASHFORTH Blake E. & MAEL, Fred. 1989. « Social identity theory and the organization » .*Academy of management review, vol. 14, N°1, p.p. 20-39.*
- BELLINI, S. 2010. « Le calibrage anthropologique, une tentative d'explication de la discrimination par l'âge dans le monde du travail », *Nouvelles perspectives en management de la diversité. p.p.10-31.*
- BERKELEY, G. 1991. *Principes de la connaissance humaine, 1710, traduction Garnier Flammarion 1991*
- BERGEROT.P. 2014. « Cancer et vie professionnelle, un enjeu de société », *Psycho-oncologie. 08/2014. p.p.141-144*
- BONNAUD-ANTIGNAC, A. 2007. « Psychopathologie de la rémission : La douleur : ce qu'il me reste de mon cancer », *Psycho-Oncologie. 01/2007, p.p.56-61*
- CARON, R., LEROY, F., BERL, S. et BEAUNE, D. 2007. « L'impossible écart entre représentations du corps malade et représentation de soi », *Psycho-oncologie, p.p. 41-47.*
- CHANLAT, Jean-François. 2005. « Chapitre 6. La recherche en gestion et les méthodes ethnosociologiques, Management des ressources humaines » *Paris, Editions De Boeck Supérieur « Méthodes & Recherches », p.p. 159-175.*
- DE BLASI, G., BOUTEYRE, E. et ROLLIN, L. 2014. « Aide à la reprise du travail après cancer : huit années d'expérience d'une consultation pilote » *Psycho-oncologie, 2014, N° 8, p.p. 135-140.*
- DUBAR, Claude. 1998. *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles Paris, Armand Colin. 2^{ème} édition revue, 3^{ème} tirage 1998*
- DUDOIT, É., DANY, L., BLOIS, S. ET CUVELLO, C. 2007. « Rôle de l'identité sexuée et de l'influence du genre pour l'analyse de l'expérience des soins de support en oncologie », *Psycho-oncologie, p.p. 265-275.*
- DODIER, Nicolas. 1983. « La maladie et le lieu de travail », *Revue Française de sociologie, XXIV, p.p. 255-270.*
- EBERL-MARTY, A. 2013. « Quand la reprise professionnelle révèle le patient à lui-même », *Psycho-oncologie, p.p. 54-56.*
- EICHENBAUM-VOLINE, S., MALAVOLTI, L., PARAPONARIS, A., et VENTELOU, B. 2008. « **Cancer et activité professionnelle** », *Revue de l'OFCE, p.p. 105-134.*
- FRAY, Anne-Marie et PICOULEAU, Sterenn 2010. « Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail », *Management & Avenir, N° 38, p.p. 72-88.*

- GHAZALY, Liliane. 1989. *Liban, Rêves, Guerres et Réalité, publié à compte d'auteur, 1989. 187 pages.*
- GOFFMAN, Erving. 1975. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps, traduits de l'anglais par Alain Kihm. Paris, Les Editions de Minuit. 170 pages*
- GOFFMAN, Erving. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne, la présentation de soi, les Editions de Minuit. 240 pages*
- HERZLICH, Claudine. 1969. « Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale » *Paris, Ed Mouton.*
- LANTHEAUME, Sophie, FERNANDEZ, Lydia LANTHEAUME, Stéphane, BOSSET, Mathieu, PAGES, Arnaud, BLOIS - DA CONCEIÇÃO, Stephanie. 2016. « Cancer du sein, image du corps et psychothérapie par médiation photographique (PMP) », *Annales p.p. 366-373.*
- MACHILLIOT, Didier. 2012. « Pour une anthropologie des stéréotypes : quelques propositions théoriques » *Horizontes anthropologicos, N° 37 jan/jun 2012, p.p. 73-101. Porto Alegre, 2018.*
- MARCEL, G. 1959. *Présence et immortalité, Paris, Flammarion, 1959*
- MERLEAU PONTY, Maurice. 1942. *La structure du comportement. ISBN 9782130620181, 372 pages*
- MERLEAU PONTY, Maurice. 1945. *Phénoménologie de la perception. ISBN 9782070293377, 521 pages*
- MOYNIHAN, C. 1998. «Theories in health care and research: theories of masculinity» *British Medical Journal (BMJ),*
- MURRAY, Samantha. 2005. «Doing Politics or Selling out? Living the Fat Body», *Women's Studies: An inter-disciplinary journal, vol. 34, N° 3, p.p. 265-277.*
- OAKS, P. J., & TURNER, J. C. 1980. «Social categorization and intergroup behavior: Does minimal intergroup discrimination make social identity more positive? » *European Journal of Social Psychology, p.p. 295-301.*
- OWENS, T.J. 1993. «Accentuate the positive and the negative: Rethinking the use of self-esteem, self-depreciation, and self-confidence», *Social Psychology Quarterly, p.p. 288-299.*
- PROT, Bernard. 2005. « Évaluer le travail ou évaluer le salarié ? Le problème du développement potentiel », *Management et gestion des ressources humaines, stratégies, acteurs et pratiques. Actes du séminaire national, p. 109.*
- RAMUSSEN, D.M. and ELVERDAM, B. 2008. «The meaning of work and working life after cancer: an interview study», *Psycho-oncology, N° 17, p.p. 1232-1238.*
- REICH, Michel. 2009. « Cancer et image du corps : Identité, représentation et symbolique », *L'information psychiatrique, vol. 85, N° 3.*
- TAJFEL, H et TURNER, J.C. 1985. «The social identity theory of intergroup behavior», *WORCHEL, S. & AUSTIN, W.G.Eds, Psychology of intergroup relations, p.p. 7-24.*

- VERNET, A., HENRY, F., BOUDARHAM, A., KIPPER, M.C., ALCALAY, V., BOUJASSY, E. et CLERE, F. 2007. « Prévention du cancer du sein et facteurs psychosociaux », *Le Journal des psychologues*, p.p. 54-57.
- WATINE, P. 2005. « Insertion et maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap en France », *EMS-Toxicologie-Pathologie*, p.p. 111-136.
- WITTENGENSTEIN, L., KLOSSOWSKI, P., GRANGER, G.-G., *Tractatus logico-philosophicus*, Gallimard, Paris, 1961 ; nouvelle trad. *ibid.*, 1993.
- LesEchos. <https://www.lesechos.fr/pmr-trgions/actualite-pme/030952608151-lecancer-lamaladie-chromique-la-plus-presente-en-entreprise-2135541=php>
- Pictoram 2015, revue culturelle et artistique *publiée au Liban à 2000 exemplaires en langue française*