



HAL
open science

Les relations entre les mères et leurs enfants pendant et après les traitements d'un cancer maternel : gagner ou perdre en qualité

Anaïs Mary

► **To cite this version:**

Anaïs Mary. Les relations entre les mères et leurs enfants pendant et après les traitements d'un cancer maternel : gagner ou perdre en qualité. Sociologie. Université Paris Cité, 2023. Français. NNT : 2023UNIP7312 . tel-04764689

HAL Id: tel-04764689

<https://theses.hal.science/tel-04764689v1>

Submitted on 4 Nov 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris Cité

École doctorale 624 – Sciences des Sociétés

Centre de recherche sur les liens sociaux (CERLIS)

Ligue contre le cancer

Les relations entre les mères et leurs enfants pendant et après les traitements d'un cancer maternel : gagner ou perdre en qualité

Manuscrit de thèse rédigé par Anaïs MARY en vue de l'obtention du grade de Docteur en sociologie sous la direction d'Elsa RAMOS, Maîtresse de conférences habilitée à diriger des recherches, Université Paris Cité, Centre de recherche sur les liens sociaux (CERLIS)

Thèse soutenue publiquement le 20 novembre 2023, Salle F-673 – Ancienne bibliothèque des sciences humaines et sociales, Université de la Sorbonne, Paris

Jury composé de :

Christophe GIRAUD, Professeur de sociologie, Président	Université Paris Cité, Paris, France
Philippe BATAILLE, Professeur de sociologie, Rapporteur	École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, France
Jacques MARQUET, Professeur de sociologie, Rapporteur	Université Catholique de Louvain, Ottignies- Louvain-la-Neuve, Belgique
Christine DÉTREZ, Professeure de sociologie, Examinatrice	École Normale Supérieure, Lyon, France
Aude BÉLIARD, Maîtresse de conférences, Examinatrice	Université Paris Cité, Paris, France
Benoît CÉROUX, Chargé de recherche, Membre invité	Caisse Nationale des Allocations Familiales, Paris, France
Elsa RAMOS, Maîtresse de conférences habilitée à diriger des recherches, Directrice	Université Paris Cité, Paris, France

Résumé de la thèse

Titre : Les relations entre les mères et leurs enfants pendant et après les traitements d'un cancer maternel : gagner ou perdre en qualité

Dans cette thèse, nous interrogeons les effets du cancer et de ses traitements sur les relations qu'entretiennent des mères qui en ont été atteintes avec leurs enfants mineurs pendant et après les soins. Pour ce faire, nous avons conduit cinquante-cinq entretiens semi-directifs avec des femmes dont les phases aiguës des traitements d'un premier cancer – opérations, chimiothérapie et/ou radiothérapie – étaient achevées depuis au moins un an. Ce travail de thèse mené en sociologie de la famille avec les grilles de la sociologie de l'individu permet de montrer que dans les sociétés occidentales contemporaines, du moins lorsque les enfants sont en bas-âge, les familles sont relationnelles (Singly (de), 2012), mais elles sont surtout de type filial maternel. Dans cette recherche, tout notre propos est de montrer que dans nos sociétés contemporaines, le pivot des familles relève du duo composé de la mère et de ses enfants ou de l'un(e) de ses enfants, notamment quand ces derniers sont en bas-âge. Autrement-dit, dans nos sociétés, les enfants sont les « *autrui significatifs* » (Berger et Kellner, 2012 [1964] ; Céroix, 2006) de leur mère, et réciproquement. Ce « titre » « *d'autrui significatif* » repose sur trois prérequis. Premièrement, les « *autrui significatifs* » sont insérés dans des relations qui empruntent à un registre émotionnel à une échelle individuelle et sociale. Deuxièmement, pour être « *autrui significatifs* », les individus doivent partager un « *monde commun* » (Ibid., 1964 ; 2006) qui relève d'un espace et/ou de temps partagés ensemble. Enfin, dans les relations entre « *autrui significatifs* », la conversation occupe une place centrale. Sont « *autrui significatifs* », des personnes amenées à dialoguer entre elles de manière répétée. Telles qu'elles ont été construites socialement, les relations entre les mères et leurs enfants dans les sociétés occidentales répondent à ces trois impératifs que le cancer renforce. Tandis que les pères investissent plus qu'ils ne le faisaient déjà avant la maladie, les dimensions traditionnelles de la paternité – autorité et ressources matérielles –, les mères notent que dans le cadre de cette expérience de maladie qui emprunte à un registre tragique, elles sont amenées à passer plus de temps avec leurs enfants et à plus dialoguer avec eux qu'elles ne le faisaient déjà avant le diagnostic. En cela, le cancer et le temps de ses traitements peuvent favoriser un rapprochement relationnel entre les mères et leurs enfants. Pour que celui-ci advienne, il est toutefois indispensable que la mère se fasse reconnaître et soit reconnue par ses enfants comme

« *malade* », ce qui n'est pas nécessairement le cas même une fois le diagnostic de cancer dûment établi par le corps médical. En l'absence de reconnaissance du statut de « *malade* », les relations avec les enfants restent inchangées pendant, comme après les soins. Néanmoins, cette configuration de stabilité relationnelle semble – au regard de notre corpus – minoritaire et plutôt associée à des femmes actives occupées sous le régime libéral. Le plus souvent, la période des traitements du cancer et celle qui lui succède, sont propices à des « *gains* » ou à des « *[pertes] en qualité de relation* » entre les mères et leurs enfants. L'un des enjeux cruciaux de notre recherche est de montrer que ces « *gains* » et ces « *pertes* » doivent beaucoup à l'âge des enfants et au statut du cancer. À ces égards, notre thèse permet de rompre avec une vision enchantée de la maternité. À mesure que les enfants vieillissent et/ou quand les effets du cancer et de ses traitements se font ressentir, cela peut participer à distendre les liens intergénérationnels entre les mères et leurs enfants qui, dans les représentations, restent pourtant associés à l'inaltérabilité (Bidart et Pélissier, 2007) et à une solidité sans nulle autre pareille.

Mots et concepts-clés : autrui significatifs, cancer, dialogue, émotions, famille filiale maternelle, maternité, moments communs, relations mères/enfants.

Abstract

Title: Relationships between mothers and their children during and after maternal cancer treatment: gaining or losing quality

In this PhD, we work on the effects of cancer and its treatments on the relationships between mothers and young children during and after medical treatment. To do this, we conducted fifty-five semi-directive interviews with women whose treatments – surgery, chemotherapy and/or radiotherapy – were finished at least for a year. This work, carried out with the sociology of the family and the sociology of the individual, shows that in contemporary western societies – during the early childhood – families are relational (Singly (de), 2021) but they mostly are of the maternal filial type. In this research, our aim is to show that in contemporary western societies, mothers and their children are the central axis of the family, especially when children are babies. In our societies, children are their mother's "*significant others*" (Berger and Kellner, 1964; C eroux, 2006), and reciprocally. This status of "*significant other*" is based on three conditions. Firstly, the "*significant others*" are linked in relationships which are – on an individual and social scale – recognised as "*emotional*" (*Ibid.*, 1964; 2006). Secondly, to be "*significant others*", individuals must share a "*common world*" » (*Ibid.*, 1964; 2006) which involves a share space or time. Finally, in relationships between "*significant others*", conversation plays a central role. "*Significant others*" are people who engage in repeated dialogue with each other. As they have been socially constructed, the relationships between mothers and their children in western societies respond these three conditions. We will show that cancer and its treatments strengthen these three prerequisites. During cancer, fathers are even more invested in the traditional dimensions of fatherhood – authority and material resources – than they did before. As for them, mothers note that in the context of this tragic illness, they spend more time with their children, and engage in more dialogue with them than they did before the diagnosis. In this way, cancer and its treatments can foster closer relationships between mothers and their children. However, for this rapprochement to happen, it is essential that mothers are recognized as "*ill*" by their children. This is not always the case, even if the diagnosis of cancer is duly made by doctors. In the absence of recognition of the "*sick*" status, the intergenerational relations remain unchanged during and after care protocols. According to our corpus, this stability configuration seems to be a minority and specific to women working in the liberal sector. More often, during and after treatments, relationships

between mothers and their children are getting closer together or further apart. This can be explained by the age of the children and the status of the cancer. For this purpose, our work breaks with an enchanted vision of motherhood. As children grow older and/or the effects of cancer and its treatments are felt, they can contribute to a weakening of the ties between mothers and their children, which are always considered from the perspective of their inalterability (Bidart and Pelissier, 2007) and their incomparable strength.

Key words and concepts: significant others, cancer, conversation, emotions, motherly filial family, motherhood, common moments, mother/child relationships.

Table des matières

Résumé de la thèse	1
Abstract	3
Remerciements	10
Introduction générale	13
1. Le cancer comme objet sociologique	15
2. La maternité au regard du cancer : penser le paradoxe de l'inaltérabilité et du changement.....	16
3. Méthodologie	35
4. Annonce de la thèse et du plan.....	56
Partie I. Les effets du cancer sur les relations dans les familles contemporaines	60
Chapitre I. Le cancer et des hommes	62
I. Les effets du cancer sur les relations conjugales : le péril en la demeure conjugale	64
1. Quand le cancer nuit aux capitaux de séduction féminine	64
2. Quand le cancer « ramène à la maison » des hommes qui ne veulent pas y être	65
3. Quand le cancer fait « <i>fuir</i> » les hommes.....	68
4. Quand le cancer fait taire les hommes	69
II. Les effets du cancer sur les relations entre les pères et leurs enfants.....	70
1. Cancer et renforcement du rôle économique des pères.....	70
2. Cancer et renforcement du rôle normatif des pères.....	72
Conclusion du chapitre	77
Chapitre II. Le cancer et des mères : penser les dimensions relationnelles de la maladie	78
I. Le cancer, une maladie investie émotionnellement personnellement et socialement ...	80
1. Le cancer ou la lutte contre la mort pour tenir son rôle de mère « <i>jusqu'au bout</i> ».....	81
2. Le cancer, une maladie traumatisante pour les enfants à court et à long-terme.....	85
II. Le cancer ou l'accroissement des moments communs entre les mères et leurs enfants : devenir une « <i>mère au foyer</i> » pendant les traitements	92
1. Passer plus de temps ensemble pendant les traitements.....	92
2. Passer plus de temps ensemble... de qualité : des « <i>moments magiques</i> »	95
III. Le cancer ou l'ajout d'une aire de conversation entre les mères et leurs enfants	98

1. Le cancer au féminin : une maladie visible... donc objet de discours	98
2. Le quotidien partagé ou la transparence entre membres cohabitants	100
3. Annoncer en différé aux enfants	102
4. Dire ou ne pas dire « cancer »	105
5. « <i>En venir à parler avec [les enfants] de choses graves</i> » et intimes	112
Conclusion du chapitre	116
Chapitre III. « Avoir le cancer » ou « être malade »	118
I. « Avoir le cancer »	121
1. Poursuivre son activité professionnelle ou faire le lien entre « <i>la maison</i> » et « <i>la maladie</i> » pour les femmes actives occupées	121
2. « <i>Maîtriser</i> » la maladie et tous ses effets	126
3. « <i>Bien supporter</i> » les traitements	127
II. « Être malade »	129
1. Se retirer de la vie professionnelle pour les femmes actives occupées	129
2. « <i>Ne pas avoir de tabous</i> » sur la maladie et tous ses effets	130
3. Faire valoir les effets des traitements auprès des enfants	132
III. (Ne plus) « <i>être une mère du quotidien</i> » : penser les effets secondaires des traitements et la localisation géographique des soins	133
1. Quand les effets secondaires des traitements contre le cancer privent mères et enfants de relations : le cas de Nicole	134
2. Le <i>quotidien</i> familial assuré par « <i>d'autres</i> »	135
3. « Ne plus être une mère du quotidien » : privilège de « <i>riches</i> » et sacrilège des « moins riches » ?	137
4. Quand les soins menés à distance du domicile privent les mères et leurs enfants de relations : le cas de Victoria	144
5. Quand les soins menés à distance du domicile ne privent pas les mères et leurs enfants de relations : le cas de Francine	145
Conclusion du chapitre	151
Conclusion de la première partie	152
Partie II. Les relations entre les mères et leurs enfants pendant le cancer	154
Chapitre IV. Les relations entre les mères et leurs enfants qui se rapprochent pendant le cancer : penser les formes d'enfants « <i>autrui significatifs</i> » en perspective de leur genre et	

de leur âge	156
.....	156
I. « <i>Enfants autrui significatifs</i> » mais pas « <i>enfants aidants</i> »	159
II. Les enfants « <i>autrui significatifs</i> » en perspective du genre	162
1. L’infirmière	162
2. L’esthéticienne	167
III. Les enfants « <i>autrui significatifs</i> » en perspective de l’âge : penser les « (plus) petits » et les (plus) « grands »	173
1. Les (plus) petits	173
2. Les grands	178
3. Les dimensions négatives de l’investissement des « grands » enfants dans des « <i>choses lourdes</i> » lors des traitements	184
Conclusion du chapitre	189
Chapitre V. « <i>Perdre en qualité de relation</i> » avec ses enfants pendant les traitements du cancer	191
I. « <i>Perdre en qualité de relation</i> » avec des enfants en bas-âge	194
1. L’agressivité des mères à l’encontre de leurs « petits » enfants « <i>agités</i> ».....	195
2. « <i>Je n’ai pas vraiment connu mon bébé</i> »	198
II. « <i>Perdre en qualité de relation</i> » avec des (pré-)adolescents	203
1. Les comportements « <i>gonflés</i> » : quand les adolescents compromettent l’intégrité physique et morale de leur mère.....	205
2. Les réactions « <i>colériques</i> » : quand le cancer et les effets de ses traitements sont minimisés par les adolescents.....	208
III. Les portées négatives du cancer sur les relations entre les mères et leurs enfants.....	210
1. Les passifs relationnels antérieurs au cancer.....	211
2. Quand le cancer et les effets de ses traitements prennent le dessus sur la maternité	212
3. Quand le cancer occulte la personne du « grand » enfant	217
Conclusion du chapitre	222
Conclusion de la deuxième partie	224
Partie III. Les relations entre les mères et leurs enfants après les traitements du cancer	227

Chapitre VI. Les quatre profils de mères après les traitements du cancer	230
I. L'hédoniste : profiter de la vie	233
II. L'accusatrice : le travail mis en accusation dans la survenue du cancer.....	234
III. La normale : redevenir comme avant.....	236
1. La normale exaucée.....	237
2. La normale empêchée.....	238
IV. La malade : « <i>J'en ai fini avec les traitements mais pas encore avec le cancer</i> ».....	241
V. Quatre profils, une même conséquence : la distance vis-à-vis de la vie professionnelle telle qu'elle se vivait avant les traitements.....	245
1. Revoir son rapport au travail : de la « profession-passion » à la « profession rémunératrice »	246
2. Réduire son temps de travail et/ou ses déplacements professionnels	248
3. Interrompre définitivement sa carrière... ou à défaut, se reconvertir	249
4. Une distance prise vis-à-vis du travail et des justifications variées en fonction des profils d'interrogées	252
Conclusion du chapitre	253
Chapitre VII. « Organiser encore plus autour de ses [jeunes] enfants »	255
I. L'humour, l'amour et les « <i>moments communs</i> » comme socles d'une « plus grande » qualité de relations intergénérationnelles après les traitements	258
1. L'humour et l'amour	258
2. Les « <i>moments communs en famille</i> »	259
II. « <i>Organiser encore plus autour de ses [jeunes] enfants</i> » : un modèle qui peut avoir des difficultés à s'imposer d'emblée après la fin des traitements	261
1. Un renoncement difficile au « soin de soi » expérimenté lors des traitements.....	261
2. Après les traitements, se consacrer pleinement aux aspects de sa vie extérieurs à la parentalité auxquels les traitements ont porté atteinte.....	264
3. Un modèle qui s'impose aux mères « normales empêchées » sous l'effet des psy ?.....	269
III. « <i>Organiser encore plus autour de ses [jeunes] enfants</i> » : un modèle qui peut avoir des difficultés à perdurer à long-terme après la fin des traitements	272
1. Les obstacles professionnels	272
2. Les obstacles scolaires	274

3. Une « vie d'après » semblable mais pas identique à celle « d'avant »	275
Conclusion du chapitre	277
Chapitre VIII. Rester malade ou redevenir une femme	278
I. Les formes de relations détériorées pour les mères « <i>malades</i> » d'enfants en bas-âge	280
1. Les mouvements d'humeur à l'encontre des enfants	280
2. Moins de « <i>moments communs</i> » de qualité en famille.....	281
II. Les formes de relations distanciées sous les effets du cancer et de l'âge des enfants	283
1. Des temps pour soi	284
2. Rompre définitivement les liens avec les enfants	288
Conclusion du chapitre	290
Conclusion de la troisième partie	291
Conclusion générale	294
Bibliographie	303
Annexes	318
Annexe 1. Demande de diffusion des entretiens envoyée aux comités départementaux franciliens de la Ligue contre le cancer	319
Annexe 2. Guide d'entretien.....	322
Annexe 3. Portrait des enquêtées.....	330

Remerciements

De manière globale, je tiens à remercier vivement toutes les personnes qui ont été présentes pour moi tout au long de ce travail, particulièrement mon père, ma mère et ma merveilleuse sœur qui fera une tout aussi merveilleuse maman dans les mois à venir. Ils savent plus que quiconque le chemin parcouru et la quête personnelle au fondement de ce long et beau projet. Merci également à Amine, mon beau-frère qui semble continuer à m'apprécier même depuis que mon imposture au *Kems* a été dévoilée au grand public. J'adresse également un énorme merci à Réginald qui m'a accompagnée sur presque tout le chemin, et même avant. Si nos routes viennent de se séparer au moment où j'écris ces lignes, jamais je ne pourrai oublier qu'il a contribué à me donner mon trésor le plus précieux, selon l'expression consacrée par ledit trésor, « *le meilleur de [ma] vie* » dont je reparlerai plus tard. Plus généralement, merci à ma famille, à mes grands-parents, à ma si regrettée tata Denise, à ma tata Sylvie, à ma marraine « Chanchan », à ma « Yoyo », à ma « Jojo » et à tous les autres trop nombreux pour être cités nominalement mais pas moins géniaux. Leurs espoirs et leur amour m'ont portée et engagée à me dépasser chaque jour (la plupart des jours en tout cas). Serge, mon « vieux parrain » qui ne sera jamais « vieux », j'espère que de là où tu es arrivé beaucoup trop tôt, tu t'amuses des bêtises que nous nous appliquons à faire avec rigueur avec tes formidables enfants à chaque fois que nous nous voyons. J'espère aussi que tu es fier de ta filleule. Crois bien que je penserai fort à toi le jour de ma soutenance et regretterai tout aussi fort ton absence.

À mes meilleurs amis, Alyssa, Aurélie, Benjamin et Coralie dont la seule présence dans ma vie la rend bien plus douce et bien plus belle, merci aussi. Que mes « petites sœurs de thèse », Camille, Elphège et Juliette, soient également assurées de ma profonde amitié. À ma Camille, ma « Cam-cam », et surtout mon « *autrui significatif par excellence* » avec qui je partage tous mes plus beaux souvenirs de thèse mais aussi les plus durs. Je lui dois tant et espère m'être montrée à la hauteur de son incomparable grandeur humaine et intellectuelle.

Merci à Frédérique Djaouani sans qui je n'aurais peut-être pas su poser le cadre et mettre le point final de cette thèse et du reste.

J'adresse ma gratitude à toutes les personnes rencontrées pour effectuer cette recherche. Leur implication et leur confiance m'obligent. Un grand merci également à mon organisme financeur, la *Ligue contre le cancer* pour m'avoir fait bénéficier de conditions matérielles confortables propices au bon déroulement de cette thèse. Plus spécifiquement, je remercie Éliisa

Yvers, Coordinatrice des Actions Malades du comité des Yvelines de la *Ligue contre le cancer* grâce à laquelle l'accès au terrain a été de beaucoup simplifié et accéléré.

Mes pensées vont vers l'École Doctorale 624 Sciences des Sociétés. Merci à Laurence Simmat-Durand, Directrice et à Jérôme Brocheriou, Gestionnaire de l'ED 624 pour leur bienveillance et leur professionnalisme sans nul autre pareil ! Les noms changent mais les idées sont les mêmes pour Olivier Martin, Directeur du Centre de recherche sur les liens sociaux (CERLIS). Merci à lui d'offrir aux doctorants, les meilleures conditions de leur intégration.

Il ne m'aurait sans doute pas été permis, ou plus difficilement, de prétendre au grade de diplôme le plus élevé sans le concours des professeurs que j'ai connus lors de mon enfance et de mon adolescence. Merci pour leur engagement et pour leur détermination à faire descendre les « gamins des cités » du haut de leurs tours pour les introduire, et pourquoi pas les hisser au sommet de la société dont ils font aussi partie. À ma charge désormais d'en faire de même avec mes étudiants qui doivent aussi être remerciés pour le crédit qu'ils consentent à m'accorder depuis 2015.

Je tiens à saluer François de Singly qui s'est impliqué dans cette recherche dans le cadre des comités de suivi de thèse, ainsi que dans tous mes autres travaux antérieurs. Je lui suis très – extrêmement – reconnaissante pour la qualité et l'originalité de ses cours et de ses livres, mais aussi pour tous ses conseils durs mais inspirants qui ont œuvré à la construction de ma culture sociologique et à ma volonté de l'enrichir à mon tour.

Je tiens également à remercier chaleureusement l'ensemble des membres de mon jury de thèse, Philippe Bataille, Aude Béliard, Benoît Céroux, Christine Détrez, Christophe Giraud, Jacques Marquet et Elsa Ramos. Merci à eux de me faire l'immense honneur de leur lecture et de leurs critiques qui me permettront d'apporter ma (petite) pierre au (grand) édifice sociologique qui m'est si précieux.

Dans ce jury, je dois des remerciements particuliers à des enseignants grâce auxquels mes ailes se sont déployées à mesure des années. Merci d'abord à Aude Béliard pour la qualité et la profondeur de ses cours, pour son suivi si attentif et toujours bienveillant, et pour m'avoir permis avant tout le monde de réaliser mon rêve d'enfance, devenir enseignante (« *devenir maîtresse* » selon la formule exacte). Je remercie ensuite Christophe Giraud pour l'autonomie qu'il me laisse dans les enseignements, et pour le très grand plaisir que je prends tous les ans à travailler au sein de ses équipes et sur ses objets de recherche.

Je ne sais enfin quels mots de remerciements pourraient refléter l'immensité de l'admiration et de la reconnaissance que je porte à ma directrice de thèse, Elsa Ramos. D'abord en enseignante, puis en directrice de mes mémoires et enfin en directrice de cette thèse, elle m'a transmis sa

passion pour la sociologie et pour les méthodes qualitatives. La richesse de mes entretiens, mon aisance à l'oral, la découverte de tous les aspects de la recherche et de l'enseignement sont autant d'éléments dont elle est l'artisane. Je la remercie en outre pour sa bienveillance, sa confiance à mon égard, sa disponibilité et son soutien indéfectible à tous les moments, agréables et désagréables, qui ont ponctué ce travail. Je garderai en mémoire tout ce que je lui dois et tâcherai de m'en montrer digne !

Que ces remerciements soient conclus par des mots d'amour que j'adresse à ma fille, Romi qui est tout à la fois, ma joie, ma force et mon inspiration. Lorsqu'elle sera « *devenue – seulement si elle souhaite le devenir – la femme la plus puissante du monde, de l'univers et de Navarre mais toujours le bébé de maman – et pour cela, je ne lui laisse pas le choix en revanche ! –* », je ne peux que lui souhaiter de connaître à son tour, l'exaltation des ambitions et des rêves accomplis. Quels que puissent être les chemins qu'il lui semblera bon d'emprunter, je lui promets mes yeux pour veiller sur elle, mes bras pour la porter, et mon cœur pour l'aimer « *pour toujours le plus fort du monde* ».

Introduction générale

Cette thèse qui a été financée (2017-2020) par la *Ligue contre le cancer* porte sur les effets du cancer sur les relations intergénérationnelles. Plus précisément, nous avons travaillé sur les effets d'un cancer maternel – principalement cancer du sein, nous y reviendrons dans le chapitre méthodologique – sur les relations entretenues avec des enfants mineurs – âgés de quelques mois à dix-huit ans – au moment des traitements et une fois ceux-ci terminés. Ce travail s'inscrit dans un contexte épidémiologique spécifique. En 2023, en France, 433 136 cas de cancers ont été diagnostiqués parmi lesquels 245 610 ont touché des hommes contre 187 526 femmes (INCa, 2023). Depuis trente ans, l'incidence du cancer dans la population française – et mondiale plus généralement – ne cesse d'augmenter. Cela tient à trois éléments principaux. Il faut d'abord tenir compte du vieillissement des populations dans les sociétés occidentales. Par ailleurs, l'amélioration des méthodes diagnostiques a contribué à un « repérage » d'un nombre toujours plus important de cas. Enfin, les chiffres du cancer grossissent ces dernières années sous l'effet du maintien voire de la croissance de certains comportements à risque tel que le tabagisme. À ce sujet, la maladie cancéreuse touche d'ailleurs de plus en plus de femmes en raison du rattrapage opéré par ces dernières sur les hommes en matière de pratiques tabagiques et de consommation d'alcool (*Ibid.*). Notons que les femmes sur lesquelles nous avons fait porter notre thèse sont les plus touchées par le cancer du sein (61 214 cas diagnostiqués en 2023) suivi du cancer colorectal (21 370 cas diagnostiqués en 2023) et du cancer du poumon (19 339 cas diagnostiqués en 2023) (*Ibid.*). En France, l'âge moyen au diagnostic est de 68 ans pour les hommes contre 67 ans pour les femmes. Quant aux décès (89 600 hommes décédés en 2023 contre 67 8000 femmes), ils surviennent à une moyenne d'âge de 73 ans pour les hommes et 75 ans pour les femmes (*Ibid.*). Le cancer est donc une maladie qui survient plus fréquemment à des âges avancés. Pour autant, cette information ne doit pas laisser en point aveugle les cas de cancers plus précoces. Si nous ne sommes pas parvenues à trouver des statistiques pour la France, soulignons qu'Outre-Atlantique, au Canada¹, en 2015, la moyenne d'âge au diagnostic d'un cancer du sein est de 61 ans. Il n'en demeure pas moins que 35% de cancers du sein sont diagnostiqués pour des femmes âgées de 15 à 54 ans. Ce chiffre atteint même 67% pour les cancers du col de l'utérus dont la moyenne d'âge au diagnostic est le plus jeune. Si les autres cancers féminins (seins, corps de l'utérus et ovaires) sont diagnostiqués à un âge moyen d'environ 60 ans, le cancer du col de l'utérus survient en moyenne lorsque les femmes ont 49 ans. Bien que les nombres fournis ne constituent pas la majorité des cas de cancers, ils ne

¹ Cf. Tableau 1 Sexe, âge moyen au moment du diagnostic et répartition en pourcentage des cas selon le groupe d'âge†, certains cancers, Canada, le Québec non compris, 2000 à 2007 (statcan.gc.ca) (date de dernière consultation : 11 septembre 2023).

relèvent pour autant pas d'une marginalité. Cela rend donc l'étude de personnes qui ont eu précocement le cancer – avant 60 ans – comme nous le proposons tout à fait pertinente et possible dans le cadre d'un calendrier régi par des temporalités doctorales contraintes. La pertinence est d'ailleurs d'autant plus forte que si l'incidence du cancer ne cesse d'augmenter depuis ces vingt-cinq dernières années, la mortalité qui lui est liée suit une courbe inverse. Ainsi, en raison de l'amélioration des thérapeutiques, la mort n'est plus le seul destin réservé aux personnes qui sont touchées par cette maladie. Aussi, devient-il possible de mener des recherches sur les personnes qui vivent dans le présent avec le cancer mais aussi sur celles qui l'ont vécu par le passé, soit un total d'individus estimé à 3,8 millions en France, en 2023 (*Ibid.*).

1. Le cancer comme objet sociologique

Depuis qu'Émile Durkheim a frayé le chemin avec sa recherche sur le suicide (1897), il n'est plus rare que la sociologie s'empare d'objets – l'anorexie (Darmon, 2003), les rêves (Lahire, 2018 ; 2021), les accidents cardio-vasculaires (Darmon, 2021) etc. – de prime abord considérés comme en dehors de son champ. Le cancer ne fait pas exception. En 2017, lors de la rédaction de notre projet de thèse, nous nous sommes particulièrement penchées sur l'ouvrage *Vivre après un cancer. Favoriser le soin de soi* (2016) dont nous avons pris connaissance dans le cadre d'un séminaire de recherche sur le choc (2016-2017) supervisé par les sociologues François de Singly et Elsa Ramos. Dans ce livre rédigé par le médecin-chercheur Jean-Christophe Mino et la philosophe Céline Lefève, il est question de la période postérieure à la fin des traitements du cancer. Les deux auteurs se sont en effet entretenus avec des femmes touchées par un cancer du sein deux ans après la fin de leurs soins. Dans leur recherche, Jean-Christophe Mino et Céline Lefève se sont intéressés à « *la nature globale de l'expérience de la maladie : l'état de santé après le traitement, les activités quotidiennes, le rapport à soi (le rapport au corps, sentiments, manières de vivre, rapport au temps et à la valeur de la vie, souci de soi, valeurs, centres d'intérêt), le rapport aux autres (famille, amis, collègues), l'insertion dans le travail et les relations sociales* » (*Ibid.*, p. 15). Leur thèse qui recoupe d'autres résultats de recherche (Bataille, 2003) est la suivante : « *[L']après traitement n'est pas un retour à la vie d'avant, même chez les femmes qui ont été, d'un point de vue médical objectif, le moins touchées par la maladie* » (p. 16). Ils dégagent quatre « motifs » d'existence après les traitements : la continuation, le bouleversement, la confirmation et la transformation. Pour les femmes qui

s'inscrivent dans le premier motif (la continuation), le cancer est tout au plus considéré comme une parenthèse dans l'existence. Après les traitements, leur vie est sensiblement identique à ce qu'elle était avant le diagnostic de cancer. Pour les femmes qui s'insèrent dans le bouleversement, la période qui suit les traitements est marquée du sceau de la maladie. Elles ne parviennent ni à retrouver leur « vie d'avant », ni à se départir physiquement et psychologiquement du cancer alors même que les soins sont achevés. Sous les « modes » de la confirmation et – peut-être plus encore – sous celui de la transformation, l'existence est redéfinie. Elle n'a ni à voir avec ce qu'elle était avant le cancer, ni avec ce qu'elle était pendant. Pour les femmes « *confirmées* » ou « *transformées* », après les traitements, le cancer est vécu comme un épisode aussi révolu que résolu qui est propice aux changements. Sous le registre de la confirmation, il s'agit de mettre en avant une importance plus grande donnée à l'entourage familial et amical par rapport à ce qu'il en était par le passé. Sous la transformation, c'est plutôt une orientation individualiste qui se déploie. La « nouvelle » existence des femmes est placée sous la mise en œuvre de valeurs orientées vers une plus grande attention portée à soi et moins à son entourage au regard de la période antérieure au diagnostic de cancer.

2. La maternité au regard du cancer : penser le paradoxe de l'inaltérabilité et du changement

Après avoir suivi un cursus universitaire marqué par la sociologie de la famille étudiée en perspective de la sociologie de l'individu telle qu'elle a été pensée et élaborée par le sociologue François de Singly (Martuccelli et Singly (de), 2012), il nous a paru intéressant de nous emparer de la thèse et de la typologie de Jean-Christophe Mino et Céline Lefève (2016) afin de les mettre à l'épreuve du terrain des relations entre les mères et leurs enfants. Cet objet est une démonstration du caractère contemporain de ce travail. En effet, l'intérêt d'observer ce que fait le cancer aux relations entre les mères et leurs enfants doit au paradoxe qui s'impose au sociologue. En étudiant les relations entre les mères et leurs enfants pendant et après les traitements du cancer, le chercheur se doit en effet de penser ensemble la transformation imputée à cette maladie et la permanence ou plutôt l'inaltérabilité qui est – plus que pour toutes les autres relations sociales – rattachée aux liens qui unissent les mères à leurs enfants (et réciproquement) (Bidart et Péliissier, 2007). Surtout, il apparaît contre-intuitif de penser la prégnance d'une identité de malade (« *vie bouleversée* » (*Ibid.*, 2016)) ou d'individue à distance

de ses statuts sociaux (« *vie transformée* » (*Ibid.*, 2016)) à une époque où la maternité – en dépit des avancées politiques et sociales, nous y reviendrons – continue à occuper une place prépondérante dans la vie des femmes.

A. La famille patrimoniale (Moyen-âge – XIXe siècle) : quand la question de l'inaltérabilité des liens familiaux ne se posait pas

La force des liens intergénérationnels se pose à la réflexion dans le cadre des familles contemporaines que le sociologue François de Singly nomme « *familles relationnelles* » (Singly (de), 2012) qui sont à dater de la fin du XVIIIe siècle/début du XIXe siècle. Dans ce type de famille, la question de notre thèse ne pourrait être posée. En dehors du fait que le cancer n'aurait pu être traité, l'amour entre les époux mais également entre parents et enfants n'est pas une norme, l'inaltérabilité et l'irremplaçabilité des uns et des autres non plus. L'autorité du père est première et la fonction de la famille relève d'enjeux de reproduction sociale. Les relations que les enfants entretiennent avec leur mère ne sont pas bien plus aimantes et proches. Jusqu'au XVIIIe siècle, la maternité est loin de constituer un domaine central de l'existence des femmes tel qu'il en est aujourd'hui. Les écrits du philosophe Jean-Jacques Rousseau (1762) en sont une illustration : « *Les femmes ont cessé d'être des mères ; elles ne le seront plus ; elles ne veulent plus l'être. Quand elles le voudraient, à peine, le pourraient-elles ; aujourd'hui que l'usage contraire est établi, chacune aurait à combattre l'opposition de toutes celles qui l'approchent, liguées contre un exemple que les unes n'ont pas donné et que les autres ne veulent pas suivre* » (Rousseau, 2009 [1762], p. 59). Pour les chercheurs et chercheuses qui ont étudié la maternité et son évolution dans le temps, les marques du désintéressement des mères vis-à-vis des enfants sont multiples. Les nombres extrêmement hauts de mises en nourrice depuis le XIII^e siècle sont un premier argument. À Paris, en 1780, on estime que sur 21 000 naissances, moins de 1000 enfants sont nourris par leur mère à domicile. Un même nombre de nourrissons reste au domicile parental bien qu'alimenté par le lait d'une nourrice. Les 19 000 nouveau-nés restants sont confiés à une nourrice dès leur naissance et parmi eux, environ 17 000 sont à grande distance géographique de la maison de leurs parents qu'ils ne regagnent pas avant leur quatre ans (et même souvent, plus tard) (Badinter, 1980, p. 69). Loin les uns des autres, parents et enfants n'entretiennent pas de lien, qu'il s'agisse de penser les enfants avec leur père ou avec leur mère. Cette pratique de mise en nourrice est d'abord fréquente dans les catégories

supérieures de la société de l'époque. Elle se répand à toutes les catégories sociales au XVIII^e siècle ; période marquée par une farouche opposition des femmes de tous les milieux sociaux à la pratique de l'allaitement de leurs nourrissons. Les motifs invoqués pour justifier le refus de donner le sein font apparaître des raisons qui ont peu à voir avec un quelconque « intérêt de l'enfant » et/ou de création du lien avec lui tel qu'on pourrait l'entendre aujourd'hui (Scholl, 2021). Les mères – appartenant plutôt à la noblesse et à la haute bourgeoisie – considèrent que l'allaitement est une basse besogne indigne des femmes de bonne société. Ces femmes préfèrent nettement les activités de salon aux pratiques de maternage bientôt perçues comme des atteintes à leur vie sexuelle et/ou à leurs capitaux esthétiques. Pour les femmes qui travaillent, l'allaitement apparaît comme peu conciliable avec leurs activités professionnelles dans les champs ou dans les petites échoppes qui les emploient. Avant le XIX^e siècle, l'amour maternel n'est cependant pas complètement inexistant mais il n'emprunte rien au registre du naturel et de l'inconditionnalité qu'on lui confère encore aujourd'hui. « *La mère garde ses trésors de tendresse et de fierté pour son aîné, héritier exclusif du patrimoine et du titre quand ses parents sont nobles. L'héritier bénéficia dans toutes les couches de la société d'un traitement familial hautement privilégié. Il suffisait que les parents aient quelques biens à léguer, de modestes arpents de terre ou la couronne de France, pour ce que ce fils aîné soit l'objet d'une sollicitude exemplaire* » (Badinter, 1980, p. 92). À compter de la fin du XVIII^e siècle cependant, sous l'influence des Jésuites, des Lumières et de la Révolution, la famille connaît de grandes évolutions. Sous ce que François de Singly (2012) appelle « *la première modernité* » qui s'étale de la fin du XVIII^e siècle jusqu'à la fin des années 1960 en France, la famille devient « *relationnelle* » (*Ibid.*). L'amour s'impose comme une norme familiale, aussi bien entre les époux, qu'entre les parents et leurs enfants, particulièrement entre les mères et leurs enfants. Aussi, aurait-on pu entreprendre notre sujet de thèse... à ceci près, nous allons le voir, que la cellule centrale sous la « *première modernité* » (*Ibid.*) n'est pas encore le duo mères/enfants mais celui, mari et femme.

B. La famille relationnelle conjugale sous la première modernité (XIXe siècle – années 1970)

Au XVIIIe siècle qui ouvre sur ce que le sociologue François de Singly (2012) appelle « *première modernité* », l'affection et l'amour gagnent en visibilité et en légitimité au sein de la société française sous l'effet de la Révolution. Cet événement historique amène une forte remise en question de l'autorité de Dieu, et par délégation celle du Roi et des pères qui retentit jusque dans les familles. L'autorité paternelle est supplantée par des élans d'affection entre conjoints et entre parents et enfants soutenus par les philosophies de l'époque. En 1762, dans son *Émile*, Jean-Jacques Rousseau défend l'idée d'un enfant doté d'une personnalité propre, ce qui justifie de lui reconnaître des droits et des besoins spécifiques. C'est en ce sens que l'amour entre l'enfant et ses parents, plus spécifiquement encore sa mère, est promu. Ces idées nouvelles s'incarnent en pratique avec la promotion de l'allaitement maternel, l'instruction des sage-femmes, ainsi que la réglementation de l'activité des nourrices (Rousseau, 2009 [1762]). Tous ces éléments doivent également aux mesures prises à l'initiative de politiques, de médecins et de philanthropes influents. « *[Pour] que les femmes connaissent à nouveau les douceurs de l'amour maternel et que les enfants aient de plus grandes chances de survie* », il fallut en passer par « *la prise de conscience de l'importance de la population pour une nation* » (Badinter, 1980, p. 153). Cette prise de conscience est contenue dans la formule suivante que l'on doit au médecin Charles-Gabriel Didelot (1730-1794) dans l'avant-propos de son traité *Instruction pour les Sage-femmes* (1770) : « *Un État n'est puissant qu'autant qu'il est peuplé... que les bras qui manufacturent et ceux qui le défendent sont plus nombreux* » (Didelot cité par Badinter, 1980, p. 158). Dans les considérations de l'époque, la puissance de la France advient des taux de natalité élevés – et ils le sont – couplés à une diminution drastique de la mortalité infantile qui reste forte à cette époque. Pour répondre à ces objectifs, des mesures natalistes voient le jour. Ainsi, en est-il de l'exemption d'impôt pour les pères de familles nombreuses ou la mise en place de facilités fiscales pour les hommes qui, mariés avant leur vingt ans, rallongent ainsi les délais du temps procréatif. En dehors de ces mesures, l'effort de puissance démographique est porté par les mères appelées à investir leur maternité dans ses dimensions de soins. Dans les discours de l'époque, les mères qui confient l'allaitement à des nourrices – de même que ces dernières – font l'objet de la plus grande des sévérités. Ces « *mauvaises mères* » telles qu'elles

sont dépeintes sont rendues responsables du sombre futur du pays. Ainsi, Rousseau² dans son *Émile* (1762) qui a lui aussi connu un grand succès lors de sa publication écrit :

« Non contentes d'avoir cessé d'allaiter leurs enfants, les femmes cessent de vouloir en faire ; la conséquence est naturelle. Dès que l'état de mère est onéreux, on trouve bientôt le moyen de s'en délivrer tout à fait ; on veut faire un ouvrage inutile, afin de le recommencer toujours, et l'on tourne au préjudice de l'espèce l'attrait donné pour la multiplier. Cet usage, ajouté aux autres causes de dépopulation nous annonce le sort prochain de l'Europe. Les sciences, les arts, la philosophie et les mœurs qu'elle engendre ne tarderont pas d'en faire un désert. Elle sera peuplée de bêtes féroces : elle n'aura pas beaucoup changé d'habitants » (Ibid., 2009 [1762], p. 56)

Cela peut paraître étonnant de nos jours mais ces appels à l'amour maternel ont d'abord du mal à s'imposer. Par conséquent, les mères les plus « récalcitrantes » ont vu planer sur elles des promesses et des menaces émanant des corps médicaux, philanthropiques, philosophiques et politiques de l'époque. Lors de cette période, tout est mis en place pour faire la promotion de l'allaitement des enfants par leur mère biologique. Les arguments en ce sens sont multiples. L'allaitement est présenté aux femmes comme une pratique porteuse de gains esthétiques, sociaux et familiaux. Il est ainsi promis aux mères qui allaitent de susciter l'attachement chez leurs enfants... mais aussi chez leur époux. Quel homme – et d'ailleurs quel humain à l'échelle de la société entière – ne saurait rester insensible face à un si beau spectacle de dévotion maternelle ? Des arguments économiques sont également avancés : allaiter permet d'économiser les coûts importants engendrés par la mise en nourrice des enfants. Si ces avantages ne suffisent pas à convaincre les mères d'allaiter alors les « prêches » des médecins, politiques et savants se font plus vindicatifs. Comme on pourrait encore l'entendre aujourd'hui, le fait de ne pas allaiter est mis en lien avec une forte augmentation de la probabilité de contracter des maladies mortelles tel que le cancer. Enfin, en ce XIX^e siècle, les « mauvaises mères » – à savoir celles qui n'allaitent pas et mettent leurs enfants en nourrice – sont, dans les discours politiques et savants, accusées d'engendrer les « mauvais pères ». Les mères peu intéressées par leurs enfants exposeraient d'ailleurs ces derniers à la délinquance. Elles deviennent donc un danger pour la société et pour sa stabilité. En revanche, les mères qui allaitent et après, continuent à être très présentes auprès de leurs enfants sont décrites comme les garantes de la pérennité de la Nation. Ce sont elles, par leurs bons soins, qui fournissant à la société les bons citoyens fiables et instruits de demain. À défaut de jouir de droits civiques,

² Connu pour avoir abandonné ses cinq enfants.

c'est dans la maternité que se joue la citoyenneté des femmes. C'est précisément dans cette dimension citoyenne que la maternité devient attrayante à tous les niveaux de l'échelle sociale. Ce sont des mères et de la qualité de leurs pratiques de maternage – tel que cela est présenté – que dépend l'avenir démographique et surtout social de l'État. L'instruction des filles rendue obligatoire en 1881 par Jules Ferry est d'ailleurs pensée en ce sens. L'école n'a pas vocation à émanciper les filles mais à en faire de « bonnes épouses » et de « bonnes mères » (Baudelot et Establet, 2006 [1992]). Pour ce faire, tandis que leurs homologues masculins apprennent les disciplines littéraires et scientifiques, les filles sont formées aux rudiments des travaux de couture et de puériculture.

En dehors de ces éléments, notons que la période dite de « *première modernité* » (Martuccelli et Singly (de), 2012) reste marquée par de la verticalité dans les familles, et dans la société plus globalement. Les hommes sont premiers sur les femmes, de même que les parents – pères puis mères – sont premiers sur leurs enfants. Jusqu'en juin 1970 où elle sera remplacée par « *l'autorité parentale* », c'est la notion de « *puissance paternelle* » – qui consacre l'exercice d'un pouvoir masculin dans la famille – qui est censée organiser l'ordre familial et par-delà lui, l'ordre social. Les femmes sont reléguées au second plan du paysage familial. Les enfants, eux, n'en sont pas plus qu'à l'arrière-plan derrière leur père « puissant » et leur mère pourvoyeuse de soins mais également d'autorité par délégation paternelle. À cette époque où il est difficile – si ce n'est impossible – de divorcer, la « cellule centrale » de la famille est le couple (Berger et Kellner, 2012 [1964]). Selon Peter Berger et Hansfried Kellner (*Ibid.*) qui s'inspirent des travaux d'Émile Durkheim (1921), la société du XXe siècle est une « *société conjugale* ». « *La famille conjugale résulte d'une contraction de la famille paternelle. Celle-ci comprenait le père, la mère, et toutes les générations issues d'eux, sauf les filles et leurs descendants. La famille conjugale ne comprend plus que le mari, la femme, les enfants mineurs et célibataires* » (Durkheim, 1921). Le « *conjugal* » – et non « *familial* » – qui caractérise la « *société* » tient au fait que « [...] les seuls éléments permanents [nous rajoutons : de la famille] sont le mari et la femme, puisque tous les enfants quittent tôt ou tard la maison [paternelle], [Durkheim] propose de l'appeler la famille conjugale » (*Ibid.*, p. 4). Dans les « *sociétés conjugales* », « *le conjoint devient l'autre par excellence, le cohabitant le plus proche et le marquant de son monde* » (*Ibid.*, 2012 [1964], p. 302). Cet « *autre par excellence* » aussi appelé « *autrui significatif par excellence* » (*Ibid.*) a pour fonction de valider le(s) monde(s) personnel(s) de son/sa conjoint(e). La validation conjugale sert à construire, maintenir et parfois modifier une réalité à vivre ou

vécue dans le présent ou par le passé³. La conversation est à l'origine de ce processus. Pour autant, toutes les conversations n'aboutissent pas à la validation des mondes personnels d'*ego*. Pour qu'elle ait des propriétés validantes, cette conversation doit avoir lieu dans un cadre qui revêt plusieurs critères que seule, d'après Peter Berger et Hansfried Kellner, la relation conjugale regroupe. « *La plausibilité et la stabilité du monde socialement défini dépendent de la force et de la continuité des relations significatives dans lesquelles la conversation au sujet de ce monde peut être continuellement poursuivie* » (*Ibid.*, p. 297). Dans cet énoncé, les idées de « *force* » et de « *continuité* » retiennent l'attention. Elles traduisent deux caractéristiques fondamentales de la conjugalité telle qu'elle est pensée par Peter Berger et Hansfried Kellner. La force de la vie de couple relève de l'importance sociale et individuelle accordée à l'institution matrimoniale à cette époque (1964). Selon les deux théoriciens, le caractère quasi sacré du mariage est à replacer dans la « *cristallisation de la sphère dite privée de l'existence [...] définie comme l'aire sociale principale de l'autoréalisation de l'individu* » (*Ibid.*, p. 299). Ils écrivent à ce sujet :

« *C'est là [dans la sphère privée] que l'individu cherchera le pouvoir, la compréhension et littéralement un nom : l'apparent pouvoir de façonner un monde, même lilliputien, qui reflète son être propre, un monde qui, ayant été apparemment formé par lui-même, est clairement intelligible par lui (du moins le pense-t-il) ; un monde dans lequel par conséquent il est quelqu'un, peut-être même, dans un cercle enchanté, un seigneur et un maître* » (*Ibid.*, p. 300).

Concernant la continuité, il s'agit de considérer la répétition de la « *conversation conjugale* » sur les temps longs de la vie⁴ et de la quotidienneté des jours qui jalonnent l'existence :

« *Dans la conversation conjugale, non seulement un monde est construit, mais il est aussi maintenu en état d'entretien et continuellement remeublé. Les deux partenaires soutiennent la réalité subjective de ce monde par la même conversation. L'instrumentalité nominale du mariage se concrétise sans cesse du lit à la table du déjeuner, alors que les partenaires poursuivent la conversation sans fin qui s'alimente d'à peu près tout ce qu'ils vivent individuellement ou ensemble* » (*Ibid.*, pp. 307-308).

³ À cet égard, les deux auteurs notent : « *De plus, ce n'est pas seulement l'expérience continue des deux partenaires qui est constamment partagée et passée par le creuset de la conversation. Le même partage s'étend au passé. [...] Le couple ne construit pas seulement la réalité présente, mais il reconstruit aussi la réalité passée, se fabriquant une mémoire commune, qui intègre les souvenirs des deux passés individuels. La conclusion comique de ce processus peut être observée dans les cas où l'un des partenaires se souvient plus clairement de ce qui a eu lieu dans le passé de l'autre que l'autre lui-même, et le corrige en conséquence* » (*Ibid.*, p. 309).

⁴ La publication originale date de 1964, soit onze ans avec la légalisation du divorce par consentement mutuel en France (1975).

Le caractère continu de la « *conversation conjugale* » s'impose encore davantage que dès cette époque, les unions maritales sont marquées par une forte homogamie des conjoints. Ils se ressemblent du point de vue de leur âge et de leur condition sociale. « *Cet arrière-plan assure une similitude suffisante de stocks d'expériences accumulés au cours de la vie pour faciliter le processus de construction de la réalité* » (*Ibid.*, p. 315). Dans la perspective de Berger et Kellner, les conjoints sont les « *principaux protagonistes* » du « *drame principal* » (*Ibid.*, p. 311) qui se joue dans la conversation. Pour eux, « *les autres individus impliqués* », à savoir « *les enfants, les amis, les parents, les connaissances occasionnelles* » ont un rôle secondaire. Dans le lexique des auteurs, l'idée de « *rôle secondaire* » est reprise sous l'expression « *le chœur soutenant l'action dramatique principale* » (*Ibid.*). Ils s'accordent pour penser que « *les enfants constituent la part la plus importante de ce chœur. Leur existence même est un attribut du monde établi par le mariage. Les partenaires du mariage eux-mêmes prennent en charge leur socialisation dans ce monde, qui a un caractère préexistant et évident pour les enfants* » (*Ibid.*). Dans la théorie de « *l'autrui significatif* » comme elle est conçue par Peter Berger et Hansfried Kellner, les enfants ne sont jamais impliqués dans « *la construction, le maintien ou la modification* » d'aucune « *réalité* » (*Ibid.*, p. 297). « *Cette phase [du mariage] a une structure plutôt différente des précédentes. Là, l'individu était en général socialisé dans les modèles déjà existants* » (*Ibid.*, p. 307). Les socialisations sont l'œuvre des adultes : les conjoints se socialisent l'un et l'autre avant de devenir les socialisateurs de leurs enfants.

C. La famille relationnelle filiale sous la deuxième modernité (années 1970 – nos jours)

En France, les conceptions de la famille telles qu'elles sont pensées par Peter Berger et Hansfried Kellner (1964) peuvent tenir jusqu'à la fin des années 1970. Toutefois, l'avancée des progrès techniques (Mead, 1971), ainsi que la fragilisation des unions conjugales les rendent plus incertaines.

À cette période, la voix des femmes se fait entendre et devient audible au sein de la cellule familiale – et dans l'ensemble de la société plus généralement – sous l'effet des mouvements féministes de la fin des années soixante (Singly (de), 2012). Il en est également de même pour les enfants. La parole de ces derniers est, elle, portée par les disciplines psychologiques qui connaissent un grand succès en France par l'intermédiaire de Françoise Dolto. Diffusée sur les ondes de *France Inter* dans les années soixante-dix, la célèbre pédiatre et psychanalyste

participe à imposer l'idée d'un « enfant-sujet » dont les parents – surtout la mère, nous y reviendrons – doivent faire advenir la personnalité propre. Tel que Françoise Dolto le préconise, la parole des enfants a de la valeur et doit être entendue et prise en compte par les adultes. La Convention Internationale des Droits de l'enfant⁵ (CIDE) approuvée en 1989 par cent-quatre-vingt-six pays dont la France⁶ fait par ailleurs valoir ce principe sur le plan législatif. Ainsi, dans l'Article 12 de cette Convention est stipulé que : « *Les États garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité* ». Dans l'article 13 relatif au « *droit à la liberté d'expression* », la parole des enfants est une nouvelle fois promue dans l'assurance qui leur est donnée de pouvoir « *rechercher, recevoir [mais surtout] répandre des informations et des idées de toute espèce sans considération de frontière, sous forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou pas tout autre moyen du choix de l'enfant* ». Selon l'expression consacrée par François de Singly, la famille devient un lieu « *démocratique* » (Singly (de), 1996). Si cela n'empêche pas que s'expriment à certains moments des rapports hiérarchiques des parents vers leurs enfants, l'accent est bien davantage mis sur la qualité des relations conjugales, mais aussi – et peut-être surtout – intergénérationnelles.

Dans ce contexte, les chercheurs se mettent à penser les enfants comme des êtres socialisateurs à part entière. C'est ce que fait Margaret Mead dès 1971. Dans son ouvrage *Le Fossé des générations*, l'anthropologue distingue trois types de culture : la « *culture post-figurative* », la « *culture co-figurative* » et la « *culture pré-figurative* » (Mead, 1971). Dans le cadre des sociétés de « *culture post-figurative* », la socialisation est verticale. Les aînés, grands-parents et parents, façonnent le monde de leurs (petits-)enfants. Le deuxième type de « *culture co-figurative* » intègre les pairs. Si les parents conservent un rôle important, – ce sont eux qui fixent un cadre – ils partagent leur rôle socialisateur avec les jeunes générations. Dans ce modèle, les pairs participent aussi à la construction du monde de leurs contemporains. Enfin, dans les sociétés modernes marquées par les progrès de la science, de l'industrie et de l'économie, les aînés apparaissent comme dépassés. Il n'y a « *plus de vocabulaire commun* » (*Ibid.*, p. 92) entre les générations. Pour le rétablir et pour se repérer dans un « monde nouveau », les parents doivent se montrer ouverts aux enseignements qu'ont à leur transmettre leurs enfants. Dans

⁵ Dans la CIDE, un enfant est un « *être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable* ». La CIDE est disponible en ligne à l'adresse : [La Convention Internationale des Droits de l'Enfant \(CIDE\) - UNICEF](#) (page consultée le 30 janvier 2023).

⁶ La CIDE a été ratifiée par la France le 7 août 1990. La France est le deuxième pays européen après la Suède à avoir ratifié la Convention internationale des droits de l'enfant.

cette dernière configuration, l'ordre socialisateur est renversé. Jusque dans les années soixante-dix, la socialisation relevait d'une action éducative des parents sur leurs enfants. À compter des années soixante-dix – soit de la « *deuxième modernité* » (Martuccelli et Singly (de), 2012) – les enfants peuvent prendre un rôle d'éducateurs face à des parents.

En 2006, Benoît Céroux prolonge les travaux de ses prédécesseurs. Reprenant les enseignements de Peter Berger et Hansfried Kellner sur « *l'autrui significatif* »⁷, le sociologue propose de le penser non plus dans le cadre de la relation conjugale mais dans celui de la relation parents/enfants. Pour en faire démonstration, Benoît Céroux commence par rappeler les points communs qui existent entre les relations conjugales et filiales. Celles-ci sont étudiées par le sociologue sous l'angle des liens entre les pères et leurs jeunes enfants dans deux contextes, la naissance et la séparation conjugale. Benoît Céroux met en exergue trois points qui lui font dire que les relations entre les pères et leurs enfants donnent à penser les seconds comme les « *autrui significatifs* » des premiers. Tout d'abord, pour lui, pères et enfants ont partagé, partagent ou partageront un monde commun, autrement-dit un même espace où se déploie(ra) la conversation familiale. Ensuite, qu'il s'agisse des mois qui précèdent la naissance ou de l'après-séparation conjugale, les pères investissent leur paternité sur un registre émotionnel. L'implication des pères pendant la grossesse est l'occasion pour eux de mobiliser leurs sens pour établir des premiers contacts emprunts d'affectivité avec leur enfant à naître. Après une rupture conjugale, les pères disent leur peine d'être séparés de leur progéniture et leur grande joie de les retrouver. « *Le contraste entre leurs sentiments et leur mode de vie sans ou avec les enfants est saisissant ; ils passent d'une vie en sommeil à une vie vécue* » (*Ibid.*, 2006, pp. 128-129). De plus, après une séparation, les enfants reviennent dans les discours paternels comme ce qui permet de se reconstruire, de trouver « *l'énergie pour dompter la peine* » (*Ibid.*, p. 129) de la rupture et de ses conséquences. Enfin, grâce aux conversations qui s'établissent avec les enfants, les pères [séparés] apprennent d'eux en tant que pères, en tant que personnes mais aussi du monde qui les entoure. « *Par leur présence, leurs remarques et leurs conversations, les enfants déplacent le regard de leur père vers ce qu'ils voient. Plus petits que leur père, les jeunes enfants ne portent pas le regard sur les mêmes choses que les adultes* » (p. 129).

⁷ À partir de cet endroit dans notre manuscrit, dans un souci de lisibilité, lorsque nous ferons référence au concept « *d'autrui significatif* », nous emprunterons systématiquement à la pensée de Peter Berger et Hansfried Kellner (1964) et Benoît Céroux (2006) sans les citer systématiquement.

S'il établit des liens entre les relations conjugales et filiales, cela n'empêche pas Benoît Céroux de souligner qu'à ses yeux, les premières devraient être davantage considérés pour leurs vertus validantes que les secondes. Premièrement, en prenant appui sur les enseignements de Françoise Dolto (1976-1978), Benoît Céroux rappelle l'égalitarisme entre les générations à l'œuvre à compter des années 1970. À ce sujet, il écrit : « *tout comme la montée de l'égalitarisme conjugal constitue un état favorable au caractère mutuel de l'adaptation (Berger et Kellner, 1988), il est probable que la montée de l'égalitarisme « filial » agisse de même* » (Céroux, 2006, p. 126). Puisque sa voix compte et qu'il est entendu comme une personne à part entière dans les conversations menées sous le toit familial, « *l'enfant participe [comme les conjoints] alors à la réalité sociale [de ses parents]* » (Ibid.). Cet enfant participe à construire leur réalité en tant que parents. Par exemple, sa présence amène les adultes à fréquenter des cercles sociaux qu'ils n'auraient jamais connus sans leur enfant (personnels de petite enfance, crèche, école, parc etc.). Ce dernier participe également à construire la réalité sociale de ses parents en dehors de ces aspects éducatifs et familiaux. « *Les enfants peuvent aussi tenir la place d'autrui significatif, dans la construction de la dimension personnelle de leur père, à travers les différents apprentissages qu'ils lui permettent de faire sur le monde ou sur soi* » (Ibid., p. 129). Pour Benoît Céroux, les enfants peuvent d'ailleurs être des « *autrui encore plus significatifs* » que les conjoints car depuis les années soixante-dix, à la permanence parentale s'oppose la fragilité conjugale. Il soutient à cet égard qu'avant d'être conjugale, la famille sous la « *modernité 2* » (Martuccelli et Singly (de), 2012) est « *de type « filial » dans la mesure où c'est plus le lien de filiation qui définit la « famille » par rapport au couple, et ce d'autant plus que les ruptures conjugales sont « courantes » et que la norme du « bon divorce » affirme la permanence des liens parentaux (ce qu'exprime la formule : « Le couple parental subsiste au couple conjugal* ».) » (Ibid., pp. 125-126). Outre la perte de vitesse du mariage dans les sociétés occidentales et le nombre constamment en hausse de séparations et de divorces⁸, les sociologues de la famille participent à montrer que la volonté de bâtir et d'évoluer dans un monde conjugal

⁸ D'après les données fournies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), en 1975, date de l'instauration du divorce par consentement mutuel en France, le nombre de divorces est estimé à 55 612. Il passe à 71 319 dès 1977 et 123 527 en 2014 (dernière période considérée). En 1975, le taux de divortialité s'élevait à 15,8 divorces pour 100 mariages contre 20 en 1977 et 44,2 en 2014. Ces données sont à retrouver sur le site : [123 500 divorces en 2014 - Insee Première - 1599](#) (page consultée le 31 janvier 2023). En 2016, des chiffres donnés par l'INED font état d'environ 128 000 divorces avant de chuter à partir de 2017 pour arriver à 57 437 en 2021. Cette baisse du nombre de divorces est imputée à la loi sur la facilitation des procédures de divorce de novembre 2016. Lorsqu'ils sont contractés devant un notaire – et non plus nécessairement devant un juge aux affaires familiales comme c'était nécessairement le cas avant promulgation de la loi de novembre 2016 – les divorces ne sont pas comptabilisés dans les statistiques. Source : [Divorces - Mariages, divorces, Pacs - France - Les chiffres - Ined - Institut national d'études démographiques](#) (page consultée le 31 janvier 2023).

partagé se fait de moins en moins impérieuse. Même si cela correspond à une forme minoritaire de conjugalité, de plus en plus d'individus appelés « *Living apart together (LAT)* »⁹ font le choix de ne pas cohabiter sans que cela ne les empêche de se considérer en couple. Cette forme de conjugalité est par ailleurs de plus en plus commune après un divorce, particulièrement chez les « *individus [qui] appartiennent aux fractions élevées et moyennes de la population (cadres, professions intermédiaires) mais aussi, chez les femmes notamment, au groupe des employées* » (Giraud, 2020, p. 10). En outre, les chercheurs Wilfried Rault et Arnaud Régnier-Loilier (2020) soulignent que la cohabitation conjugale n'est pas toujours un bon indicateur de la construction d'un monde conjugal partagé. « *Vivre sous le même toit* » (*Ibid.*) peut au contraire être une réalité pour des personnes dont les liens conjugaux sont rompus. Les deux chercheurs estiment qu'en 1984 et 2013, un couple séparé sur trois a continué de vivre sous le même toit après avoir pris la décision de rompre. Si dans une grande majorité des cas, cette situation n'est pas appelée à se poursuivre sur le long-terme, il n'en reste pas moins que 20% des couples séparés maintiennent une cohabitation durant au moins un an après leur rupture. Ce phénomène social est justifié par quatre explications principales : l'âge associé à une temporalité longue de vie commune, la possession de biens (im)mobiliers, la situation maritale et enfin – et peut-être surtout – la présence de jeunes enfants de moins de quinze ans¹⁰. Enfin, selon Peter Berger et Hansfried Kellner (2012 [1964]), « *[l']instrumentalité nomique du mariage se concrétise sans cesse du lit à la table du déjeuner, alors que les partenaires poursuivent la conversation sans fin qui s'alimente d'à peu près tout ce qu'ils vivent individuellement ou ensemble* » (pp. 307-308). Or, rien n'est moins sûr que cette considération. Dans *Le monde privé des ouvriers* (1990), Olivier Schwartz donne au contraire à penser l'absence et le silence qui marquent les conjugalités des familles ouvrières qu'il a étudiées :

« *Combien d'hommes « disparaissent » ainsi des heures entières dans leur cave, leur entresol, leur établi, leur jardin, combien d'entre eux se consacrent à la voiture sans cesse réparée sur le parking du HLM, cherchant l'objet à bricoler, l'objet à investir, créant de toutes pièces l'occasion de déclencher ce jeu, ce corps à corps avec la matière qui constitue pour eux l'une des grands moments de la maîtrise des choses ? Combien de fois entendue cette réflexion des femmes sur leur mari : « De toute façon, je le vois jamais ! Dès qu'il rentre de travailler, il est*

⁹ Cette expression désigne les couples « *ensemble qui vivent séparément* ».

¹⁰ Ces données sont issues de l'enquête Études des Parcours Individuels et Conjugaux (EPIC) menée par l'Institut National des Études Démographiques (INED) sous l'égide du sociologue Wilfried Rault entre 2013 et 2014. Pour cette recherche, 7 825 personnes ont été interrogées. Une partie des questionnaires était consacrée à « *la description des relations de couple et des relations amoureuses importantes* » (Rault et Régnier-Loilier, 2020, p. 5). Les résultats sur la poursuite de la cohabitation après rupture ont été obtenus grâce aux interrogations portant sur la dernière rupture à la suite d'une relation conjugale cohabitante.

à la cave, ou à son jardin... » [...] J'ai posé des dizaines de fois la question : pourquoi la pêche ? La réponse de mes interlocuteurs est toujours la même : « Là t'es tranquille », « t'es au calme », « t'es dans la nature ». Quand ils ont à souffrir du bruit, à l'usine par exemple, ou en HLM, ils évoquent le silence qu'ils trouvent au bord de l'eau, dans l'attente du poisson. D'autres parlent de la liberté, au niveau très élémentaire des mouvements du corps, et du desserrement des contraintes sociales [...]. [La] pêche, comme toutes les formes de jubilation solitaire, n'est pas une simple activité, c'est plus globalement un lieu, lieu de pouvoir sur les choses et sur soi-même. Une journée entière passée à la pêche remplit une fonction de rupture : on congédie le temps rythmé par les obligations sociales et familiales [...] » (Schwartz, 1990, p. 327)

Loin de présenter l'image de couples complices soucieux de partager un monde commun et d'échanger « sans cesse du lit à la table du déjeuner » (Berger & Kellner, 2012 [1964], p. 307), Olivier Schwartz (1990) avance que les rapports conjugaux peuvent être aussi marqués par du silence et de la distance prise par les hommes à l'égard des « obligations sociales et familiales » (p. 327). La pêche, le jardinage et le bricolage ne sont pas les seuls moyens utilisés par la gent masculine pour se retirer de la vie conjugo-familiale. Dans nos entretiens, ce sont les sociabilités masculines qui ont été davantage mises en avant en ce sens :

« Moi, j'ai mis totalement entre parenthèses ma vie de femme... enfin s'amuser ou autre, avoir des moments à vous, voilà. Ça, je l'ai mis totalement entre parenthèses alors que lui [son compagnon], non. Lui, il se refuse de mettre entre parenthèses ses passions et tout ce qui va avec parce qu'il a un enfant. « Tu te débrouilles, moi, je veux faire » ... c'est ce que je vous disais, on négociait : « Moi [le compagnon], je veux aller passer un week-end avec mes copains, tu [Nina]¹¹ te débrouilles ». Il [ne] se pose pas la question. « Tu gères notre fils », voilà (Nina)

Avant le cancer – de même que pendant et après –, son compagnon n'est jamais décrit comme une source de validation. Pour Nina, elle et son partenaire forment depuis bien avant le cancer, un « couple compliqué » dans lequel « [elle] ne peu[t] compter que sur [elle]-même ». Pour autant, bien que déclarant « subir » et être « très malheureuse » dans sa vie conjugale, la séparation n'a jamais été une possibilité pour Nina, surtout depuis qu'elle est devenue mère. Comme pour bien d'autres femmes, la présence d'un enfant en bas-âge combinée à un attachement – qui semble encore socialement partagé – à la complémentarité des rôles

¹¹ Âge : 37 ans ; 39 ans - Profession : Assistante juridique ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Août 2018 - Profession du père des enfants : Parquetier ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 2 et 3,5 ans.
Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

parentaux (Kaufmann, 2016) justifient le maintien d'une vie conjugale qui n'est nullement vectrice d'épanouissement.

Au regard de tous les éléments que nous venons de fournir, il convient donc de penser que les relations actuelles qu'entretiennent les parents et leurs enfants se prêtent mieux que les liens conjugaux à une réflexion sur « *l'autrui significatif* ». Cela est d'ailleurs peut-être encore plus vrai quand il s'agit d'observer les relations des mères contemporaines avec leurs enfants. Comme le souligne Benoît Céroux dans la conclusion de son article (2006), « *le travail d'autrui significatif repose avant tout sur la conversation, la validation du monde dans lesquels les acteurs vivent et la négociation de l'image de soi. Or, il s'agit de comportements qui ont été historiquement inscrits dans la sphère maternelle plutôt que dans la sphère paternelle* » (p. 130). En dépit des avancées des cinq dernières décennies, l'exercice contemporain de la paternité reste en effet marqué par les rôles traditionnels associés aux pères et à leur masculinité. De nos jours, les pères restent surtout attendus dans leur rôle de pourvoyeurs de revenus et d'autorité auprès de leurs enfants (Kellerhalls *et al.*, 2008 ; Brugeilles et Sébille, 2009 ; Boyer et Céroux, 2010 ; Pailhé et Solaz, 2010). En outre, l'angle de la « *bifocalisation* » qui est choisi par Benoît Céroux (2006) peut être considéré comme un biais dans l'étude de la paternité relationnelle. En dehors du caractère rare de cette configuration familiale¹², l'accent mis sur le côté affectif de la paternité peut être favorisé par la situation familiale dans laquelle se trouvent les pères interrogés par le sociologue. Comme le souligne Agnès Martial (2013), « *les ruptures conjugales transforment la paternité le plus souvent fragilisée par les divorces et les séparations, elle peut aussi et à l'inverse être investie de manière centrale, dès lors qu'un homme est conduit à assumer seul la charge quotidienne de son ou ses enfants* » (Martial, 2013a, p. 62). Quand elle ne conduisent pas à la rupture définitive ou par intermittence des liens entre les pères et leurs enfants (Martial, 2013b), les ruptures des conjoints semblent engager les pères à vivre leur paternité sous le mode de la relation et du jeu avec leurs enfants. Cela peut être favorisé par les temporalités qui deviennent celles des pères après une séparation. Agnès Martial (2013a) rappelle que la situation la plus ordinaire après une rupture consiste en la mise en place de la résidence quotidienne chez les mères avec des visites prévues chez les pères les week-end (ou un week-end sur deux) et la moitié des vacances. Or libérés des contraintes d'emploi du temps scolaire et/ou professionnel, cela permet aux pères de faire valoir une paternité « *sympa* » qui s'oppose à une maternité quotidienne émaillée de tout ce qui est

¹² Le sociologue Arnaud Régnier-Loilier (2022) souligne qu'en 2016, les familles qui comptaient au moins un enfant mineur étaient composées à 77% de couples avec enfant(s) contre 23% d'hommes et de femmes en situation de monoparentalité. Parmi ces familles monoparentales, 8/10 avaient à leur tête des mères (p. 14).

« rigoureux », « lourd » et « chiant » (Victoria)¹³. Par ailleurs, les travaux de la sociologue Sylvie Cadolle (2008) permettent de montrer que même dans les rares cas de résidence alternée, « les pères peuvent avoir des difficultés à réaliser à quel point l'éducation consiste à donner des habitudes, des formes, des contraintes à exercer un suivi, un contrôle, une pression de tous les instants dans le quotidien, à organiser un emploi du temps fixe de la vie ordinaire » (Cadolle, 2008, p. 75). Si la chercheuse ne remet pas en cause « la passion de l'enfant » (Ibid.) derrière ces manifestations de paternité relationnelle, elle met également en avant des ressorts qui ont peu à voir avec les relations intergénérationnelles. Elle avance ainsi une « forme de rivalité avec la mère » (Ibid.) sous-jacente à l'expression d'une paternité relationnelle qui s'incarne dans des contextes de séparation conjugale. Dans ce cas, l'implication paternelle est moins le marqueur d'un authentique investissement des pères auprès de leurs enfants qu'un moyen de vengeance à l'encontre des ex-compagnes. Des chercheuses comme Aurélie Fillod-Chaubaud (2013) ont ainsi participé à rendre visibles les positions antiféministes derrière les revendications de certains hommes engagés dans des associations de défense des droits paternels comme *SOS Papa*. Au total, comme le préconise Benoît Cérroux à la fin de son article (2006), c'est peut-être du côté des relations mères/enfants sous la « deuxième modernité » (Martuccelli et Singly (de), 2012) qu'il est le plus pertinent de penser le concept « d'autrui significatif ».

D. La famille relationnelle filiale à dominante maternelle

Nous l'avons vu, pendant la « première modernité » (XIXe siècle – années 1970), le noyau central de la famille était le couple. Les conjoints étaient « *autrui significatifs* » l'un de l'autre. Toutefois, sous la « deuxième modernité », sous les effets conjugués des transformations technologiques (Mead, 1971) et de la fragilisation des unions conjugales, la « *famille conjugale* » (Durkheim, 1921) cède la place à la « *famille filiale* » (Cérroux, 2006). La famille n'advient plus par le couple mais par la parentalité. À la fragilité conjugale s'oppose désormais

¹³ Âge : 49 ans ; 58 ans - Profession : Cheffe d'entreprise (organisation de mariage) ; Gestionnaire immobilier & Assistante maternelle - Situation conjugale : En instance de divorce ; Célibataire - Type de cancer : Peau - Date de fin des traitements : Fin 2013 - Profession du père des enfants : Dirigeant d'entreprise ; sans activité - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 24 et 30 ans (aînée) et 20 et 27 ans (cadette – atteinte de handicaps physique et mental)

Protocole : Tumoréctomie suivie de sept mois d'hospitalisation pendant lesquels a lieu la radiothérapie pendant six semaines qui ont précédé un séjour en centre de rééducation pour réacquies la marche.

la force des liens intergénérationnels. Ces éléments ne doivent cependant pas faire oublier qu'au sein des familles, se jouent différents types de liens intergénérationnels. Sous la forme de famille nucléaire – constituée d'un couple hétérosexuel et de son ou ses enfants, deux le plus souvent – qui la plus répandue France¹⁴, les enfants sont en relation avec leur père et avec leur mère. Or, les relations entretenues avec les premiers et les secondes ne sont pas identiques. L'exercice de la paternité contemporaine reste marqué du sceau de la « tradition » qui rattache les pères à leurs rôles de pourvoyeurs de revenus et d'autorité auprès de leurs enfants (Brachet et Salles, 2011). La proximité relationnelle qui caractérise les familles contemporaines se joue quant à elle bien davantage du côté du duo mère/enfant(s). Alors que la maternité ne constitue plus le seul domaine par lequel peut s'exprimer leur citoyenneté, elle demeure pourtant une expérience centrale – pour ne pas dire primordiale – de la vie des femmes qui ont des enfants. Cela s'entend dans les discours des interrogées que nous avons rencontrées. Sylvie¹⁵ avec laquelle nous nous sommes entretenu en janvier 2018 dira à ce sujet : « [...] [*Je ne*] *sais pas si vous êtes mère mais je vous le souhaite et vous verrez, rien n'est plus pur, n'est plus important que l'amour d'un enfant* ». Ce type de considération est un héritage direct des changements dans les pratiques parentales qui ont eu lieu pendant le XIX^e siècle et que nous avons abordées précédemment. Diminution drastique des mises en nourrice, abandon de l'emballage, ainsi qu'un investissement maternel dans tous les aspects de l'éducation (santé, instruction etc.) sont autant d'éléments qui mettent en contact physique de façon quasi permanente les mères et leurs enfants. Cette proximité physique qui va de pair avec une implication parentale très importante peut être particulièrement épuisante lorsqu'elle doit être conciliée avec une activité professionnelle tout aussi prenante. Pour autant, nombre de sociologues s'accordent pour noter qu'actuellement, l'investissement des mères ne souffre que de peu de remises en cause. Ainsi, pour les sociologues de la famille, l'abnégation liée à la maternité contemporaine trouve des contreparties dans la situation de primauté affective que les mères ont avec leurs enfants¹⁶. Cet

¹⁴ Selon l'INSEE (2020), en 2020, 66,3% des familles avec au moins un enfant mineur sont des familles composées d'un couple et des enfants issus de ce couple. 24,7% des familles avec au moins un enfant mineur sont des familles monoparentales dans lesquelles un parent – mère ou père – vit seul avec ses enfants. Les familles recomposées qui comptent un couple avec au moins un enfant issu d'une union précédente représente 9% des configurations familiales étudiées.

¹⁵ Âge : 45 ans ; 56 ans - Profession : Responsable marketing ; Directrice industrielle - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2006 - Profession du père des enfants : Responsable marketing ; Directeur d'entreprise - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 17 et 28 ans (aînée) ; 14 et 25 ans (cadette).

Protocole : Tumoréctomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

¹⁶ Ces propos se rapprochent des conceptions de François de Singly. En 2013, le sociologue était interrogé par Martine Fournier. S'il reconnaissait un maintien inégalitaire des tâches domestiques entre les hommes et les femmes, il soulignait que ces dernières pouvaient en tirer des avantages relatifs à la reconnaissance de leurs qualités de compagnes, de mères etc. Au sujet de la relation mères/enfants plus particulièrement, il soulignait : « *Par la*

autre point est perceptible discours des enquêtées comme Laurence¹⁷. Si elle ne remet pas en cause la qualité des relations entretenues entre ses trois enfants et leur père, cela ne l'empêche pas d'affirmer que l'homme n'a pas pour autant « *cette relation [...] un peu particulière* » qu'elle a avec sa fille et ses deux fils. Au centre de cette « *relation particulière* », la dialogue entre les générations est central. Cette orientation doit beaucoup à la place que prennent les disciplines « psy » dans nos sociétés. Les sociétés occidentales contemporaines sont sous la coupe d'un « *mouvement de psychologisation* » (Castel *et al.*, 2008) à l'œuvre jusqu'en matière de parentalité. À ce sujet, la psychologie règne d'ailleurs en maîtresse (Garcia, 2011). Sa large diffusion dans les médias permet à ses messages de trouver un écho dans de nombreux foyers, notamment dans ceux qui appartiennent aux catégories moyennes et supérieures comme c'est le cas de nos enquêtées, comme nous le verrons dans le chapitre méthodologique. À partir des années 1970, depuis leur radio et/ou en lisant les magazines, il est asséné aux parents – surtout aux femmes – que le rôle des pères est essentiellement symbolique : ils transmettent un nom et assurent la fonction de tiers séparateurs venant rompre la fusion entre les mères et leurs enfants. Les mères quant à elles se voient chargées du reste de l'éducation, et en premier lieu de tout ce qui relève du soin et du dialogue. À cet égard, le passage ci-dessous issu de l'ouvrage à succès de Françoise Dolto *Lorsque l'enfant paraît* (1976-1978) est très intéressant. Dès les premiers instants de sa vie, la psychiatre préconise de parler au nouveau-né : « *[...] Il ne faut pas oublier que, in utero, l'enfant est mêlé à la vie de sa mère, il entend aussi la voix de son père. Il entend, in utero. L'audition y est parfaite. Surtout vers la fin, il entend tout. Et tout d'un coup, à la naissance, ce sont les grands bruits qui arrivent. Il a besoin très vite d'entendre la voix modulée de sa mère, qu'il reconnaît, ainsi que la voix de son père. Je crois que le premier colloque du bébé, dans les bras de sa mère, est très important [...]* » (Dolto, 2014, [1976-1978 - tome 1], p. 26). Les mères sont en première ligne des enseignements de celle qui reste, en France, une figure de proue des savoirs psychologiques en matière de (petite) enfance. Dans le court paragraphe livré ci-dessus, il est ainsi intéressant de constater que les mères sont toujours citées avant les pères et sont liées à leur bébé, ce qui n'est pas le cas pour les hommes. Certes, « *il [l'enfant à naître] entend aussi la voix de son père* » mais il n'est pas « *mêlé* » à lui comme il l'est avec sa mère (« *l'enfant est mêlé à la vie de sa mère* ») (*Ibid.*). À la page suivante,

médiation du travail domestique, les femmes entretiennent de meilleures relations avec leurs enfants » (p. 102). Pour en savoir plus : 2013, « Identité contre égalité ». Rencontre avec François de Singly, propos recueillis par Martine Fournier, *In*. André C., Braud P., Brun J-P., *La reconnaissance*, Éditions Sciences Humaines, Auxerre, pp. 101-103.

lorsqu'il est question de dialoguer avec l'enfant « *dès les premiers mois* » (*Ibid.*, p. 27), s'il n'est nullement question de la « *relation que [le bébé] a avec [son père]* », il est en revanche tout à fait explicitement fait mention de la mère : « *Avoir des phrases et des tons de voix qui accompagnent la souffrance de l'enfant ; celle-ci devient alors humaine (pour lui aussi) parce qu'elle est parlée. Tout ce qui est parlé devient humain. Tout ce qui n'est pas parlé, pour l'enfant, reste à l'état d'insolite et n'est pas intégré à la relation qu'il a avec sa mère* » (*Ibid.*).

Dans la parentalité actuelle, la conversation tient un rôle majeur et de surcroît spécifique, aux relations qu'ont les mères avec leurs enfants, et cela quel que soit l'âge de ces derniers. Laure¹⁸ et Laurence¹⁹, deux enquêtées que nous avons rencontrées en janvier 2018 nous offrent deux beaux exemples en la matière. Toutes deux ont été traitées d'un cancer du sein ; la première a suivi ses protocoles en 2016 et la seconde en 2015. Lorsque nous nous rencontrons, ces deux femmes sont à différents moments de leur « *trajectoire maternelle* » (*cf. notes de bas de page*). Malgré les différences d'âge de leurs enfants, le dialogue prend une place très importante, pour ne pas dire centrale dans l'exercice quotidien de leur parentalité respective. Du côté de Laurence, les discussions qu'elle a avec ses enfants sont quotidiennes et instituées depuis leur plus jeune âge (« *Alors je discute beaucoup avec eux depuis toujours. [...] et c'est vrai que le soir, je me suis toujours arrangée [...] et ce que j'essayais de faire c'était d'être présente... d'avoir un moment pour chacun le soir pour discuter* » (*Laurence*)). Dans leurs conversations, l'école occupe un large espace. Les difficultés relationnelles que peuvent connaître ses enfants, leurs notes, les devoirs à effectuer sont autant de sujets que cette mère prend l'initiative d'aborder avec eux. De prime abord, cela pourrait être vu – et ce n'est certainement pas absent – comme une façon de contrôler le scolaire pour répondre aux objectifs de reproduction sociale qui restent présents dans les familles contemporaines, surtout dans les milieux les plus favorisés (Singly (de), 2003). Au regard des propos de nos enquêtées, nous voyons cependant poindre une autre dimension à travers ces discussions. Il s'agit vraisemblablement moins de contrôler que d'acquiescer une connaissance intime de son enfant dans des aspects de sa vie, de sa personnalité qui se déploient à l'extérieur du toit familial. Cela est joliment dit par Laurence

¹⁸ Âge : 35 ans ; 37 ans - Profession : Infirmière ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Technicien électroménager ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 8 et 10 ans (aîné) ; 4 et 6 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

¹⁹ Âge : 48 ans ; 53 ans - Profession : Ingénieure ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Fin 2015 - Profession du père des enfants : Ingénieur - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et M - Âge des enfants : 18 et 23 ans (aîné) ; 14 et 19 ans (cadette) et 9 et 14 ans (benjamin). Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie combinée à une thérapie ciblée et à de la radiothérapie puis à de l'hormonothérapie.

dans la phrase suivante : « *je suis moi beaucoup plus présente [que son mari] à discuter avec eux de choses insignifiantes mais qui sont leur vie de tous les jours* ». La concernant, lorsque Laure pose des questions sur l'école, il s'agit tantôt comprendre la « *drôle de tête* » de son fils, tantôt la colère qui ronge sa fille. Dans l'entretien de Laurence, la verticalité du contrôle qui pourrait se lire dans les interrogations scolaires du soir est totalement supplantée par l'horizontalité des rapports intergénérationnels. L'égalité qui se joue dans les relations avec ses trois enfants est implicitement mentionnée dans l'emploi de verbes comme « *échanger* » ou « *partager* » dont se sert l'enquêtée pour rendre compte à l'enquêtrice du quotidien familial en soirée. Dans les entretiens de Laure et de Laurence, il est tout à fait intéressant de constater que les pères – qui se distinguent en termes d'âge et de milieu social – sont les grands absents des dialogues qui se déroulent au sein du foyer familial qu'ils partagent pourtant avec leur compagne et enfants respectifs. Ces deux hommes qui sont tous les deux décrits par les interrogées comme des pères investis ne le sont pas quand il s'agit de discuter avec leurs enfants. Laure souligne que contrairement à elle, son compagnon ne pose aucune question à son fils et à sa fille. De son côté, Laurence affirme que dans l'éventualité de son décès, le dialogue avec les enfants aurait constitué tout un pan de l'éducation qui aurait été écarté par le père peu familier du « fait de parole ». Pour s'en justifier, Laure comme Laurence ont mobilisé des traits individuels qui auraient pu justifier les portraits de pères peu prolixes qu'elles ont toutes deux dressés. « *C'est une question de tempéraments [différents]* » qui conduirait « *[le] mari [de Laurence à être] beaucoup plus dans les choses externes* » et elle, « *sur le développement de la personne... enfin des émotions, une introspection* ». Pour Laure, les différences entre elle et son compagnon tiennent de leur éducation : « *[...] mon conjoint, pour le coup, il [n']exprime pas les choses. C'est après, c'est aussi une éducation et dans sa famille [du conjoint], c'est comme ça, ils prennent les choses sur eux et pour moi, c[e n']est pas une solution. Il faut savoir verbaliser les choses* » (Laure). Pour autant, après avoir établi la liste des diversités individuelles que les deux enquêtées ne relient nullement à une socialisation genrée qui leur est antérieure et extérieure, Laure finit par donner une portée plus générale à son propos. En décrétant que « *le côté relationnel, sentimental... enfin, les sensations, les ressentis de l'enfant parce que mon fils est quand même quelqu'un de très sensible et je pense que le côté maternel le transmet mieux que le côté paternel en fait* », elle montre à quel point la dimension « psychologique » de l'éducation qui recoupe le dialogue entre les générations relève encore de nos jours d'un apanage maternel.

Dans les familles contemporaines, le concept « *d'autrui significatif* » semble donc être le plus adéquat quand il s'agit d'observer les relations qui se jouent entre les mères et leurs enfants. Entre eux, plus qu'entre conjoints et entre les pères et leurs enfants, les liens se distinguent par une solidité sans nulle autre pareille qui donne consistance aux « *relation[s] si particulière[s]* » (*Laurence*) qui unissent les mères à leurs enfants. Dans notre thèse, nous montrerons d'ailleurs que le cancer peut encore renforcer les relations déjà « *si particulières* » (*Laurence*) et si proches entre les mères et leurs enfants.

3. Méthodologie

Nous tenons cet énoncé de l'analyse des entretiens (décembre 2017 à mai 2021) menés avec les cinquante-trois femmes qui ont été interrogées dans le cadre de ce travail doctoral. Lors de nos rencontres, les femmes que nous avons rencontrées avaient en moyenne un peu plus de quarante-six ans. La plus jeune avait vingt-neuf ans et la plus âgée, soixante-cinq. Lors du diagnostic du cancer, les enquêtées avaient en moyenne un peu moins de quarante-deux ans ; la plus jeune était âgée de vingt-neuf ans et la plus âgée, de cinquante-huit.

Parmi ces cinquante-trois femmes, seules quatre n'ont pas été approchées par le biais de la *Ligue contre le cancer*, organisme financeur de cette thèse. Trois ont accepté de m'accorder des entretiens après que nous ayons été mises en contact par différents intermédiaires, une étudiante, une femme rencontrée lors d'une conférence donnée à l'Institut Curie en décembre 2017 et une oncologue avec laquelle j'ai collaboré²⁰ à quelques reprises au cours de mon doctorat. La dernière enquêtée est venue vers moi après avoir eu connaissance d'un partage d'un statut effectué via le réseau social *LinkedIn*. Dans cette publication, je requérais la participation de femmes à ma recherche selon le principe que je détaillerai ci-après. Concernant les quarante-neuf autres interrogées, elles se sont manifestées par courriel ou par appel téléphonique après que le comité de la *Ligue contre le cancer* des Yvelines ait diffusé mes demandes d'entretien à « ses membres ». Lors de ces diffusions, un document (*cf. annexe 1*) que j'avais rédigé était communiqué. Dans celui-ci, étaient précisés mes affiliations universitaires, mes coordonnées, le sujet des entretiens, leur durée, leur lieu, les modalités de leur utilisation et celles relatives à leur enregistrement obligatoire par dictaphone et à la garantie

²⁰ L'oncologue en question a fait appel à moi pour apporter des corrections à des questionnaires diffusés auprès de patients et de médecins dans le cadre de recherches menées par l'Institut Curie au sujet de « l'information délivrée aux malades et à leurs proches », et du « positionnement vis-à-vis de la loi Cleys-Leonetti ».

de l'anonymat des participantes. Les critères discriminants pour participer à cette recherche étaient aussi détaillés (*cf. infra*).

Les personnes qui étaient volontaires et qui correspondaient aux points définis étaient ensuite invitées à prendre contact au moyen d'un courriel ou d'un appel téléphonique. Laissant aux femmes intéressées le soin de s'adresser à moi, cela me permettait de m'assurer de leur consentement à me parler de leur expérience. Lors de cette prise de contact, je revenais sur toutes les informations qui concernaient le déroulement des entretiens. Dans ce cadre, je prenais également le temps de répondre à toutes les questions qui portaient le plus souvent sur l'utilisation des données fournies et sur mon futur professionnel après la soutenance de thèse. Une fois ces dispositions prises, si les femmes se montraient toujours volontaires pour m'accorder un entretien²¹, la date et le lieu de sa passation étaient établis.

A. Les types de cancer : une surreprésentation des cancers du sein

Quarante-cinq interrogées ont été affectées par un cancer du sein. À lui seul, ce cancer représente 33% des cas diagnostiqués en 2018. Entre 2010 et 2018, l'incidence du cancer du sein a augmenté de 0,6% (p.4)²². Trois enquêtées ont cependant été affectées par un cancer de la peau et deux, par un cancer des ovaires. Les trois enquêtées restantes ont été touchées par un cancer du cerveau, une leucémie et un lymphome de Hodgkin. En prenant le parti de ne pas circonscrire un type de cancer particulier, je souhaitais faire travailler l'hypothèse suivante : les processus de redéfinition de l'existence après un cancer approchés sous l'angle de la parentalité sont différents selon les pronostics de survie établis²³. Finalement, ces pronostics ne disent rien ou si peu de la portée du cancer et de ses traitements sur l'existence des femmes qui en ont été touchées. Après analyse des discours des mères interrogées, il apparaît qu'un cancer qui dispose de bonnes voire de très bonnes probabilités de survie à cinq ans peut bien davantage bouleverser l'existence qu'un autre qui a des statistiques moins optimistes. Des données telles que l'organe touché, le stade, le grade etc. ne permettent pas de bien saisir les façons dont les personnes qui

²¹ Je n'ai jamais essayé de refus au terme de cet échange préalable.

²² Cf. [Panorama des cancers en France 2021.pdf \(e-cancer.fr\)](#)

²³ Ces pronostics sont effectués en fonction de différents critères parmi lesquels : le (sous-)type de cancer, la taille de la tumeur, sa propagation dans le corps (= le stade), la rapidité du développement des cellules cancéreuses (= le grade), de l'âge et du sexe de la personne touchée, son état de santé général, son poids, sa capacité à s'adapter aux effets secondaires des traitements et sa réaction vis-à-vis de ces derniers (source : [Pronostic et survie - Société canadienne du cancer](#) – page consultée le 4 juin 2021).

ont/ont eu un cancer vivent cette maladie et ses conséquences sur leur existence future. Notons d'abord que ces informations médicales ne sont pas toujours comprises par les « patients », même par ceux, à l'instar de nos enquêtées, qui appartiennent à des milieux culturellement et économiquement bien dotés reconnus pour leur proximité avec le monde médical et ses représentants (Fainzang, 2015 [2006]). Plusieurs femmes ont en outre souligné l'absence d'indications de ce type délivrées par le corps médical. Lorsqu'elles en avaient, elles pouvaient d'ailleurs manifester une certaine distance voire méfiance à leur égard. Plusieurs enquêtées nous ont fait confier leur réticence à déclarer une rémission – et plus encore une guérison – de crainte de devoir de nouveau faire face au cancer à plus ou moins longue échéance. Nous reviendrons plus longuement sur ce point en section f. de cette partie méthodologique.

B. Milieu social : une sur-représentation d'enquêtées issues de milieux moyens supérieurs

Ma population d'enquête se distingue par sa grande représentation de femmes issues de milieux économiquement et culturellement favorisés, voire hautement favorisés. Sur les cinquante-trois enquêtées, j'en dénombre cinq qui pourraient être classées dans les milieux populaire et/ou moyen inférieur et douze dans les catégories moyennes²⁴. Le chiffre s'élève à trente-cinq pour les classes moyennes supérieures, et (très) supérieures. Je ne statue pas pour le cas d'une enquêtée qui, bien qu'ayant déclaré ne pas avoir d'activité professionnelle et être en situation de monoparentalité, vivait avec ses deux filles dans un grand pavillon cossu situé dans les Yvelines. J'ai fait le choix de ne pas poser de questions au sujet de son ex-mari dans le cadre de la signalétique qui m'auraient pourtant permis de la positionner socialement. Je n'ai pas voulu rendre inconfortable la situation d'entretien après que l'interrogée m'ait confié que cet homme était sous le coup d'une ordonnance d'éloignement. Pour les mêmes raisons, je n'ai pas interrogé la situation professionnelle d'un ex-conjoint d'une autre enquêtée. Dans ce cas, la seule position professionnelle de la femme interrogée permettait néanmoins de la classer dans les catégories sociales supérieures.

Appréhender les expériences vécues par les enquêtées d'après le sens qu'elles leur avaient donné/donnent (Blanchet et Gotman, 2015 [1992]) constitue l'une des finalités de ce travail.

²⁴ Évaluation faite à partir de la situation professionnelle de l'enquêtée et celle de son compagnon s'il existe.

Mon but n'est pas d'identifier des relations de cause à effet entre ce qui avait été/est vécu par les enquêtées et un certain nombre de leurs caractéristiques sociales, comme il est de coutume de le faire en sociologie quantitative (Martin, 2017 [2005]). C'est pourquoi j'ai effectué cette thèse par le recours aux entretiens semi-directifs, ce qui m'a conduite à ne pas mobiliser le milieu social des personnes rencontrées comme l'hypothèse centrale de ma recherche. Cependant, devant la très grande présence des milieux moyen et supérieur dans mon corpus, il convient de m'y attarder quelque peu. La surreprésentation de ces profils est tout d'abord à relier au mode principal d'approche choisi pour effectuer mes entretiens. Cette thèse a été financée pendant trois années par la *Ligue contre le cancer*. J'ai fait appel à ses comités franciliens dans l'espoir qu'ils diffusent mes demandes auprès de leurs membres. Passant par le biais associatif, cela augmentait mes chances d'être adressée à des personnes issues de ces catégories sociales. Nous les savons plus prompts à fréquenter ce type d'établissement. « *[E]n 2013, 56% des personnes qui possèdent un diplôme supérieur au Bac ont adhéré à au moins une association au cours des 12 derniers mois contre 36% pour celles dont le diplôme est inférieur et 22% pour les non-diplômés* » (Burricand et Gleizes, 2016, p. 2). De plus, bien qu'ayant présenté ma recherche à l'ensemble des comités de la *Ligue contre le cancer* de la région Île-de-France par le biais de courriels ou de déplacements²⁵, seul le comité des Yvelines l'a fait connaître de ses adhérents. Cette publicisation de mon travail a été réalisée après que je sois reçue par le Président du comité des Yvelines qui s'était préalablement assuré de la véracité de mon financement auprès du siège de l'association. Selon une étude de l'INSEE parue en novembre 2020, les Yvelines sont le troisième département le plus riche de France. Situé à Versailles, ce comité compte parmi ses ligueurs de nombreux habitants de cette ville et des communes limitrophes où résidait la plupart des personnes qui ont participé à mes entretiens. Ces lieux se distinguent par un haut niveau de revenus. En 2017, le salaire net moyen des résidents de Versailles s'élevait à plus de 4002 euros alors que la moyenne nationale française se situait autour de 2333 euros²⁶. D'autres raisons relatives à la méthodologie adoptée pour cette thèse permettent également de comprendre la mobilisation des classes supérieures dans cette recherche. Basée sur des entretiens semi-directifs qui ont des allures scolaires²⁷ (Beaud et Weber, 2010 [1997]), il n'est guère surprenant d'avoir eu davantage de succès avec des

²⁵ En décembre 2017, je me suis rendue au siège parisien de la *Ligue contre le cancer*, ainsi que dans ses comités départementaux de Paris et des Yvelines. Je souhaitais commencer ma recherche dans ces régions en raison de leur proximité à mes lieux d'habitation (sud des Hauts-de-Seine) et d'études (Paris) avant de la poursuivre dans les autres départements de la région Île-de-France.

²⁶ Salaire moyen à Versailles (78000) (journaldunet.com) (Page consultée le 3 juin 2021).

²⁷ En témoignent les questions qui m'ont été posées par mes enquêtées concernant la préparation des entretiens et/ou à la validité de leurs réponses agissant ainsi comme de « *bonnes élèves* » (Kaufmann 2016 [1996], p. 62).

individus familiers de leurs codes²⁸. Cet effet peut d'ailleurs avoir été encore redoublé que dans chacun des mails envoyés par le comité des Yvelines était précisé mon statut de doctorante. Cela me positionnait d'emblée comme candidate au plus haut degré de diplomation qui existe en France.

De prime abord, ce travail peut souffrir d'un manque de diversité sociale. Il est tout de même important de souligner que l'apparente homogénéité des statuts socio-professionnels de mes interrogées recouvre dans les faits une grande diversité des parcours. Dans les entretiens, il est apparu que certaines enquêtées appartenaient de longue date à des milieux hautement favorisés. D'autres avaient connu des parcours de mobilité ascendante relativement récents dans leur biographie, ce qui faisait d'elles des « *transclasses* »²⁹ (Jaquet et Bras, 2018). La variété des situations socio-culturelles n'a pas toujours pu être approchée dans le présent vécu par les enquêtées ou dans leur passé récent. Elle a en revanche pu être saisie dans la narration des expériences antérieures qui donnent un sens particulier à celles relatées – et parmi elles, le cancer – lors des entretiens. Enfin, dans certaines situations, la commune de résidence huppée et les positions professionnelles ne disent rien des conditions socio-économiques dans lesquelles sont insérées les femmes rencontrées. Cet élément est saillant pour les femmes qui occupent des positions professionnelles intermédiaires comme professeures des écoles et qui élèvent seules leurs enfants sans aucune contribution financière et/ou domestique paternelle.

²⁸ Pour aller plus loin sur ces questions, cf. Bourdieu P., Passeron J-C., 1964, *Les héritiers. Les étudiants et la culture*, Paris, Éditions de Minuit ; Bourdieu P., Passeron J-C., 1970, *La reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Éditions de Minuit.

²⁹ Ce néologisme introduit par la philosophe Chantal Jaquet dans son ouvrage *Les Transclasses, ou la non-reproduction* paru en 2014 est inspiré du terme anglo-saxon « *class-passing* ». Il se veut être une critique des expressions comme « *transfuges* », « *parvenu-es* », « *déclassé-es* » ou « *mobilité sociale* » que l'auteure considère comme non-neutres puisqu'elles préfigurent un « *imaginaire vertical du haut et du bas en cessant d'appréhender le changement de classe uniquement en termes d'ascension ou de déclasserement, d'élévation ou de chute, selon une logique de la réussite et de l'échec [...]* ». Selon elle, « *peut être dit « transclasse » dans une société donnée quiconque a quitté sa classe d'origine et a vu son capital économique, culturel et social changer, tout ou en partie, que ce soit un fils ou une fille d'ouvrier devenu(e) patron d'entreprise, intellectuel reconnu, sportif de haut niveau, artiste célèbre, etc., ou inversement un membre de la grande ou de la petite bourgeoisie devenu ouvrier, manœuvre, employé peu qualifié.* » (Jaquet et Bras, 2018, p. 13).

C. Situation familiale : être mère d'enfants en situation de dépendance financière et résidentielle

Au moment du diagnostic, quarante-deux interrogées étaient en couple avec le père de l'ensemble de la fratrie, deux étaient séparées du père de leurs aînés mais en couple avec celui de leur dernière-née³⁰. Trois enquêtées étaient en couple avec un autre homme que le père de leurs enfants. Enfin, six étaient en situation de monoparentalité. Lors des entretiens, quarante-sept femmes avaient toujours la même situation conjugale. Entre le cancer et l'entretien, une enquêtée n'était plus en couple avec le père de ses deux enfants. Les deux femmes qui étaient avec le père de leur benjamin lors du cancer en étaient séparées lors de l'entretien. Il en va de même pour les trois interrogées en couple avec un autre homme que le père de leurs enfants lors du cancer.

Pour participer aux entretiens, les femmes devaient avoir un ou des enfants mineurs et dépendants d'elles sur les plans financiers et résidentiels. Pendant leurs traitements, quatorze interrogées avaient un enfant. Trente étaient mères de deux enfants et neuf étaient à la tête d'une famille de trois enfants. Jusqu'à ce que les enfants soient majeurs ou émancipés, il revient aux parents détenteurs de l'autorité parentale de « *le[s] protéger dans [leur] sécurité, [leur] santé et [leur] moralité, pour assurer [leur] éducation et permettre [leur] développement, dans le respect dû à [leur] personne* ». Ce principe repris de l'Article 371-1 du Code Civil balaye l'ensemble des dimensions de l'éducation, le développement, l'instruction, la moralité, la santé et la sécurité des enfants. Pour que ce qui est prévu sur le plan législatif soit mis en œuvre, des ressources intellectuelles, physiques et psychologiques doivent être mobilisées. Or, ces ressources sont appelées à s'amenuiser voire à manquer dans le cadre du cancer et de ses traitements réputés pour leur caractère affaiblissant, tant d'un point de vue corporel, intellectuel que psychologique. Je trouvais donc intéressant d'interroger les manières dont les femmes touchées et traitées pour un cancer conciliaient les atteintes liées au cancer aux injonctions qui leur sont faites en matière de parentalité. De lourdes obligations parentales pèsent sur elles jusqu'à l'émancipation de leurs enfants, et cela d'autant plus fortement quand ces derniers sont mineurs et vivent sous le toit parental. J'ai donc choisi de prendre la minorité et la cohabitation – au moins la moitié d'un mois pour les enquêtées qui étaient séparées du père de leurs enfants – comme points de référence pour mener mes entretiens.

³⁰ Le terme est ici au féminin car dans les deux situations, les enfants étaient de sexe féminin.

Trente-et-une enquêtées avaient au moins un enfant âgé de trois mois à dix ans au moment des traitements. Parmi elles, deux étaient enceintes de leur deuxième enfant lorsque le cancer a été diagnostiqué. Je dénombre cinquante-et-un enfants dans cette classe d'âge dont vingt-deux filles et vingt-neuf garçons.

Vingt-huit enquêtées avaient au moins un enfant âgé de onze à dix-huit ans. Ces derniers sont au nombre de trente-neuf parmi lesquels vingt garçons et dix-neuf filles.

Huit femmes interrogées avaient au moins un enfant âgée de plus de dix-huit ans³¹. Ils s'élèvent à onze répartis entre cinq hommes et six femmes. Sept n'habitaient plus avec leurs parents, tandis que c'était encore le cas pour quatre d'entre eux. Ils ont fait l'objet de questions afin de pouvoir comparer les effets du cancer sur la parentalité exercée tantôt sur un majeur, tantôt sur un mineur au sein d'une même fratrie.

L'existence d'enfants majeurs m'a conduite à accepter de mener un entretien avec une femme venue vers moi alors que son enfant unique était âgé de vingt-quatre ans au moment des traitements. Ce dernier était alors étudiant et vivait seul avec sa mère depuis qu'il était âgé de quatre ans. Il se trouvait donc en situation de dépendance résidentielle vis-à-vis de l'enquêtée. Or, comme il a été rappelé dans l'article cité plus haut du Code Civil, les obligations parentales vis-à-vis des enfants courent jusqu'à leur majorité ou leur émancipation qui n'était ici pas achevée. Ce cas présentait un autre intérêt. Les devoirs parentaux n'étaient pas répartis entre l'enquêtée et le père de son enfant car ce dernier ne pourvoyait plus aux besoins de leur fils depuis sa petite enfance. En dépit de la majorité du jeune homme, cette enquêtée se trouvait – à l'image des autres interrogées – prise dans des tensions entre ses obligations maternelles et les conséquences de ses traitements.

Dans le même ordre d'idée, j'ai également effectué un entretien avec une femme, mère de deux filles majeures au moment du cancer. L'enquêtée qui était en instance de divorce au moment du diagnostic du cancer, vivait et disposait seule de la tutelle de sa cadette porteuse de handicaps physique et mental. Sa fille aînée avait quitté le foyer parental avant le diagnostic de cancer. Cette configuration familiale m'a permis d'interroger les effets de la maladie cancéreuse sur la parentalité lorsque parents et enfants ne partagent plus le même toit.

Enfin, j'ai effectué un dernier pas de côté pour une enquêtée rencontrée alors que son cancer avait été diagnostiqué avant la naissance de son premier enfant. Ce cas ne nous permet pas

³¹ Deux enquêtées avaient uniquement des enfants de plus de dix-huit ans lors des traitements ; six avaient au moins un enfant de plus de dix-huit et au moins un autre âgé de onze à dix-huit ans ; quatorze n'avaient que des enfants âgés de onze à dix-huit ans ; huit avait au moins un enfant âgé de onze à dix-huit et au moins un autre âgé de moins de onze ans ; vingt-trois enquêtées n'avaient que des enfants de moins de onze ans.

d'approcher les évolutions de la maternité sous l'effet de la maladie. Survenu avant qu'un premier enfant ne voie le jour, il était impossible d'établir des comparaisons entre ce qu'était la maternité de cette enquêtée pendant et après le cancer, et ce qu'elle était avant. Pour autant, la question des atteintes multiples du cancer se pose particulièrement à cette période. La naissance d'un enfant et les semaines qui la suivent requièrent de la part des parents, et particulièrement des mères – nous le verrons plus précisément dans le chapitre V –, un investissement physique et psychologique important. De plus, je ne souhaitais pas borner le début de la maternité à la naissance des enfants. Le « sentiment d'être mère » peut être ressenti avant que l'accouchement n'ait lieu. Exclure cette enquêtée aurait été une façon de le nier.

D. Un terrain féminin très facile d'accès

Après diffusion de mes demandes d'entretien par le comité des Yvelines de la *Ligue contre le cancer*, cela me valait à chaque reprise une vingtaine de réponses positives dans les heures qui suivaient la réception des courriels. Cela peut être imputé à la faiblesse des effets d'imposition dans le cadre de ma recherche du fait de ma proximité sociale avec les interrogées. Présentée comme femme et hautement diplômée dans les mails de diffusion³², je faisais ainsi figure de quasi-semblable pour les enquêtées qui se sont adressées à moi. Comme le note Elsa Ramos (2015) en s'appuyant sur les écrits de Michel Pinçon et de Monique Pinçon-Charlot (1991), « *adapter son apparence [dans le but de ressembler autant que possible à ses enquêtés], même si cela peut apparaître comme “une euphémisation des distances sociales” permet parfois de recueillir des propos qui n'auraient pas été tenus sans cet effort* » (2015, p. 66 ; 1991, p. 127). Me concernant, je n'ai pas eu à faire le moindre effort en ce sens, qu'il soit question de déférence ou de soin apporté à ma tenue vestimentaire. Vrai en début de ma recherche, cela l'a été encore plus lors des troisième et quatrième vagues d'entretiens pendant lesquelles les ressemblances sociales avec mes enquêtées se sont encore amplifiées. À partir de 2020, je partageais désormais avec elles l'expérience de la maternité, ce qui a pu contribuer à encore faciliter nos échanges. Lors de ma troisième vague d'entretiens, ma grossesse – encore invisible – a été portée à la connaissance de mes enquêtées lorsque j'étais amenée à décliner leurs invitations à boire les cafés qu'elles me proposaient au début de nos rencontres. Lors de la

³² Étaient indiqués mon état-civil, mon statut de doctorante, ainsi que mon université et mon laboratoire de rattachement.

dernière étape du terrain en 2021, elles étaient informées de ma maternité lors des prises de rendez-vous. Depuis le début de ma recherche, mon emploi du temps était relativement libre de toute obligation familiale. La donne était désormais différente. Je me suis trouvée aux prises de contraintes d'emploi du temps liées aux heures de garde de mon bébé. Ces dites contraintes ont fait l'objet de (clémentes) discussions avec les femmes interrogées afin que nous puissions nous accorder en fonction de nos obligations personnelles, professionnelles... et familiales respectives³³.

De plus, en soulignant que ma recherche était menée sous l'égide de la *Ligue contre le cancer* dans les échanges écrits, cela m'a permis de bénéficier d'une assise institutionnelle. Mon insertion sur le terrain a été beaucoup facilitée par les gages de sérieux qui ont été associés à ce rattachement associatif et scientifique³⁴. Dans ce même ordre d'idées, je fus adressée à la plupart des femmes rencontrées par le biais du comité des Yvelines. Les temps de discussion non-enregistrés initiés au début des entretiens et à leur issue ont été propices à ce que me soit rapportée la gratitude de mes enquêtées à l'égard de cette structure. Nombreuses ont été celles à me souligner sa grande implication dans le suivi et le bien-être des (« anciens ») malades. Ces constats enthousiastes s'appuyaient sur les expériences qu'elles en avaient faites dans le cadre d'ateliers de coaching professionnel, de soins esthétiques, sportifs, de suivi psychologique et/ou de conférences sur le cancer autour de thématiques variées pendant, et parfois après les traitements. Il m'est apparu que m'accorder un entretien était pour les enquêtées, une manière de rendre un peu ce de qui leur était/avait été donné par cette association.

La facilité à effectuer mes entretiens se lit aussi à l'aune de ce qui fait l'originalité de cette recherche. Si de nombreux travaux sociologiques existent sur la parentalité d'une part, et sur le cancer d'une seconde part, bien peu, si ce n'est en psychologie sociale, concilient les deux. Ce constat m'a été confirmé à de multiples reprises par mes enquêtées. Elles n'ont pas manqué de souligner qu'elles s'étaient trouvées fortement démunies d'un point de vue parental lors de leur cancer. Elles reliaient leurs carences à l'absence de ressources qui auraient pu les aider sur le plan de la parentalité. D'après leurs dires, – obtenus avant ou après enregistrement de l'entretien en tant que tel – accepter de me rencontrer relevait d'un acte de solidarité vis-à-vis des femmes amenées à vivre la même expérience dans le futur. Pour elles, évoquer – ou plutôt partager – leur expérience de maternité pendant et après le cancer était un moyen de fournir aux « futures

³³ Certaines ont également pu avoir conscience de sa présence en entendant ses babillages lorsque les prises de contact téléphoniques étaient effectuées en soirée.

³⁴ Créée en 1918, la *Ligue contre le cancer* est reconnue pour ses actions associatives et scientifiques. Elle est le premier financeur non-gouvernemental de la recherche en cancérologie. Pour en savoir plus : [Qui sommes-nous | La Ligue contre le cancer \(ligue-cancer.net\)](http://www.ligue-cancer.net) (Page consultée le 30 septembre 2021).

malades » des « clés », que mes interrogées n'avaient pas eues. Toutes y trouvaient donc finalement un intérêt personnel. Les relations nouées avec ces enquêtées se rapprochent du modèle « *thérapeutique* » que décrivent Stéphane Beaud et Florence Weber (2010 [1997]) : « *Vous pouvez être confronté à une demande d'attention et de soins qui entraîne l'enquête à vous confier ses souffrances, ses « malheurs », dans l'espoir que vous en tirerez les moyens de faire quelque chose pour lui* » (p. 220). Cela a pris tout son sens dans le cadre d'une rencontre de laquelle l'enquêtée espérait tirer une amélioration de ses conditions économiques particulièrement détériorées par la maladie : « [...] moi, je vois que financièrement, le cancer m'a ruinée [...] » (Leïla³⁵). Au terme de notre entrevue, elle me demandera ce que je pouvais faire pour lui venir en aide. Je me suis alors trouvée dans une situation ambiguë. J'avais conscience qu'elle attendait de moi un rôle qui n'était pas le mien en tant que chercheuse. En même temps, en tant que personne, j'étais sensible voire heurtée par les problématiques qu'elle m'avait exposées en entretien. Pour résoudre cette tension, j'ai décidé, après discussion avec ma directrice de thèse, de lui communiquer les coordonnées de la coordinatrice des actions malades de la *Ligue contre le cancer* des Yvelines, Leïla pouvait ainsi être dirigée vers les services et personnes appropriés sans que je ne sois impliquée dans le processus de prise en charge sociale. Cette mission que l'enquêtée semblait vouloir me faire endosser peut se lire comme une confusion qui provient des rapprochements fréquents faits entre les professions de sociologue et d'assistante sociale (Mallon, 2014). Lui donner les coordonnées d'une autre personne en l'appelant à s'en rapprocher par elle-même m'a semblé être un compromis entre ma position d'enquêtrice et celle d'individue. Je n'agissais pas dans son quotidien mais suggérais tout de même une piste possible de soutien pour la sortir d'une situation de grande précarité.

Pour de plus nombreuses enquêtées, la dimension thérapeutique de la rencontre se révélait moins dans l'attente d'une « aide pratique », que dans celle d'une écoute disponible, bienveillante et sans jugement (Beaud et Weber, 2010, p. 187). Elles mobilisaient l'entretien comme un espace de « mieux-être » où pouvaient se dire librement les tourments traversés.

³⁵ Âge : 33 ans ; 35 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Missions intérimaires ponctuelles ; Plombier - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 6 et 8 ans (aînée) ; 21 mois et 3,5 ans (cadette).
Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie puis hormonothérapie.

Cette idée est vivement ressorti de l'entretien de Corinne³⁶ qui l'initiera avec les mots repris ci-dessous :

Enquêtrice : Cette première question qui est très générale c'est comment le cancer a changé le quotidien avec vos enfants ?

D'accord. J'ai oublié de vous dire merci de vous intéresser... de l'intérêt que vous portez aux mamans malades du cancer et que c'est pour moi, l'occasion de témoigner dans l'isolement que ça produit bah finalement, ça permet de me relier à la société et voilà et c'est fort heureux parce que c'est porteur d'espérance [...] » (Corinne)

Enfin, pour la majorité, les productions intellectuelles qui en seraient issues – communications, articles, manuscrit de thèse etc. – étaient investies comme une façon de donner une utilité, un sens à une expérience particulièrement éprouvante. Les remerciant avant de débiter les entretiens et à la fin, il n'a pas été rare que me soient rapportées des phrases du type « *si ça [le cancer] peut servir à quelque chose* ». À mon sens, cet énoncé traduit une volonté d'entretenir un rapport actif à l'égard de la maladie, de reprendre le contrôle de leur existence qui avait pu leur échapper sous son effet. Cette appréhension du cancer peut d'ailleurs être reliée au profil sociologique des enquêtées. Comme le relèvent Benjamin Derbez et Zoé Rollin (2016), les femmes issues de milieux favorisés touchées par un cancer se distinguent depuis de nombreuses années par leur engagement actif dans cette cause. En guise d'illustration, les auteurs documentent les mobilisations des années soixante-dix aux États-Unis. Les deux sociologues montrent que les luttes pour reconnaître les liens entre cancer et environnement ont tourné à la faveur des militantes contre de (pourtant) puissants industriels. Le succès de ces femmes tient à la hauteur de leur positionnement social relativement proche de celui occupé par ma population de recherche.

E. Interroger le même nombre de pères que de mères, un pari irréaliste ?

Initialement, mon but était de faire porter mon questionnement sur vingt-cinq hommes/pères et vingt-cinq femmes/mères. Lors de ma première demande de diffusion d'entretiens en janvier 2018 qui avait été reléguée par le comité des Yvelines de la *Ligue contre le cancer*, j'ai obtenu

³⁶ Âge : 41 ans ; 42 ans - Profession : Secrétaire médicale ; arrêt maladie - Situation conjugale : Divorcée ; Idem - Type de cancer : Peau - Date de fin des traitements : En cours - Profession du père des enfants : Agent technique ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 12 et 13 ans.
Protocole : tumorectomie suivie de visites de contrôle régulières.

vingt promesses de rencontres. Parmi les vingt volontaires, dix-neuf étaient des femmes contre un seul homme. À cette époque, je n'avais pas véritablement établi d'ordre de priorité genre dans la passation des entretiens. J'ai donc rencontré les vingt personnes qui étaient revenues vers moi avec l'idée que je consacrerai une deuxième partie aux entretiens masculins. En janvier 2019, j'ai eu recours au même dispositif méthodologique que l'année précédente en précisant cette fois-ci que je n'étais à la recherche que de témoignages masculins. Je n'ai réussi à recueillir que cinq réponses favorables... dont deux qui émanaient de femmes. Confrontée à la faiblesse des réponses des hommes en passant par les comités franciliens de la *Ligue contre le cancer*, j'ai décidé de multiplier les canaux de diffusion. J'ai alors lancé mon appel sur des forums Internet dédiés aux cancers masculins et auprès d'oncologues³⁷ dont les coordonnées m'avaient été fournies par l'antenne de la *Ligue contre le cancer* des Yvelines. Ces procédés m'ont encore valu d'être contactée par un seul homme. Quels que soient les moyens utilisés, je ne parvenais pas à susciter l'intérêt de la gent masculine autour de ma recherche.

Selon moi, cet échec à toucher les hommes s'explique par deux éléments principaux. Premièrement, mon objet de recherche – la parentalité à la minorité des enfants – visait une population d'enquête relativement jeune. Or, nous l'avons vu précédemment, le cancer est une maladie qui survient le plus fréquemment à des âges avancés, après soixante ans, et cela se vérifie plus fortement encore pour les hommes que pour les femmes. Si certains cancers féminins apparaissent comme relativement juvéniles, les cancers qui sont les plus répandus chez les hommes – la prostate (50 400 cas)³⁸, le poumon (31 200 cas) et le colon (23 000 cas) – sont aussi ceux qui tendent à être diagnostiqués le plus tardivement (INCa, 2021). Ainsi, l'âge médian au diagnostic du cancer du poumon est de soixante-huit ans (*Ibid.*). En outre, les effectifs de survivants sont moins élevés pour les hommes que pour les femmes qui sont tendanciellement plus touchées par des cancers qui présentent de « bons » diagnostics de survie à cinq ans (*Ibid.*). Au regard de ces éléments épidémiologiques, il apparaît dès lors logique d'avoir reçu un écho plus grand auprès des femmes que des hommes.

Néanmoins, ces chiffres ne sauraient à eux seuls justifier la faiblesse du nombre de répondants masculins à laquelle j'ai dû faire face. D'un point de vue purement statistique, s'entretenir avec vingt-cinq hommes ayant eu un cancer et en âge d'être pères en Île-de-France n'a rien d'une ambition irréaliste. Si cela ne s'est pas fait, des justifications ayant trait aux effets de la recherche, de sa méthodologie et de la personne l'ayant menée doivent être pris en compte.

³⁷ Des contacts téléphoniques au cours desquels je détaillais les enjeux de ma recherche ont préalablement eu lieu avant diffusion de mes demandes d'entretiens auprès de leurs patients et/ou de leurs confrères et consœurs.

³⁸ Les données relatives au cancer de la prostate n'ont pas été actualisées depuis 2015.

Cette thèse porte sur des thématiques qui touchent au corps et à la famille qui restent intimement liées aux femmes en occident (Mallon, 2014). Il n'est donc pas étonnant d'avoir causé un engouement plus grand parmi les personnes qui en sont les plus familières. De plus, cette recherche effectuée par passation d'entretiens semi-directifs suggère une logique d'expressivité et de narration de soi. Selon Alain Blanchet et Anne Gotman (2015 [1992]), cette méthodologie impose « [...] d'écouter les enquêtés sur les sujets qui leur étaient proposés, mais [aussi] de les faire parler librement sur le thème donné » (p. 20). Or, la parole demeure reliée à la féminité comme le rappelle Marie Buscatto (2014). Selon elle, les « qualités » construites comme féminines renvoient « [...] [à] la capacité à échanger, à partager [...] » (p. 27). Je fais également l'hypothèse que mon identité générationnelle juvénile et sexuelle féminine perceptible dans mon état-civil³⁹ qui était donné dans les courriels diffusés aux membres de la *Ligue contre le cancer*, a pu freiner certains hommes. Dans son article, « Le pédé, la pute et l'ordre hétérosexuel », Isabelle Clair (2012) souligne que « la première cause d'exclusion pour les garçons, c'est qu'on puisse douter de leur virilité » (p. 69). La virilité est une composante importante des identités masculines, particulièrement pour les hommes issus des milieux populaires (*Ibid.*). Elle peut prendre forme dans le goût pour certaines pratiques sportives comme le football et/ou pour ce qui touche à la mécanique (automobile, moto, scooter etc.). La *virilité* désigne aussi un ensemble de comportements plus ou moins violents verbalement et physiquement, tabagiques et alcooliques. Surtout, elle repose sur la démonstration et la pratique d'une sexualité active et hétérosexuelle (*Ibid.*). C'est toutefois bien à cette dimension que le cancer peut porter atteinte, surtout s'il a touché les organes génitaux (Meidani et Alessandrin, 2019). À titre d'exemple, citons les troubles de l'érection qui sont l'un des effets secondaires les plus connus et répandus après un cancer de la prostate⁴⁰. La question de la virilité masculine attachée à celle de la sexualité se pose en entretien. Elle peut revêtir les apparences de la « *séduction courtoise* » relevée par Isabelle Mallon (2014) lors de son travail de thèse mené avec des résidents de maison de retraite. Si la catégorie de « *gentlemen* » (*Ibid.*) utilisée par la sociologue pour présenter les pensionnaires masculins suggère l'existence de relations de séduction entre enquêtés et enquêtrices, elle ne permet en revanche pas d'en saisir le contenu⁴¹. Isabelle Clair résout cette limite dans son papier « La sexualité dans la relation d'enquête (2016). Décryptage d'un tabou méthodologique ». Pour elle, « [...] le script de la relation

³⁹ Mon prénom était très en vogue au début des années 1990.

⁴⁰ Cf. *Effets indésirables possibles - Radiothérapie externe (e-cancer.fr)* (page consultée le 15 juin 2021).

⁴¹ À mon sens, cette imprécision définitionnelle tient de l'âge de sa population d'enquête. Étant considérablement plus âgés que l'enquêtrice, les questions de séduction « franche » voire de sexualité se sont peut-être moins posées que si elle avait mené son terrain aux côtés d'hommes plus jeunes.

d'enquête renferme ainsi une dramaturgie sexuelle cachée » (p. 55). Cette « *dramaturgie sexuelle* » repose sur trois éléments. Premièrement, pour obtenir des entretiens, l'enquêteur peut être incité à se montrer sous un jour « *séduisant* »⁴² à l'égard de l'enquêté ciblé. Deuxièmement, les deux parties sont amenées à entrer dans un ou des échanges prolongés. Enfin, ces échanges impliquent de la proximité physique qui fait naître une certaine intimité. Par conséquent, l'entretien, et ce, écrit l'auteure, d'autant plus quand l'enquêté est un homme et que l'enquêtrice est identifiée comme femme, jeune et racisée, peut être interprété comme une « *situation sexuelle* » (*Ibid.*). Dans certains contextes, elle peut parfois prendre forme dans de la séduction mais dans d'autres, dans les insultes et les agressions (*Ibid.*, p. 56 ; Gagnon, 2008 [1991], p. 131). Étant définie – et me définissant et me présentant – comme jeune et femme, cela a pu me coûter la participation des hommes à mon travail. Appelés à se sentir entravés voire privés de leur *virilité* à la suite de leur cancer, certains ont éventuellement pu faire le choix de ne pas me contacter. Ne pas pouvoir se réclamer d'une « masculinité puissante » dans un contexte d'entretien et avec une personne qui auraient, au moins sur le plan symbolique, constitués des cadres idéaux pour ce faire a pu susciter des réticences. Je crois d'ailleurs d'autant plus en cette hypothèse que sur les cinq entretiens menés avec des hommes, deux m'ont fait sentir les effets de mon jeune âge et de ma féminité. Lors de la première vague d'entretiens, dans le cadre des échanges téléphoniques ou électroniques préalables aux rencontres, toutes les femmes qui étaient revenues vers moi l'avaient fait en me vouvoyant. Le ton changera avec le seul enquêté masculin de mon échantillon. Ce dernier s'est d'emblée adressé à moi en me tutoyant⁴³, ainsi qu'il est usage de le faire avec de jeunes personnes et/ou qui nous sont familières. Avec un autre homme, il serait d'ailleurs tout à fait approprié de parler de « *séduction courtoise* » (*Ibid.*, 2014). Plusieurs indices⁴⁴ me font penser que l'entretien avait pu être assimilé, si ce n'est à une « *situation sexuelle* » (Clair, 2016 ; Gagnon, 2008 [1991]), au moins à une opportunité de pouvoir nouer une relation qui sorte du cadre académique dans lequel elle avait été initiée. Au total, dans le contexte initial de recherche de mixité sexuelle, tenir des délais « raisonnables » pour achever ce travail doctoral était compromis. En concertation avec ma directrice de thèse et mon organisme financeur, décision a été prise de circonscrire mon terrain aux témoignages féminins. Ce parti-pris s'est également imposé des analyses effectuées à partir des entretiens

⁴² Isabelle Clair note également que le pouvoir de séduction de l'enquêteur peut provenir de sa capacité d'écoute lors des rencontres (Clair, 2016, p. 61).

⁴³ Lors de l'entretien, sans que je ne lui demande pourtant ne tenant pas particulièrement au vouvoiement, il « s'alignera » sur les autres femmes rencontrées en y ayant à son tour recours.

⁴⁴ L'enquêté me proposa de me raccompagner en voiture à la fin de l'entretien. Par la suite, au moyen de courriels, il prit de nombreuses fois de mes nouvelles en s'intéressant davantage à ma personne qu'à mon travail.

maternels et paternels. En conservant l'axe genré établi au début de ma recherche, mon travail aurait consisté en une comparaison des implications du cancer sur les paternités, et de celles sur les maternités. Les contrastes auraient été certes intéressants mais peu originaux puisqu'ils auraient recoupé la large gamme de travaux qui porte sur les effets du genre sur la parentalité.

F. Temporalité des entretiens : un an après la fin des traitements par chimiothérapie et/ou radiothérapie

Lors du recrutement de mes enquêtées, je n'ai pas eu recours aux termes « rémission » et « guérison ». Ces deux acceptions ne sont pas représentatives des réalités vécues ou à vivre des femmes qui ont participé à ma recherche (*cf. point A*). Lorsque j'interrogeais le statut du cancer pour renseigner la signalétique à la fin de mes entretiens, les interrogées ont été nombreuses à me faire savoir qu'elles n'en avaient pas connaissance. Cela résulte de la prudence des soignants à statuer sur une rémission, et plus encore sur une guérison du cancer (Ménoret, 1999). L'utilisation de l'un ou de l'autre terme par les enquêtées renvoyait d'ailleurs à des situations variées. Selon la nature des cancers – parfois pour un même organe – la guérison peut être établie dans une fourchette allant de cinq à dix ans sans récurrence. Or, dans certaines situations que j'ai rencontrées sur mon terrain, la déclaration de la rémission voire de la guérison n'est pas dépendante des délais établis dans les sphères médicales. Une enquêtée a ainsi évoqué sa guérison alors même que ses traitements étaient achevés depuis un peu moins d'un an. Parfois, si la diffusion de la maladie à d'autres organes est jugulée dans le cadre d'un premier protocole de soins, des cellules cancéreuses peuvent néanmoins rester présentes dans l'organisme. Lorsque le cancer, ses surveillances, ses effets physiques, intellectuels et/ou psychologiques se font encore ressentir lors des entretiens, les femmes rencontrées refusent de se saisir des catégories de « rémission » et de « guérison » qui peuvent pourtant avoir été utilisées par les médecins. Pour toutes ces raisons, le critère fixé a été de mener mes entretiens « *un an après la fin des traitements par chimiothérapie et/ou radiothérapie* ». Conformément à ma question de départ, l'enjeu était de parvenir à établir des processus de redéfinition relationnelle entre les mères qui ont eu un cancer et leurs enfants. Cette temporalité laissait le temps aux femmes d'en prendre conscience pour pouvoir élaborer un discours à leur sujet. Ce critère a été respecté pour quarante-deux femmes. Parmi les onze restantes, quatre étaient encore en traitements lors d'un premier protocole de soins. Les sept autres sont revenues vers moi quelques mois avant de

parvenir à l'année complète écoulée entre la fin de leurs traitements et l'entretien. Si les témoignages de ces femmes ne permettent pas d'apprendre sur la postériorité du cancer, ils sont toutefois riches d'enseignements sur le passé et le présent de cette maladie. Ces entretiens offrent par ailleurs la possibilité de contrôler les éventuels effets de reconstruction de la réalité qui auraient pu être à l'œuvre dans la quarantaine d'autres entretiens réalisés. Si l'on en croit Pierre Bourdieu (1986), cette dite reconstruction est le propre de toute situation d'entretien, que les événements relatés par les enquêtés se soient produits dans un passé proche ou plus lointain. Ce point pourrait justifier que la comparaison des entretiens menés au moins un an après la fin des traitements avec ceux effectués un peu avant, voire pendant ne permet pas de statuer sur de tels mécanismes. Certains récits obtenus de femmes traitées récemment et d'autres plus anciennement – voire très anciennement – se font en effet écho les uns avec les autres. Cela n'est, à *contrario*, pas nécessairement le cas pour les expériences d'autres femmes soignées dans des temporalités proches, et parfois pour des cancers qui se rapprochent sur de nombreux points (organe touché, grade et stade). Notons enfin que six enquêtées ont été interrogées alors qu'elles étaient traitées pour de nouveaux cancers plus d'un an après en avoir vécu un premier. Ces entretiens sont précieux puisqu'ils permettent, pour une même mère, d'appréhender des évolutions parentales au gré de multiples expériences de maladies cancéreuses et de l'avancée en âge des enfants.

G. Répéter ou pas les entretiens ?

Ce travail repose sur la rencontre avec cinquante-trois femmes obtenus du recueil de cinquante-cinq entretiens semi-directifs. Ce décalage s'explique par des entretiens répétées avec deux enquêtées. Lors de la première vague d'entretiens menée entre décembre 2017 et mars 2018, un premier d'une durée de deux heures trente a été effectué avec l'une d'entre elles. À son issue, je ne suis pas parvenue à obtenir toutes les informations que je souhaitais avoir au regard de mon objet de recherche. Reliant la survenue du cancer à ses conditions délétères de travail, l'enquêtée m'a longuement et précisément décrit sa situation professionnelle. Au contraire, elle m'a donné bien peu de détails sur les relations avec ses deux enfants qui étaient pourtant l'objet de notre rencontre. J'ai donc décidé de lui en demander une deuxième qui a été effectuée la semaine suivante. Grâce à une grille d'entretien serrée avec des questions préparées en lien avec la parentalité et en perspective du matériau déjà recueilli, j'ai finalement réussi à trouver des

réponses à mes interrogations centrales. Concernant la deuxième femme interrogée deux fois, cela se justifie par une prise de contact opérée par cette dernière en janvier 2018 lors de la première vague de passation des entretiens, et une nouvelle fois en avril 2021. J'ai répondu favorablement à sa deuxième sollicitation après avoir eu connaissance de la naissance de son troisième enfant environ deux ans après notre premier rendez-vous. Celui-ci s'était conclu sur une tension que l'enquêtée ne parvenait pas à dépasser. Depuis la fin de ses protocoles de soins, elle manifestait une volonté de s'accorder plus de temps tel qu'elle en avait pris le goût pendant ses traitements (*cf. chapitre VII*). Toutefois, elle se montrait réticente à mettre en œuvre ce souhait qu'elle voyait comme une menace pour l'épanouissement de ses jeunes garçons d'un et quatre ans au moment du cancer. Aussi, m'a-t-il semblé intéressant d'interroger ce qu'il en était de cette ambivalence à distance temporelle plus grande de la fin des traitements, et à la lumière d'une nouvelle expérience de maternité. Exceptées ces deux enquêtées, toutes les autres n'ont été interrogées qu'une fois.

H. Lieux des entretiens

Vingt-six entrevues se sont déroulées en face-à-face au domicile des enquêtées⁴⁵, six dans un café de Paris ou de sa région, deux sur le lieu de travail des femmes interrogées, un dans les bureaux du comité des Yvelines de la *Ligue contre le cancer* et un par *Skype*. Pour Elsa Ramos (2015) qui reprend Romy Sauvayre (2013), « *le lieu a un effet sur le discours de l'enquêté. Le lieu crée une forme de stimulation mnésique, ou produit un effet de cadre, faisant primer les souvenirs, les événements ou les réflexions rattachées au dit lieu, ce qui peut faciliter ou non la remémoration de souvenirs personnels. Il est également lié à une activité qui lui est propre, à des règles, à des normes et à des rôles endossés par l'enquêté* » (2015, p. 52 ; 2013, p. 36). Quels que soient les lieux où les entretiens ont été menés, je n'ai pas ressenti de différences notables sur les contenus recueillis particulièrement riches. À ce sujet, donnons quelques pistes qui n'ont aucunement valeur de preuves. Tout d'abord, la durée modale des entretiens s'élève à une heure et quarante-trois minutes, ce qui les fait apparaître comme relativement longs. Par ailleurs, les retranscriptions intégrales font apparaître de longs blocs de discours sans aucune intervention de ma part pour relancer. Cela tend à indiquer que les enquêtées se sont « laissées

⁴⁵ Un entretien a eu lieu au domicile parisien de la nièce chez laquelle logeait l'enquêtée qui résidait habituellement en Guyane mais était en métropole à l'occasion des fêtes de fin d'année.

aller » à la confession. Cette richesse s'est également traduite dans la pluralité des sujets que j'ai pu aborder. Les enquêtées ont toujours accepté de répondre à mes questions, même celles sur des sujets sensibles comme la mort.

Il pourrait apparaître que le foyer, car il est un lieu familier, constitue l'endroit idéal pour favoriser le fait de parole. Dans ma situation d'enquête, ce présupposé mérite d'être interrogé. Bien que les premiers contacts décrits dans la partie précédente aient pu être réalisés sous le sceau d'une certaine décontraction, il n'en reste pas moins que la relation enquêtées/enquêtrice se caractérisait par sa nouveauté. N'ayant jamais eu le moindre contact physique avec les femmes interrogées avant de faire les entretiens, je demeurais une étrangère pour elles. À ce titre, plutôt que de les orienter afin qu'elles me reçoivent chez elles, j'ai préféré leur donner la liberté de l'endroit. En agissant de la sorte, je faisais le pari que je parviendrais à susciter le fait de parole en amenuisant leurs craintes de faire rentrer dans l'intimité du domicile une quasi-inconnue. Je fus saisie de ce sentiment à l'issue d'un entretien mené en janvier 2017. Pourtant réalisé dans le salon de l'enquêtée, celle-ci achèvera notre entrevue par une phrase du type⁴⁶ « *c'est vrai que je vous ai fait venir chez moi alors que je ne vous connaissais pas* » (Nabila⁴⁷). Par cette déclaration, elle manifestait son soulagement d'avoir été épargnée physiquement et moralement, sous-entendant en creux qu'il aurait pu en être différemment.

Pour des raisons de confort, la majorité de mes enquêtées m'a reçue chez elles n'ayant ainsi pas à se déplacer pour venir jusqu'à moi. D'autres ont préféré me retrouver dans un lieu public – café ou brasserie –, sur leur lieu de travail ou encore dans les locaux de la *Ligue contre le Cancer*. Ces endroits leur donnaient la possibilité de se confier librement sur les difficultés de la maladie ou les insatisfactions ressenties à l'encontre du conjoint, des enfants et plus rarement d'autres membres de leur entourage loin de leurs oreilles. Ce motif est vivement apparu pour une enquêtée qui vivait avec son fils au domicile de sa mère. Elle ne se sentait pas légitime à me recevoir dans un lieu qui ne lui « appartenait » pas. En outre, le cancer avait été propice à des tensions entre les deux femmes. L'entretien mené dans les locaux de la *Ligue contre le cancer* a été une opportunité de se confier à cet égard sans pour autant risquer de heurter sa mère. Cela était pour elle d'autant plus impérieux qu'elle souhaitait contenir les tensions dans un contexte de dépendance résidentielle qui l'empêchait d'exprimer à sa guise les motifs de

⁴⁶ Il ne s'agit probablement pas de la phrase exacte prononcée par l'enquêtée car je l'ai notée de mémoire après avoir quitté son domicile.

⁴⁷ Âge : 43 ans ; 46 ans - Profession : Assistante de gestion ; Idem - Situation conjugale : Mariée - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mai 2016 - Profession du père des enfants : Pharmacien ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 12 et 15 ans (aîné) ; 9,5 et 12,5 ans (cadette).
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

mécontentement ressentis à l'endroit de sa mère. Cette raison n'était pas non plus totalement absente pour les femmes interrogées physiquement ou virtuellement (*cf. infra*) depuis leur foyer.

Sur les cinquante-trois enquêtées, je n'ai vu les compagnons que de trois d'entre elles. Parmi eux, seul un est resté avec nous pendant la majeure partie de l'entretien. Les deux autres étaient dans d'autres pièces occupés à leurs affaires personnelles. Ces deux hommes ont pour point commun d'avoir été décrits comme des maris soutenant pendant les traitements. Leur présence était bien accueillie par les femmes rencontrées qui n'avaient pas de reproches à émettre à leur sujet. Par ailleurs, à l'exception de cinq enquêtées, toutes les autres se sont entretenues avec moi en dehors de la présence des enfants. Pour certaines, il s'agissait d'invoquer la tranquillité des échanges. Elles ont aussi exprimé le souhait de ne pas vouloir faire revivre aux enfants un moment difficile par son évocation. Pour les cinq autres femmes, la présence infantile relevait plus de la contrainte, que du choix délibéré. Professeure des écoles, Gaëlle⁴⁸ ne pouvait m'accueillir que le mercredi, jour de congé partagé avec ses filles. Francine⁴⁹ ne disposait, elle, que de la possibilité de me parler lors des vacances de Noël. Pour cette occasion, elle avait fait le déplacement avec son fils en Métropole depuis la Guyane où ils vivaient le reste du temps. Néanmoins, qu'il s'agisse des filles de la première (Gaëlle)⁵⁰ ou du fils de la seconde (Francine), ils s'avéraient présents sans l'être vraiment. Les enfants se trouvaient dans d'autres pièces que nous au moment des entretiens. Si le jeune homme ne pouvait entendre ce qui se disait puisque les portes étaient fermées, il n'en allait pas de même pour la fille de Gaëlle. Aussi, cette dernière a-t-elle été amenée à chuchoter, à sous-entendre ou à taire⁵¹ certains éléments, relevant de sa vie amoureuse et sexuelle. Elle ne souhaitait pas qu'ils soient portés à la connaissance de sa benjamine. Cela est clairement apparu lorsque les propos de Gaëlle mettaient en cause le père de l'enfant dont l'interrogée s'était séparée après ses traitements. Nous le ressentons vivement dans le passage ci-dessous dans lequel l'enquêtée fait état des reproches d'ordre sexuel faits par

⁴⁸ Âge : 33 ans ; 41 ans - Profession : Professeure des écoles ; Idem - Situation conjugale : Concubinage (père de ses deux filles) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mai 2016 - Profession du père des enfants : Commercial (père des deux filles) - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et F - Âge des enfants : 10 et 18 ans (aîné) ; 7 et 15 ans (cadette) ; 4 et 12 ans (cadette).

Protocole : Tumoréctomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.
⁴⁹ Âge : 32 ans ; 49 ans - Profession : Auxiliaire de puériculture ; Arrêt longue maladie - Situation conjugale : Concubinage (avec un autre homme que le père de son fils) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Février 2006 - Profession du père des enfants : Cadre EDF - Profession du compagnon (pendant le cancer) : Technicien base spatiale - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 7 et 21 ans. Protocole : Tumoréctomie avec mastectomie suivie de chimiothérapie et de radiothérapie.

⁵⁰ Sur la majeure partie de l'entretien, seule la benjamine était présente. Sa sœur aînée se trouvait chez la psychologue dans le cadre d'un suivi thérapeutique entamé à la fin des traitements de l'enquêtée.

⁵¹ Elle me raccompagnera jusqu'à ma voiture pour évoquer explicitement des faits d'extra-conjugalité qui auraient eu lieu au moment de ses traitements.

son ex-compagnon. Jamais elle ne les mentionne explicitement. Elle préfère le recours à des formulations détournées telles que « *des problématiques [...] qui lui pesaient beaucoup* ». À d'autres moments, elle met en avant la cause – à savoir « *[ne pas être] très très bien physiquement* » – pour ne pas avoir dire les conséquences en des termes empruntés au lexique de la sexualité :

« [...] *c'est quelqu'un de très particulier, s'engueuler avec lui, c'est très compliqué parce qu'en gros, il écoute et puis voilà et à la fin de la conversation qu'on a fait seule, il dit 't'as fini ?' puis voilà c'est tout. Donc oui, oui, je lui en ai fait part... après, il y avait des problématiques qui sont rentrées en ligne de compte et qui lui pesaient beaucoup et donc qui... qui ont été très culpabilisantes et très pénibles parce que c[e n]'est pas... enfin, à la fois, on n'est pas très très bien physiquement et puis, physiquement (rires)... y avait un tout à ce moment-là qui faisait que et voilà, il me l'a pas mal reproché* » (Gaëlle)

Pour trois autres enquêtées, je n'ai pas ressenti que la présence des enfants ait pu être pensée comme problématique. Pour l'une (Ilana⁵²), l'entretien sur Zoom avait été fixé au moment de la sieste de son fils de deux ans. Il se poursuivra finalement avec lui sans que cela ne semble embarrasser l'interrogée qui a probablement amenuisé la portée « traumatique » de l'entretien. Nous pouvons penser que cela peut s'expliquer par le bas-âge de l'enfant dont les capacités de remémoration et de compréhension des éléments mis en balance sous l'effet de mes questions ont pu être relativisés par sa mère. Pour les deux autres enquêtées, la notion de transparence à l'égard des enfants a été avancée. Elles valorisaient de « *[ne] pas leur mentir, [ne] pas leur cacher des choses [...]* » (Hélène)⁵³. À cette cause, s'ajoute la valorisation d'une certaine richesse des échanges mères/enfants et l'absence de « *tabous* » mises en lien avec une grande « *complicité* » intergénérationnelle qui est centrale dans notre recherche. Celle-ci serait favorisée par une situation de monoparentalité dans laquelle se trouvaient ces deux enquêtées, et sur laquelle est revenue Hélène :

⁵² Âge : 31 ans ; 33 ans - Profession : Responsable ADV ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juin 2020 - Profession du père des enfants : Chef de chantier ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 3 mois et 2 ans.

Protocole : Mastectomie suivie de séances de chimiothérapie pendant six mois. Au cours de ce protocole, Ilana a été hospitalisée pendant dix jours à la suite de complications cardiaques en lien avec les traitements. Au moment de l'entretien, elle est sous hormonothérapie pour une durée de cinq ans.

⁵³ Âge : 34 ans ; 40 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Divorcée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Octobre 2013 - Profession du père des enfants : NC - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 6 et 11 ans (aînée) ; 3 et 8 ans (cadette).

Protocole : Tumoréctomie avec mastectomie précédée d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

« [...] bah en fait, avec mes filles, j[’e n]’ai pas eu du tout de tabous par rapport à la maladie alors bien-sûr, elles étaient petites donc on n’approche pas la maladie de la même façon mais simplement avec des mots d’enfants et voilà [...] »

« [...] Mes filles, c’est tout pour moi ! On a une complicité.... Euh on dit souvent que c’est le rapport papa et fille(s). Bon moi, elles ont eu une histoire différente parce que je me suis séparée rapidement... enfin rapidement, elles étaient petites mais j’ai toujours été proche de mes filles même avant mon divorce [...] » (Hélène)

Enfin, dans le cas de l’entretien mené par *Skype*, l’outil informatique a été le moyen de résoudre l’obstacle de la distance géographique entre mon enquêtée qui vivait en Normandie et moi-même, en Île-de-France. Cette femme avait été tenue au courant de ma recherche par le biais d’une personne rencontrée lors d’une conférence à l’institut Curie.

I. Pendant la pandémie de Covid-19, rencontrer numériquement les enquêtées pour se protéger mutuellement

La dernière vague d’entretiens eu lieu entre avril et mai 2021. À cette période, les déplacements étaient soumis à conditions⁵⁴ en raison de la pandémie de Covid-19. Les entrevues ont été presque toutes réalisées en distanciel. Travaillant avec des personnes classées parmi les catégories de population vulnérable, les rencontres physiques faisaient peser des risques de contamination et de complications médicales futures. Afin de ne pas les mettre en danger, j’ai donné aux enquêtées le choix des outils de discussion en ligne. Parmi ceux qui étaient proposés, *Messenger*, *Skype* et *Zoom*, le dernier s’est largement imposé. Cela se comprend par sa maîtrise par les femmes interrogées qui ont été nombreuses à s’en servir dans le cadre de leur profession et/ou des conférences et des ateliers organisés par la *Ligue contre le cancer*. Douze entretiens ont été réalisés par cet intermédiaire. Un dysfonctionnement technique m’a cependant conduit à adopter une forme hybride pour l’un d’entre eux. Cet entretien s’est tenu sur *Zoom* et par téléphone afin d’allier l’image et le son dont l’interrogée et moi-même étions informatiquement

⁵⁴ Les conditions qui donnaient le droit de se tenir hors de son domicile étaient les suivantes : achat de fournitures pour l’activité professionnelle ou pour des livraisons à domicile, achat de première nécessité ou retraits de commandes, déménagement et déplacements indispensables à l’acquisition ou à la location d’une résidence principale ne pouvant être différés, déplacement dans un rayon de 10 km autour du domicile (promenade, activité physique individuelle des personnes), déplacement dans un service public, pour un acte ou une démarche qui ne peut être réalisé à distance, déplacement pour se rendre ou revenir d’un lieu de culte, rassemblements, réunions ou activités sur la voie publique ou dans un lieu ouvert au public qui ne font pas l’objet d’interdiction (réunions à caractère professionnel, cérémonies funéraires etc.).

– et mystérieusement – privées ce jour-là. Un entretien a été effectué par *Messenger* car l'enquêtée m'avait confié s'y sentir plus à l'aise. Une autre femme qui avait exprimé son aversion pour ces dispositifs numériques a opté pour une passation téléphonique. Enfin, deux personnes ont préféré me recevoir en leur domicile en dépit des conditions sanitaires. Afin de ne leur faire courir aucun risque ou du moins le plus faible possible, je ne donnais mon accord qu'à condition qu'elles aient reçu au moins une dose de vaccin⁵⁵. Le rendez-vous devait en outre se dérouler dans le respect des règles de distanciation sociale. Aussi, me suis-je rendue masquée à ces entretiens qui ont été menés à distance d'au moins un mètre qui me séparait de l'enquêtée. En raison de l'espace, avec l'accord des femmes chez lesquelles j'étais, je retirais néanmoins mon masque avec l'idée que cela faciliterait l'interaction. Elle percevait ainsi l'intégralité de mon visage. Suivant les lignes de Stéphane Beaud et Florence Weber (2010 [1997]), il s'agissait pour moi d'amener mes enquêtées à développer leurs propos en leur donnant à voir « *[mes] mimiques d'approbation, d'étonnement, de compassion, d'effarement* » (p. 189). Néanmoins, que les échanges se soient déroulés sur le mode du face-à-face physique ou informatique, je n'ai pas ressenti de différences dans les contenus obtenus lors de cette dernière étape de mon terrain de thèse par rapport aux premières. De mon côté, comme de celui de mes enquêtées, une certaine aisance qu'elle soit technique ou relative aux échanges était de mise. Elle peut être reliée à une certaine accoutumance avec ces outils que nous utilisons dans nos cadres professionnels respectifs depuis plus d'un an quand ont été initiés mes ultimes entretiens.

4. Annonce de la thèse et du plan

Après analyse des entretiens menés avec les enquêtées présentées dans la partie précédente, nous soutenons la thèse suivante : le cancer et le temps de ses traitements sont propices à un resserrement des relations – déjà proches, le plus souvent, avant la survenue de la maladie – entre les mères et leurs enfants, surtout quand ces derniers sont en bas-âge. En cela, le cancer est un observatoire de la centralité des relations entre les mères et leurs enfants dans les sociétés contemporaines au regard de toutes les autres relations sociales. Pour appuyer cette thèse, dans une première partie intitulée « *Les effets du cancer sur les relations familiales* », nous nous

⁵⁵ Pour le premier entretien de ce type effectué en avril 2021, seule l'enquêtée avait fait l'objet d'une vaccination. Lors du deuxième de mai 2021, l'enquêtée ainsi que moi-même avons été vaccinées.

attacherons à fournir tous les éléments qui peuvent justifier que le cancer soit propice à un rapprochement des mères et de leurs enfants. Dans le premier chapitre « *Le cancer et des hommes* », nous montrerons que la plus grande proximité des relations mères/enfants peut s’incarner au profit de déstabilisations conjugales et d’un renforcement des dimensions traditionnelles – autorité et revenus – de l’exercice de la paternité auprès des enfants pendant les traitements du cancer. Dans un deuxième chapitre « *Les dimensions relationnelles d’un cancer maternel* », nous avancerons que le cancer est une expérience investie individuellement et socialement sur un registre émotionnel. Cette maladie est également propice à un accroissement de « *moments communs* » (Singly (de) et Ramos, 2010) entre les mères et leurs enfants et objet de dialogue entre eux. À elle seule, elle regroupe donc tous les éléments nécessaires au déploiement de relations de nature à faire des mères et de leurs enfants, des « *autrui significatifs* » les unes pour les autres (et réciproquement). Dans le troisième et dernier chapitre de la partie titré « “Avoir le cancer” ou “être malade” », nous nuancerons le point développé dans le chapitre précédent. Nous verrons que pour que les enfants soient « *autrui significatifs* » de leur mère pendant le cancer, ou plus exactement « *plus autrui significatifs* » qu’ils ne l’étaient déjà, deux conditions doivent être réunies. Les mères doivent en effet être en mesure de poursuivre un exercice quotidien de leur maternité pendant les traitements et se faire reconnaître (et être reconnues) comme « *malades* » auprès de leurs enfants. Lorsque les mères ne peuvent plus assurer l’éducation de leurs enfants pendant les protocoles ou qu’elles considèrent qu’elles « *[ont] le cancer* » sans pour autant « *être malade[s]* » – et ne se font donc pas reconnaître dans ce statut auprès de leur entourage –, les relations avec les enfants restent à l’image de ce qu’elles étaient déjà avant les traitements, bonnes voire très bonnes mais pas forcément meilleures.

Ces constats dressés nous emmèneront vers la deuxième partie du manuscrit intitulée « *Les relations entre les mères et leurs enfants pendant les traitements* ». À ce moment de de notre thèse, nous donnerons forme aux relations qui se rapprochent (chapitre IV.) pendant les traitements mais également à celles qui se détériorent (chapitre V.). Dans le chapitre IV., nous observerons que la proximité relationnelle intergénérationnelle ne s’incarne pas de la même façon en fonction du genre et de l’âge des enfants durant les protocoles. Dans le chapitre V., nous nous intéresserons aux effets du très bas-âge (0-5 ans) et de l’adolescence, ainsi qu’à ceux des conséquences physiques et psychologiques des traitements sur les relations intergénérationnelles. Ainsi, nous indiquerons que lorsque les enfants sont (très) petits, le cancer, ou plutôt les effets secondaires de ses traitements, peuvent empêcher les mères et leurs jeunes enfants d’entrer en relation et/ou les conduire à entretenir des rapports marqués par

l'irascibilité maternelle. Quand les enfants sont adolescents, la dégradation des relations est relatée comme la conséquence de possibles entraves à l'individualisation amenées par le cancer. En étant plus présentes chez elles pendant les traitements, les mères peuvent en effet être incitées à exercer un contrôle plus accru des sorties et de la scolarité de leurs « grands enfants ». Ce faisant, elles participent à les « enfermer » dans des statuts de « fils/filles de » et/ou « d'élèves » qui ne sont pas les plus prisés par les jeunes à compter de leur entrée au collège (Singly (de), 2006).

Enfin, dans la dernière partie « *Les relations entre les mères et leurs enfants après les traitements* », nous nous interrogerons sur le devenir des relations intergénérationnelles une fois les protocoles de soins achevés. Dans le chapitre VI. « *Les quatre profils de mères après les traitements* », nous dresserons une typologie qui permettra de faire ressortir quatre catégories de femmes après les protocoles : les « *hédonistes* », les « *accusatrices* », les « *normales* » – qui se distinguent en « *normales exaucées* » et en « *normales empêchées* » – et les « *malades* ». Au regard de leur conscience de la possible précocité de la finitude de l'existence amenée par la maladie, les « *hédonistes* » sont des femmes qui manifestent avec véhémence leur volonté de « *profiter de la vie* » après les traitements. Sur la base de longues réflexions menées lors des protocoles, les « *accusatrices* » sont quant à elles des femmes qui lient la survenue du cancer à un investissement professionnel trop important de leur part dans le passé. Après les protocoles, il n'est plus question de s'impliquer dans leur carrière tel qu'elles le faisaient avant le diagnostic de cancer. Les « *normales* » regroupent les enquêtées qui, à l'issue de leurs traitements, souhaitent renouer avec « *une vie normale* » entendue comme une vie identique à ce qu'elle était avant la maladie. Certaines, celles qui n'ont plus d'effets physiques et psychologiques du cancer et de ses traitements au-delà de leur administration, y parviennent. Ce sont les « *normales exaucées* » qui, au moment des entretiens, ne manifestent aucun changement dans leur vie au regard de ce qu'elle était avant. En revanche, quand des effets physiques ou psychologiques sont encore présents, bien que n'empêchant pas d'investir d'autres sphères sociales – amicales, familiales professionnelles etc. – que la maladie, les vœux de « *normalité* » ne peuvent être accomplis. Cela concerne les « *normales empêchées* » qui sont amenées à composer avec les séquelles physiques et psychologiques du cancer et de ses soins par un investissement professionnel à la baisse par rapport au passé. Enfin, les « *malades* » renvoient aux enquêtées pour qui le cancer reste une réalité présente même lorsque les traitements sont achevés. Tenues par de lourdes séquelles physiques et psychologiques, et parfois financières, elles ne peuvent investir aucun autre rôle que celui de « *malades* ». Aussi, à l'exception de ces dernières pour qui le cancer est une réalité présente et pour les « *normales*

exaucées » pour qui le cancer ne représente pas plus qu'une parenthèse dans leur existence, toutes les autres catégories d'enquêtées font état de changements dans leur vie à l'issue des protocoles de soins. Ces changements sont la conséquence de distances volontaires (pour les « *hédonistes* » et les « *accusatrices* ») ou plus contraintes (pour les « *normales empêchées* » et les « *malades* ») affichées vis-à-vis de leur carrière qui était jadis très investie tant d'un point de vue affectif que temporel. Moins impliquées dans leur vie professionnelle, cela dégage du temps pour la vie privée. Dans le chapitre VII. « *Organiser encore plus autour de ses [jeunes] enfants* », nous verrons que quand les enfants sont en bas-âge (0-10 ans), ce temps est investi auprès d'eux. Après les traitements, les enquêtées font état de relations marquées par (encore) plus d'amour et d'humour et par un accroissement de « *moments communs* » (Singly (de) et Ramos, 2010) que par le passé. Nous montrerons cependant que ces « *[gains] en qualité de relation* » (Audrey)⁵⁶ entre les mères et leurs jeunes enfants peuvent avoir des difficultés à s'imposer, notamment auprès des mères « *normales empêchées* ». Ils peuvent également rencontrer des difficultés à résister à la reprise de la vie professionnelle à temps complet qui intervient à distance temporelle de la fin des traitements et/ou aux exigences de réussite scolaire qui sont particulièrement prenantes dans les sociétés occidentales contemporaines (Singly (de), 2003). Dans le dernier et huitième chapitre « *Rester malade ou redevenir une femme* », nous nous attarderons sur les relations entre les mères et leurs enfants qui sont plus distantes que ce qu'il en était avant le cancer. Nous montrerons que la « *[perte] en qualité de relation* » (Audrey) est le propre des « *malades* » qui, tenues par de lourdes séquelles du cancer et de ses traitements, ne parviennent pas à se réinvestir dans leurs autres rôles sociaux, dont celui de mères. Les distances relationnelles se vérifient également pour les mères des autres profils dont les enfants sont adolescents au sortir des soins maternels. À une période de la vie où prendre de la distance vis-à-vis de ses parents est considéré comme « *normal* » (Singly (de) et Ramos, 2010, p. 12), dégager la majeure partie de son temps aux (grands) enfants relève pour les mères d'une certaine incongruité. Par conséquent, la période qui succède aux traitements devient propice à « *redevenir une femme* » (Myriam) qui doit s'entendre comme le fait de s'éloigner plus ou moins durablement, plus ou moins définitivement de ses enfants.

56 Âge : 42 ans ; 43 ans - Profession : Cadre : Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juillet 2019 - Profession du père des enfants : Cadre ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 14 et 15 ans.
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de chimiothérapie et de radiothérapie.

**Partie I. Les effets du cancer sur les relations dans les familles
contemporaines**

Dans cette première partie intitulée « *Les effets du cancer sur les relations familiales* », nous nous attacherons à fournir tous les éléments qui peuvent justifier que le cancer soit propice à un rapprochement des mères et de leurs enfants. Cette première partie compte trois chapitres.

Dans le premier chapitre « *Le cancer et des hommes* », nous montrerons que la plus grande proximité des relations mères/enfants peut s’incarner au profit de déstabilisations conjugales et d’un renforcement des dimensions traditionnelles – autorité et revenus – de l’exercice de la paternité auprès des enfants pendant les protocoles de soins du cancer.

Dans un deuxième chapitre « *Les dimensions relationnelles d’un cancer maternel* », nous avancerons que le cancer est une expérience investie individuellement et socialement sur un registre émotionnel. Cette maladie est également propice à un accroissement de « *moments communs* » (Singly (de) et Ramos, 2010) entre les mères et leurs enfants et objet de dialogue entre eux. À elle seule, elle regroupe donc tous les éléments nécessaires au déploiement de relations de nature à faire des mères et de leurs enfants, des « *autrui significatifs* » les unes pour les autres (et réciproquement).

Dans le troisième et dernier chapitre de la partie titré « « *“Avoir le cancer” ou “être malade”* », nous nuancerons le point développé dans le chapitre précédent. Nous verrons que pour que les enfants soient « *autrui significatifs* » de leur mère pendant le cancer, ou plus exactement « *plus autrui significatifs* » qu’ils ne l’étaient déjà (si c’était le cas avant le cancer), deux conditions doivent être réunies. Les mères doivent tout d’abord être en mesure de poursuivre un exercice quotidien – même très réduit, même à distance – de leur maternité pendant les traitements. En second lieu, il leur revient également de se faire reconnaître (et être reconnues) comme « *malades* » par leurs enfants. Lorsque les mères ne peuvent plus assurer l’éducation de leurs enfants pendant les protocoles ou qu’elles considèrent qu’elles « *[ont] le cancer* » sans pour autant « *être malade[s]* » – et ne se font donc pas reconnaître dans ce statut auprès de leur entourage –, les relations avec les enfants restent à l’image de ce qu’elles étaient déjà avant les traitements, bonnes voire très bonnes mais pas forcément meilleures. Explorons maintenant l’ensemble de ces points.

Chapitre I. Le cancer et des hommes

« Je [ne] vais pas vous dire qu'on était un couple idéal parce qu'on avait des hauts et des bas comme j'imagine tous les couples... après c'est peut-être que notre couple qui avait des hauts et des bas et quand mon cancer est arrivé, c'était plutôt dans une période de bas donc du coup, ça n'a pas arrangé les choses et je pense que quelque part, ça nous a renforcés mais pendant que j'étais sous le traitement, je trouve qu'il s'est éloigné de moi, vraiment ! C'est sa façon à lui de réagir. À la fois, il s'occupait des enfants... enfin, il faisait ce qu'il pouvait, il faisait les courses et il était à côté de moi quand j'en avais besoin et tout ça mais voilà, il [ne] me posait pas de questions sur mon ressenti enfin voilà... c[e n]'est pas des questions que j'attends des hommes particulièrement (rires) mais bon... » (Aurélie)⁵⁷

57 Âge : 38 ans ; 40 ans - Profession : Biostatisticienne ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem ; Type de cancer : Cerveau - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Ingénieur ; Idem - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et F - Âge des enfants : 11 et 13 ans (aîné) ; 9 et 11 ans (cadette) ; 7 et 9 ans (benjamine).

Protocole : Radiothérapie combinée à de la chimiothérapie.

Dans ce premier chapitre de thèse « *Le cancer et des hommes* », nous montrerons que le cancer est propice à un rapprochement relationnel entre les mères et leurs enfants car pendant les traitements, les autres liens familiaux – entre conjoints mais également entre les pères et leurs enfants – semblent se distendre. Avec le cancer, les rôles masculins qui pourraient être qualifiés de « traditionnels » sont renforcés. Ainsi, dans les discours des femmes que nous avons interrogées, les conjoints sont surtout relatés sous le régime de la « fuite » (*Bernadette*)⁵⁸ et du silence, bien loin des idées de « *monde commun* » et de « *conversation* » nécessaires pour des relations de nature à faire advenir des « *autrui significatifs* ». Sur le plan de la parentalité, la dimension relationnelle de la paternité est elle aussi reléguée pendant les soins. À cette période, les rapports entre les pères et leurs enfants sont principalement marqués du sceau des dimensions économiques et autoritaires, ce qui tend donc à donner aux mères encore plus d'espace que par le passé pour occuper le terrain de l'affectivité avec leurs enfants.

⁵⁸ Âge : 37 ans ; 62 ans - Profession : Assistante de direction ; Retraitée - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 1992 - Profession du père des enfants : Ingénieur ; Retraité - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 15 et 40 ans (aîné) ; 11 et 36 ans (cadet).
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de radiothérapie.

I. Les effets du cancer sur les relations conjugales : le péril en la demeure conjugale

Durant les entretiens, nombreuses ont été les enquêtées à évoquer le cancer sous le jour d'un péril pour les couples⁵⁹. Ainsi, Nina⁶⁰ dit « [avoir] lu plusieurs choses à ce sujet et beaucoup de couples traversent ça... enfin la maladie et le compagnon n'assume pas, s'en va ». Nicole⁶¹ abonde dans le même sens lorsqu'elle déplore : « qu'à l'époque de [sa] sœur⁶², [elle se] souvien[t] que quand [elle] l'accompagnai[t] faire les chimios, toutes les autres nénettes c'était : « Ah bah mon mari, il est parti, il m'a plaquée quand il a su que j'étais malade » ». Dans cette partie, nous verrons, que même si cela n'est pas systématique, la maladie cancéreuse et ses traitements peuvent aller de pair avec une atteinte aux capitaux de séduction féminine, ainsi qu'avec des inclinaisons masculines au silence et à la « fuite » (Bernadette) qui participent à fragiliser les liens entre les conjoints.

1. Quand le cancer nuit aux capitaux de séduction féminine

Les interrogées qui voient dans le cancer, une expérience propice à une dégradation des relations conjugales, évoquent dans leurs entretiens les effets esthétiques des traitements du cancer. Ceux-ci sont mobilisés comme des compromissions aux capitaux esthétiques féminins

59 Dans un rapport fait pour le compte de l'Institut National du Cancer sur des données d'enquête de 2004, une équipe de chercheurs révélait que parmi les femmes interrogées, 68% vivaient avec la même personne deux ans après le diagnostic de cancer. 4,4% des enquêtées n'étaient plus en couple avec leur compagnon (compagne) avec lequel (laquelle) elles étaient au moment du diagnostic. Les séparations étaient bien plus souvent la conséquence d'un décès (38%) que d'une décision du conjoint/de la conjointe de les quitter en raison du cancer (16%) (Préau *et al.*, 2014, p. 290)

⁶⁰ Âge : 37 ans ; 39 ans - Profession : Assistante juridique ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Août 2018 - Profession du père des enfants : Parquetier ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 2 et 3,5 ans.

⁶¹ Entretien n°1 :

Âge : 36 ans ; 39 ans - Profession : Infirmière ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : visites de contrôle en cours - Profession du père des enfants : Ingénieur aéronautique ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 3 et 6 ans (aîné) ; 1 et 4 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien n°2 :

Âge : 43 ans - Profession : En congé parental - Situation conjugale : Mariée - Profession du père des enfants : Manager chez Thales - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, M et F - Âge des enfants : 10 ans (aîné) ; 8 ans (cadet) ; 10 mois (benjamine).

⁶² La sœur aînée de Nicole est décédée d'un cancer une dizaine d'années avant que l'interrogée ne soit elle-même diagnostiquée d'un cancer du sein.

qui « jouent un rôle moteur de l'entrée et du maintien en conjugalité » (Ferrand, 2004, p. 94). Les ablations mammaires, les cicatrices, la perte des cheveux, la prise de poids ou encore les sécheresses vaginales reviennent dans les entretiens comme autant d'éléments nuisibles à la pérennité des unions conjugales pendant – et parfois après – les protocoles :

« Enfin, déjà j'étais contente parce qu'il [le mari] était là et après, il m'a aidée... enfin même je suis la première à en rire, à en sourire parce qu'il me trouvait belle... je pourrais aller vous chercher la photo mais même sans cheveux, j'avais pris dix kilos de plus qu'aujourd'hui et il faudrait que j'en perde encore dix aujourd'hui, il me trouvait belle et ça... enfin, moi, à chaque fois, je lui disais : « C[e n]'est pas moi qui ai besoin de lunettes »... enfin, d'abord, vous êtes opérée, vous avez les seins guingois, vous êtes gonflée, vous avez un bras gonflé, vous... vous êtes énorme, vous vous habillez comme un sac... alors c'est encore pire que d'habitude (rires) et il vous dit que vous êtes belle enfin c'est juste... c'est juste ! » (Nicole)

En dehors de ces éléments en lien avec les multiples dépréciations physiques que sont amenées à vivre les femmes atteintes d'un cancer, la maladie peut aussi être perçue comme une menace conjugale pour ce qu'elle peut amener de « fuite » (Bernadette) et de silence de la part des hommes.

2. Quand le cancer « ramène à la maison » des hommes qui ne veulent pas y être

Le cancer est relaté pareil à un danger conjugal lorsqu'il tend à « ramener » vers le domicile familial des hommes qui étaient peu enclins à s'y investir avant sa survenue. Ce point est saillant dans l'entretien de Nina :

« Alors moi, ce que je n'assumais pas auprès de mon fils c'est... bah avant, j'allais le chercher le matin et le soir à la crèche. Là, je ne faisais plus que le matin, je [ne] faisais plus le soir parce que j'en avais plus la force donc on a convenu avec le père, avec le papa pardon, je lui ai dit : « Écoute, là je suis malade, il va falloir diminuer mon rythme. Moi, je [ne] peux plus faire le matin et le soir ». Donc là, il a bien voulu donc là il a assumé le soir donc je ne pouvais plus aller le chercher à la crèche le soir. [Il] y a certains soirs, vous savez le quotidien, c'est le bain, lui donner à manger, le mettre en pyjama donc [il] y a des soirs où j[e n']en pouvais plus. Je rentrais et j'allais directement me coucher donc pour [ne] pas trop qu'il [l'enfant] le voie : « Bah écoute, ce soir, c'est toi qui fais le bain ». Donc, il m'aidait de temps en temps. [Il] y a

des soirées où il assumait le bain, le repas, le mettre en pyjama et moi, j'allais juste l'endormir ou lui lire une histoire enfin j'essayais qu'il s'endorme parce que c'était difficile donc on se déléguait ces tâches mais c'est un peu le quotidien que je [ne] pouvais plus assumer. Ça, j[en] ai pas pu faire. Qu'est-ce que j[e n]'ai pas pu faire ? Des sorties... les week-ends, je [ne] pouvais pas le sortir comme je le voulais parce que j[e n]'en avais pas la force donc il le faisait. Il le sortait. Une après-midi, je lui disais : « Si tu pouvais le sortir, ça serait bien ». Mais avec papa, c'était compliqué parce qu'il ne voulait pas faire plus que ce qu'il ne faisait avant [...] » (Nina)

Il est un acquis de la sociologie que les femmes, surtout lorsqu'elles deviennent mères, prennent encore en charge la majeure partie des tâches domestiques, qu'il s'agisse des tâches ménagères ou parentales⁶³ (Champagne *et al.*, 2015). Toutefois, le cancer et les effets de ses traitements peuvent rebattre les cartes de l'organisation du « *quotidien* » comme l'appelle Nina. Lorsque les effets des traitements se font (beaucoup) ressentir, certaines voire la majeure partie des tâches parentales et ménagères ne sont plus assurées par les femmes adultes du foyer. Dans ce cas de figure, les hommes peuvent être appelés à prendre à leur charge des activités domestiques dont ils n'avaient jamais eu à s'occuper. C'est ce que décrit Nina dans le passage de son entretien repris ci-dessus. Épuisée par ses traitements qu'elle suit tout en poursuivant sa carrière professionnelle, elle ne parvient plus qu'à emmener son fils à la crèche le matin et lui raconter une histoire le soir pour l'endormir. Le rôle du père de famille qui se cantonnait jusque-là à la préparation des repas et à « *l'amusement et l'autorité* » (Nina) prend de l'ampleur. Aller chercher l'enfant à la crèche le soir, lui faire son bain, le mettre en pyjama et le sortir sont tous les aspects de l'éducation revenus au compagnon de Nina. Loin de ravir l'homme, cette situation est propice à une détérioration des liens conjugaux. Cela se présente dans la dernière phrase de l'extrait d'entretien où Nina indique l'absence de volonté du père de « *faire plus que ce qu'il ne faisait avant [le cancer]* ». La complexité conjugale et familiale qu'elle souligne dans son entretien ouvre sur ce que l'interrogée nomme des « *négociations* ». Interrogée sur la nature de ces dites « *négociations* », Nina répond :

63 En moyenne, en 2010, les femmes consacraient 183 minutes par jour aux tâches ménagères ménager contre 78 minutes pour les hommes. Le temps alloué aux tâches parentales s'est considérablement accru pour les pères passant de 22 à 41 minutes par jour entre 1985 et 2010. Néanmoins, les mères en restent les principales instigatrices : elles y dédient 95 minutes par jour sur la dernière période considérée (2010), soit une différence quotidienne de 54 minutes (*Ibid.*, p. 212)

« Bah... négociation c'est : « Écoute, là je sais que j'ai un traitement qui va être difficile, je sais comment je réagis, ça a été très dur, si tu pouvais le samedi après-midi sortir Adrien et je sais que normalement, on m'a dit que la deuxième phase allait être moins violente donc je m'engage à ce que je le prenne le samedi après-midi pour que toi, tu puisses aller vaquer à tes occupations ». Enfin... aller faire quelque chose qu'il aime ou peu importe. Voilà comment on négociait. C'était : « Toi, tu fais ces week-ends là parce que je sais que ça va être violent pour moi, j'aurai un traitement moins lourd dans quinze jours/trois semaines et là je te prendrai Adrien, je m'en occuperai ». Voilà comment je négociais, c'était comme ça. [...] Ça là-dessus, on est resté là-dessus mais je suis dans un couple où je ne peux compter que sur moi-même voilà. Je [ne] peux pas lui faire confiance, ça m'est arrivé que... c'est compliqué au niveau du couple si vous voulez. C'est un homme hein ! Je suis rentrée de traitement de chimio un vendredi, ça c'est quelque chose qui m'a marquée, un vendredi, j'avais ma chimio je sais plus le midi donc je rentre l'après-midi en taxi, enfin vous rentrez en VSL [véhicule sanitaire léger]. Je rentre en début d'après-midi chez moi donc ce que je faisais, c'est que j'essayais de récupérer, de me reposer un maximum pour accueillir mon fils le soir donc il était convenu qu'il aille le chercher comme convenu le soir et là, il m'appelle en disant : « Non, j[e n]'irai pas » parce qu'il s'est attardé à boire un coup avec ses copains donc on vous dit ça, la crèche, elle ferme à sept heures, vous êtes pas bien du tout, vous [n']en pouvez plus, il est sept heures moins le quart, vous devez vous rhabiller et vous devez prendre votre force à deux mains, ça va c[e n]'est pas loin, pour aller chercher votre enfant donc voilà, c'est là où vous vous dîtes... non, je n'ai aucun soutien de sa part donc effectivement, [il] y a des choses qu'on a négociées mais c'est pour vous dire que je ne pouvais compter que sur moi » (Nina)

L'idée de « négociation » proposée par Nina permet de mettre en perspective le modèle d'une conjugalité validante proposée par Peter Berger et Hansfried Kellner (1964). Bien loin de l'idée « d'un monde conjugal partagé » (*Ibid.*), il est tout à fait intéressant de constater que l'éducation de l'enfant et ce qu'elle suppose de prise en charge paternelle pendant les traitements sert de monnaie d'échange dans le couple. Dans le cadre des « négociations » conjugales explicitées par Nina, l'accroissement de l'implication paternelle est pensé comme ce qui rend possible l'expression de l'identité de malade de Nina et peut-être surtout, de l'identité personnelle de son compagnon. Les tâches parentales effectuées – lorsqu'elles sont dûment effectuées – par l'homme ne sont ni réalisées ni en tant que conjoint soutenant et solidaire vis-à-vis de sa compagne malade, ni en tant que père. Elles ne sont accomplies que parce qu'elles ouvrent sur la perspective de s'éloigner de l'univers conjugal et familial pour investir celui des sociabilités masculines.

3. Quand le cancer fait « fuir » les hommes

Pendant les traitements, les configurations conjugales de certaines enquêtées sont donc bien moins définies par un « monde commun partagé entre conjoints » (*Ibid.*) que par de la distance entre eux. Les distances conjugales qui s'opèrent pendant les entretiens sont relatées comme des mouvements de « fuite » (*Bernadette*) qui seraient, d'après les interrogées rencontrées, caractéristiques des rapports que les hommes entretiennent vis-à-vis de la maladie. Dans l'extrait d'entretien plus haut, Nina évoque l'épisode du verre pris « avec les copains » un soir de chimiothérapie par son compagnon alors que ce dernier devait – après « négociation » – s'occuper de son fils. À d'autres moments de notre rencontre, elle évoquera aussi les « week-ends avec [les] copains » ou encore « les matchs de football » comme autant d'indicateurs du refus de l'homme de « mettre entre parenthèses ses passions et tout ce qui va avec parce qu'il a un enfant », contrairement à elle qui « [a] mis totalement entre parenthèses [sa] vie de femme... enfin s'amuser ou autre, avoir des moments à vous » (*Nina*).

Connaissant les travaux d'Olivier Scwhartz (1990) sur les ouvriers, il serait tentant de rapprocher l'expérience conjugale et familiale vécue par cette enquêtée de l'appartenance sociale de son compagnon⁶⁴. On le sait, ce sont dans les catégories dites populaires que les implications domestiques masculines sont les plus faibles. Pour autant, pendant le cancer, les « fuite[s] » (*Bernadette*) ne sont pas l'apanage des ouvriers et des employés. Peut-être prennent-elles des formes différentes mais Bernadette qui était pourtant mariée à un ingénieur note également que pendant ses traitements, son mari a « fui ». Pour cette enquêtée, la « fuite » de son époux qui a pris forme dans la multiplication des déplacements professionnels pendant les soins :

« Par contre, ce qui m'a beaucoup blessée c'est de voir que... et puis de manière très déguisée : « Bah là je vais être obligé de partir en province parce qu'il y a une mission ». Et j'ai su par... parce que je connaissais ses collègues qui en fait, il faisait... il est responsable de l'[nom de son entreprise], il travaillait à [nom de l'entreprise], pour certaines missions en province, ils

⁶⁴ Dans sa contribution à l'ouvrage de Masclet *et al.*, (2019), Marie-Clémence Le pape souligne que dans les représentations, les membres des milieux populaires continuent d'être associés à un certain « conservatisme domestique » (pp. 83-91). Pour appuyer son propos, elle reprend les chiffres d'une enquête (2005) conjointement menée par l'INED et l'INSEE de laquelle il ressortait que : « pour 70% des ouvriers et des employés, une femme était aussi épanouie à s'occuper de sa famille qu'à travailler pour gagner sa vie ». La proportion chute à 61% pour les cadres et les professions intermédiaires (p. 88). Tout le propos de la sociologue est néanmoins de relativiser la faiblesse de la norme égalitaire au sein des milieux dits populaires. Pour ce faire, elle souligne que les horaires d'emploi décalés d'une partie conséquente des ouvrières et des employées en France ont pour conséquence un investissement domestique masculin significatif de la part de leur compagnon et père de leurs enfants.

demandaient à plusieurs : « *Qui est-ce qui est intéressé pour faire une mission à tel endroit ?* ». Et je [ne] sais pas, ma femme, elle est malade, moi, je dis : « *Pour l'instant, je [ne] préfère pas m'absenter* » et il s'est porté volontaire quoi.

Enquêtrice : *Comment vous expliquez qu'il se soit porté volontaire pour ces déplacements ?*

Bah je pense pour fuir, pour fuir ça mais j'ai remarqué ça beaucoup chez les hommes. Les hommes, ils [n']aiment pas la maladie hein ! » (Bernadette)

Ces différentes expériences permettent de montrer que pendant les traitements contre le cancer, les conjoints peuvent être amenés à s'éloigner. Le « *monde conjugal partagé* » (Berger et Kellner, 1964) qui confère aux relations conjugales, leur caractère « *significatif* » (*Ibid.*) peut donc s'affaiblir sous l'effet de rapports que les interrogées perçoivent comme masculins vis-à-vis de la maladie. Dans la partie suivante, nous verrons d'ailleurs que la « *fuite* » (Bernadette) n'est pas le seul ressort de la masculinité qui favorise les déstabilisations conjugales pendant le cancer. Le silence en est un autre.

4. Quand le cancer fait taire les hommes

Le cancer, lorsqu'il est vécu en tant que conjoint masculin, semble aussi être un moment peu propice à la conversation conjugale. Selon les enquêtées, le silence serait un trait que partagent de nombreux hommes lors des traitements. Cela va dans le sens de ce qu'ont repéré de nombreux chercheurs depuis Luc Boltanski (1971) selon qui les hommes auraient un « *rapport au corps [...] « plus instrumental » et « extérieur » [que les femmes]* » (p. 224). Instrumentalisation et extériorité masculines sont mises en lien par le sociologue avec « *l'intégration] des valeurs en lien avec la virilité qui se traduisent par un rejet « des signes de faiblesse », à l'instar de l'écoute de soi ou encore d'une trop grande attention au fonctionnement du corps et de l'esprit* » (*Ibid.*, p. 224 ; Aïach, 2001, pp. 139-140 ; Loretta, 2019, pp. 279-280).

Des logiques similaires sont à l'œuvre lorsqu'ils occupent la place de proches des malades. Ces mécanismes sont lisibles dans le silence mais elles le sont également dans la « *dureté* » (Nina) des mots que certains hommes utilisent à l'encontre de leur conjointe malade. Si discussions il peut y avoir entre les partenaires, celles-ci ne sont la manifestation d'aucune validation entre eux. Le cancer peut être une période où les échanges conjugaux sont en effet « *très difficiles à entendre* » (Nina). Loin de consolider *ego* et son monde, les discussions ont au contraire pour

effet de « *[faire] beaucoup de mal* » (Nina). À cet égard, sur un ton « *très froid et très direct* », Nina a été appelée par son compagnon à « *ne [pas faire] de cinéma* ». La « *dureté* » des propos est imputée par l'enquêtée au décès du père de son compagnon quelques temps avant qu'elle ne reçoive elle-même son diagnostic. Selon Nina, c'est cet évènement qui aurait conduit le père de son fils à considérer et à exprimer de façon passablement brutale qu'elle « *[avait] de la chance* » car traitée et en vie.

Tous les points que nous venons de développer permettent de rendre compte des déstabilisations conjugales à l'œuvre lors des traitements contre le cancer. Toutefois, l'éloignement de certains conjoints pendant les soins ne permettent pas à eux-seuls de comprendre les rapprochements qui peuvent à *contrario* s'opérer entre les mères atteintes d'un cancer et leurs enfants. La proximité relationnelle des mères et de leurs enfants pendant les traitements s'appuie sur les espaces laissés par les hommes en tant que conjoints, mais également en tant que pères. En effet, dans la partie suivante, nous montrerons que le cancer est un « terrain » propice à un renforcement d'un exercice traditionnel de la paternité qui offre aux mères des possibilités encore plus grandes qu'elles ne l'étaient déjà pour investir la dimension affective de l'éducation des enfants.

II. Les effets du cancer sur les relations entre les pères et leurs enfants

Bien que la paternité contemporaine ne se définisse plus uniquement sous ses ressorts autoritaires et économiques (Castelain-Meunier, 2002), il n'en reste pas moins que de nos jours, les pères restent surtout attendus dans leurs figures de pourvoyeurs de revenus et d'autorité auprès de leurs enfants. Cela est d'ailleurs encore plus vrai quand survient le cancer. Comme nous le montrerons dans cette partie, lors des traitements, les pères investissent encore plus qu'ils ne le faisaient déjà les aspects matériels et normatifs de la parentalité.

1. Cancer et renforcement du rôle économique des pères

Dans le contexte du cancer, le maintien du salaire du deuxième adulte du foyer relève d'une quasi-indispensabilité. En effet, bien qu'en France, de nombreux frais imputés au cancer soient pris en charge par l'Assurance maladie, il n'en reste pas moins que cette maladie s'accompagne

de coupes dans les salaires qui peuvent se coupler à une augmentation des dépenses en lien avec la maladie et ses effets⁶⁵.

« En France, la pathologie cancer est considérée comme une affection de longue durée par l'Assurance maladie et le niveau de prise en charge des coûts engendrés par le cancer est parmi les plus hauts du monde. Néanmoins, le diagnostic a un impact financier important sur les revenus des ménages, comme le montrent les travaux de l'INCa [2014]. Les taux de pauvreté des malades estimés par l'unité de consommation est en 2014 de 25,1%, soit deux fois plus environ qu'en population générale. Cet élément est principalement dû aux conséquences de la maladie sur la situation professionnelle, et surtout la réduction du temps de travail. La personne touchée par le cancer, deux ans après le diagnostic, est moins souvent celle qui pourvoit le plus aux besoins du foyer. » (Derbez et Rollin, 2016, p. 96).

Lorsque les femmes sont touchées par le cancer comme cela est le cas dans notre recherche, la subsistance familiale est principalement assurée par les hommes du foyer qui sont ainsi renforcés dans leur rôle de pourvoyeurs de revenus. Cela apparaît très nettement dans nos entretiens. Parmi toutes les raisons données par Nicole pour justifier de la grande implication professionnelle de son mari pendant les traitements, elle cite les besoins matériels de la famille qui n'étaient plus pourvus que par son époux à cette période :

« [...] Alors lui [son mari], il était là le week-end mais j'avais besoin... grâce ou à cause des enfants, j'avais besoin d'aide 24h/24 [...] bah quand j'avais Enguerrand [le fils cadet] à côté de moi, j'étais obligée de me lever pour le changer, pour lui donner ses biberons parce qu'à un an, on est encore à quatre biberons par jour ou cinq, à le changer, qu'il [ne] dormait pas tout le temps donc il fallait le faire jouer, s'en occuper, le promener, le sortir dehors etc. Et que mon mari, sans salaire, on [ne] vit pas... » (Nicole)

À cette première dimension traditionnelle de la paternité qui se renforce pendant les traitements, s'ajoute également celle de l'autorité que font valoir les hommes auprès de leurs enfants.

65 Leïla s'est longuement appesantie sur le non-remboursement de prestations paramédicales (podologue, acupuncteur et ostéopathe) qu'elle perçoit comme nécessaires pour pallier/soulager certains effets des traitements comme la mauvaise repousse des ongles, les douleurs articulaires et/ou musculaires. Elle est également revenue sur la prise en charge incomplète de la Sécurité sociale pour l'achat d'une perruque.

2. Cancer et renforcement du rôle normatif des pères

Pendant les protocoles, l'autorité est en effet nettement réinvestie par les pères, notamment par ceux dont les enfants sont adolescents. Sans le cancer, l'élaboration des règles et leur application sont communes aux deux parents (Singly (de), 1996) mais lors de la maladie, ce sont surtout eux qui « *prennent entre quatre yeux* », « *se fâchent* » (Bernadette) :

« [...] Arnaud, il était dans l'adolescence, il était très très dur à l'époque donc impassible ! Je [ne] sais pas ce qu'il a ressenti, impassible. Peut-être qu'il a beaucoup souffert mais en tout cas, son père a été obligé de le prendre entre quatre yeux en disant : 'votre maman... bon on vous explique, ça va mieux, elle a eu un traitement mais elle est très fatiguée et je compte sur vous pour ne pas la faire crier quand elle vous demande de l'aider, d'aller chercher le pain, de mettre la table, d'être gentils' mais il a fallu le dire plusieurs fois à mon aîné adolescent [...] » (Bernadette)

[...] Par contre, quand on l'a surprise à fumer devant nous, ça on lui a dit : 'on n'accepte pas. Parce que tu fumes ta cigarette avec tes copines parce que ça fait partie de ta sociabilité, pourquoi pas. Par contre, c'est ne pas nous respecter ! '. Et ça mon mari s'est fâché en disant : 'fumer devant ta mère c'est du non-respect donc que tu fumes avec tes copines en soirée, on [ne] veut pas le savoir même si on le sait mais par contre, ne nous... pour nous, c'est un manque de respect' [...] » (Audrey)⁶⁶

Avec ou sans cancer, la prépondérance autoritaire paternel s'explique sous l'angle genré de la masculinité qui reste plus associée à l'autorité que la féminité (Buscatto, 2014). Pendant la maladie, l'autorité des pères se justifie aussi par le fait que contrairement à leur compagne, ils ne sont pas malades. « *Prendre entre quatre yeux* », « *se fâcher* » (Bernadette) sont des expressions qui marquent les dimensions conflictuelles de certains échanges qui ont eu lieu entre les pères et leurs enfants durant le cancer. Si lors de leurs traitements, les mères ne s'opposent pas – ou moins par rapport aux pères – c'est qu'elles ne disposent plus de toute l'énergie physique et intellectuelle nécessaire pour cela.

Dans les récits des mères, il apparaît par ailleurs que l'autorité dont font preuve les pères pendant le cancer vise le « *respect* » de leurs enfants. Ce terme revient deux fois dans l'extrait

66 Âge : 42 ans ; 43 ans - Profession : Cadre : Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juillet 2019 - Profession du père des enfants : Cadre ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 14 et 15 ans.

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de chimiothérapie et de radiothérapie.

d'entretien mené avec Audrey. Selon la définition qui en est donnée par le *Centre national de recherche textuelle et lexicale (CNRTL)*, « *respecter* » signifie « *considérer quelqu'un avec respect, porter une profonde estime à quelqu'un, le traiter avec égards en raison de son âge, sa position sociale, sa valeur morale ou intellectuelle* ». Respecter une personne revient donc à agir face à elle en fonction des différents statuts dont elle dispose. Dans le récit d'Audrey, nous en percevons deux, celui de parent (mère) et celui de malade. C'est pour faire respecter ces deux statuts par leur fille que « *[son] mari s'est fâché* » (Audrey). Qu'il y ait ou non le cancer, ne pas boire d'alcool, ne pas fumer en présence de ses parents sont des règles qui apparaissent à l'adolescence. Elles sont vues par Audrey comme un signe minimum de « *respect* » que sont en droit d'exiger pères et mères en vertu de leur statut parental hiérarchiquement plus élevé que celui d'enfant entendu comme être le/la « *fil(s)/fille de* ».

Pendant le cancer, ces règles sont porteuses d'autres enjeux. En dehors de tous leurs statuts « *habituels* » de compagnes, de mères, d'amies etc., les femmes deviennent aussi – ou plus exactement, peuvent devenir, comme nous le verrons – des « *malades* ». L'autorité des pères est alors mobilisée pour faire respecter ce nouveau statut. Dans ce contexte particulier de maladie, le « *respect* » prend forme dans la manifestation d'attention, de sollicitude et de protection dont tout un chacun est sensé faire preuve à l'égard d'un malade, à *fortiori* s'il est un proche. À travers ses réprimandes, l'époux de Bernadette entend faire passer son fils d'un registre de dureté (« *il était très très dur* ») à un autre de gentillesse et d'entraide vis-à-vis de sa mère. Les appels au respect que réalise l'époux d'Audrey en se « *fâch[ant]* » sanctionnent quant à eux la provocation ressentie face au comportement tabagique de l'adolescente dans ce cadre précis de maladie cancéreuse. « *Respecter* » Audrey en tant que malade revient en outre à la protéger en ne l'exposant pas à un élément – le tabac – perçu comme un facteur majeur de la survenue⁶⁷ et de l'aggravation du cancer. Les visées protectrices se sont aussi données à entendre dans « *la [forte] pression* » (Audrey) exercée par son époux sur leur fille. Leur caractère coercitif est ressorti des comparaisons effectuées par Audrey entre les actions paternelles et la mise en place d'un « *plan ORSEC* »⁶⁸. La jeune fille est appelée à faire « *attention au quotidien* » à sa santé. Cette obligation est moins pensée pour le bien-être de l'adolescente, que pour celui de la mère de famille. L'objectif parcouru est de préserver cette dernière déjà fortement affaiblie par le cancer et les effets de ses traitements en la tenant

⁶⁷ Selon les chiffres fournis par le site e-cancer, le tabac est le premier facteur de risque en étant à l'origine de 20 % des nouveaux cancers diagnostiqués – cf. [Le tabagisme | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer \(fondation-arc.org\)](https://www.fondation-arc.org/) (page consultée le 13 septembre 2023).

⁶⁸ Dispositif d'intervention en cas de catastrophe.

éloignée de vecteurs possibles de microbes. Ce type de rappels à l'ordre n'a pas lieu dans toutes les familles. Jamais il ne nous en a été par exemple rapporté dans les entretiens réalisés avec des mères d'enfants en bas-âge lors du cancer. Il a été porté à notre connaissance par des femmes dont les enfants étaient des adolescents lors des traitements. Bien que cela soit loin d'être valable pour toutes et tous les jeunes, l'adolescence reste un moment propice pour voir poindre des décalages entre les attentes parentales et le comportement de ces grands enfants. Le sociologue Charles-Henry Cuin (2011) justifie ces inadéquations familiales en soulignant que l'adolescence est un moment « *d'émancipation du statut d'objet inhérent à l'enfance [...]* » (p. 76). Cette émancipation s'incarne dans une défiance vis-à-vis des normes érigées par les adultes (parents et éducateurs) et les institutions (famille, école, etc.) (*Ibid.*). Plus enclins à défier leurs parents que les jeunes enfants, cela peut expliquer que (certains) adolescents reviennent dans les récits qui relatent un regain d'autorité paternelle pendant le cancer.

Les pères d'adolescents ne sont toutefois pas les seuls à plus investir la dimension autoritaire de l'éducation de leurs enfants. À la tête d'une fratrie de deux garçons âgés d'un et trois ans pendant le cancer, Nicole dit avoir été « *furieuse* » contre son époux qu'elle décrit comme « *intransigent* » avec leur fils aîné pendant les traitements. Ses propos rejoignent ceux d'Aurélie, mère de trois enfants âgés de onze, neuf et sept ans. De son côté, elle qualifie son mari de « *très autoritaire* ». Quels que soient les adjectifs utilisés, ils désignent la promptitude paternelle à punir les enfants, à « *s'énerver* » contre eux en « *criant* » (*Aurélie*) pour de maigres écarts. Ainsi, Aurélie précise que « *dès qu'un enfant se tenait mal à table ou qu'il... il [son époux] s'énervait quoi !* ». Si la « *dureté* » des enfants, notamment dans l'entretien de Nicole, est mobilisée comme justification à ce qu'Aurélie perçoit comme de « *l'autoritarisme* » paternel, est surtout avancée une « *façon de réagir* » à la maladie, et ce qu'elle peut susciter d'inquiétudes. Aurélie est éloquente à ce sujet :

« *Oui ! Il est devenu très autoritaire avec eux [les enfants] ... bah notre... parce qu'il était inquiet et du coup, c'était sa façon de réagir. Je vais utiliser de la psychologie de comptoir mais il s'est réfugié dans sa caverne et voilà, et dans sa caverne, [il ne] fallait pas qu'on le dérange quoi !* » (*Aurélie*)

Aurélie comme Nicole ont pour point commun de faire un lien entre cette « *façon de réagir* » (*Aurélie*), cette « *manière de gérer la maladie* » ou encore ce « *moyen de défense* » (*Nicole*) et la masculinité :

« *Il [son mari] a mis du temps avant d'être d'accord avec moi mais il [n']arrivait pas à faire autrement, c'était son propre moyen de défense parce qu'il [n']arrivait pas à expliquer. En fait,*

mon mari, il [n']a pas beaucoup de mots de vocabulaire... enfin si évidemment, il a des mots de vocabulaire mais au niveau émotionnel... alors il [n']a pas eu de sœurs, ils sont quatre garçons, je [ne] sais pas si ça joue ou pas mais il avait un père militaire [...]. » (Nicole)

Ces extraits d'entretien nous amènent à rencontrer de nouveau la logique du « *rejet* » des signes de faiblesse », à l'instar de l'écoute de soi ou encore d'une trop grande attention à son corps » (Aïach, 2001, pp. 139-140 ; Boltanski, 1971, pp. 224 ; Loretti, 2019, pp. 279-280) déjà abordée dans la partie sur les dynamiques conjugales à l'œuvre pendant dans le cancer. De la même façon que le compagnon de Nina s'est montré revêche avec elle pendant le cancer, l'époux de Nicole a opté pour la dureté, plutôt que pour les mots rassurants à prononcer à ses enfants. Cela n'est pas dû à une carence intellectuelle. « *Il a des mots de vocabulaire* » nous dira l'enquêtée. En revanche, il s'agit du reflet de la faiblesse de son « *niveau émotionnel* » (Nicole), de ses aptitudes psychologiques pourrions-nous avancer. Cette « carence » est justifiée par « l'atmosphère » masculine dans laquelle a baigné son mari depuis son plus jeune âge. Celle-ci nous est donnée à ressentir dans l'évocation de sa fratrie uniquement composée de garçons au nombre important de quatre. Elle est également palpable dans l'allusion à la profession de militaire du père de son époux reconnue pour ses effectifs (très) majoritairement masculins⁶⁹. Comme Nicole, Aurélie reliera aussi la fermeté du père de ses enfants, ainsi l'absence de propos rassurants autour de la maladie à sa masculinité déclarant : « *[ce n']est pas des questions que j'attends des hommes particulièrement* ».

Enfin pour conclure cette partie, notons que pendant le cancer, les hommes peuvent être peu attendus dans la sphère éducative lorsqu'ils sont appelés à davantage s'investir en tant que conjoints. Or, un investissement parental plus important des hommes est perçu comme contradictoire avec un haut degré d'implication conjugale pendant les traitements :

« Alors, en fait, oui, mon mari, oui parce que du coup, ça l'aurait empêché de venir me voir et du coup, il avait quand même besoin de quelqu'un à la maison pour récupérer les enfants parce que lui, il [ne] pouvait pas faire matin et soir donc du coup, ça l'aurait empêché de venir me voir à l'hôpital parce que les enfants [ne] sont pas autorisés d'être à l'hôpital... et puis de l'avoir sur place, c'était une flexibilité pour lui comme pour moi. On a pris la décision ensemble avec mon mari. On s'est dit : « Okay pour Anne [...] » » (Aurélie)

⁶⁹ D'après le rapport « Les chiffres clés de la Défense - Édition 2019 », en 2018, la population de militaires était composée de 15,5% de femmes contre 84,5% d'hommes – rapport disponible à l'adresse : [Les chiffres clés de la Défense 2019 \(defense.gouv.fr\)](https://www.defense.gouv.fr/les-chiffres-clés-de-la-défense-2019) (Page consultée le 29 juillet 2021).

Interrogée sur les raisons pour lesquelles, pendant les traitements, l'éducation des enfants a été en majeure partie prise en charge par Anne, la meilleure amie d'Aurélié plutôt que par son époux, la réponse de l'enquêtée est sans détour. La présence de cette amie au domicile familial pendant les soins pour s'occuper des enfants répond à une logique conjugale. Il s'agissait de décharger son mari des tâches éducatives pour qu'il puisse apparaître sur la scène conjugale en rendant visite à son épouse lors de sa convalescence après l'opération de sa tumeur au cerveau. Il est également intéressant de constater dans ce passage que l'enquêtée se positionne implicitement en défenseuse de son mari. À la fin de cet extrait, elle précise « *On a pris la décision ensemble avec mon mari* ». En mobilisant le commun conjugal qui s'entend dans le pronom « *on* » et dans l'énonciation successive des adverbes « *ensemble* » et « *avec* », elle écarte tout risque de faire passer son époux pour un père désinvesti. Le désengagement paternel ne revient pas comme tel puisqu'il est une réalité pensée et advenue pour la bonne cause (conjugale). Il n'est pas non plus à l'initiative du père de famille mais de celle du couple. En conjugalisant la décision que les enfants soient pris en charge par sa meilleure amie, Aurélié montre qu'il ne s'agit pas une volonté spécifiquement masculine. Ce faisant, elle fait démonstration que les distances des hommes vis-à-vis de la parentalité résultent d'un consensus partagé par les deux sexes. En effet, l'investissement maternel propice au déploiement de relations entre les mères et leurs enfants de « grande » qualité, n'est pas – nous y reviendrons dans les prochains chapitres – un terrain que les femmes souhaitent nécessairement partager avec d'autres, fussent-ils leur compagnon et le père de leurs enfants.

Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, nous avons commencé par montrer que le cancer est propice à une déstabilisation des relations entre les conjoints. En outre, d'un point de vue parental, les relations entre les pères et leurs enfants sont marquées par un renforcement des dimensions traditionnelles qui relèvent de la subsistance matérielle et de l'autorité. Ces deux points offrent donc un espace encore plus large qu'il n'était déjà pour que les mères aient le monopole sur les ressorts relationnels de la parentalité. Cet aspect est d'ailleurs d'autant plus propice pendant les traitements que, comme nous attacherons à le montrer dans le chapitre suivant « *Le cancer et des mères : penser les dimensions relationnelles de la maladie* », le cancer est une expérience dans le cadre de laquelle se déploient toutes les dimensions – émotion, « *moments communs* » (Singly (de) et Ramos, 2010) partagés et dialogue – qui aboutissent à la création et à la pérennisation de relations qui conduisent leurs membres à advenir les uns pour les autres, des « *autrui significatifs* ».

Chapitre II. Le cancer et des mères : penser les dimensions relationnelles de la maladie

« Dès les années 1980, les travaux d'Aïach montrent comment la maladie, effrayante et envahissante, est toujours perçue de manière particulièrement négative, en comparaison avec les pathologies cardiaques « propres » et contrôlables. Elle évoque une mauvaise mort, dans un contexte de souffrance et de dévoration du corps par un mal sournois » (Derbez et Rollin, 2016, p. 74)

Dans le chapitre précédent, nous avons souligné que pendant les traitements du cancer, les relations conjugales peuvent se fragiliser. D'un point de vue parental, nous nous sommes attardées sur la prégnance des rapports hiérarchiques d'autorité et financiers qu'ont les pères avec leurs enfants. Ces deux points laissent donc de la place pour que se déploient pleinement des liens emprunts d'affectivité entre les mères et leurs enfants. Sans le cancer, la parentalité maternelle engage déjà tous les traits d'une relation « *significative* » pour *ego*. Bien que ce modèle soit récent et ait connu bien des obstacles avant de s'imposer vers les XIXe siècle (Badinter, 1980), il est désormais investi personnellement et socialement sur un registre émotionnel. En outre, les mères et leurs enfants évoluent dans un « *monde commun* » partagé, et cela d'autant plus que les premières se montrent très – les plus – impliquées dans l'éducation des derniers. Enfin, tel qu'elle a été construite, le dialogue – ou selon l'expression employée par Peter Berger et Thomas Luckmann (1961), et plus tard Hansfried Kellner (1964), la « *conversation* » – prend une place centrale dans le quotidien que partagent les mères et leurs enfants.

Dans ce deuxième chapitre, nous montrerons que le cancer peut encore renforcer la « *significativité* » des relations qu'entretiennent les mères avec leurs enfants. Premièrement, cette maladie est une expérience investie d'émotions individuellement et socialement, et ce d'autant plus quand elle est étudiée en perspective de la maternité. Deuxièmement, dans une grande majorité de situations, la période des traitements s'accompagne d'un arrêt de la vie professionnelle durant de longs mois⁷⁰. Par conséquent, les mères qui étaient actives professionnellement et leurs enfants sont amenés à partager l'espace familial comme ils n'avaient jamais été amenés à le faire jusque-lors (Mary, 2022). Enfin, de son annonce jusqu'à l'explicitation des conséquences des traitements en passant par les réponses aux questions des enfants, le cancer incite les mères à dialoguer avec leurs enfants, plus encore qu'elles ne le faisaient déjà.

70 Pour le compte de la Ligue contre le cancer, sur 2 156 répondants à un questionnaire portant sur « *l'impact social du cancer* », « 84% des personnes enquêtées ont eu au moins un arrêt maladie ». Parmi les répondants actifs pendant la maladie, « 44% [étaient] encore en arrêt maladie [pendant l'enquête] dont 66% depuis plus de 6 mois » (DOPAS, 2013) – Cf. Cancer et vie professionnelle : un besoin d'accompagnement des personnes malades et de sensibilisation des employeurs | La Ligue Nationale Contre le Cancer (ligue-cancer.net) (dernière consultation : 17 août 2023).

I. Le cancer, une maladie investie émotionnellement personnellement et socialement

Dans cette première partie de chapitre, nous montrerons qu'individuellement et socialement, le cancer est une maladie qui emprunte à un registre émotionnel qui doit être prise en considération lorsqu'il s'agit d'étudier des relations propices à faire de leurs membres des « *autrui significatifs* ».

Dans les représentations sociales, le cancer est perçu comme une « *maladie, effrayante et envahissante* » qui « *évoque une mauvaise mort, dans un contexte de souffrance et de dévoration du corps* » (Derbez et Rollin, 2016, p. 74). Dans le dernier *Baromètre du cancer* (2021), les représentations autour de cette maladie restent inchangées par rapport aux écrits de Benjamin Derbez et Zoé Rollin (2016) pourtant publiés cinq ans auparavant. 1 228 personnes ont été interrogées par une équipe de chercheurs au sujet de leurs représentations sur le cancer. Chacun des 1 228 individus interrogés devaient mentionner trois mots qui leur venaient à l'esprit lorsqu'ils entendaient « cancer ». Le cancer comme « *maladie potentiellement mortelle et sévère* » (*Ibid.*) arrive en deuxième position derrière les catégories qui renvoient au champ médical :

*« La deuxième catégorie évoquée est relative au cancer comme maladie potentiellement mortelle et sévère (264 occurrences). L'association entre le cancer et la mort (« mort », « c'est la fin », « décès », « cimetière », « cuit ») est très prégnante (n=111). Le mot « mort » et ses dérivés est le troisième mot le plus cité au sein de la population interrogée (n=92). La sévérité de la maladie est très présente avec 153 occurrences et des termes comme « danger », « mauvais », « grave » et leurs dérivés, soulignant également l'association entre cancer et danger. Cette catégorie est significativement plus évoquée par les hommes (24,1%) que les femmes (18,8%) » (*Ibid.*, p. 27).*

« La troisième catégorie, avec 236 occurrences, renvoie aux retentissements psychologiques en lien avec le cancer » bien davantage énoncés par les femmes (24,1%) que les hommes (14,1%) (*Ibid.*). Les auteurs citent plusieurs types de « *retentissements* » : « *la peur* », « *le dégoût* », « *la tristesse* », « *le choc* », « *l'injustice* », « *le malheur* », « *la souffrance* » (*Ibid.*), soit autant de sentiments que nous avons aussi entendus lors de nos entretiens. Hélène⁷¹

71 Âge : 34 ans ; 40 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Divorcée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Octobre 2013 - Profession du père des enfants : NC - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 6 et 11 ans (aînée) ; 3 et 8 ans (cadette).

considère ainsi que le cancer est une « *épreuve de la vie* », qu'elle a traversé un moment « *dur* », « *éprouvant* ». Elle dit par ailleurs « *[avoir] perdu pied* » et avoir eu le sentiment que « *tout s'effondre à cause d'une maladie* », ce qui a provoqué sa « *colère* ». Les mots sont différents mais les ressentis sont aussi vifs du côté d'Audrey⁷². Les expressions qu'elle utilise pour décrire ses ressentis face à la maladie sont saisissantes. Pour elle, « *[le cancer] fragilise moralement et physiquement* », « *ça secoue* ». Il est « *foudroyant* » et amène une émotivité « *exacerbée* » : « *moralement pfff... moralement, ouais on est plus fragile* », « *[il] y a une espèce de sensibilité pour tout ce qui touche à la mort, à la famille un peu exacerbée* » (Audrey).

La présence d'enfants exacerbe d'ailleurs encore la dramaturgie de la maladie, tant dans ses risques de mortalité qu'elle fait peser sur les mères qui en sont touchées, que dans les dimensions traumatiques pour les enfants qui lui sont prêtées

1. Le cancer ou la lutte contre la mort pour tenir son rôle de mère « jusqu'au bout »

Bien que présentant de fortes probabilités de survie estimées à 87% bien devant tous les autres types de cancers, chez les femmes, le cancer du sein est responsable du plus grand contingent de décès (INCa, 2021). En 2020, le taux de mortalité par cancer le plus élevé est imputé à cet organe. À cette date, sur les 179,3 pour 100 000 femmes décédées du cancer, 31,4 femmes (pour 100 000) avaient été touchées par un cancer du sein suivi des cancers de la trachée, des bronches et du poumon (25,7 pour 100 000) et du colon, rectum et anus (18,3 pour 100 000) (*Ibid.*). Aussi, devient-il aisé de penser que le cancer du sein qui a affecté l'écrasante majorité de nos enquêtées (45 sur 53) est associé à la mort comme nous le dit on ne peut plus explicitement Nicole⁷³ : « *Pour moi, forcément, qui disait « cancer » disait qu'on allait mourir d'autant plus*

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie précédée d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

⁷² Âge : 42 ans ; 43 ans - Profession : Cadre : Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juillet 2019 - Profession du père des enfants : Cadre ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 14 et 15 ans.

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de chimiothérapie et de radiothérapie.

⁷³ Entretien n°1 :

Âge : 36 ans ; 39 ans - Profession : Infirmière ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : visites de contrôle en cours - Profession du père des enfants : Ingénieur aéronautique ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 3 et 6 ans (aîné) ; 1 et 4 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien n°2 :

que ma sœur avait eu un cancer du sein et qu'elle s'était battue et que j'avais été présente à ses côtés [...] ». Témoin du cancer du sein de sa sœur qui s'était soldé par son décès une dizaine d'années avant qu'elle ne soit elle-même diagnostiquée d'un cancer du sein triple négatif⁷⁴, Nicole fait d'emblée le lien entre le cancer et la mort dès l'annonce de la maladie. Nous pourrions imputer cette relation de cause à effet à la gravité de son cancer, ainsi qu'à ses expériences de la maladie qu'elle a faites en tant que nièce, sœur, mais aussi en tant que fille :

« Toutes les personnes autour de moi qui avaient un cancer... alors [il n']y en a pas énormément : [il] y a mon père qui a eu un cancer qui est mort en... il est mort en 2008, il a eu un cancer après le décès de ma sœur. Ma sœur est morte en 2005 et mon père, ça a dû se déclencher deux ans après et il est mort en 2008, trois ans après. La seule personne d'autre que je connaissais qui avait un cancer c'était un de frères de maman qui avait eu un cancer du poumon qui est mort en 95 aussi » (Nicole)

Pourtant, même lorsque les enquêtées n'ont pas connu d'autres expériences de cancer que la leur et/ou que leur cas présente des probabilités de survie élevées, la mort n'est jamais loin des considérations des femmes interrogées.

Dans nos entretiens, ce n'est pas tant la fin – possible bien qu'incertaine – de la personne touchée par un cancer, ni même de la compagne qui est dramatique, que celle de la mère. Si la mort n'est pas une perspective qui enchante les femmes interrogées, elles la vivent pour elles-mêmes avec une certaine fatalité. Le rapport est le même lorsqu'il s'agit de penser la fin de l'existence sur le plan de la conjugalité. Si elles venaient à mourir, les femmes interrogées « laisseraient » veufs des hommes, « jeunes » qui plus est. Cette pensée les amène à relativiser le poids de la gravité de leur décès en imaginant l'arrivée – presque certaine – d'autre(s) compagne(s) dans la vie future du père de leurs enfants. C'est le sens des propos de Sylvie⁷⁵ :

« Bon là je suis peut-être dure mais j'ai plein d'exemples, les hommes peuvent avoir deux, trois vies [conjugales] (rires) donc oui, ce serait dur pour lui [le mari] et bien-sûr, je lutterai mais en même temps, je suis sûre que sa vie ne serait pas finie (rires) donc oui, bien-sûr, je le ferai

Âge : 43 ans - Profession : En congé parental - Situation conjugale : Mariée - Profession du père des enfants : Manager chez Thales - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, M et F - Âge des enfants : 10 ans (aîné) ; 8 ans (cadet) ; 10 mois (benjamine).

⁷⁴ Parmi les cancers du sein, les cancers du sein triple négatif qui sont des cancers métastatiques sont ceux qui présentent le moins bons taux de survie à cinq ans. Nicole en a parfaitement conscience. Lors de son entretien, elle dira : « Après, il fallait attendre les résultats génétiques et après, on vous dit : « Ah bah c'est triple négatif donc c'est le pire qui peut vous arriver ». Ça veut dire que vous avez un taux de récurrence au plafond » (Nicole).

⁷⁵ Âge : 45 ans ; 56 ans - Profession : Responsable marketing ; Directrice industrielle - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2006 - Profession du père des enfants : Responsable marketing ; Directeur d'entreprise - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 17 et 28 ans (aînée) ; 14 et 25 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

pour lui mais c'est... on [ne] peut pas comparer avec l'énergie que vous donne les enfants [...] »
(Sylvie)

S'il n'est pas question de nier la tristesse que pourrait ressentir son mari à la suite de la perte de son épouse, cela n'empêche pas Sylvie de hiérarchiser les malheurs entre son compagnon et ses deux filles. Comme pour d'autres enquêtées, la tournure dramatique du cancer doit bien davantage au statut maternel qu'à tous les autres rôles sociaux⁷⁶ occupés. Ce point est particulièrement clair dans les propos de Laure⁷⁷ lorsqu'elle souligne :

« C'est pour moi peut-être plus facile une fois qu'on est adultes qu'un enfant qui ont (sic) besoin de leur père et de leur mère... enfin une mère c'est [...] enfin, la perte d'un parent c'est... enfin pour moi, est importante sachant que moi déjà, j'ai perdu mon père à vingt-cinq ans [...] c'est un manque et j'avais vingt-cinq ans donc les mines étaient trop petits, c'est juste inimaginable, c'était hors de question » (Laure)

Elle ne le dit pas explicitement mais dans la formule « *un enfant qui ont (sic) besoin de leur père et de leur mère... enfin une mère c'est* », Laure laisse entendre qu'auprès de leurs enfants, les mères occupent un rôle prépondérant qui rend inconcevable leur décès. Pour l'interrogée, notons que cette éventualité était d'autant plus « *inimaginable* » et « *hors de question* » que ses enfants étaient « *trop petits* ». Dans les faits, l'argument du bas-âge des enfants ne tient pas réellement. Quel que soit l'âge, et cela même lorsque les enfants sont adultes et indépendants de leurs parents, les mères font toujours état d'échéances qui les rendent – de leur point de vue – indispensables pour leurs enfants. L'entrée en maternelle, l'entrée en CP, le passage d'un examen (le brevet ou le baccalauréat), l'orientation vers tel ou tel diplôme, vers telle ou telle voie professionnelle, le mariage – du moins la mise en couple – ou encore la naissance des petits-enfants sont autant d'étapes qui reviennent dans les entretiens comme des moments que les mères ne peuvent manquer sous aucun prétexte... pas même leur mort :

⁷⁶ Dans cette partie, nous opérons les comparaisons entre les conjoints et les enfants car c'est principalement sur ces personnes qu'ont porté les entretiens mais certaines enquêtées ont aussi fait allusion à leurs parents. De la même façon que les conjoints ne tiennent pas la mesure des enfants, il en est de même concernant les parents des enquêtées, comme en témoigne ce passage de l'entretien d'Audrey : « *J'ai peut-être été plus honnête [avec ma fille] parce que je [ne] vais pas dire que je l'aime plus que mes parents mais si quelque part [...]* ».

⁷⁷ Âge : 35 ans ; 37 ans - Profession : Infirmière ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Technicien électroménager ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 8 et 10 ans (aîné) ; 4 et 6 ans (cadette).

Protocole : Tumoréctomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

« De me dire mais cette maladie... enfin s'il m'arrive malheureusement voilà quelque chose de grave et que malheureusement, je [ne] m'en sorte pas, je ne pourrais pas les accompagner comme je souhaiterais les accompagner donc aller jusqu'à ce qu'ils fassent leur vie, qu'ils travaillent ou qu'ils soient vraiment autonomes et puis même après. Enfin le rôle d'une mère pour moi c'est ça, c'est de les accompagner enfin on fait des enfants pour les élever, pour les guider pour plus tard, pour les conseiller et pour moi, c'était juste impensable de pas pouvoir faire tout ça. Je le fais depuis qu'ils sont nés, je veux continuer à le faire et jusqu'au bout quoi »
(Laure)

Pour remplir « [leur] rôle [de] mère » jusqu' « au bout » comme il en est question dans l'entretien de Laure, est initié un autre acte du drame qui se joue lors du cancer. Celui-ci consiste à mettre toute son « énergie » (Sylvie), à « se battre », « à combattre », « à lutter » (Hélène) contre la maladie. Dans cette optique, les enfants sont les moteurs. C'est en leur nom qu'est mené le « combat » et c'est eux qui donnent « l'énergie », la « force de se battre » (Hélène). Empruntant au registre martial, Hélène se dépeint sous les traits d'une héroïne guerrière déterminée à livrer une « guerre » contre le cancer avec pour horizon, ses « deux enfants » :

« Bah j'ai trouvé une force en moi très rapidement dont je doutais d'ailleurs. Je [ne] pensais pas avoir cette force et c'est comme si je mettais mon costume après l'annonce aussi : « Bon y a une guerre, prépare-toi, c'est dur mais mets ton habit de combat et vas-y quoi et tu ne peux pas, ne pas y aller ! Il faut que tu y ailles Hélène ! ». Et voilà je me suis transformée en fait ! Je me suis conditionnée voilà. Je me suis conditionnée en me disant : « Bon allez, tu [ne] vas pas t'apitoyer sur ton sort, tu as quand même deux enfants, elles ont besoin de toi donc il [ne] faut pas réfléchir, vas-y, fonce ! » (Hélène)

Dans le même ordre d'idées, elle affirmera à un autre moment de l'entretien : « Moi, c'est mes filles qui m'ont sauvée. C'est mes filles qui m'ont sauvée, ça c'est... elles ont été toujours là. Voilà mes filles m'ont sauvée mais dans les deux sens⁷⁸ parce que voilà, j'avais mes filles et il fallait que je me batte [...] ».

⁷⁸ Nous reviendrons sur le deuxième sens dans la dernière partie du manuscrit où nous nous intéresserons aux pratiques concrètes des enfants qui confèrent de la « force » à leur mère pendant les traitements.

2. Le cancer, une maladie traumatisante pour les enfants à court et à long-terme

En outre, dans les représentations qui lui sont associées, qu'il aboutisse ou non à la mort le cancer est intimement lié à la tristesse et aux risques traumatiques qu'il fait peser moins lourdement sur les personnes qui en sont touchées que sur leurs enfants. Pendant les traitements, le foyer familial est appréhendé par les mères comme un « *cocon difficile qui était triste* » (Audrey). L'espace, et à travers lui la présence de la mère malade, ramène l'ensemble de la maisonnée, et plus spécifiquement encore les enfants au cancer. À ce sujet, ce n'est pas tellement Audrey qui pense que le foyer était un « *cocon difficile* » pendant les traitements : « *Elle [l'adolescente] considère qu'elle s'est mise dans une bulle et que c'était compliqué pour elle de rentrer à la maison le soir... moi, je [ne] pensais pas autant* ». C'est en revanche ce que lui aurait dit sa fille qui, pendant les traitements de sa mère, aurait opposé à ce « *cocon difficile* » qu'était le domicile familial à « *l'école [qui était pour l'adolescente] la bouffée d'oxygène où elle riait, elle oubliait la maladie* ». Ces difficultés, qu'elles soient comme ici exprimées par les enfants ou anticipées – et craintes – par les mères, font l'objet d'un fort sentiment de « *culpabilité* » (Hélène) de la part de ces dernières. Alors qu'elles sont censées – conformément aux normes sociales qui pèsent sur les parents dans les familles contemporaines – fournir à leurs enfants les conditions de leur épanouissement (Singly (de), 2003), le cancer les amène, selon les enquêtées, à faire tout le contraire. Cette idée est présente dans l'entretien de Myriam⁷⁹ :

« Moi, j'avais l'impression que j'allais les [ses deux fils] porter mais que dans mon malheur en fait. Pour moi, je [ne] les portais pas vers quelque chose de positif en fait parce que comme je pleurais jour et nuit, je me disais... et d'ailleurs, je le disais avec la secrétaire et c'est elle qui... la secrétaire de mon chirurgien à qui je disais : « Mais je [ne] serai jamais forte pour supporter tout ça ». Elle me disait : « Arrêtez avec ça ! Il [ne] faut pas vous dire ça parce que toutes les femmes sont fortes et toutes, elles arrivent à passer ce que vous allez passer et dans un an, vous direz ah oui c'est vrai j'ai réussi ! ». Et elle a eu raison en fait ! Cette secrétaire a eu raison... a eu raison parce qu'elle m'a donné... parce que je lui disais : « Mais je [ne] serai

⁷⁹ Âge : 45 ans ; 47 ans - Profession : Cheffe d'agence (location de voiture) ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mars 2017 - Profession du père des enfants : Menuisier ; Plombier-chauffagiste - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 18 et 20 ans (aîné) ; 12 et 14 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie combinée à une thérapie ciblée et à de la radiothérapie puis à de l'hormonothérapie.

jamais forte pour mes enfants. Comment voulez-vous que j'éduque mon plus jeune ? Je suis malheureuse, je [ne] suis pas bien, je suis » ... j'avais l'impression que j[ne] n'allais pas être forte pour eux dans le sens où j[ne] n'allais pas les aider à s'épanouir en fait, à s'épanouir, à être heureux en fait. Pour moi, j'avais l'impression qu'ils partaient déjà avec une blessure, une maman-malade. Je me disais : « Ça y est, ils partent mal dans la vie quoi ! », parce que je me disais, tu te construis et tu te construis déjà avec une blessure » (Myriam)

Affectée psychologiquement par la maladie (« *je pleurais jour et nuit* »), Myriam relie ce qu'elle perçoit comme une faiblesse (« *je n'allais pas être forte* ») à son incapacité à « *épanouir* » et à rendre « *heureux* » ses fils de 12 et 18 ans lors du cancer. Comme dans bien d'autres entretiens, le malheur des enfants est appréhendé dans une double perspective temporelle, présente et future. Lors du « *cancer en cours* », l'affliction des enfants est reliée à ce que la maladie peut apporter d'inquiétudes relatives à l'affaiblissement physique et psychologique des mères et aux conséquences potentiellement funestes du cancer. Une fois les traitements passés, et cela même lorsque les nouvelles médicales se font rassurantes, c'est sous l'angle d'une « *blessure* » (Myriam) qui est et qui restera jusqu'à la fin de leur vie que les enfants de mères qui ont eu un cancer sont d'abord perçus par ces dernières. Les fils de Myriam « *partent mal dans la vie* ». À cause du cancer, et par-delà lui Audrey qui en est porteuse, ne fait pas moins que « *briser la vie [de sa fille]* », « *gâcher la vie [de sa fille]*. *Ça va être une casserole qu'elle va traîner* ». Pendant notre rencontre, Hélène évoquera quant à elle le « *traumatisme* » de ses filles et s'inquiètera des risques que celui-ci « *ressurgisse [...] dans six mois ou [elle ne] sai[t] pas dans cinq ans après la maladie, ça arrive* ».

À notre sens, considérer que le cancer est une expérience traumatisante pour les enfants doit beaucoup au mouvement de psychologisation qui est à l'œuvre dans les sociétés occidentales depuis les années 1970 (Castel *et al.*, 2008). Évoluant dans une société marquée de l'empreinte des « *disciplines psy* », il n'est donc pas étonnant que les enquêtées se soient longuement épanchées sur les risques psychologiques encourus par leurs enfants dans ce contexte de maladie. D'ailleurs, leurs épanchements ont peut-être été d'autant plus forts que c'est en tant que mères qui ont été atteintes d'un cancer que nous les avons rencontrées. Or, si la psychologisation tient du fait de société bien documenté par les sociologues (*Ibid.*), la parentalité (maternelle) et le cancer, nous semble-t-il, viennent encore accentuer ses effets sur les individus, à *fortiori* ceux de sexe féminin. Concernant la parentalité, rappelons que dans les années 1970, Françoise Dolto, pédopsychiatre a bénéficié pendant deux ans des ondes de *France Inter* où elle répondait aux questions d'auditeurs et parmi eux, une grande majorité de

mères, sur l'enfance. De nos jours, la portée des différentes disciplines « psy » est bien loin de s'être affaiblie en la matière (Garcia, 2011). Depuis leur poste de télévision, dans les magazines, dans des livres vendus dans des enseignes fréquentées par le plus grand monde ou encore sur internet, les parents peuvent prendre connaissance des théories des « professionnels de l'éducation ». Ces derniers ont, pour la plupart reçu une formation « psy » (Furedi, 2001). Or, les productions (plus ou moins) savantes qui émanent de ces (plus ou moins) professionnels ont pour conséquence de rendre – comme l'indique le titre de l'ouvrage du sociologue Frank Furedj (2001) – les « parents paranos ». Les mères – et dans une moindre mesure, les pères – sont traitées sous le jour des dangers qu'elles représentent pour leurs enfants : « *Il est important pour les mères et les pères de se rendre compte que l'industrie de l'enfance tend à les considérer soit comme des amateurs ineptes, soit comme une source potentielle de danger pour leurs enfants* » (Ibid., p. 209). Pendant le cancer, le « danger maternel » est plus que jamais mis en avant. C'est en effet sous le jour du péril qu'elles représentent pour leurs enfants que les enquêtées « se racontent » dans les entretiens. Elles en sont persuadées, à cause de la maladie mais aussi d'elles qui en sont porteuses, leurs enfants sont appelés à développer des « traumatismes » (Hélène) toute leur vie durant.

Les difficultés des enfants imputées au cancer sont largement documentées par les productions psychologiques savantes. Par exemple, l'introduction de l'ouvrage *La parentalité à l'épreuve de la maladie ou du handicap : quel impact pour les enfants ?* (2017) dirigé par trois chercheurs en psychologie s'ouvre avec un propos on ne peut plus explicite à ce sujet : « *Lorsqu'un adulte parent est atteint d'une pathologie mentale ou somatique grave, qu'elle soit aiguë ou chronique, ces pathologies sont susceptibles d'entraîner des handicaps à des degrés variés et d'affecter l'exercice de la parentalité. Par conséquent, la relation parent-enfant et le développement (psychomoteur, socio-affectif et cognitif) de l'enfant peuvent être affectés, tant à court qu'à plus long-terme* » (Wendland et al., 2017, p. 13). Dans la deuxième partie du livre⁸⁰ consacrée aux « troubles somatiques parentaux » (pp. 71-102) qui compte trente-et-une pages, le cancer en occupe à lui seul dix-neuf quand les autres « troubles » évoqués – le traumatisme crânien, la sclérose en plaques et le diabète – ne se partagent que les douze pages restantes alors qu'ils sont numériquement supérieurs au seul cancer. Les écrits de ce livre auraient pu avoir pour auteures les femmes interrogées tant les contenus sur le cancer corroborent les propos que nous avons entendus sur le terrain. En témoigne l'extrait suivant :

⁸⁰ La première partie du livre porte sur « *l'impact des troubles psychiques parentaux* » (pp. 17-102), et la troisième sur « *l'impact du handicap parental* » (pp. 103-162).

« La littérature fait état des conséquences possibles pour l'enfant du fait de vivre avec un parent atteint d'une pathologie cancéreuse incluant des symptômes somatiques (troubles du sommeil, maux de tête, perte d'appétit, etc.) et socio-émotionnels (troubles anxio-dépressifs, conflits relationnels, pleurs fréquents etc.), avec un retentissement sur le comportement social (retrait relationnel) et l'investissement scolaire (kristjanson et al., 2004 ; Christ et al., 1999 ; Hoke, 2001 ; Spira et Kenemore, 2000 ; Walsh et al., 2005 [...] » (Wendland et al., 2017, p. 74).

Aucune enquêtée n'est toutefois créditée comme auteure de cet ouvrage. Les probabilités sont faibles – bien que non nulles – pour que les femmes interrogées aient connaissance de cette littérature scientifique. Nous pouvons toutefois émettre l'hypothèse que la conscience du « danger maternel » lors du cancer que participent à porter les « disciplines psy » est accrue pour nos interrogées en raison des liens ténus qu'elles ont entretenu à la psychologie dans le cadre de la maladie. Si certaines étaient déjà en thérapie avant le cancer, nombreuses sont celles qui ont consulté des psychologues après avoir reçu le diagnostic. Qu'elles soient seules ou accompagnées de leurs enfants, la maternité est le principal sujet que les enquêtées abordent lors séances :

« Et par exemple, c'est vrai que le premier rendez-vous avec le premier médecin qui a dit : « C'est urgent, c[e n]'est pas un bon truc machin et tout » pff... ça, ça été très dur ! Mon mari était là mais à aucun moment, j[e n]'ai dit à mes enfants... même après qu'on m'avait présenté les choses sous cet angle-là quoi, à aucun moment ! Et alors ça me revient aussi du coup, c'est drôle, on oublie les choses... du coup, je me demande... oui, c'est ça avant même d'aller voir la psychologue de la Ligue, j'avais demandé à rencontrer le psychiatre de l'hôpital donc c'est lui qui m'avait conseillée de voir le psychologue. C'est comme ça que ça s'est fait parce que... effectivement, c'est fou, je l'avais rencontré parce que je lui avais dit : « Je ne sais pas comment je vais en parler à mes enfants » et je... et là je me suis effondrée aussi face à lui mais c'était ça. Mon sujet c'était : « Je ne sais pas comment je vais en parler correctement à mes enfants », c'est-à-dire sans être effondrée, sans leur faire peur et je suis allée le voir pour ça et j'avais oublié ça » (Laurence⁸¹)

Après avoir eu la « nouvelle » de son cancer, Laurence demande immédiatement à être reçue en consultation avec un psychiatre qui la dirige alors vers un psychologue de la *Ligue contre le cancer*. Dans son récit, les émotions sont palpables. Elle est « effondrée » nous dit-elle mais

⁸¹ Âge : 48 ans ; 53 ans - Profession : Ingénieure ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Fin 2015 - Profession du père des enfants : Ingénieur - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et M - Âge des enfants : 18 et 23 ans (aîné) ; 14 et 19 ans (cadette) et 9 et 14 ans (benjamin). Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie combinée à une thérapie ciblée et à de la radiothérapie puis à de l'hormonothérapie.

l'effondrement dont il est question est moins personnel que maternel. Laurence mobilise le psychologue comme une ressource pour ôter – du moins diminuer – le poids émotionnel (« *dire sans être effondrée* ») de la maladie. L'objectif n'est pas tant de se « *redresser* » (Laurence) pour elle-même que pour ses enfants. La finalité de l'enquêtée est de leur éviter de « *leur faire peur* ». C'est le même enjeu qui a poussé Katia⁸² à imposer à sa fille d'aller à une consultation avec la psychologue qui la suivait elle-même depuis l'annonce de la maladie :

« J'avais pris rendez-vous [avec la psychologue] et tout et je lui ai dit : « Le premier rendez-vous, c'est non négociable. Après, si tu [ne] veux pas y retourner, tu [n']y retourneras pas mais moi, je veux que tu y ailles au moins une fois ». Donc elle a accepté d'y aller [...]. Et en fait, moi, j'avais une vraie crainte qu'elle ait peur au fond d'elle et que ça [n']aille pas bien et qu'elle [ne] vive vraiment pas bien la maladie, qu'elle ait peur que je meure etc. » (Katia)

Pendant le cancer, la « *peur* » (Katia) que pourraient ressentir les enfants vis-à-vis de la maladie et de la mort revient de manière systématique dans les entretiens des mères qui ont été consultées un psychologue (ou un psychiatre). Néanmoins, les femmes suivies psychologiquement ne sont pas les seules à être confrontées aux affres des messages qui associent le cancer à une expérience difficile voire traumatique pour les enfants. Il nous semble au contraire que ce point constitue bien davantage une généralité qu'une spécificité des seules femmes qui ont suivi une thérapie lors du cancer.

Nul besoin de consulter de son propre chef des professionnels pour avoir connaissance de leurs enseignements qui associent le cancer à une expérience difficile pour les enfants de parents qui en sont touchés. En matière de cancer, comme sur d'autres sujets à l'instar de la parentalité, les disciplines « *psy* » règnent en maîtresse et sont, à ce titre, accessibles dans tous les lieux – médicaux, associatifs ou encore sur Internet – que sont amenées à fréquenter les femmes pendant leurs protocoles. Illustrons ce point avec une « anecdote » de terrain. Lors de nos premiers entretiens en 2018, l'une de nos enquêtées nous donne quatre brochures qu'elle avait eues en se rendant dans les locaux de la *Ligue contre le cancer*. Parmi les documents remis⁸³ lors de cet entretien, l'un attire plus particulièrement notre attention puisqu'il porte sur notre sujet de recherche. Il s'intitule « *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer* » (2006).

⁸² Âge : 43 ans ; 45 ans - Profession : Directrice promotion ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Février 2017 - Profession du père des enfants : Ingénieur informatique ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 13 et 15 ans. Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

⁸³ Parmi les autres guides remis, l'un a pour titre « Fatigue et cancer » (2005), le deuxième « Douleur et cancer. Prévenir et soulager la douleur tout au long de la maladie » (2007) et le troisième « Comprendre la radiothérapie » (2009).

En quatrième de couverture, il est indiqué que « *Ce guide est disponible sur le site internet de l'Institut National du Cancer* » ou encore : « *Ce guide peut vous être remis gracieusement par un médecin ou une association partenaire* ». Sur les vingt-et-une personnes en charge de sa rédaction, les psychologues et psychiatres comptent pour six professionnels à stricte égalité avec les oncologues. Le reste du comité de rédaction est composé de trois chargés de mission en santé, d'un pédiatre, d'une méthodologiste, d'une linguiste, d'un philosophe, d'une assistante sociale et de l'administrateur national de la *Ligue contre le cancer* en place en 2006. Dans la partie de la brochure qui est consacrée aux enfants, le ton n'est pas particulièrement optimiste. La maladie est surtout décrite comme une source d'angoisses pour eux. Les parents sont sommés de répondre à leurs questions afin de « *dédramatiser et lever leurs angoisses* » (p. 43), « *les enfants peuvent se sentir isolés ou négligés* » (p. 46). « *Les adolescents tentent de s'adapter à la situation en montrant ou en dissimulant leurs angoisses. Ils souffrent beaucoup, mais ne savent pas comment le dire* » (p. 46). S'ils « *[feignent] d'ignorer la situation, [deviennent] plus intransigeants, [qu'ils participent moins] aux activités ménagères. Cela ne signifie pas qu'ils soient égoïstes ou qu'ils se désintéressent de leur parent malade. C'est au contraire le signe qu'ils sont bouleversés et parfois très inquiets [...]* » (p. 46). Si du côté des enfants en bas-âge, « *les relations semblent poser moins de problèmes* », il n'en demeure pas moins qu'ils ont eux aussi « *parfois du mal à vivre les absences de leur père ou de leur mère* » (p. 47). En conclusion de cette partie sur les enfants, il est écrit : « *Il est primordial de parler aux enfants et de leur expliquer ce qui se passe* » (p. 47). Dans cette brochure particulièrement facile d'accès, le cancer n'apparaît donc pas seulement comme une expérience dramatique et traumatique pour les personnes qu'il touche et pour leur entourage. Cette maladie est aussi l'occasion pour les mères et pour leurs enfants de dialoguer ensemble tel qu'il est préconisé aux premières de le faire.

Dans ce livret, sont donc mis en avant deux aspects – l'émotion et le dialogue – qui ouvrent sur la perspective de relations de nature à faire advenir des « *autrui significatifs* ». Si nous développerons davantage l'angle de la parole dans la troisième partie de ce chapitre, notons d'ores-et-déjà que nous nuancerons de beaucoup « *les absences* » qui sont relatées quand il s'agit d'évoquer les difficultés des enfants en bas-âge à vivre « *les absences de leur père ou de leur mère* » (*Ibid.*). Au-delà de l'émotion et du dialogue qui s'instaure entre les générations pendant le cancer, les traitements, lorsqu'ils vont de pair avec un arrêt de la vie professionnelle⁸⁴,

⁸⁴ C'est le cas dans 84% des cas de cancers diagnostiqués (La Ligue contre le cancer, s.d.).

reviennent le plus souvent comme des « *choses et des moments* » (*Esther*⁸⁵) plus partagés que jamais entre les enfants et leurs mères qui étaient en activité professionnelle au moment du diagnostic de cancer. Au total, le cancer regroupe donc les trois aspects – émotion, dialogue et « *moments communs* » (Singly (de) et Ramos, 2010) – qui donnent à certaines relations – ici, les relations mères/enfants – leur caractère « *significatif* ». Approfondissons maintenant la dimension des « *moments communs* » (*Ibid.*).

⁸⁵ Âge : 49 ans ; 52 ans - Profession : Ingénieure ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Avril 2016 - Profession du père des enfants : Ingénieur ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 17 et 20 ans (aîné) ; 11 et 14 ans (cadette)
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

II. Le cancer ou l'accroissement des moments communs entre les mères et leurs enfants : devenir une « mère au foyer » pendant les traitements

Jusqu'à la décohabitation intergénérationnelle, il est rare que parents et enfants ne partagent pas le même toit. Cela est d'autant plus vrai concernant les mères et leurs enfants. Ce point ressort avec force des recherches faites sur la résidence des enfants après séparation conjugale : « *les enfants mineurs sont le plus souvent gardés (et déclarés à charge exclusive) par leur mère. C'est le cas de 76% des enfants, tandis que 9% d'entre eux sont à la charge exclusive de leur père (chiffres calculés sur les déclarations de parents concordantes sur la résidence de l'enfant. Les 15% restants sont en garde alternée* » (Bonnet *et al.*, 2015). Comme nous le verrons, pendant les traitements du cancer, les « *moments communs* » (Singly (de) et Ramos, 2010) entre les mères et leurs enfants peuvent, à condition que la vie professionnelle soit interrompue, être encore renforcés tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif.

1. Passer plus de temps ensemble pendant les traitements

Selon les chiffres fournis par la *Ligue contre le cancer* (s.d.), 84% des cas de cancers diagnostiqués aboutissent à un arrêt de travail quand ils touchent des personnes actives occupées. Dans notre corpus, à l'exception de quatre enquêtées qui n'avaient pas d'activité professionnelle, toutes les autres avaient des carrières investies sur un double registre, affectif et temporel, poussant par exemple Audrey à se définir comme une « *maman très prise par son travail* » avant la maladie. Si les temps consacrés au travail rémunéré et domestique ont chuté de dix heures chez les citadins depuis 1974, il n'en reste pas moins que la vie professionnelle contribue encore largement à la structuration des emplois du temps des actifs occupés et de leurs enfants (Brousse, 2015a). C'est autour de la carrière que s'organise la vie quotidienne. Huit heures par jour en moyenne sont consacrées au travail. Ce temps augmente d'ailleurs à mesure que la qualification des postes occupés s'accroît (*Ibid.*). Concernant nos enquêtées, sur quarante-neuf qui étaient actives occupées lors du diagnostic, trente-cinq avaient des emplois de cheffes d'entreprise, de cadres ou assimilés, ou de professions intellectuelles supérieures. Le temps de travail des individus qui s'inscrivent dans ces catégories socio-professionnelles est

plus élevé de cinq heures et vingt minutes par semaine par rapport aux ouvriers et aux employés. Ces différences s'expliquent en majeure partie par la plus grande propension de ces dernières catégories professionnelles à être concernées par les temps partiels. Deuxièmement, les ouvriers et employés ont moins tendance que les cadres et membres des professions intellectuelles supérieures à étendre leurs journées de travail dans une logique de valorisation professionnelle (Brousse, 2015b). Dans notre échantillon, cet attachement au travail est également revenu dans les discours de femmes issues d'autres catégories sociales, particulièrement chez les professeures des écoles (au nombre de cinq) comme Gaëlle⁸⁶ le dit :

« Tous les soirs, je fais l'étude donc ça me permet de gagner un peu plus mais par contre, là où avant, je serais restée à l'école parce que ça me faisait plaisir et j'y restais par plaisir vraiment c'est-à-dire que je [ne] faisais pas étude mais je restais tout le temps de l'étude... pas forcément pour bosser mais parce que j'étais avec mes collègues, je passais voir mes élèves pendant l'étude, on papotait et tout, là vraiment je fais 16h30-17h30, je fais l'étude avec des enfants, mes élèves et à 17h30, je prends mon sac et je rentre chez moi alors qu'avant, je serais restée à discuter une demi-heure avec mes collègues ou des parents d'élèves sur le trottoir... bah là, ça peut m'arriver encore parce que je vais croiser un parent que j'ai pas vu depuis longtemps et puis on va papoter mais avant, je le faisais systématiquement quasiment tous les soirs, je restais une demi-heure [...] » (Gaëlle)

« Fana[s] du travail » (Aurélie⁸⁷) comme Gaëlle et/ou cadres (ou assimilées), les enquêtées concernées ont rythme de travail qui est caractéristique de la « semaine longue » (Sautory, Zilloniz, 2015). Cette temporalité tire ses spécificités de ses longues journées quotidiennes de travail d'une durée moyenne de dix heures et quarante minutes, débutant tôt le matin (7h35) et s'achevant relativement tard en soirée (19h55) (*Ibid.*). Ces grandes amplitudes horaires ne sont pas non plus sans rappeler les conditions d'embauche des personnels soignants qui sont largement représentés dans notre corpus composé de six infirmières (Berthe *et al.*, 2021). Au total, ce sont donc quarante-six de nos enquêtées qui pouvaient être considérée comme des mères « très prise[s] » (Audrey) par leur travail avant le cancer.

⁸⁶ Âge : 33 ans ; 41 ans - Profession : Professeure des écoles ; Idem - Situation conjugale : Concubinage (père de ses deux filles) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mai 2016 - Profession du père des enfants : Commercial (père des deux filles) - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et F - Âge des enfants : 10 et 18 ans (aîné) ; 7 et 15 ans (cadette) ; 4 et 12 ans (cadette).
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

⁸⁷ Âge : 38 ans ; 40 ans - Profession : Biostatisticienne ; Idem - Situation conjugale : Mariée : Idem ; Type de cancer : Cerveau - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Ingénieur ; Idem - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et F - Âge des enfants : 11 et 13 ans (aîné) ; 9 et 11 ans (cadette) ; 7 et 9 ans (benjamine).
Protocole : Radiothérapie combinée à de la chimiothérapie.

Lors des protocoles, si la carrière professionnelle est interrompue par un arrêt maladie, certaines enquêtées considèrent qu'elles passent d'un modèle de « *maman[s] très prise[s] par [leur] travail* » (Audrey) à celui de « *mère[s] au foyer* » (Laure). Pendant la période des traitements, les amplitudes qui s'offrent aux interrogées pour se consacrer à leur vie de famille sont plus importantes qu'elles ne l'ont jamais été. En effet, le temps conséquent laissé vacant par la suspension de la carrière professionnelle n'est pas comblé par d'autres activités – et en premier lieu par les soins du cancer – qui seraient aussi prenantes temporellement que la vie professionnelle. Ce point doit être replacé dans les configurations socio-médicales contemporaines (Joublin, 2010). Dans un contexte de restrictions budgétaires, les hospitalisations en ambulatoire tendent à gagner du terrain. Les soins du cancer ne font pas exception (*Ibid.*). Ainsi, pour les femmes que nous avons interrogées, les protocoles ont duré entre six mois et trois ans auxquels peuvent s'ajouter trois à cinq années d'hormonothérapie⁸⁸ dans les cas de cancers hormonodépendants. La plupart du temps, les chimiothérapies sont administrées toutes les deux ou trois semaines à raison d'une demi-journée ou d'une journée passée à l'hôpital. Dans certains cas, le traitement chimique est pris par voie orale au moyen d'un comprimé depuis le domicile, comme cela est systématiquement le cas pour l'hormonothérapie. Quant à la radiothérapie, si les séances sont quotidiennes et que leur nombre est variable en fonction des « types » de cancers, il n'en reste pas moins que chacune ne dure qu'une dizaine de minutes comme nous le dira Déborah : « *Ça durait dix minutes, on rigolait bien, toc toc des rayons* ». Les femmes atteintes du cancer sont donc amenées à être très présentes au sein du domicile familial lors des traitements. C'est d'ailleurs en cela que certaines enquêtées comme Esther considère que « *ça [le cancer] peut apporter des choses et des moments en fait* ».

⁸⁸ « L'hormonothérapie vise à stopper la stimulation de la tumeur par les hormones. Un cancer est hormonodépendant ou hormonosensible lorsque les hormones jouent un rôle dans la prolifération des cellules cancéreuses. Les principaux cancers hormonodépendants sont les cancers du sein et de la prostate, qui sont sensibles aux hormones sexuelles » - cf. [L'hormonothérapie | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer \(fondation-arc.org\)](https://www.fondation-arc.org/) (Page consultée le 20 février 2023).

2. Passer plus de temps ensemble... de qualité : des « *moments magiques* »

Lors des protocoles, si les « *moments communs* » (Singly (de) et Ramos, 2010) entre les mères et leurs enfants peuvent accroître d'un point de vue numérique, l'accroissement peut également se situer sur un registre qualitatif. Cela s'entend dans les propos de Laure lorsqu'elle dit : « *Après... bon je [ne] regrette pas derrière parce que c'est des moments magiques... enfin c'est des super moments* ».

A. La dimension ralentie des temps de la vie familiale

Les « *moments magiques* » (Laure) dont il est question renvoient dans un premier temps au ralentissement du rythme de la vie. Contrairement à ce qu'il en était avant le diagnostic – et ce qu'il peut en être au moment de l'entretien si l'activité professionnelle est reprise à temps complet, nous y reviendrons dans la dernière partie – la vie familiale et les temps passés avec les enfants ne sont plus marqués par le « *speed* » (Laure et Gaëlle) dont Gaëlle donne une représentation :

« Avant [les traitements] ... enfin même après parce que ça a recommencé après... Ah bah pas bien. J'avais l'impression de leur gueuler dessus tout le temps, d'être dans le conflit permanent enfin voilà... c[e n]'est pas très agréable. C'est... j'ai l'impression que : « Dépêche-toi », c'est ce que je leur dis le plus ». « Dépêche-toi », « Dépêche-toi », « Mets tes chaussettes », « Mange », « Dépêche-toi », « Va te laver, dépêche-toi », « Va te coucher, dépêche-toi », voilà enfin moi, je les speede beaucoup enfin je pense comme beaucoup de gens. Et cette année-là bah ouais, ça a été une année... honnêtement, bah moins speed quoi. Ils allaient eux à l'école mais [il n']y avait pas besoin de les presser tout le temps parce que moi, je savais que j'allais rentrer et que j'aurai le temps de faire ce qu'il y avait à faire alors que quand on travaille bah j[e n]'ai pas le temps donc c'est eux qui en pâtissent donc non, c[e n]'était pas très agréable je pense ni pour eux, ni pour moi » (Gaëlle)

Le « *speed* » caractérise le rythme effréné des soirées des familles dans lesquelles les parents travaillent et rentrent à la maison en début de soirée dans le meilleur des cas. Dans cette configuration, la majeure partie des activités domestiques – la préparation des repas, les devoirs, les douches – se voit réalisée dans un temps réduit – « *en deux heures de temps* » déplorera Laure –, ce qui tend à mettre les nerfs de chacun à vif. La conflictualité ressort vivement des

propos de Gaëlle qui souligne « *[qu'elle] avai[t] l'impression de leur gueuler dessus tout le temps, d'être dans le conflit permanent [avec ses enfants]* ». En totale opposition, « *l'année* » des traitements revient comme un temps où mères et enfants « *se posent* » (Gaëlle). L'accroissement du temps libéré par la vie professionnelle donne l'opportunité aux mères de « *prendre le temps* » (Gaëlle). Les activités qui étaient réalisées à la hâte avant le cancer – dans le « *speed* » (Gaëlle et Laure) pour reprendre le vocable des enquêtées – sont, pendant les traitements, effectuées sous les registres de la sérénité et de la minutie. C'est ainsi que d'une simple vérification des devoirs avant le cancer, Gaëlle « *a pris le temps de faire les devoirs avec eux [ses enfants]* » « *cette année-là* ».

B. La dimension affective des temps de la vie familiale

Par ailleurs, alors que le « temps avant cancer » est monopolisé par les activités professionnelles des parents – et scolaires des enfants dans une moindre mesure – et par les tâches domestiques, le temps « pendant cancer » est propice à faire la part belle à des « moments affectifs » entre les générations. Ainsi, « *cette année-là* » (Gaëlle), s'il est toujours question de vérifier les devoirs, préparer les repas, faire les douches des enfants etc. le temps libéré par l'activité professionnelle permet aussi de faire d'autres choses. Ces autres choses relèvent de l'investissement de la relation aux enfants. Mères et enfants sont ainsi amenés à partager des moments emprunts d'affectivité comme cela s'entend avec Gaëlle lorsqu'elle énonce : « *Cette année-là, j'ai pris le temps, j'ai pris le temps de faire les devoirs avec eux, de faire des câlins, la petite de l'emmener au judo...* ». Si cette dimension affective ressort avec netteté de la proposition « *faire des câlins* », l'exemple du trajet pour « *emmener au judo* » « *la petite* » nous apparaît tout aussi évocateur. Ici, ce n'est pas tant le trajet en tant que tâche qui est à considérer que ce qu'il suggère d'une proximité, d'une intimité pourrait-on presque écrire entre la mère et l'enfant. La voiture que mère et fille partagent le temps des trajets pour aller au judo peut en effet revêtir les traits d'un « *petit monde commun* » qui n'appartient – dans ces moments – qu'à elles.

C. La dimension particulariste des temps de la vie familiale

Cette dernière remarque nous amène d'ailleurs au dernier point que nous développerons dans cette sous-partie de chapitre. Durant les traitements, la vie des familles composées de deux enfants ou plus passe d'un régime dominé par le collectif où les enfants sont relativement indifférenciés à un modèle plus singulariste où chacun des enfants fait l'objet d'un traitement maternel particulier.

Lorsqu'elle décrit sa vie avant le cancer, Gaëlle mentionne toujours ensemble ses trois enfants. Dans l'entretien, ils reviennent sous le pronom « *eux* » lorsqu'il est question de la période antérieure au diagnostic. En revanche, pendant les traitements, dans les « scènes de vie » mentionnées par l'enquêtée, il n'est jamais plus question que de deux personnes : elle et un(e) seul(e) de ses enfants. Le temps dégagé par l'arrêt de la vie professionnelle donne l'opportunité d'une « focalisation » (*Gaëlle*) sur chacun des enfants qui n'était pas – en tout cas, moins – envisageable auparavant eu égard de la « place » affective et temporelle que prenait la carrière « *dans [la] vie* » (*Gaëlle*) de la plupart des interrogées. Chez Gaëlle, cette particularisation des relations avec ses enfants est tangible dans le passage sur les trajets pour conduire « *la petite* » à ses séances de judo. Dans le récit qu'en fait l'enquêtée, le frère et la sœur aînés de la benjamine de la fratrie sont absents. Durant les moments relatés, l'enfant a – pour la première fois de son existence – le monopole de la présence et de l'attention maternelle. En d'autres heures et en d'autres lieux, ce sont le frère ou la sœur qui disposent des mêmes « privilèges » qu'ils n'auraient jamais connus sans la maladie tel que l'interrogée le « confesse » dans ce verbatim : « *[Pendant les traitements] ça m'a donné beaucoup, beaucoup de temps pour me focaliser sur elle [la deuxième fille] alors que je pense que je [ne] me serais pas autant focalisée si moi, j'avais été dans mon quotidien [professionnelle]* ».

III. Le cancer ou l'ajout d'une aire de conversation entre les mères et leurs enfants

Tel qu'elle s'est construite à mesure du temps, le dialogue est un aspect spécifique et majeur de la maternité contemporaine. Pendant le cancer, la place prise par le dialogue tend à s'accroître encore davantage. La maladie apparaît en effet comme un nouveau, important et intense sujet de conversation, et cela dès le plus jeune âge des enfants. Si comme nous le verrons les mots et les sujets abordés au sujet du cancer varient en fonction du genre et de l'âge des enfants, aucune mère n'a cependant fait silence autour du cancer. Cela s'explique d'abord par la grande visibilité des effets de la maladie pour les femmes qui leur laisse moins de « possibilités de discrétion » par rapport aux hommes qui traversent une expérience semblable.

1. Le cancer au féminin : une maladie visible... donc objet de discours

Si le cancer est réputé être un mal silencieux et invisible (Derbez et Rollin, 2016), il n'en est en revanche pas de même de ses traitements et de leurs effets. Présence quasi-permanente au domicile de mères qui étaient « *très prise[s]* » (Audrey) par leur vie professionnelle, fatigue, vomissements et perte de la pilosité⁸⁹, et en tout premier lieu des cheveux rendent difficile de ne pas s'en justifier auprès des enfants. À ce sujet, hommes et femmes, pères et mères ne sont d'ailleurs pas à égalité. Si le cancer est un sujet de conversation important entre les mères et leurs enfants, il peut en être autrement pour les pères. Contrairement aux femmes, l'alopécie⁹⁰ chez les hommes n'est pas forcément reliée à la maladie, et plus spécifiquement au cancer. Aussi, certains pères prennent la décision de ne pas parler de leur cancer à leurs enfants en dépit des effets physiques pourtant avérés. C'est par exemple le cas d'Amir⁹¹ :

« Non, ça [ne] les [les enfants] a pas choqués parce que j'avais les cheveux assez courts en fait mais là j[e n]'avais strictement rien, j'avais laissé les cheveux courts. En fait, ce que j'ai fait c'est que j'avais coupé avant. J'avais coupé à ras parce que je commençais à perdre des cheveux donc j'ai coupé à ras, j[e n]'avais plus de cheveux donc voilà et après ça a pu

⁸⁹ La perte de pilosité s'observe pour les femmes dont la chimiothérapie fait partie des protocoles de soins.

⁹⁰ L'alopécie désigne le phénomène de perte de la pilosité.

⁹¹ Au moment de l'entretien en janvier 2018, Amir est âgé de 33 ans. Il est fonctionnaire informatique. Il est marié avec la mère de sa fille (6 ans) et de son garçon (7 ans). Son épouse est comptable. Ses traitements contre un lymphome de Hodgkin ont pris fin en juin 2016.

repousser. En fait, pour moi, pour mes enfants, oui, ça [n']a pas trop changé pour eux. Je leur ai dit une fois : « J'ai bien aimé couper mes cheveux » et c'est fini. Pour eux, ils gardent ça, ils [ne] savent pas que c'est lié à la maladie » (Amir)

Chez les hommes, les (longs) cheveux ne font pas partie des attributs reliés à leur masculinité. Contrairement aux femmes/mères, les hommes/pères peuvent se permettre d'être chauves sans que cela ne soit perçu comme un signe indubitable de maladie cancéreuse. Si Amir peut mettre une « *barrière* » qui revient à ne pas communiquer sur le cancer avec ses enfants, c'est qu'il prétexte des motifs esthétiques (« *J'ai bien aimé couper mes cheveux* ») à son alopecie sans que cela ne paraisse surprenant en vertu de sa masculinité. La situation est toute autre pour les mères. En tant que femmes, les cheveux, longs de préférence, sont un élément constitutif de leur identité féminine. Par conséquent, l'acte de se couper, et plus encore se raser les cheveux, ne saurait se passer de justifications, surtout auprès des enfants de sexe féminin. Si cet effet des traitements par chimiothérapie est évoqué avec tous les enfants, il fait l'objet de plus nombreuses discussions avec les filles, petites et grandes. Ce point est le plus visible pour les mères qui ont des enfants des deux sexes. Ainsi, en va-t-il par exemple de Sonia⁹². Dans l'entretien, alors qu'elle revient longuement sur les conversations qu'elle a eues avec sa fille au sujet de la perte de ses cheveux, elle se fera on ne peut plus laconique et catégorique sur ce point quand elle sera interrogée sur son fils :

« Enquêtrice : Et votre fils [concernant la perte des cheveux] ?

Sonia : Il s'en fichait lui ! Complètement ! »

Invitée à justifier les différents rapports de ses enfants à la perte des cheveux engendrant de bien plus nombreuses discussions à ce sujet avec sa fille qu'avec son fils, Sonia se livrera à un discours liant cheveux, et par-delà eux l'apparence et la féminité : « *c'est une fille je pense... je [ne] sais pas. Je pense qu'une petite fille, pour elle, c'est important l'apparence et qu'elle [n']imaginait pas une mère chauve, voilà (rires)* » (Sonia). Esther abonde dans le sens de son homologue. En dépit de la différence d'âge entre leurs enfants, et particulièrement entre les filles ; l'une étant enfant et l'autre entrant dans l'adolescence ; ces deux enquêtées soulignent l'importance prise par l'alopecie dans les discussions menées avec chacune d'elles. Lorsque nous la questionnons sur la façon dont elle a parlé à ses enfants du cancer, Esther répond que

⁹² Âge : 43 ans ; 46 ans - Profession : Avocate libérale ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Octobre 2015 - Profession du père des enfants : Directeur grands comptes ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 11 et 13 ans (aîné) ; 8 et 10 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

pour sa fille, elle a orienté ses propos vers « *surtout les cheveux* ». Elle commence par relier ce qu'elle a fait à l'adolescence. Pour elle, « *à douze / treize ans, ils commencent à être beaucoup dans l'image, l'image qu'ils donnent* ». Toutefois, en observant les paroles qui suivent de plus près, ce n'est pas tant l'adolescence qui est en cause, que l'adolescence vécue au féminin. Pour Esther, il était d'autant plus important d'évoquer la perte des cheveux avec sa fille que : « *à douze / treize ans, ils commencent à être beaucoup dans l'image, l'image qu'ils donnent etc. Elle [sa fille] commençait à vouloir s'habiller, se maquiller un peu, des choses comme ça donc je pense que c'était important pour elle et je voulais qu'elle soit prévenue [...]* ». Dans la deuxième partie du verbatim, le masculin générique a disparu. Le pronom « *Ils* » qui renvoie à l'adolescence comme une période où les filles comme les garçons pourraient être soucieux de leur image n'est plus. « *Ils* » s'éclipse derrière un féminin qui – une fois n'est pas coutume – l'emporte, en témoigne la triple répétition du pronom féminin « *elle* » et l'évocation d'activités – « *s'habiller* », « *se maquiller* » – qui restent encore intimement liées à la féminité.

2. Le quotidien partagé ou la transparence entre membres cohabitants

Cet aspect de visibilité des effets esthétiques du cancer chez les femmes qui s'impose grandement dans les conversations entre les mères et leurs filles n'est pas le seul d'intérêt. Notons également que quand bien même les conséquences des traitements pourraient être invisibilisées, les mères que nous avons rencontrées mettent en avant qu'un quotidien familial partagé impose – parfois bien contre soi – une quasi-transparence entre les membres cohabitants. Au détour d'une conversation menée « entre adultes » à distance corporelle – mais pas forcément auditive – des enfants, au profit d'une utilisation par un enfant du téléphone portable ou de l'ordinateur de la mère sur lesquels ont été effectuées des recherches sur le cancer, le « secret » de la maladie à l'égard des enfants peut être difficilement maintenu sur le long-terme. Bernadette⁹³ et Sonia offrent de beaux exemples en la matière :

⁹³ Âge : 37 ans ; 62 ans - Profession : Assistante de direction ; Retraitée - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 1992 - Profession du père des enfants : Ingénieur ; Retraité - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 15 et 40 ans (aîné) ; 11 et 36 ans (cadet).
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de radiothérapie.

Extrait n°1 : Bernadette

« Le téléphone sonne, c'est des gens qui demandent des nouvelles, des proches et j'avais dit à mon mari : « Pour l'instant, laisse-moi réfléchir, je [ne] sais pas comment je vais leur dire [aux enfants] mais laisse-moi réfléchir ». Et bon mon mari, sans faire exprès à un moment donné au téléphone, il a utilisé le mot et bon, les gamins à onze ans et quinze ans, ils ont déjà entendu le mot et... mes deux enfants étaient couchés, le grand était couché, j'ouvre la porte du grand, il avait l'air de dormir et j'ouvre la porte du petit qui avait onze ans et je le vois sous sa couverture mais la tête comme ça et donc je soulève la couverture et il pleurait un peu et je lui dis : « Qu'est-ce qu'il se passe ? ». Alors il me dit : « T'es une menteuse, tu m'as dit que... tu m'as toujours dit qu'on [ne] se mentirait jamais et tu m'as menti ». Je lui ai dit « Mais je t'ai menti... ? » parce que j[e n]'avais pas trop capté, je savais que mon mari était au téléphone avant qu'il aille se coucher mais... et donc : « Oui, j'ai entendu papa qui a dit que tu avais un cancer ». J'étais complètement bouleversée, c'est terrible »

Extrait n°2 : Sonia

« Enquêtrice : Est-ce que depuis vous avez eu des informations sur comment il [le fils] avait su [le cancer] ?

Sonia : Alors il prend mon téléphone assez souvent pour faire des jeux, des trucs donc je pense qu'il est tombé sur des recherches que j'avais dû faire... j'imagine hein ! Mais j[e n]'avais pas non plus fait énormément de recherches donc il a tout de suite fait le lien, je [ne] sais pas. Comme il savait qu'on avait été à l'hôpital, c'est le jour où on est rentrés de l'hôpital qu'on leur a annoncé, je pense qu'il a fait le lien ».

Enquêtrice : Et vous avez répondu quoi à ça ?

Sonia : Bah oui ! (Rires) « Oui, j'ai un cancer » ...oui »

Dans le cadre des entretiens que nous avons menés, aucune des mères n'a fait part d'une volonté de taire le cancer aux enfants sur toute la durée de la maladie. Toutefois, les extraits d'entretien ci-dessus ont le mérite d'imposer une autre idée. Si au cours de la maladie, les mères discutent bien volontiers du cancer avec leurs enfants, cela ne s'impose pas d'emblée.

3. Annoncer en différé aux enfants

Les enfants ne sont pas les premiers informés de la situation médicale de leur mère. On le voit avec Bernadette comme avec Sonia. Si les deux garçons de la première ne sont au courant de rien, cela n'est pas le cas de son époux et « *des gens qui demandent des nouvelles, des proches* » (Bernadette). Il en va de même pour Sonia qui partageait les informations sur sa santé avec son mari mais pas avec ses enfants. Rares sont les mères évoquent la maladie cancéreuse à leurs enfants avant de connaître les résultats de la biopsie⁹⁴ qui met fin au « *processus diagnostic* » (Ménoret, 1999). Avant les résultats, il se peut que les enfants sachent que leur mère passe des examens. C'est le cas du fils de Sonia qui « *savait qu'on [Sonia et son époux] avait été à l'hôpital* ». Si le terme « cancer » n'est pas explicitement posé par les mères avant la certitude qu'il s'agisse bien de cela, ces dernières peuvent faire part à leurs enfants de la gravité potentielle de la situation qui nécessite des contrôles médicaux :

« J'ai dit à mon mari : « [Il] faut qu'on y aille en douceur et par étape » mais en fait, comme d'habitude, elle avait tout compris depuis longtemps parce qu'elle me voit arriver à trois kilomètres donc j'avais dit : « On va dire qu'on n'a pas encore le diagnostic » parce que [ne] voulais pas que ça tombe le jour de son anniversaire mais finalement... on n'a pas... ça a été assez compliqué. Je [ne] sais plus comment ça s'est passé mais au départ, j'ai dit : « Écoute, j'ai fait un examen mais je pense que c'est grave » (Audrey)

Ce sont les résultats de la biopsie qui conduisent les mères à faire la lumière sur leur état de santé. Après cet examen de confirmation, un délai de quelques jours peut encore être observé avant que les mères n'entreprennent de parler à leurs enfants. Plusieurs raisons peuvent être avancées pour comprendre le caractère différé de l'annonce de la maladie. Ces motifs permettent d'ailleurs de rendre compte des tensions qui entourent l'enfance, et plus généralement la jeunesse dans nos sociétés contemporaines. Les enfants sont membres d'une famille relationnelle, ils sont aussi petits mais ils n'en sont pas moins des individus. Or, chacun de ces statuts a des effets sur l'annonce du cancer maternel. Évoluant dans des familles relationnelles dans lesquelles la qualité des relations intergénérationnelles a une importance prépondérante, il ne saurait être question de « *cacher quelque chose comme ça* » (Esther) au nom de la « *confiance* » (Laure) que les enfants doivent avoir dans leurs parents, et réciproquement. Dans un même temps, qu'ils soient en bas-âge ou plus « vieux », les enfants –

⁹⁴ Actuellement, la biopsie est le seul examen qui permet de confirmer (ou d'infirmier) la présence d'un cancer dans un organisme humain.

terme à entendre dans son sens filial – sont aussi perçus sous l’angle de leur fragilité physique mais aussi psychologique. Ce point impose à leurs parents de les protéger. Différer l’annonce du cancer « *deux à trois jours après confirmation* » (Marielle⁹⁵) permet de réfléchir à la « bonne » façon de faire part de la situation pour ne pas « abîmer » (Marielle) les enfants. Rappelons-nous à cet égard de Laurence qui a pris le temps de ne plus être « effondrée » pour ne pas susciter la « peur » de ses trois enfants. Attendre quelques jours « *après confirmation* » (Marielle) c’est aussi donner le temps au corps médical d’élaborer le protocole de soins et de le communiquer à celles qui deviennent alors des patientes. Avoir connaissance des traitements qui seront mis en place donne l’opportunité aux mères d’adopter un discours vis-à-vis de leurs enfants qui se veut rassurant tourné vers les solutions, plus que sur le cancer en lui-même. C’est ce que partage Laurence dans l’extrait d’entretien suivant :

« Je pense que c’était plus pour moi, c’était plus difficile de prononcer le mot [cancer] parce que là, ça me mettait vraiment face à la réalité. C’est pour ça que sachant qu’il y aurait une opération, qu’il y aurait des traitements, qu’il y aurait une radiothérapie dès le début, j’ai eu le protocole tout de suite, ça me permettait d’avoir quelque chose à me mettre sous la dent et à occulter l’instant, la problématique à l’instant T que j’aurais pu observer comme ça et me dire : « Ah oui j’ai un can-cer », ça j[e n]’avais pas envie donc vis-à-vis d’eux [les enfants], c’était plus, [il] y a un problème mais [il] y a des solutions qu’on met en place et voilà on y va. C[e n]’était pas la peine d’en rajouter avec cette notion qui fait peur mais je l’ai dit quand même »
(Laurence)

Cette « stratégie » qui vise à présenter les solutions plutôt que le cancer se vérifie quelle que soit la gravité de la maladie. Quelques mois seulement après un premier cancer du sein qui a fait l’objet d’une opération et de séances de radiothérapie, Marielle en subit un deuxième qu’elle qualifie de « *beaucoup plus grave parce que c’était un cancer qui avait commencé à se métastaser dans le bras* ». Comme la première fois, elle attend quelques jours avant d’en parler à sa fille. Si elle ne dissimule rien du caractère « sérieux » de sa situation, il est tout de même intéressant de constater que comme elle l’avait déjà fait, l’enquêtée évoque plutôt les protocoles, et ici leur lourdeur (« *je vais avoir encore une opération, je vais avoir encore de la radiothérapie, je vais même avoir de la chimiothérapie* »), certes pour marquer la gravité de ce

⁹⁵ Âge : 47 ans ; 51 ans - Profession : Professeure des écoles - Situation conjugale : Concubinage (avec un autre homme que le père de sa fille) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mars 2018 - Profession du père des enfants : Sans profession ; Idem - Nombre d’enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 14 et 18 ans.

Protocole premier cancer : Tumorectomie sans mastectomie suivie de radiothérapie.

Protocole deuxième cancer : Tumorectomie sans mastectomie suivie d’une chimiothérapie et de radiothérapie.

deuxième cancer mais surtout pour souligner l'importance des moyens mis en place pour en venir à bout. Enfin, enfants et adolescents ne sont pas seulement membres d'une famille relationnelle ou des « petits » à protéger. Ils sont aussi des individus à part entière. La célébration de leur anniversaire en est d'ailleurs une incarnation : « *De la célébration du saint qui marquait l'appartenance à un groupe social, la France catholique est passée, dans la deuxième moitié du XX^e siècle, à la célébration profane de l'individu à travers ce rite de l'anniversaire, importé des pays anglo-saxons et protestants de l'aristocratie anglaise* » (Sirota, 2004, pp. 56-57). Par conséquent, lorsque les résultats définitifs de la biopsie arrivent quelques jours ou le jour de l'anniversaire de l'un des enfants – ou d'un tout autre évènement majeur pour eux (des vacances avec une amie, une communion...) – les mères prennent le parti d'attendre pour ne pas leur gâcher ce moment ou pour ne pas leur « voler la vedette » (Audrey). Cette idée ressort particulièrement bien des entretiens dans lesquels les mères ont annoncé contre leur gré leur maladie lors d'un évènement important pour leurs enfants. C'est ainsi le cas d'Audrey qui a rendu public son cancer le jour de l'anniversaire de sa fille ; cette dernière ayant vue sa mère « *arriver à trois kilomètres* » (Audrey) :

« Elle, elle en a souffert que dans les premiers mois et même encore maintenant, on lui demande des nouvelles de sa maman mais jamais, on [ne] lui demande comment elle allait, elle. Et ça elle en veut beaucoup à son oncle et à sa tante, à son parrain et sa marraine... par exemple, le jour de son anniversaire, ça a été, [il] y a deux ans, pas l'année dernière mais [il] y a deux ans, au moment de l'annonce du diagnostic, finalement, tout le monde a oublié que c'était son anniversaire et tout le monde était focalisé sur ma maladie et ça, elle en a beaucoup souffert »
(Audrey)

Si l'annonce du cancer est différée entre le moment où les femmes reçoivent le diagnostic définitif et celui où elles en font part à leurs enfants, un décalage peut également être observé entre les enfants au sein d'une même fratrie. Cette configuration n'est pas la plus fréquente parmi tous les cas que nous avons rencontrés. Elle peut néanmoins s'observer dans les familles où un enfant découvre par lui-même que sa mère est touchée par un cancer. C'est ainsi que le fils cadet de Bernadette qui avait entendu une conversation téléphonique a appris pour le cancer de sa mère une soirée en avance par rapport à son frère aîné. Quand il y a décalage entre frères et sœurs qui résulte d'une initiative maternelle, l'aîné est alors le premier averti ; les mères considérant que leur avance en âge les rend moins fragiles que leurs cadets.

4. Dire ou ne pas dire « cancer »

Si les enfants ne sont pas les premiers informés de l'existence de la maladie, ils finissent cependant toujours par l'être. Pour autant, lors de l'annonce, et même parfois pendant les traitements, le mot « cancer » n'est pas toujours prononcé devant eux. Dire ou ne pas dire « cancer » est un dilemme propre aux mères d'enfants en bas-âge. Lorsque les enfants sont plus grands, le terme « cancer » est systématiquement posé. Premièrement, contrairement aux enfants les plus jeunes, la question de la compréhension ne se pose pas pour les plus âgés. En tant que maladie dont l'incidence est importante et qui dispose d'une large couverture médiatique, les enfants sont décrits comme tout à fait capables d'entendre, de comprendre voire de deviner par eux-mêmes ce qui se « joue » pour leur mère. Par ailleurs, dans certains entretiens, ne pas utiliser le terme « cancer » face à des jeunes personnes en âge de comprendre en quoi il consiste est relaté comme un manque de reconnaissance de leurs qualités intellectuelles : « *Un ado je [ne] vais pas... ma fille qui est aujourd'hui plus grande, j[ne] n'allais pas lui dire : « Voilà j'ai un serpent dans le sein ». Elle m'aurait dit : « Ça [ne] va pas ou quoi ? » » (Hélène).*

A. Ne pas dire « cancer » à des enfants en bas-âge : « maladie » ou des « mots d'enfants » ou le reflet de deux conceptions de l'enfance

Lorsque les enfants sont en bas-âge, la question de leur capacité de compréhension de la situation se pose en revanche. Cependant, même lorsqu'ils sont en très bas-âge, avant trois ans, les mères entreprennent d'échanger au sujet de leur santé avec leurs enfants. Lucie⁹⁶ qui avait un fils d'un peu moins de deux ans au moment de ses traitements nous dira à ce sujet :

« En fait, on [ne] lui a pas dit que j'avais un cancer du sein. On lui a dit, on est rentrés à la maison, on est allés le chercher chez sa nounou et je lui ai dit : « Tu sais maman était chez le docteur tout à l'heure avec papa. Maman est malade mais tu [ne] t'inquiètes pas, maman est là. Maman va se faire opérer, maman [ne] sera pas là pendant une semaine ». Vous savez, ils

⁹⁶ Âge : 40 ans ; 44 ans - Profession : Assistante de direction ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2016 - Profession du père des enfants : Commercial ; Directeur commercial - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 2 et 6 ans. Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

sont tout petits, ils regardent ailleurs, ils jouent avec [inaudible], machins, vos vêtements ou ils cherchent à s'échapper de vos bras quand ils veulent retourner jouer enfin voilà c'est un enfant » (Lucie)

Immédiatement après avoir eu connaissance du cancer, Lucie et son mari en parlent à leur fils. D'emblée, elle précise qu'elle n'a « *pas dit [qu'elle avait] un cancer du sein* » (Lucie). Pour cette enquêtée, il ne s'agit pas de vouloir « adoucir » la réalité de sa situation médicale. Si elle préfère l'adjectif « *malade* » à « *cancer* », c'est qu'elle considère que le premier terme fait davantage sens que le deuxième à l'âge de son petit garçon. Remarquons que Lucie n'utilise pas un vocabulaire infantin. Ce n'est pas le cas de toutes les enquêtées dont les enfants peuvent d'ailleurs être plus âgés que le garçon dont il est ici question. Comme Lucie, Hélène dont les filles avaient 3 et 6 ans a fait le choix de ne pas prononcer le mot « cancer ». La concernant, « *[elle a] mis des mots d'enfants sur [ce qu'elle] pouvai[t] avoir* ». Dans sa bouche, le cancer est « *un serpent* ». Dans celle de Laure qui avait un fils de 8 ans et une fille de 4 ans, le cancer est « *un gros bobo, une maladie très méchante* ». Les trois enquêtées dont les enfants sont en bas-âge soulignent l'exigence d'intelligibilité de la situation par leurs enfants qui les poussent à ne pas utiliser le mot « cancer ». Utiliser des « *mots d'enfants* » (Hélène et Laure) ou non (Lucie) fait une nouvelle fois apparaître des conceptions différentes de l'enfance et des enfants eux-mêmes. Pour certaines, leurs enfants sont certes des enfants mais ils sont avant tout des personnes. Pour d'autres, c'est une conception de l'enfance vue sous le jour de l'innocence qui doit être préservée qui prime. Pour Lucie, son fils bien que petit – preuve en est de son souci de clarté – est avant tout une personne, « *quelqu'un* ». Qu'il y ait ou non le cancer, cela exige d'elle de ne pas lui « *parler bébé* ». C'est en ce sens qu'est utilisé le terme « *maladie* » et pas des « *mots d'enfants* » :

« C'est un être à part qui a sa personnalité, qui a sa chambre, son environnement, je frappe toujours avant de rentrer dans sa chambre tout comme lui frappe... enfin frappe et rentre. C'est quelqu'un avec qui j[e n]'ai jamais parlé bébé. Je lui ai toujours parlé normalement. C'est quelqu'un... c'est un enfant qui s'exprime vraiment bien. Je dis quelqu'un parce que c'est vrai que c'est une petite personne et j'aime l'aspect transmission de la maternité » (Lucie)

En revanche, préférer des expressions qui renvoient à un monde infantin tels que « *serpent* » (Hélène), « *gros bobo* » (Laure) relève d'une double exigence : la clarté et la préservation de l'innocence des enfants. Dans cette optique, c'est moins la dimension individuelle qui est mise en avant – comme le fait Lucie – que celle qui renvoie les enfants au statut de « *petits* » :

« J'ai mis des mots d'enfants sur ce que je pouvais avoir. Le coup du serpent, elles étaient là : « Ah t'as un serpent, il faut l'enlever, c'est moche ! ». Voilà ça a été des mots d'enfants qui sont venus masquer la gravité de la maladie quoi et parce qu'elles étaient petites et ça [ne] sert à rien de partir sur des termes... enfin de leur faire peur, partir sur des termes qu'elles [ne] vont pas comprendre ou... maintenant, elles sont grandes, maintenant, on peut parler du cancer » (Hélène)

Dans ce passage son entretien, Hélène oppose « le « grand » et le « petit ». Notre rencontre a lieu cinq ans après la fin des traitements. Ses filles sont alors âgées de 8 et 11 ans. Elles sont devenues « grandes » et c'est à ce titre, qu'elles entendraient parler de « cancer » si la situation venait de nouveau à se présenter. Mais cinq ans auparavant, à 3 et 6 ans, elles étaient encore « petites ». Or, pour l'enquêtée, « les enfants, ils ont... ils sont innocents ». Il ne s'agit pas de « leur mentir, de leur cacher des choses ». Dans les familles relationnelles et dans le cadre de la « relation fusionnelle » qu'Hélène dit avoir avec ses filles, la confiance entre parents et enfants doit – rappelons-le – être de mise. En revanche, la vérité ne doit rien compromettre de la préservation, de la protection de ces derniers. Or, le « serpent » permet d'allier tous ces impératifs. Du côté de la vérité, tel que le cancer est socialement représenté, le serpent est un « animal [qui fait] peur, c'est moche, c'est laid, c[e n]'est pas beau » (Hélène). Cet « animal-là » permet donc de filer la métaphore du cancer. Mais le « serpent » est aussi litote : « [...] le serpent, pour moi, ça pique mais on en meurt voilà. C'est mortel aussi un serpent donc c'est pour ça que j'avais vraiment choisi ce schéma quoi ». En cela, le « serpent » sert donc à la préservation si chère à Hélène au regard du bas-âge de ses deux filles au moment du cancer. Comme elle le partage dans l'extrait d'entretien ci-dessus, ce terme vient « masquer la gravité de la maladie ». Surtout, en tant que litote, le « serpent » permet aussi – et peut-être surtout – d'évoquer ses potentielles conséquences létales sans avoir à les exprimer de manière explicite.

B. Dire « cancer » à des enfants en bas-âge : être poussée par des psychologues à dire les « mots justes »

Pour les enquêtées que nous venons d'évoquer, le terme « cancer » n'est jamais posé, ni par elles, ni par leurs enfants sur toute la durée des traitements. Il arrive cependant que le bas-âge des enfants ne soit pas antagonique avec le fait de dire explicitement « cancer ». Ainsi, en va-t-il des enfants dont les mères ont consulté des psychologues peu portés sur les figures de style qui disent sans dire le cancer et ses conséquences. À ce titre, l'expérience de Nicole est tout à fait intéressante. Depuis le début de ce manuscrit, nous insistons sur les dimensions relationnelles des familles contemporaines dans lesquelles parents – surtout les mères – et enfants s'aiment et discutent. Si ce modèle familial prévaut dans les sociétés occidentales, il n'est cependant pas hégémonique. À rebours des mères que nous avons rencontrées, Nicole s'est quant à elle définie de « traditionnelle » (Nicole), ce qui n'est pas sans effet sur la circulation du dialogue entre les générations. Sur le plan de la maternité, se déclarer « traditionnelle » revient – sans vouloir le faire – à donner l'image opposée d'un modèle relationnel. En tant que mères relationnelles, les interrogées se sont longuement appesanti sur la place prise par le dialogue et la complicité – voire la fusion – dans les relations avec leurs enfants. De son côté Nicole, en tant que « mère traditionnelle », conçoit bien davantage son rôle de mère dans des dimensions hiérarchiques et statutaires. Pour elle, l'exercice de sa maternité doit surtout être orienté vers l'objectif « [d']élever [ses fils] pour en faire des hommes ». Sur cette lancée, elle poursuit : « c[e n]'est pas dans mon caractère de rester auprès de mes enfants pendant des heures et de m'ex-ta-sier sur leurs jolis graffitis moches à souhait [...] ». Concernant le dialogue, elle précise : « je [ne] suis pas d'une famille où on explique beaucoup avec des mots et tout ça, mon mari, encore moins ». Partant de ces constats, on pourrait s'attendre à ce que cette enquêtée ait fait silence autour de sa maladie. Cela n'a pas été le cas mais sa prise de parole – « sans détour » qui plus est, nous y reviendrons – est moins le résultat d'une initiative qu'elle aurait prise personnellement que de celle des personnels de la crèche que fréquentait son dernier fils d'un an. D'elle-même, cette enquêtée se souvient seulement avoir « pris des livres pour expliquer » sommairement à son aîné de 3 ans. Pour le cadet, c'est le silence qui prévaut d'abord. Celui-ci est justifié par l'âge de l'enfant : « [le deuxième fils], il avait un an donc je [ne] sais même pas si je lui ai expliqué quoi que ce soit ». Seule, elle n'aurait pas forcément fait plus. Cependant, la « tradition familiale » consistant à « [ne pas] explique[r] beaucoup avec des mots » que perpétuait Nicole dans les premiers temps

de la maladie s'est heurtée à mouvement de « libération de la parole ». Cette parole libérée qui a eu pour caractéristique d'être « en prise » avec la réalité médicale vécue est bien davantage « l'œuvre » des personnels de la crèche dans laquelle allait son fils cadet que celle de l'interrogée. Elle le raconte ici :

« Mais à la crèche, ils m'ont demandé d'aller voir un psychologue pour parler de ça [du cancer] devant lui [le fils cadet]. Je suis incapable de vous dire... ça me saoulait parce que je voyais déjà un psychologue pour [le fils aîné] parce que ça se passait tellement mal à l'école que pour essayer d'aider la maîtresse, je l'emmenais une fois par semaine chez un psychologue à l'autre bout de Paris et ça me demandait des efforts monstrueux... enfin pas de Paris, du côté de P. [ville frontalière à ville d'habitation] et donc ça me saoulait de devoir revoir en plus un psychologue pour... pour lui sachant que j'en voyais un aussi pour moi je crois ou j'ai essayé d'en voir un mais ça a été ultra compliqué (rires) ! » (Nicole)

Bien que « saoulée », Nicole a répondu positivement aux appels lancés par le personnel de la crèche qui lui ont enjoint de « parler de ça » avec son dernier fils chez un psychologue⁹⁷. Or, il semblerait que l'intervention des professionnels de la *psyché* pousse non seulement les mères à parler du cancer avec leurs enfants – y compris pour celles les moins portées sur le dialogue – et à le faire sans recours aux métaphores et aux litotes, même lorsqu'il s'agit d'évoquer la mort et ce qu'elle implique dans la relation aux vivants :

« Donc la psychologue... je me souviens, la psychologue de la crèche m'avait dit : « [II] faut expliquer que la mort c'est : on [ne] parle plus, on [ne] chante plus, on [ne] mange plus, on

⁹⁷ Nous pouvons faire l'hypothèse que l'infléchissement de Nicole qui est vécu sous la contrainte (« ça me saoulait ») relève d'une manière de se soumettre à l'autorité des personnels de la petite enfance qui sont perçus par les chercheurs dans le domaine des sciences humaines et sociales comme une « police des familles » (Donzelot, 1977), et plus particulièrement encore comme une « police des mères » (Murcier, 2006). Il n'est d'ailleurs guère surprenant que Nicole ait été enjointe à aller consulter un psychologue pour parler de son cancer. Nicolas Murcier (2006) rappelle ainsi que : « En 1975, les parents sont officiellement admis à entrer dans les crèches. À partir de ces années, les objectifs de ces dernières sont redéfinis. Il s'agit maintenant pour elles de participer à la prévention de la santé psychique et mentale, à l'éducation et à l'éveil des jeunes enfants » (p. 31). En vertu de ces prérogatives, « les mères [sont] sous le regard des professionnel(le)s de la petite enfance » (p. 32) qui sont très aux prises avec « les concepts psychanalytiques » (Ibid., p. 35) du fait de leur formation (Serre, 1998). Aussi, n'est-il guère surprenant que Nicole ait été dirigée vers des psychologues par les femmes travaillent dans la crèche où était son fils. Par ailleurs, on pourrait également noter que l'orientation de Nicole vers les « services » d'une psychologue est d'autant moins étonnante que d'après les descriptions faites par l'enquêtée, son fils cadet (« d'ailleurs, quand je l'ai mis à la crèche à un moment, quand j'ai été malade, il a été pris une journée dans le coin et où il balançait sa poupée ») relève d'une figure de « corps déviants » (Ibid., 1998, p. 113) tels qu'ils sont construits dans les services de petite enfance. Étudiant les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), Delphine Serre (1998) montre ainsi que la figure de « l'enfant agité » « qui paraît n'avoir aucune limite, aucune retenue dans son comportement. Les professionnelles semblent lui associer les traits suivants : il est exubérant dans ses gestes et dans sa voix (il crie), il ne respecte ni les objets (il arrache et casse tout) [comme le fils de Nicole], ni les divisions de l'espace, ni les personnes (il coupe la parole) [...] » (p. 115) fait l'objet d'un contrôle accru de la part des professionnels en charge de s'occuper des enfants.

[ne] voit plus et on [ne] peut plus toucher les gens, on [ne] peut plus danser avec eux ». Donc, elle m'avait dit de bien faire attention aux mots de vocabulaire qu'on utilise » (Nicole)

D'après ce qu'elle nous en dit, il apparaît bel et bien que Nicole a été conduite à parler explicitement de cancer et même de mort à ses enfants en bas-âge après consultation de la « *psychologue de la crèche* » (Nicole). Le rôle des psychologues dans les énonciations explicites semble dépasser la seule expérience de cette enquêtée. Sans valeur de preuve mais en guise d'illustration, évoquons une nouvelle fois les pages du guide « *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer* » (2006). Rédigé de la plume de six psychologues, on y retrouve des énoncés comme : « [...] *les enfants ont la capacité d'entendre les mots justes, au plus près de la réalité* » (p. 44) qui viennent appuyer les « déclarations » de Nicole.

C. Quand le mot « cancer » est posé par les enfants eux-mêmes

Lorsque les mères ne sont pas encouragées par des psychologues à utiliser les « *mots justes* » (*Ibid.*), ce sont leurs enfants eux-mêmes qui peuvent les amener à le faire. Francine⁹⁸ et Sonia en ont toutes les deux « fait les frais ». Alors que « seules », elles n'auraient pas employé le terme « cancer » avec leurs enfants, ce sont ces derniers qui le prononcent :

« Enquêtrice : Comment vous leur avez annoncé [le cancer] ?

Sonia : (Rires) – ça a été très bizarre parce que... j'ai... on a décidé de leur annoncer une fois qu'on a été sûrs du diagnostic et que la date de l'opération a été fixée. Donc un soir, on a dit : « On va leur en parler » mais il s'était passé peut-être quinze jours entre le moment où moi, je l'avais appris et le moment... même pas l'opération, la date, on la sait très vite... une semaine peut-être et donc, on était à table et je leur ai dit : « On a quelque chose à vous dire » et là mon fils m'a dit : « T'as un cancer » (rires), voilà (rires) ! « Comment tu le sais ? » « Bah je [ne] sais pas, je le sais » bon voilà... c'est très bizarre ! Mon fils a un sixième sens (rires). Il avait deviné les choses et pour leur annoncer, c'était un peu plus facile parce que c'est venu de lui ». (Sonia)

Un peu plus loin dans l'entretien, Sonia réfutera l'hypothèse du « *sixième sens* » de son fils pour en avancer une autre : des informations trouvées sur le portable de sa mère que le garçon

⁹⁸ Âge : 32 ans ; 49 ans - Profession : Auxiliaire de puériculture ; Arrêt longue maladie - Situation conjugale : Concubinage (avec un autre homme que le père de son fils) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Février 2006 - Profession du père des enfants : Cadre EDF - Profession du compagnon (pendant le cancer) : Technicien base spatiale - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 7 et 21 ans. Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de chimiothérapie et de radiothérapie.

prenait fréquemment pour jouer. Comme Sonia, Francine n'avait pas parlé de « cancer » à son fils alors même qu'elle a été traitée pendant six mois en métropole où elle a vécu sans son garçon. Une fois la chimiothérapie finie, elle retrouve son domicile guyanais. C'est à ce moment que le mot « cancer » est alors clairement prononcé... par son fils comme elle le détaille dans l'extrait ci-dessous :

« Parce que quand j'étais six mois ici bah à chaque fois... on s'avait au téléphone, on se parlait au téléphone tous les jours, plusieurs fois par jour et quand je suis rentrée en Guyane étant donné... au niveau capillaire, c'était un bonnet donc je suis rentrée avec une perruque et quand on est arrivés à la maison, on a discuté avec mon conjoint tout ça et tout et je lui ai dit : « Maman veut te parler ». Il m'a regardé et je lui ai dit : « Tu sais, maman veut te dire quelque chose » et puis je lui ai dit : « C[e n]'est pas mes cheveux, tu sais que maman a mis une perruque ». Il m'a dit : « Je savais hein ! ». Je lui ai dit : « Pourquoi ? ». Il m'a dit : « C[e n]'est pas tes cheveux parce que tu as les cheveux comme ça [mime le volume] et là, tu as des cheveux comme ça [mime le plat] ». Et puis je lui ai dit : « Tu sais pourquoi maman a une perruque ? », il m'a sorti comme ça : « Tu as un cancer ». Sept ans hein ! » (Francine)

Tel que nous en avons déjà fait mention dans les parties précédentes, les transformations esthétiques qui font suite aux traitements par chimiothérapie rendent difficile pour les mères ne pas parler de la maladie à leurs enfants. C'est aussi l'avis de Francine qui fait remarquer que les rapprochements qui ont été faits par son fils de sept ans font suite à son repérage des modifications capillaires de sa mère passant d'une chevelure « naturelle » volumineuse à une coiffure plus plate. L'enfant n'est pas dupe. Il sait (« *Je savais hein !* ») que les modifications d'apparence de sa mère sont causées par la maladie qu'il nomme sans détour (« *Tu as un cancer* ») avant même que cette dernière n'ait à entrer dans les détails de sa maladie. Relancée sur la finesse d'esprit de son enfant, Francine fera référence sans le dire ainsi, à l'incidence croissante de la maladie. Touchant un nombre toujours plus important d'individus, rares sont les personnes, mêmes les plus jeunes d'entre elles, à ne pas connaître un(e) proche touché(e) par le cancer. Le fils de Francine n'échappe pas à ces tristes statistiques :

« Enquêtrice : Vous savez comment il était parvenu à comprendre ?

Francine : Alors, je lui ai demandé... je pense qu'il a fait un rapprochement malheureusement entre... je dis malheureusement, pas malheureusement... oui peut-être malheureusement pour lui mais malheureusement parce qu'on avait déjà connu ça dans la famille, la mère de mes nièces et son grand-père qui était au combat aussi et mon père que j'avais perdu aussi donc le mot, il l'avait déjà entendu [...] » (Francine)

Pour Francine, son garçon a pu faire le « *rapprochement* » et mettre le « bon mot » sur la situation en raison de son expérience familiale en la matière. Puisque le cancer a été vécu en tant que neveu et petit-fils – tant du côté maternel que paternel – le garçon a pu développer une certaine expertise qui fait de lui un véritable interlocuteur de sa mère. Dans les descriptions faites par Francine, l'enfant ne reçoit pas passivement les paroles maternelles. Un véritable dialogue s'engage entre la mère et le fils. Dans cette conversation, le garçon de sept ans, en dépit de son jeune âge, est pleinement investi et actif. Tel que l'on attendrait d'un expert, c'est lui qui répond aux questions qui sont posées par la mère. Dans le passage ci-dessus, au regard de son fils, l'enquêtée apparaît d'ailleurs bien davantage dans une figure subordonnée d'interrogatrice que de répondante. C'est aussi son fils qui aborde les « *sujets graves* » (*Marielle*).

5. « *En venir à parler avec [les enfants] de choses graves* » et intimes

C'est d'ailleurs cet aspect de « *gravité* » qui donne aux conversations qu'ont les mères avec leurs enfants pendant le cancer, une force singulière. Au retour de Francine en Guyane, le garçon ne fera pas que dire « cancer ». C'est de son propre chef que sera abordé un autre point « *grave* » qui reste associé à cette maladie, la mort (Derbez et Rollin, 2016) :

« Il m'a demandé si c'était douloureux et pourquoi j[e n]'avais pas fait [les traitements] ici donc je lui ai expliqué que j'avais la possibilité de me soigner en Guyane mais on avait plus de chances [d'être soigné en Métropole] et que je voulais l'accompagner le plus loin possible parce qu'il m'a dit : « Je sais que ça tue, je sais qu'on peut mourir ». Et de là, il m'a cité en me disant « oui mais untel ceci et untel cela et tout » (Francine)

Aborder la mort n'est pas spécifique au fils de Francine. D'autres enfants, petits et grands, le font aussi, à l'instar de la fille de Sonia. Alors que si « *[ses enfants] n'en avaient pas parlé [de la mort], [elle] pense qu'[elle n]'aurait pas abordé la question* » (*Sonia*), l'enquêtée se retrouve presque contrainte à le faire. C'est en effet « *une des premières questions* » que lui a posée sa fille après avoir pris connaissance du cancer : « *Ma fille m'a demandé si j'allais mourir* » (*Sonia*). Si le dialogue entre parents – plus particulièrement, les mères – et enfants est un trait caractéristique des familles relationnelles contemporaines, le cancer vient donner une profondeur supplémentaire aux conversations qui se déroulent sous le toit familial. C'est tout

le sens des propos de Marielle, mère d'une adolescente de quatorze ans qui dira lors de son entretien :

« Enquêtrice : En tout début d'entretien, vous m'avez dit que ça avait beaucoup renforcé les liens entre vous. Comment le cancer les a renforcés et comment ça s'incarne dans le quotidien de vos relations ?

Marielle : Bah je pense que j'en suis venue à parler avec elle de choses graves quand même [...] » (Marielle)

Le cancer amène en effet à évoquer avec les enfants des sujets caractérisés de « graves » (Marielle) – la maladie, la mort – car empreints d'une lourde charge émotionnelle, tant d'un point de vue individuel que social quand ils ne constituent pas tout bonnement des « tabous » sociaux (Ariès, 1974). La profondeur des discussions intergénérationnelles ne vaut pas que dans la « gravité » des thématiques soulevées. Les conversations qui ont lieu pendant la maladie ouvrent sur une connaissance des mères par leurs enfants qui relève de la plus grande intimité des premières. À l'occasion de la maladie, le corps maternel et ses organes qui touchent à la reproduction et à la sexualité sont mis en discussion. Cela n'est pas vrai pour toutes les mères. Celles qui se définissent comme « pudiques » (Bernadette) et/ou qui associent de près certains organes tels que les seins à la sexualité n'entrent pas dans les détails de cet ordre avec leurs enfants. Ainsi en va-t-il d'Annie⁹⁹ et d'Esther par exemple :

Extrait d'entretien n°1 : Annie

Enquêtrice : Dans mes entretiens, la mastectomie est revenue souvent aussi vis-à-vis des enfants. Vous, est-ce que vous en avez parlé à vos fils ou non ?

Annie : Je [ne] crois pas. On dit tout ce qui concerne la sexualité, c'est vrai que... de ses parents, on n'en parle... les enfants n'osent pas imaginer ses (sic) parents faire l'amour machin et donc c'est ça ! On [ne] parle pas de son état physique, de sa sexualité à ses enfants, on [n']en parle pas. Non, on [n'en] parle pas. De temps en temps, je dis : « Tu sais, je [ne] peux pas prendre de grands décolletés », c'est tout. Je m'arrête là. Je pense qu'ils savent... je pense qu'ils le savent oui... je [ne] sais même pas. Je pense qu'ils savent.

⁹⁹ Âge : 48 ans ; 58 ans - Profession : Informaticienne ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem ; Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2008 - Profession du père des enfants : Banquier ; idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 22 et 32 ans (aîné) ; 17 et 27 ans (cadet).
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie.

Extrait d'entretien n°2 : Esther

« Euh... bah juste dit que j'allais être opérée à cause de la grosseur... enfin qu'ils retireraient la grosseur. Alors est-ce que j'ai parlé ? Je [ne] sais plus... j[e n]'ai pas précisé qu'ils retireraient le sein en entier je pense, voilà. J'étais juste opérée du sein et puis c'est tout parce qu'[il] y avait cette grosseur. J[e n]'ai pas été plus dans les détails.

Enquêtrice : Est-ce que vous savez pourquoi vous ne leur dites pas qu'on va vous retirer le sein ?

Esther : Alors c'est quelque chose que j'ai dit à mon mari dès que je l'ai su... les enfants, parce que je... j[e n]'ai pas forcément... je [ne] sais pas en fait. En fait, je [ne] sais pas mais quelque part c'est peut-être une pudeur un peu déplacée (rires) »

Lorsque le lien n'est pas nécessairement fait entre les seins et la sexualité – comme le fait Annie – ou que les enquêtées affichent un rapport plus « relâché » à la pudeur à l'égard de leurs enfants, des discussions s'engagent sur les effets des traitements sur le corps, notamment sur les seins. Les enquêtées sont ainsi amenées à discuter avec leurs enfants – et à leur montrer à la suite des conversations engagées – des parties de leur corps relevant de ce qu'elles nomment leur « intimité » (Gaëlle) :

Extrait d'entretien n°3 : Gaëlle

Enquêtrice : Et par rapport à vos enfants ? Vous, comment vous avez géré... j[e n]'aime pas le terme « gérer » mais est-ce que vous leur avez dit ? Est-ce que vous leur avez montré ? Est-ce que ça a changé des choses ?

Gaëlle : Bah j'ai dit et j'ai montré. Les trois l'ont vue [la cicatrice laissée par la mastectomie], Martin l'a vue un fois et les filles, assez fréquemment. Elles rentraient et elles disaient : « Il [le sein] a repoussé ? ». La petite, c'était sa question : « Ça a repoussé ? ». Je lui disais : « Bah non, ça [ne] repoussera pas ». Je montrais et je disais : « Ça [ne] repousse pas ». La cicatrice, voilà, elles ont vu la cicatrice, elles ont... et ça [ne] les a pas perturbées sur le coup. Assez fréquemment, elles revenaient, elles disaient : « Et alors ? Ça va mieux ? » parce qu'au début, la cicatrice est quand même, pas mal de fils mais elles [n']ont pas vu avec les fils mais elles ont vu quand c'était encore très boursoufflé au tout début mais après, maintenant, c'est un trait blanc... après, c'est un trait blanc et maintenant, c'est reconstruit alors je [ne] dis pas que je suis en arrêt toute nue devant elles mais elles l'ont vue plusieurs fois et c'est elles qui me demandaient : « Comment c'est maintenant ? » et je montrais alors que mon fils, sur le coup,

comme les médecins m'avaient dit éventuellement de proposer de montrer, je lui avais dit : « Est-ce que tu veux voir ? ». Il m'a dit : « oui ». Il m'a dit : « C'est bon » et ça a été terminé et il [n']a jamais redemandé ».

D'autres enquêtées auraient pu être « choisies » pour illustrer l'idée des conversations sur « l'intimité » (Gaëlle) maternelle qui débouchent sur sa mise à visibilité en direction des enfants. Toutefois, si nous avons choisi de nous attarder sur Gaëlle, c'est que son entretien nous permet une nouvelle fois de rendre compte des différences qui s'opèrent dans les discussions des mères avec leurs enfants de sexe féminin d'une part, et ceux de sexe masculin d'une seconde part. Comme pour les discussions sur les effets esthétiques des traitements – et sûrement parce qu'elles ont en commun de concerner le corps qui reste associé à un « répertoire » féminin (Buscatto, 2014) –, les conversations « intimes » engagent bien davantage les filles que les garçons. Si Gaëlle n'a fait silence de son « intimité » avec aucun de ses enfants, – filles et garçon – il est tout à fait intéressant de constater que le sujet de la mastectomie est revenu « fréquemment » avec les filles alors qu'il n'a été abordé qu'une seule fois avec le garçon.

Conclusion du chapitre

Le concept d'« *autrui significatif* » se prête particulièrement bien à l'étude des relations qu'entretiennent les mères avec leurs enfants. Ce point peut être soutenu par trois arguments. Premièrement, dans les configurations familiales actuelles, parents – plus particulièrement encore les mères – et enfants partagent un monde commun du fait de la cohabitation intergénérationnelle qui tend d'ailleurs à être prolongée à mesure des années (Galland, 1993). Deuxièmement, la maternité est une expérience investie émotionnellement tant d'un point de vue individuel que social. Enfin, tel qu'elles ont été socialement façonnées, les relations entre les mères et leurs enfants tiennent leur spécificité de la circulation de la parole qui ne s'avère pas aussi fluide avec les pères. En somme, la pertinence du concept d'« *autrui significatif* » dans le cadre des relations entre les mères et leurs enfants tient de la dimension relationnelle qui définit la maternité contemporaine dans les sociétés occidentales.

Tel que nous en avons fait démonstration dans ce chapitre, nous défendons que pendant un cancer maternel, la portée du concept d'« *autrui significatif* » est d'autant plus forte. Cette maladie renforce en effet tous les aspects relationnels de la maternité. Tout d'abord, individuellement et socialement, le cancer est chargé de représentations qui empruntent au registre du drame que la présence d'enfants a pour effet d'accentuer. Ensuite, les traitements qui sont le plus souvent associés à un arrêt de la vie professionnelle des femmes amènent les enfants et leur mère à partager l'espace familial comme ils ne l'avaient jamais fait jusque-là. Enfin – et peut-être surtout – le cancer favorise le fait de parole entre les mères et leurs enfants. En tant que maladie visible lorsqu'elle se vit au féminin, le cancer – nous disent les enquêtées – ne saurait se passer de justifications auprès des enfants. Si les mots utilisés pour parler du cancer varient en fonction des mères et laissent apparaître des conceptions variées de l'enfance, aucune n'a fait silence autour de la maladie et de ses conséquences possibles, des traitements et de leurs effets. Surtout, nous avons montré que le cancer amène les mères à aborder avec leurs enfants, souvent de façon inédite, des sujets dits « *graves* » (*Marielle*) telle que la mort et/ou qui touchent à « *l'intimité* » (*Gaëlle*) des premières.

Le cancer est donc une expérience tout à fait propice pour que les enfants deviennent ou soient encore plus « *autrui significatifs* » de leur mère qu'ils ne l'étaient déjà. Toutefois, dans le prochain chapitre, nous montrerons que pour les deux parties – les mères et leurs enfants – se rapprochent (encore davantage), deux conditions doivent être réunies. Tout d'abord, les mères doivent, en dépit des effets des traitements, continuer à « *être [des] mère[s] du quotidien* »

(Weber, 2013). Il leur revient ensuite de se faire reconnaître et d'être reconnues par leurs enfants comme « *malades* », ce qui ne va pas forcément de pair avec le fait d'« *avoir un cancer* ».

Chapitre III. « Avoir le cancer » ou « être malade »

« J'ai été le personnage central de la famille, il fallait faire attention à moi » (Déborah)¹⁰⁰

¹⁰⁰ Âge : 51 ans ; 52 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juin 2019 - Profession du père des enfants : Chasseur de tête ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 19 et 20 ans (aînée) ; 14 et 15 ans (cadette).
Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie de radiothérapie suivie d'hormonothérapie.

Dans un contexte de maladie qui tend à fragiliser les relations conjugales et à renforcer les dimensions traditionnelles de la paternité (chapitre I.), il devient encore plus pertinent de penser le concept « *d'autrui significatif* » pour observer d'un point de vue sociologique les relations qu'ont les mères et leurs enfants. Pendant le cancer, ce concept est d'ailleurs encore plus opérant. Dans le chapitre précédent (chapitre II.), nous avons ainsi montré que le cancer et ses traitements revêtent tous les aspects nécessaires pour qu'une relation devienne propice à faire advenir des « *autrui significatifs* ». Premièrement, individuellement et socialement, le cancer est une maladie chargée de représentations qui empruntent à un registre émotionnel (Derbez et Rollin, 2016). Par ailleurs, les mères qui étaient actives occupées avant le diagnostic de cancer sont amenées à partager l'espace du domicile familial avec leurs enfants comme elles ne l'avaient jamais fait auparavant. Enfin, le cancer, ses traitements et leurs effets sont propices au développement d'un fait de parole réputé pour être déjà intense entre les enfants et leur mère, qu'il y ait ou non le cancer.

Dans ce nouveau chapitre, nous nuancerons le résultat développé précédemment. Le cancer ne débouche pas nécessairement sur un renforcement relationnel de la maternité. Pour que les relations entre les mères et leurs enfants se rapprochent pendant les soins, deux conditions doivent être remplies. Tout d'abord, la mère doit se reconnaître et être reconnue par ses enfants comme « *malade* ». La reconnaissance de ce statut tient de trois éléments que nous développerons : l'arrêt de la vie professionnelle pendant les traitements, « *ne pas avoir de tabous* » (Hélène¹⁰¹) sur la maladie et les effets de ses traitements, et enfin le fait de faire valoir les conséquences physiques (et parfois psychologiques) du cancer et des protocoles de soins auprès des enfants. De façon concomitante à la reconnaissance de ce statut, les mères « doivent » également continuer à investir la dimension « *quotidienne* » (Weber, 2013) de leur maternité. Nous verrons qu'être une « *mère du quotidien* » (Ibid.) pendant les traitements revient à poursuivre l'exercice de sa maternité, même de façon très réduite, même à distance. Or, cette deuxième condition de *quotidienneté* est fortement dépendante des effets secondaires des protocoles, ainsi que de leur localisation géographique. Nous verrons ainsi que les femmes qui subissent d'importants – tant sur le nombre que sur l'intensité – effets secondaires des traitements peuvent ne pas y répondre. Il en est possiblement de même pour celles qui ont été

¹⁰¹ Âge : 34 ans ; 40 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Divorcée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Octobre 2013 - Profession du père des enfants : NC - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 6 et 11 ans (aînée) ; 3 et 8 ans (cadette).
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie précédée d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

soignées à distance de leur domicile en raison de séjours continus en structures hospitalières et/ou d'une longue distance entre le foyer et les lieux où s'effectuent les protocoles.

I. « Avoir le cancer »

Recevoir un diagnostic de cancer n'engendre pas nécessairement le sentiment pour soi, puis pour autrui « *d'être malade* ». Ainsi, certaines enquêtées « *ont eu un cancer* » sans pouvoir dire qu'elles « *ont été malades* ». Ce point est à étudier en perspective de trois éléments : la poursuite de l'activité professionnelle, la « *maitrise* » du cancer et des effets de ses traitements, ainsi que le fait de « *bien [les] supporter* » sur le plan physique.

1. Poursuivre son activité professionnelle ou faire le lien entre « *la maison* » et « *la maladie* » pour les femmes actives occupées

Avoir le sentiment de « *ne pas être malade* » tout en se sachant atteinte d'un cancer est fortement adossé à la décision de poursuivre son activité professionnelle pendant les traitements. Sylvie¹⁰² en est une illustration éloquent. Durant ses soins – une opération, six séances de chimiothérapie, une nouvelle chirurgie, de la radiothérapie et de l'hormonothérapie – cette enquêtée fera le choix de ne pas se mettre en arrêt maladie. Tout au plus, elle a ralenti le rythme qu'elle avait avant le diagnostic de cancer. Responsable marketing dans une grande entreprise lors de son cancer, Sylvie s'était arrangée pour faire ses chimiothérapies le jeudi afin de poser un congé le vendredi et avoir le week-end pour récupérer physiquement. Elle a également fait en sorte de limiter ses déplacements professionnels pendant ses traitements. La décision de Sylvie est très proche de celle prise par Sonia¹⁰³, avocate libérale. La concernant, elle a pris le parti de ne pas travailler uniquement la semaine succédant chaque cure de chimiothérapie. Le reste du temps, Sonia a tout juste concédé à ne pas prendre de nouveaux

¹⁰² Âge : 45 ans ; 56 ans - Profession : Responsable marketing ; Directrice industrielle - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2006 - Profession du père des enfants : Responsable marketing ; Directeur d'entreprise - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 17 et 28 ans (aînée) ; 14 et 25 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

¹⁰³ Âge : 43 ans ; 46 ans - Profession : Avocate libérale ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Octobre 2015 - Profession du père des enfants : Directeur grands comptes ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 11 et 13 ans (aîné) ; 8 et 10 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

dossiers. Quels sont les enjeux parcourus derrière ces décisions prises par certaines enquêtées de poursuivre leur activité professionnelle durant leurs traitements ?

Dans une optique fonctionnaliste – bien insoupçonnée des interrogées – développée par Talcott Parsons (1975), la mise en parenthèse des statuts sociaux, et en premier lieu, de la vie professionnelle est reliée au statut de « *malade* »¹⁰⁴ :

« Une autre partie de moi qui disait : « ça [ne pas s'arrêter de travailler] va m'aider en fait ». Parce que moi, tout de suite, là où j'ai eu l'angoisse c'est de me dire : « je vais rester à la maison ». J'ai eu cette vision de me dire : « je vais rester à la maison malade » (Sylvie)

Puisque « *la maison* » est associée au fait « *d'être malade* », ces enquêtées font le choix de se tenir éloignées de leur domicile – comme elles l'avaient toujours fait jusque-là – tout le temps de leurs soins, à l'exception de quelques jours après les opérations et les chimiothérapies. Pour elles, continuer à travailler représente le moyen de ne pas faire exister le cancer, de l'*oublier* (Sylvie). L'*oubli* est d'ailleurs tel, qu'interrogée par un collègue sur ses « *problèmes* » (Sylvie) en pleine « *phase aiguë* » (Ménoret, 1999) de ses traitements, Sylvie ne parviendra pas à faire le lien entre une question d'un collègue sur sa « *santé* » et sa situation médicale comme elle le raconte ici :

« Je me souviens d'un collègue qui avait appris que j'étais malade parce que je [ne] l'avais pas trop dit. Je l'avais dit à mon équipe, à mon manager mais sinon enfin voilà... mais bon tout se sait dans une entreprise et un coup, je crois, je me souviens dans un couloir, un collègue d'un autre service qui me dit : « Alors ça va ? J'ai appris que tu avais des problèmes ? ». Et je me tourne vers lui et je lui dis : « Des problèmes ? Avec quel client ? » (Rires). Vous voyez à quel point j'étais complètement déconnectée (rires) » (Sylvie)

La volonté de « *ne pas être malade* » ne doit pas laisser en points aveugles d'autres éléments qui rendent aussi intelligible le maintien de la vie professionnelle durant les soins. L'exercice d'une profession libérale, ainsi que le fait d'exercer un métier qui engage moralement les travailleurs sont deux autres motifs à qui permettent de comprendre le maintien de la vie professionnelle pendant les traitements.

¹⁰⁴ “A second social-structural feature of the sick role is the claim of exemption from ordinary daily obligations and expectations, for example, staying at home in bed instead of going to school or office” (Parsons, 1975, p. 262)
« Une deuxième caractéristique du rôle de malade relève de la revendication d'être exempté de ses obligations quotidiennes et des attentes qui y sont attachées, par exemple rester au lit au lieu de se rendre l'école ou au bureau » (Ibid.)

Parmi les trois enquêtées (Maëva¹⁰⁵, Sonia et Sylvie) qui ont poursuivi leur activité professionnelle, deux exerçaient à leur propre compte, Sonia en tant qu'avocate libérale et Maëva en tant que patronne d'une entreprise dans le bâtiment. Dans un rapport intitulé « *Les professions indépendantes face au cancer : impact de la maladie sur les trajectoires professionnelles, prévention du risque socio-professionnel* » (2014) dirigé par le sociologue et juriste de la santé Philippe Amiel, une équipe de chercheurs insiste sur le fait que « À la différence de la plupart des salariés, les indépendants touchés par le cancer courent le risque que leur activité professionnelle en pâtisse jusqu'à disparaître [...] » (p. 4). Par conséquent, « le plus souvent, le professionnel s'était maintenu à son poste le plus possible quitte à se replier, dans certains cas, sur les tâches les moins fatigantes (moins physiques, sans déplacement etc.). Aucun des professionnels interrogés ne s'est arrêté de travailler pendant la totalité de la durée des traitements de son cancer » (*Ibid.*, p. 5). Les propos de Sonia recourent les résultats de cette recherche. Elle met ainsi en avant le risque de disparition de son cabinet qui impliquerait de lourdes pertes financières. Si elle pense les conséquences d'un arrêt de travail sur le moyen-terme, à plus courte échéance, les méfaits ne seraient pas moins préjudiciables. Depuis le 1^{er} juillet 2021, la couverture sociale des professionnels indépendants s'est pour beaucoup alignée sur celle des salariés. Avant cette date¹⁰⁶, ils ne pouvaient prétendre à percevoir des indemnités journalières par l'Assurance Maladie en cas de cessation d'activité pour maladie. Peut également être mentionnée « *la non-connaissance par les travailleurs indépendants de leurs droits et de la réalité des dispositifs assurantiels volontaires* » qui « *n'est pas le fait exclusif de professionnels non diplômés* » (*Ibid.*, p.7). In fine, les parti-pris relatifs au maintien de la vie professionnelle pendant les traitements semblent d'autant plus s'imposer pour les travailleurs indépendants que pour ceux qui disposent d'un autre statut.

¹⁰⁵ Âge : 49 ans ; 51 ans - Profession : Cheffe d'entreprise (bâtiment) - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Fin 2016 - Profession du père des enfants : Chef d'entreprise (bâtiment) - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et M - Âge des enfants : 25 et 27 ans (aînée) ; 18 et 20 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie puis hormonothérapie.

¹⁰⁶ Cet élément est vrai pour les professions libérales mais pas pour les artisans (décret n°95-556 du 6 mai 1995) et les commerçants (décret n°2000-507 du 8 juin 2000).

Néanmoins, poursuivre sa carrière en même temps que les traitements contre le cancer n'est pas un apanage des professionnelles qui sont à leur propre compte. Sylvie qui était salariée dans une entreprise privée a elle aussi pris la même décision de ne pas s'arrêter de travailler en dehors des quelques jours après ses chimiothérapies. Dans un article paru en 2021 dans la revue *Actes de la recherche en sciences sociales*, Fanny Darbus et Émilie Legrand s'intéressent à la faiblesse du recours aux arrêts de maladie par les salariés qui travaillent dans de petites entreprises dans les domaines de la coiffure, de la restauration et du bâtiment. Pour les deux auteures, l'assiduité de ces travailleurs n'aurait que peu à voir avec l'absence de problèmes de santé. Elles notent au contraire que parmi les personnes rencontrées pour faire leur recherche, certaines présentaient des « *troubles de santé* » (p. 73) sérieux et handicapants dans leur profession comme un rétrécissement du canal carpien, de l'endométriose, des tendinites à répétition, des hernies discales paralysantes etc. (*Ibid.*). Si les deux sociologues ne sont pas convaincues par l'argument de la meilleure santé des travailleurs des petites entreprises, elles accordent cependant une plus grande attention à la question du milieu social. Elles voient dans les réticences que leurs enquêtés ont à s'arrêter de travailler, le signe de leur appartenance sociale aux milieux populaires et d'une socialisation professionnelle spécifique. Prenant appui sur les travaux de Luc Boltanski (1971) sur les usages sociaux du corps, elles écrivent :

« Une partie de la réalité des problématiques de santé rencontrées par les salarié-e-s des TPE échappe à la connaissance scientifique en raison de l'endurance à la douleur dont ils et elles font preuve. Si la majeure partie de nos salarié-e-s mentionne des troubles de santé, ils sont souvent banalisés du fait de la quotidienneté des douleurs et acceptés comme faisant partie du métier. Dès lors, c'est en endurant qu'ils et elles poursuivent le travail, bien conscient-es, ce faisant de dégrader leur santé.

Globalement, la construction de ce rapport au corps et aux troubles de la santé relève d'un éthos de l'endurance construit au cours d'une socialisation primaire au sein des classes populaires puis de la socialisation professionnelle » (Ibid., 2021, p. 70).

L'explication en termes de « *socialisation primaire au sein des classes populaires* » (*Ibid.*) fournie par les deux sociologues ne saurait tenir pour Sylvie. Elle met elle aussi en avant une « *éthos de l'endurance* » (*Ibid.*) qui s'entend dans la phrase qu'elle a prononcée : « [...] *mais bon c[e n']est pas trop le genre de la famille quoi. Ni pleurnichard, ni... non [...]* » (Sylvie). Toutefois, pour elle, cet « *éthos* » (*Ibid.*) ne tient pas à une appartenance passée ou présente aux milieux populaires dont l'enquêtée est objectivement éloignée. Lors de son cancer – et pendant l'entretien –, elle vivait dans un grand pavillon d'une banlieue (très) cossue des Yvelines et travaillait en tant que cadre supérieure dans une grande entreprise privée. Quant à son mari, il

occupait lors du cancer de Sylvie, une fonction de responsable marketing avant de devenir le dirigeant de sa propre entreprise dont il était toujours à la tête au moment de l'entretien. Des éléments amenés par Sylvie lors de notre rencontre nous font résolument pencher vers la deuxième explication avancée par Fanny Darbus et Émilie Legrand (2021). En autre instance que le milieu social, elles soulignent qu'une socialisation professionnelle particulière peut conduire les travailleurs à ne pas interrompre leur carrière quand bien même leur santé pourrait tout à fait le justifier. Elles soulignent d'abord que dans les métiers qu'elles ont étudiés, il est de bon ton de supporter et taire la douleur. Il en est de même pour Sylvie. Si elle ne le dit pas explicitement, elle confiera avoir évolué « *dans un milieu très masculin donc on [ne] peut pas dire que ce soit très à l'écoute hein !* » (Sylvie). Par ailleurs, ces deux sociologues notent que dans les très petites entreprises (TPE), un principe de « *solidarité horizontale et verticale* » (Ibid., p.72) pousse les salariés à ne pas s'arrêter. L'enjeu est ainsi d'assurer la santé économique de l'entreprise dont dépend sa pérennité et par-delà elle, l'emploi des collègues (ainsi que le sien). Pour Sylvie, qui travaillait dans un grand groupe, il est aussi question de solidarité qui, la concernant, est moins économique qu'organisationnelle. D'après elle, si son absence n'impliquait pas de grandes mutations économiques, elle aurait néanmoins pu entraîner des dysfonctionnements importants au niveau de l'organisation :

« Alors ce que je faisais c'est que j'avais un poste de marketing, j'étais responsable de ce qu'on appelle les gaz spéciaux à [nom de du groupe de l'entreprise] donc c'est tous les gaz d'analyse, les mélanges de gaz des [inaudible] et donc j'avais une équipe. [Il] y avait une usine qui est à [ville] dont il fallait s'occuper etc. donc c'est un poste de management à responsabilités. [Nom de l'entreprise] se réorganisait en France donc [il] y avait plein de choses qui bougeaient et moi, c'était mon nouveau poste et... et j[en] n'avais pas envie de faire faux bond, de dire : « Bon bah je [ne] peux pas [...] » (Sylvie)

La solidarité de Sylvie vis-à-vis de ses collègues et de ses supérieurs se lit dans le passage « *je n'avais pas envie de faire faux bond* ». Elle relie son corporatisme aux responsabilités qui lui incombent dans un contexte de restructuration de l'entreprise. À cela, se superpose une dimension « *d'enchantement au travail largement construit par un collectif très soudé* » (Ibid., p. 75) qui justifie la solidarité dont font preuve les travailleurs par l'absence d'arrêt de travail. Une nouvelle fois, l'expérience de Sylvie entre dans les grilles de lecture des deux chercheuses. L'enquêtée qualifie ses collègues de « *super équipe très attentionnée* », et ce point doit aussi être pris en compte pour comprendre son choix de poursuivre sa vie professionnelle de façon concomitante à ses traitements.

2. « *Maîtriser* » la maladie et tous ses effets

Chez Sylvie auprès de son mari et de ses filles, le cancer n'existe pas plus qu'au sein de sa sphère professionnelle. À domicile, tous les signes qui auraient pu rendre visible le cancer sont « *maîtrisés* » (Sylvie) par l'enquêtée :

« Moi, j'ai toujours vraiment eu ce sentiment d'être... d'essayer de maîtriser tout ce qui arrive à mon corps donc les nausées, les effets secondaires et puis d'essayer de... de [ne] pas être dans l'apitoiement sur soi-même quoi, surtout voilà par rapport à sa famille, c'est important. C'est difficile d'avoir quelqu'un de malade donc j'ai quelque part, j'ai dû aussi nier cette...nier quelque part la maladie, vouloir continuer... c'est ce que vous avez dit, avec le travail, vouloir continuer comme avant... et sur le plan familial, certainement, c'est ce que j'ai fait aussi et du coup, je [ne] les ai pas... je [ne] les ai pas... en tout cas, mes filles, j'ai voulu les protéger de ça » (Sylvie)

« *Maîtriser* » (Sylvie) revient à faire disparaître tous les signes – esthétiques, physiques et psychologiques – du cancer et de ses traitements afin de ne pas « *apparaître trop malade* » (Sylvie) aux yeux de l'entourage le plus proche, et en tout premier lieu les enfants (« *Bah si vous apparaissez trop malade, si vous montrez tout ce qui arrive* » (Sylvie)). L'enjeu est de « *vouloir continuer comme avant* » (Sylvie), c'est-à-dire être et agir tel qu'on le faisait quand le cancer « n'existait » pas.

Sous la dimension psychologique, ne pas apparaître/être « *trop malade* » revient à « *ne pas être dans l'apitoiement sur soi-même* » (Sylvie).

Sur le plan physique, la *maîtrise* revient à empêcher la survenue des effets secondaires des chimiothérapies au moyen d'un travail particulièrement attentif, sérieux, pour ne pas dire fastidieux « *d'attention [portée] à son corps* » (Sylvie) que l'enquêtée décrit finement ici :

« Enquêtrice : Et la toute dernière question sur la maîtrise. Vous m'avez dit : « Je maîtrisais beaucoup mon corps ». Est-ce que vous avez des exemples à me donner sur comment vous maîtrisiez votre corps, les effets de la chimio ?

Bah d'abord, moi, à la première chimio, j'avais tout noté. J'avais noté, injections, à quelle heure, j'ai mes nausées, à quelle heure, je prends le médicament et donc après, à la deuxième chimio, je [ne] me suis pas faite avoir, j'ai pris le médicament avant (rires) etc. Donc j'essayais vraiment de gérer ça. Ils me donnaient par exemple... parce que vous avez des effets secondaires sur les muqueuses, faut faire des bains de bouche. Moi, je faisais tout hyper sérieusement quoi, ça. Après, je faisais attention à l'alimentation, prendre des choses pour doper le système

immunitaire parce qu'après la chimio, c'est important que vous ayez les globules blancs, les plaquettes qui remontent et tout et vraiment, moi, je disais : « Je [ne] veux pas décaler une seule chimio, c'est déjà assez pénible donc il [ne] faut pas que ça se rallonge quoi ». Et donc je faisais vraiment très attention à tout ça quoi et sur les effets secondaires... après, [il] y a eu des moments, je me souviens, j'étais au boulot, [il] y a des réunions où vous dites : « Oups, je [ne] me sens pas très bien, je [ne] me sens pas très bien ». Mais finalement, vous êtes bien obligée de tenir. La même chose chez vous, vous auriez été vomir direct, là, vous essayez de contenir la nausée qui arrive, de dire : « Bon je [ne] vais pas sortir de la réunion tout de suite » donc voilà » (Sylvie)

Enfin, la perspective esthétique relève quant à elle de la « lutte » menée contre le signe le plus visible, le plus patent de la maladie, la perte des cheveux. Pour Sylvie, cette lutte (vaine), cet « acharnement » (« je me suis acharnée ») (Sylvie) prend forme dans le port de gants et d'un casque froids censés éviter la perte des cheveux. En dépit de tous ses efforts, elle se retrouve « bien obligée de [se] résigner » (Sylvie) car dès la deuxième chimiothérapie, l'interrogée « [perd] les cheveux par paquets » (Sylvie). Si cette perte la désole¹⁰⁷, il n'est pas pour autant question de relâcher la « maîtrise » (Sylvie). Contrairement à d'autres enquêtées – tout particulièrement, celles qui ont des enfants de sexe féminin, nous y reviendrons – l'interrogée se rend seule chez le coiffeur pour se raser les cheveux et choisir une perruque « qu'[elle] n'enlevai[t] quasiment jamais. Quasiment jamais parce qu'[elle ne] pouvai[t] pas [se] voir (rires) et qu'[elle] n'avai[t] pas envie que les gens [la] voient comme ça [sans cheveux] » (Sylvie).

3. « Bien supporter » les traitements

En dehors de ces aspects de maîtrise qui sont du fait de Sylvie, l'enquêtée peut d'autant plus facilement ne pas apparaître et être définie par elle-même et les personnes qui l'entourent comme « malade » qu'elle fait état de peu d'effets des traitements qu'elle dit avoir « bien supporté » : « Et puis après, j'ai très bien supporté en tout cas les premières chimios, j'ai eu des effets secondaires, évidemment les cheveux et tout, ça c'est sûr mais rien... rien qui ne m'a semblé insurmontable » (Sylvie). Conjugués, tous ces éléments ont pour résultat que le « cancer ne perturbe pas [sa] vie » (Sylvie) comme s'il n'était pas là. Aussi, n'est-il pas surprenant qu'à

¹⁰⁷ Malgré les onze années qui séparent les traitements et l'entretien, c'est en pleurant que l'enquêtée relatera la perte de ses cheveux lors de notre rencontre qui a eu lieu en janvier 2018.

de multiples reprises pendant l'entretien, l'enquêtée n'ait pas été en mesure de répondre à nos questions comme elle le partage ici : « *c'est vraiment étrange parce que je ne me souviens pas de la réaction de mes filles pendant la maladie. Depuis tout à l'heure, vous m'interrogez et j'ai du mal. J'ai du mal comme si j'avais un film noir devant les yeux et que je ne me souvenais pas de cette période de vie, de cette année* » (Sylvie). Invisibilisé par l'enquêtée dans toutes les sphères de sa vie – et particulièrement auprès de ses filles –, le cancer ne fait l'objet que de peu de souvenirs tout comme il ne donne lieu à aucune reconnaissance, aucune validation particulière de la part de l'entourage. À distance temporelle de la fin des traitements, ce point lui est d'ailleurs reproché par sa fille cadette quelques temps avant l'entretien :

« Avec Maud, ma deuxième... avec... je [ne] sais plus pourquoi, on a discuté, on a reparlé du cancer, chose qu'on [n']avait jamais faite. Et elle m'a dit : « Mais moi, tu m'as fait beaucoup de mal quand tu as refusé que je t'aide ». Alors là... j'ai dit : « Mais je ne m'en souviens pas ». Je lui ai dit : « Mais je ne m'en souviens pas ». Elle m'a dit : « Oui, oui, tu m'as repoussée » [émue]... c'est dur hein et... donc là elle était petite hein. En quatrième, quel âge, elle avait ? Quatorze ans... l'âge pas facile, l'âge pas facile et voilà, elle m'a dit ça et je m'en suis excusée. J'ai dit : « Écoute... je [ne] m'en suis pas aperçu ». Je lui ai dit que moi, j'avais essayé de traiter sans les solliciter... est-ce que c'était peut-être un tort finalement ? Peut-être » (Sylvie)

Cet échange montre à quel point la maladie les filles de Sylvie ont été tenues à distance du cancer par leur mère à qui il est reproché d'avoir « *refusé* » l'aide et « *repoussée* » (Sylvie) sa cadette qui aurait souhaité s'investir auprès de sa mère atteinte d'un cancer. Elle ne peut donc – et il en va de même pour la fille aînée – être considérée comme « *autrui significatif* », du moins « *plus autrui significatif* » qu'elle ne l'était avant le cancer.

L'entretien de Sylvie nous permet par ailleurs d'appréhender la nécessaire mutualité de la reconnaissance de l'identité de « *malade* » pour déboucher sur un renforcement des relations entre les mères et leurs enfants pendant la maladie. Dans la situation de cette enquêtée, ce n'est pas tant les enfants – et plus particulièrement sa deuxième fille – qui rechignent à soutenir l'identité de « *malade* » de leur mère que cette dernière, en témoignent les reproches qui lui sont faits par sa dernière fille. Par leur mère, les adolescentes sont décrites comme aidantes « *un peu* » après la chimiothérapie mais « *pas plus que ça quoi* » (Sylvie). Loin d'en prendre ombrage, Sylvie s'en montre au contraire très satisfaite. Une attention trop grande portée à son égard par ses deux enfants ou comme elle le dit « *accepter [leur] aide* », « *[les] solliciter* » (Sylvie) aurait signifié l'inconcevable pour elle, à savoir se reconnaître et être reconnue comme « *malade* ». Cette attention « *modérée* » de la part des filles à l'époque des traitements n'est

cependant pas le signe d'une dégradation des relations avec leur mère. Pendant le cancer, le plan de la parentalité comme les autres aspects de la vie de cette enquêtée sont marqués par une constance, une « *normalité* » entendue comme l'absence de changements au regard de ce qu'il en était avant le cancer. Les relations avec ses filles étaient bonnes, elles le sont restées. Pour qu'elles soient encore « meilleures », encore aurait-il fallu que Sylvie laisse davantage de place à l'expression de son cancer tel qu'ont pu le faire d'autres enquêtées qui ont été à la fois « *mères du quotidien* » (Weber, 2013) mais aussi « *malades* » là où Sylvie n'a été que « *mère du quotidien* » (*Ibid.*) mais pas « *malade* ». À ce stade de notre réflexion, il nous revient donc de nous demander – ou plutôt répondre à la question – : que signifie « *être malade* » (*cf. partie II du présent chapitre*) et « *être mère du quotidien* » (*Ibid.*) (*cf. partie III du présent chapitre*) lors des traitements contre le cancer ?

II. « Être malade »

L'absence (apaisée) de reconnaissance de Sylvie en tant que « *malade* » pendant son cancer tient de sa « *maîtrise* » (*Sylvie*) de tous les effets esthétiques, physiques et psychologiques de la maladie. Autrement-dit, jamais le cancer n'a été porté à la vue et aux oreilles des personnes qui l'entouraient, collègues de travail, époux et filles. Ce n'est pas toujours le cas. Certaines des mères interrogées – la plupart à vrai dire – ont laissé s'exprimer le cancer, et ce faisant ont été, en plus de leurs autres statuts sociaux, des « *malades* » pendant leurs traitements.

1. Se retirer de la vie professionnelle pour les femmes actives occupées

L'une des premières conditions à remplir pour « *être malade* » – et donc pouvoir se reconnaître et faire reconnaître ce statut par autrui – est de se mettre en retrait de la vie professionnelle le temps des traitements (Parsons, 1975). Ce point est valable pour les enquêtées qui avaient une activité professionnelle avant le diagnostic. Pour elles comme pour leurs enfants, la poursuite (reprise) de la vie professionnelle est reliée au fait de ne « *plus (pas) être malade* » (*Laure*¹⁰⁸)

¹⁰⁸ Âge : 35 ans ; 37 ans - Profession : Infirmière ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Technicien électroménager ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 8 et 10 ans (aîné) ; 4 et 6 ans (cadette).

comme l'illustre ce passage de l'entretien de Laure : « *Ça y est, t'es plus malade* » ...maman, elle va reprendre le travail bah alors là, c'est bon ! Maman, elle reprend le travail c'est peut-être un peu embêtant pour nous mais ça y est c'est [le cancer] fini quoi. C'est une assurance pour eux aussi je pense ».

2. « *Ne pas avoir de tabous* » sur la maladie et tous ses effets

En outre, contrairement à ce qui a été décrit par Sylvie, « *être malade* » consiste à ne pas être dans la « *maîtrise* » (Sylvie) de la maladie, des traitements et de leurs effets psychologiques, esthétiques et physiques. Tous ces effets – parfois l'un ou l'autre, parfois tous – sont donnés à voir aux enfants (et aux membres de l'entourage) et peuvent donner lieu à des discussions. La logique de « *pas de tabous* » (Hélène) est mise en avant par les enquêtées comme ici avec Hélène :

« *Bah j'ai quand même beaucoup pleuré mais je leur [à ses deux filles], j'ai quand même expliqué, je leur ai dit... parce qu'elles m'ont quand même surprise plusieurs fois en train de pleurer même si je me suis souvent cachée le soir parce que de me voir comme ça c'est vrai que voilà, ça faisait quand même... c'était pas facile mais... mais voilà, je leur ai dit : « Vous savez une maman, ça pleure aussi, une maman, ça peut être triste, ça peut pleurer » donc voilà c'est comme ça qu'on a un peu... bah en fait, avec mes filles, j'ai pas eu du tout de tabous par rapport à la maladie* » (Hélène)

« *[Ne] pas [avoir] de tabous par rapport à la maladie* » (Hélène) est la logique opposée de la « *maîtrise* » mise en exergue par Sylvie. « *Ne pas avoir de tabous* » comme l'avance Hélène revient à « *dire* » et à « *montrer* » le cancer et les traitements – leurs effets principalement – à le faire exister à yeux et à ceux des autres. Dans le passage de l'entretien ci-dessus, l'interrogée s'attarde sur les effets psychologiques du cancer. Contrairement à Sylvie qui, conformément à son dessein de « *ne pas s'apitoyer* » ne s'est pas « *laissée aller* » à la « *pleurnicherie* » (« *[...] c'est pas trop le genre dans la famille. Ni pleurnichard, ni non... [...]* »), Hélène dit « *[avoir] quand même beaucoup pleuré* » au cours de la maladie, en l'absence de ses deux filles... mais également en leur présence.

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Sur le plan esthétique, « *ne pas avoir de tabous* » (Hélène) ne consiste, non pas à accueillir avec indifférence les marques des traitements, particulièrement la perte des cheveux mais à – reprenant le vocable des enquêtées – « *accepter* » (Sylvie) que les enfants voient les signes de la maladie sans chercher à constamment les « masquer », pour ne pas dire les « effacer » comme pouvait le faire Sylvie. Ainsi, en va-t-il d'Hélène qui malgré la « *dureté* » de la situation pour elle, comme pour ses filles souligne que ses enfants ont vu son « *état* » :

« Mais c'est dur de voir sa maman comme ça, dans cet état-là, perdre treize kilos sans cheveux dans son lit parce que moi, j'étais dans mon lit, je me tenais au mur avec la chimiothérapie ouais non... ça peut être même, ça peut faire peur. Je pense que ça peut faire peur » (Hélène)

Ne « *pas masquer* », « *ne pas effacer* » la perte de poids ou encore les « déséquilibres » revient à ne rien changer des habitudes concernant les « politiques familiales de visibilité des corps » instaurées avant le cancer. Que le corps maternel soit aminci sous l'effet du cancer, brûlé, cicatrisé, « déséquilibré » voire mutilé par les traitements, il reste visible des yeux des enfants si cela était déjà le cas avant la maladie. En réflexion comme en pratique, rien de particulier n'est opéré par les « *mères malades* » pour « *cacher* » (Bernadette¹⁰⁹) c'est-à-dire rendre invisible, inexistante la maladie comme peuvent le faire les mères qui refusent de se voir reconnue sous cette identité telle que Bernadette lors de son premier cancer en 1992 :

« Mais moi, je suis très très pudique donc du coup, déjà, ils me voyaient très peu déshabillée et là je pense que je me cachais encore plus. Je [ne] leur ai jamais dit !

Enquêtrice : Comment vous faisiez pour vous cacher encore plus ? Comment ça s'incarnait ?
Ils [ses garçons] [ne] me voyaient jamais en tenue légère. Ils me voyaient toujours habillée et quand j'allais me déshabiller, c'était toujours enfermée dans ma chambre ou dans la salle de bain. Je ressortais de la salle de bain en pyjama, c[e n]'était jamais des petites tenues légères, je mettais des grands pulls... c'est marrant parce que là je suis plus ronde mais quand j'étais... parce que j'étais vraiment très mince, je mettais les pulls de mon mari qui mesure un mètre quatre-vingt-cinq. Je mettais des grands pulls, je m'habillais très ample [...] » (Bernadette)

Pour les « *mères malades* » qui ne se définissent pas comme « *pudiques* » (Bernadette), il n'est pas question de le devenir pendant les traitements. Leurs enfants peuvent continuer à les voir nues même lorsque la maladie laisse des traces. Sur le plan vestimentaire, la garde de robe reste

¹⁰⁹ Âge : 37 ans ; 62 ans - Profession : Assistante de direction ; Retraitée - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 1992 - Profession du père des enfants : Ingénieur ; Retraité - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 15 et 40 ans (aîné) ; 11 et 36 ans (cadet).
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de radiothérapie.

inchangée et aucune n'a confié avoir – comme Bernadette – opté pour un « vestiaire masculin » et ample pour ne pas donner à voir la perte de poids et les « écarts » au niveau de la poitrine causés par une mastectomie. Enfin, si aucune des enquêtées que nous avons rencontrées n'a fait l'économie de l'achat d'une perruque, les « *mères malades* » restent tout de même ouvertes à ce que leurs enfants les voient sans cheveux. Certaines, comme Laure, se sont d'ailleurs faites accompagnées de leurs enfants chez le coiffeur lorsqu'elles ont rasé leurs cheveux avant d'entamer les chimiothérapies. Nous reviendrons sur ce point dans le chapitre IV.

3. Faire valoir les effets des traitements auprès des enfants

Enfin, sur le plan des effets physiques des traitements, les « *mères malades* » ne sont pas dans une logique de « *maîtrise* » (Sylvie). Non pas qu'elles soient heureuses que les enfants assistent en spectateurs à la fatigue ou aux vomissements qui peuvent suivre une séance de chimiothérapie mais elles ne cherchent pas non plus à limiter voire empêcher l'expression des effets des traitements, et cela même en présence de leurs enfants. Les filles d'Hélène l'ont ainsi vue « *dans son lit* » ou encore « *[se tenir] au mur avec la chimiothérapie* ». De son côté, Gaëlle¹¹⁰ qui confiait ses enfants à des amis ou à leurs grands-parents les quelques jours qui suivaient ses chimiothérapies afin de pouvoir se « *concentrer* » sur elle-même a laissé son fils aîné « *être présent* » après la dernière cure de chimiothérapie que l'enquêtée présente comme « *la pire de toutes* » :

« Je vous dis, le truc le plus marquant, c'est pour cette dernière chimio, il [son fils aîné] m'a dit : « Je veux rester ». Il m'a dit : « Si, si je vais rester » et où je me suis dit : « Je [ne] vais pas le contrarier, après tout » ... et puis vraiment, il avait les arguments. Il m'a dit : « C'est la dernière et je serai là puis je serai là » et où il me tapait dans le dos pendant que je vomissais [...]. Et puis vraiment, ça a été la chimio la pire de toutes parce que j'avais très mal à la tête, j'étais excessivement fatiguée, j'arrivais à ouvrir les yeux, je vomissais enfin c'était la pire de toutes ! » (Gaëlle)

¹¹⁰ Âge : 33 ans ; 41 ans - Profession : Professeure des écoles ; Idem - Situation conjugale : Concubinage (père de ses deux filles) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mai 2016 - Profession du père des enfants : Commercial (père des deux filles) - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et F - Âge des enfants : 10 et 18 ans (aîné) ; 7 et 15 ans (cadette) ; 4 et 12 ans (cadette).
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

Présent après la dernière chimiothérapie, le garçon âgé de 10 ans assiste à des effets secondaires à la fois nombreux et aigus. L'intensité des douleurs et de la fatigue est exprimée dans les adverbes « *très* » et « *excessivement* » qui viennent caractériser les maux éprouvés par l'enquêtée auxquels s'ajoutent encore des vomissements. Dans cette situation, l'expression du cancer à l'égard des enfants ne peut être niée.

Toutefois, la monstration du cancer et des conséquences de ses traitements n'est pas un gage de reconnaissance de la part des enfants. Pour que la mère soit soutenue et validée dans une identité de « *malade* », l'expression du cancer vis-à-vis des enfants doit être concomitante à une poursuite – même très réduite – de l'exercice de la parentalité pendant les traitements. Autrement-dit, les femmes dont les enfants ont été des « *autrui significatifs* » pendant le cancer ont continué à être des « *mères du quotidien* » (Weber, 2013) en même temps qu'elles ont été « *malades* ».

III. (Ne plus) « être une mère du quotidien » : penser les effets secondaires des traitements et la localisation géographique des soins

Pendant les traitements, certaines des femmes que nous avons interrogées ont été conduites à interrompre l'exercice de leur parentalité sur la majeure partie de leurs traitements. Bien que « *malades* » au sens où nous l'avons défini dans la partie précédente, ces dernières n'ont pas pu faire l'objet de reconnaissance et de validation dans ce statut de la part de leurs enfants. Ce point se justifie par l'absence – du moins la quasi-absence – d'un partage du « *quotidien* » entendu comme « *les liens créés par le partage de la vie quotidienne et de l'économie domestique, dans leurs dimensions matérielle (corésidence, tâches domestiques) et affective (partage du travail, soins donnés et reçus), où s'effectue un travail de socialisation, largement inconscient et involontaire, qu'il s'agisse de socialisation précoce ou tardive* » (*Ibid.*, p. 35). Dans cette partie, nous verrons que pendant les traitements contre le cancer, deux cas de figures peuvent priver les mères de « *quotidien* » (*Ibid.*) partagé avec leurs enfants. Le premier relève de la multiplicité et de l'intensité des effets secondaires des traitements qui tendent à éloigner les mères et leurs enfants le temps des traitements. Le deuxième tient des soins menés à distance du domicile sans possibilité de le regagner durant de longues semaines voire de longs mois.

1. Quand les effets secondaires des traitements contre le cancer privent mères et enfants de relations : le cas de Nicole¹¹¹

Dans le cadre de toutes les rencontres que nous avons été amenée à faire au cours de notre travail, Nicole est sans aucun doute le cas le plus emblématique de la « mise entre parenthèse » de sa maternité pendant le cancer. Pendant six mois, cette dernière, bien que partageant le même toit que ses enfants, n'a eu quasiment aucune relation avec ses deux fils d'un et trois ans à l'époque de ses traitements. Entre elle et eux, l'enquêtée dit avoir mis des « barrières ». Ce terme qui induit l'idée d'une séparation prend forme dans l'interdiction qui avait été faite aux garçonnetts d'entrer dans la chambre où se trouvait leur mère, ainsi que de l'embrasser tout le temps qu'ont duré les chimiothérapies (à savoir six mois). Invitée à s'en « justifier », elle répondra :

« Euh bah le refus qu'ils rentrent dans la chambre, le refus qu'ils vous embrassent... et c'était lié au fait que quand vous, vous avez chaud, que vous [n']êtes pas bien, que dès qu'on vous touche de toute façon, vous avez mal de partout... encore que là quand je leur lis un livre, il vous met son coude là sur la cuisse, sur le nerf et que ça vous fait un mal de... enfin voilà le p'tit nerf du p'tit juif c'est comme un coup de poignard ! Et donc c'est quand il vient vous embrasser bah vous êtes contente mais voilà... ça joue plus loin. Et aujourd'hui, j[e n]'arrive pas à savoir si j'en abusais ou pas. J'espère que non évidemment mais quand vous avez un petit garçon de un an et de trois ans, que vous, vous êtes malade et que le simple fait qu'il monte sur le lit que ça vous secoue dans tous les sens et que vous [n']avez pas du tout envie enfin... je me souviens pour ma sœur, elle avait mis son matelas par terre justement pour pas avoir tous les ressorts et les enfants bah c'est pareil, on venait faire un bisou en catimini à maman mais elle ne répondait pas parce qu'elle n'était que douleur ou que fatigue [...] » (Nicole)

La proposition « [n'être] que douleur ou que fatigue » (Nicole) est ce qui sert à Nicole pour justifier des « barrières » érigées entre elle et ses petits garçons lors de ses traitements contre

¹¹¹ Entretien n°1 :

Âge : 36 ans ; 39 ans - Profession : Infirmière ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : visites de contrôle en cours - Profession du père des enfants : Ingénieur aéronautique ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 3 et 6 ans (aîné) ; 1 et 4 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien n°2 :

Âge : 43 ans - Profession : En congé parental - Situation conjugale : Mariée - Profession du père des enfants : Manager chez Thales - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, M et F - Âge des enfants : 10 ans (aîné) ; 8 ans (cadet) ; 10 mois (benjamine).

le cancer. Dans l'extrait d'entretien livré ci-dessus, les garçons de l'interrogée apparaissent sous les traits de la dangerosité qu'ils font courir à leur mère extrêmement affaiblie, tant d'un point de vue psychologique que physique pendant les chimiothérapies. Invitée à « faire l'inventaire » des effets, l'enquêtée dira : « *le simple fait de devoir se retourner dans son lit, c'est un monde entier ! C'est comme si devoir courir un marathon c'est pareil parce que d'abord, on a mal de partout...* » (Nicole). La dureté de sa condition physique est rapportée à l'épreuve que constitue un « *marathon* », épreuve sportive réputée sa grande rudesse et son caractère astreignant.

2. Le quotidien familial assuré par « d'autres »

Nicole estime avoir eu des « *traitements de cheval* »¹¹². Pendant ses séances de chimiothérapie, – chaque cure étant espacée de trois semaines – l'enquêtée nous confiera n'avoir été « *opérationnelle vraiment la veille de la chimio suivante* » :

« Quand je disais tout à l'heure que j'aurais pu m'occuper de mon fils une journée avant la chimio, j'étais opérationnelle vraiment la veille de la chimio suivante. La première semaine, je [ne] pouvais absolument rien faire, ni me lever de mon lit... enfin... littéralement. La seconde semaine, c'étaient les voisins qui les [les enfants] emmenaient à l'école. Le mercredi, j'avais une cousine qui les gardait toute la journée, deux soirs par semaine, j'avais une cousine qui venait les garder le soir et j'allais les chercher à l'école deux fois... et je me forçais parce que d'abord, fallait s'obliger à sortir et ensuite, c'était mon but aussi parce que d'avoir des enfants, ça... ça... même si de me dire que j'allais mourir, ça me paralysait, d'avoir des enfants bah ça vous oblige à vous sortir de vous-même. Quand mon père est décédé, j'étais célibataire et je trouve que quand on est célibataire, c'est plus facile de rester au lit à se morfondre [...] mais quand vous avez des enfants, vous [ne] pouvez pas rester au lit à vous morfondre donc là les enfants, ils m'obligeaient à me lever quand même et c'était encore plus flagrant qu'ils avaient compris le truc. Pour me faire sortir du lit, il fallait qu'ils pleurent donc ils avaient compris que maman... j'étais dans mon lit, eux, ils jouaient, ils faisaient... enfin voilà ce qu'ils pouvaient dans leur chambre. On avait mis une barrière pour pas qu'ils fassent trop de bêtises, ils jouaient fort, ils parlaient fort, ça me rassurait parce qu'ils étaient en vie donc ils continuaient à faire du bruit mais... bah voilà parce que moi, ça me rendait service de me dire : « Bah c'est bon ils

¹¹² Après six mois de chimiothérapie, Nicole a fait l'objet d'une tumorectomie et de séances quotidiennes de radiothérapie. Lorsque nous la rencontrons, elle ne dira rien d'un éventuel traitement par hormonothérapie. En revanche, elle précisera qu'elle fait encore l'objet de nombreuses surveillances médicales.

[ne] font pas de bêtises ! ». En général, c'est quand ils [ne] font pas de bruits ou alors c'est quand ils pleuraient fort que je me levais pour m'occuper d'eux » (Nicole)

Cet extrait d'entretien permet à la fois de rendre compte des effets secondaires des traitements et de leur implication dans le quotidien familial vécu par Nicole et son entourage. Subissant de lourds effets des traitements, l'enquêtée décrit un cycle de vie tripartite : la première semaine suivant une cure de chimiothérapie, la deuxième semaine et la veille d'une nouvelle séance. Lors de la première semaine, Nicole est « réduite » au seul statut de « malade » : « [elle] ne pouvai[t] absolument rien faire ». Alitée et dans l'incapacité de se lever de son lit, l'enquêtée n'est aucunement en mesure d'assurer ses différents rôles sociaux, y compris celui de mère qui nous intéresse plus particulièrement pour ce travail. Dans ces conditions, le relais de l'éducation de ses deux fils est pris par une multiplicité d'acteurs – ou devrions-nous écrire pour être plus exactes – d'actrices. Dans le passage ci-dessus, elle cite « les voisins », une « cousine ». Dans le reste de l'entretien, sera longuement évoquée une « dame à la retraite » (Nicole) rémunérée – ainsi qu'il en est également de la cousine de l'interrogée. Lors de la deuxième semaine, des évolutions sur le plan physique sont à noter. Toujours très affaiblie par ses traitements, Nicole reste principalement malade... mais « plus que ». Si elle peine physiquement à le faire (« ça vous oblige », « ils m'obligeaient »), elle parvient tout de même à réinvestir sa maternité. Néanmoins, ce réinvestissement ne se fait pas vraiment sur un mode affectif propice au déploiement de relations de nature validante entre la mère et ses enfants. En effet, pendant ses traitements, Nicole a pratiqué une maternité qui – loin d'être « quotidienne » (Ibid., 2013) –, pourrait être qualifiée « d'urgente ». « [Elle se] levai[t] pour [s']occuper d'eux » uniquement lorsque les enfants « pleuraient fort » ou au contraire étaient fort silencieux ; le silence étant interprété par nombre de parents en bas-âge comme le signe de petites ou de grandes catastrophes imminentes. En dehors de ces aspects d'urgence et de sécurité, Nicole n'intervient sur aucune autre dimension. Tel qu'elle le dit, « [elle n']avai[t] pas à avoir toute la responsabilité de [sa] famille parce que c'étaient les autres qui prenaient les responsabilités ». Pendant les traitements de Nicole, la quotidienneté de la parentalité – « dans [sa] dimension matérielle (corésidence, tâches domestique) et affective (partage du travail, soins données et reçus) » (Ibid., p. 35) – est principalement prise en charge par une « dame à la retraite » comme cela est suggéré dans le passage suivant :

« Pendant que moi, j'étais dans mon lit, elle [ne] restait pas avec un bouquin à ne rien faire. Elle faisait tout le repassage, elle notait les vêtements, elle me lançait les machines, elle préparait les repas, elle pliait le linge... la maison, elle était nickel comme jamais vous la verrez avec moi parce

que de par son métier c'était une maîtresse-femme et qu'elle [ne] restait pas là à rien faire. [Le fils aîné], elle [ne] le laissait pas dans sa chambre à jouer tout seul. Elle jouait avec lui, elle jouait à monter les trucs et elle avait la patience pour faire ça toute la journée alors que moi, il faisait tomber une fois la colonne, une fois, ça va, deux fois, ça va... trois fois bon c'est bon enfin voilà »
(Nicole)

Ne recouvrant ses capacités physiques que la veille d'une nouvelle cure de chimiothérapie, ce n'est qu'en cet unique jour du mois que Nicole aurait pu prétendre « *prendre la responsabilité de [sa] famille* ». Or, il paraît fort peu probable pour une seule femme de parvenir à effectuer l'ensemble des tâches mentionnées – faire le repassage, noter les vêtements, lancer les machines, préparer les repas, plier le linge, jouer avec les enfants... et tout cela avec patience – dans l'extrait d'entretien livré ci-dessus. Au total, il faut retenir du cas de Nicole que pendant ses traitements par chimiothérapie, l'identité de « *malade* » de l'enquêtée – telle qu'elle se décrit tout du moins pendant notre rencontre – a pris le pas – pour ne pas dire, a eu le monopole, sur tous ses autres statuts sociaux, de professionnelle, d'épouse, de mère etc.

3. « Ne plus être une mère du quotidien » : privilège de « riches » et sacrilège des « moins riches » ?

Dans la partie ci-dessus, l'enquêtée justifie le recours à « *d'autres* » pour « *prendre la responsabilité de [sa] famille* » (Nicole) pendant toute la période ses chimiothérapies à la lumière de ses « *traitements de cheval* » et de leurs lourds effets. Elle partage avec d'autres enquêtées d'avoir eu à faire la difficile expérience d'une diminution physique particulièrement éprouvante. Ainsi en va-t-il par exemple d'Hélène, mère de deux filles de quatre et six ans lors de ses traitements. Parmi les effets secondaires des traitements par chimiothérapie, elle cite : « [...] *perte de poids puisque l'alimentation, on [ne] peut plus manger parce que j'ai eu plein d'aphtes, des mucites en fait donc c'est des aphtes mais fois mille donc... j'ai eu très mal aux oreilles, [il ne] fallait même pas me parler parce que j'étais comme ça et juste un moindre bruit, je me tapais la tête contre les murs, ça c'est tous les effets secondaires de la chimio [ne] sont pas toujours bien abordés [...]* ». Divorcée du père de ses deux filles déchu de ses droits parentaux, Hélène a fait appel à sa mère qui est venue s'installer au domicile de la première tout le temps de ses traitements pour assurer l'éducation de ses petites-filles. Néanmoins, contrairement à Nicole, Hélène bien que « *malade* » voire même « *très malade* » a

continué à être une « *mère du quotidien* » (*Ibid.*, 2013). Sur les phases aiguës des effets secondaires des traitements – à savoir deux des trois semaines qui séparaient chacune des cures de chimiothérapie – Hélène a eu à cœur de poursuivre un exercice maternel réduit par rapport à ce qu’il était avant le cancer mais bien effectif et demeurant tourné vers le maintien de relations de qualité avec ses filles. « *Par petites bribes [quotidiennes] de quarts d’heure* », mère et filles se retrouvaient pour se voir et échanger. Lors de la troisième semaine où les conséquences physiques des traitements se faisaient moins ressentir, Hélène tenait « à reprendre du service maternel », tout particulièrement en emmenant et en récupérant ses filles à l’école (en plus que de continuer à entretenir avec elles des relations teintées d’affection et de proximité). Comment expliquer que ces deux enquêtées qui se rejoignent sous le spectre de la « *maladie* » s’opposent lorsqu’il s’agit de penser la *quotidienneté* de la maternité pendant les traitements ; l’une (Hélène) y « souscrivait » et pas la seconde (Nicole) ? À notre sens, pour répondre à cette interrogation, il convient de penser le milieu social. Si comme nous l’avons vu dans la partie méthodologique, l’écrasante majorité de nos interrogées appartient aux milieux moyens supérieurs, Nicole tend à tout de même à se distinguer de ses homologues. Cette enquêtée, par son milieu d’origine et son mariage, relève de ce que la sociologue Alizée Delpierre (2022) appelle les « *riches* » ou encore « *les grandes fortunes* » dans son ouvrage issu de sa thèse *Servir les riches. Les domestiques chez les grandes fortunes*. Bien qu’elle ne soit pas multimillionnaire ou milliardaire comme les enquêtés rencontrés par Alizée Delpierre, Nicole appartient et évolue dans une famille dont le niveau social ne rend pas incongrue la présence d’employées de maison – déclarées ou non – qui prennent en charge « *le travail à domicile, et toutes les tâches qui incombent à l’entretien du domus (le foyer, en latin, d’où dérive le mot domestique) et des corps qui s’y trouvent* » (p. 10). Grâce à l’embauche d’une « *dame à la retraite* » qui a assuré tout le travail domestique – les tâches ménagères et parentales –, Nicole a pu en être pleinement dégagée, ce qui lui a permis de n’être « que *malade* » :

« *La dame qui venait mais c’est sûr que ça m’a coûté sûrement beaucoup moins cher que quelqu’un à payer... c’était plus simple d’avoir quelqu’un au noir parce que quand vous avez une femme de ménage, elle [n’] a pas le droit de faire les vitres, elle [n’] a pas droit de faire les repas, elle [n’] a pas droit de toucher un bébé alors que moi, j’avais besoin de tout ça* » (Nicole)

Pour d’autres enquêtées, cette entière délégation du « *domus* » (*Ibid.*) est tout bonnement inconcevable. Pour elles, le cancer et ses traitements affaiblissants ne sont d’ailleurs pas des arguments recevables. Certaines femmes que nous avons interrogées avancent des motifs

sociaux. C'est le cas de Nabila¹¹³. Ayant été élevée dans des « quartiers sensibles » de la banlieue parisienne avec des parents issus de l'immigration, cette enquêtée qui a pourtant fait l'expérience d'une forte ascension sociale¹¹⁴ refuse toute aide domestique. Selon elle, disposer des services d'une femme de ménage – et cela en dépit de son affaiblissement physique et psychologique lors des traitements – reviendrait ni plus, ni moins qu'à trahir son milieu social d'origine, comme elle le laisse entendre dans ce passage :

« On s'est dit : « Pas besoin d'une femme de ménage, pas besoin d'une personne qui vienne m'aider [pendant les traitements] ». Parce que moi, je [ne] suis pas née dans cette... dans cette classe sociale où on se prend des femmes de ménage et qu'on les regarde faire, ça me rendait plus malade de la voir faire et de voilà » (Nabila)

D'autres femmes ne s'attardent pas comme le fait Nabila sur leurs appartenances sociales passées ou présentes pour afficher leurs réticences relatives au fait que « d'autres » prennent « la responsabilité de leur famille » (Nicole). Les concernant, ce sont des motifs « d'ordre maternel » qui apparaissent. « N'être que malade » revient finalement à réduire la maternité à ses dimensions de « sang » – parfois de « nom » lorsque mère et enfants partagent un même patronyme (ou matronyme) – mais à laisser échapper « le quotidien » (Ibid., 2013) qui est, à en croire la socio-anthropologue Florence Weber, la dimension la plus centrale de ce qu'elle appelle la « parenté » (Ibid.) contemporaine. Son ouvrage *Le sang, le nom, le quotidien. Une sociologie de la parenté pratique* (2005) est ainsi réédité en 2013 sous le titre *Penser la parenté aujourd'hui. La force du quotidien* (2013). Dans cette nouvelle édition, Florence Weber ne revient pas sur la coexistence des trois dimensions – biologique (le sang), juridique (le nom) et sociale (le quotidien) – qui sont contenues dans « la parenté » (Ibid.). Néanmoins, en substituant « La force du quotidien », elle donne à penser la prégnance « des liens créés par le partage de la vie quotidienne et de l'économie domestique, dans leurs dimensions matérielle (corésidence, tâches domestiques) et affective (partage du travail, soins donnés et reçus) » (Ibid., p. 35) sur les aspects biologiques et juridiques. En tant que dimension centrale, il apparaît inconcevable pour bon nombre de mères de laisser échapper les ressorts quotidiens de leur maternité, et plus particulièrement encore ceux qui relèvent de l'affectivité. C'est en ce sens

¹¹³ Âge : 43 ans ; 46 ans - Profession : Assistante de gestion ; Idem - Situation conjugale : Mariée - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mai 2016 - Profession du père des enfants : Pharmacien ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 12 et 15 ans (aîné) ; 9,5 et 12,5 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

¹¹⁴ Elle et son mari sont propriétaires d'un pavillon dans un quartier pavillonnaire en région parisienne. Avant son cancer, elle occupe la profession d'assistante de direction tandis que son époux est pharmacien.

qu'il faut comprendre l'importance accordée par Hélène de continuer à s'occuper de ses filles pendant ses traitements, ne serait-ce que « *par petites bribes de quarts d'heure* » par jour. C'est aussi en ce sens qu'il faut lire les conflits qui se font jour entre les mères atteintes d'un cancer et certains... certaines des « *autres* » qui prennent en charge les enfants pendant le cancer. Les pères – mais encore plus souvent des grands-mères maternelles qui sont en première ligne pour venir s'occuper de leurs petits-enfants pendant les traitements des femmes interrogées – font ainsi l'objet de vives critiques voire de conflits lorsqu'ils se risquent à piétiner les plates-bandes maternelles. Laurence¹¹⁵ et Hélène en sont deux exemples. Au moment de ses traitements, Laurence a trois enfants de 18, 14 et 9 ans. Avant la survenue du cancer, elle est le parent le plus investi. Si elle ne décrit pas son mari comme un père distant, elle revient cependant à maintes reprises sur le fait que c'est elle qui a toujours effectué les « *choses de fond* » (Laurence) qui appartiennent à des domaines éducatifs qui apparaissent comme « importants » comme le suivi médical des enfants. Sur le plan des relations, la vie familiale est plutôt marquée par une harmonie entre les deux parents et les trois enfants. Néanmoins, père et mère se différencient encore une fois sur ce plan. Contrairement à Laurence, le père de famille ne jouit pas de « *cette relation [...] un peu particulière* » avec ses enfants... en tout cas n'en jouissait pas jusqu'à ce que Laurence se retire de la scène familiale lors de l'opération de sa tumeur au sein. Cette chirurgie a nécessité une semaine d'hospitalisation. Lors de cette période, le père qui jusqu'à présent occupait un « *rôle secondaire* » auprès de ses enfants devient « *un acteur principal* » (Séville et Brugeilles, 2013). Présent dans tous les aspects de l'éducation, il se révèle tout aussi compétent sur les aspects relationnels... et ne manque pas d'en informer son épouse au moyen d'un texto. Contre toute attente, loin d'être ravie de savoir ses enfants choyés et heureux en compagnie de leur père, l'enquêtée se dit « *vexée* » des nouvelles qu'elle lit. Aussi, plutôt que de partager l'enthousiasme ambiant, l'enquêtée se positionne – et il en est toujours de même lors de l'entretien – du côté de la critique. Avant le cancer, si jamais la figure du père n'est remise en cause par l'interrogée, il en est tout autre pendant les soins. Alors qu'il n'avait jamais été aussi investi, l'homme est décrit sous les traits d'un père en dilettante. Pendant l'entretien, Laurence souligne qu'elle préparait quotidiennement les repas à ses enfants tandis que son mari se déchargeait de la tâche en les emmenant au restaurant. Cela ne sera pas

¹¹⁵ Âge : 48 ans ; 53 ans - Profession : Ingénieure ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Fin 2015 - Profession du père des enfants : Ingénieur - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et M - Âge des enfants : 18 et 23 ans (aîné) ; 14 et 19 ans (cadette) et 9 et 14 ans (benjamin). Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie combinée à une thérapie ciblée et à de la radiothérapie puis à de l'hormonothérapie.

l'unique charge retenue contre lui. Le dilettantisme paternel apparaît également dans les précisions faites sur les types d'établissements fréquentés. Amateur de *pizzerias* pendant l'hospitalisation de sa femme, l'homme prend les traits – sans le dire explicitement – d'un père peu soucieux des règles d'équilibre alimentaire pourtant si importantes dans les milieux moyens et supérieurs (Maurice, 2015) auxquels appartiennent Laurence et son mari. En conclusion et pour accentuer encore les comparaisons défavorables à son mari, l'enquêtée émettra de sérieux doutes quant à la pérennité sur le long-terme du modèle éducatif paternel (« *enfin au long-cours, je [ne]suis pas sûre que ça aurait pu continuer comme ça* » (Laurence)).

Ce type d'insatisfaction se retrouve également chez Hélène bien que la « cible » soit différente. La concernant, il s'agit de se montrer revêche à l'endroit de sa mère venue s'installer au domicile de sa fille tout le temps de ses chimiothérapies. Pendant six mois, la grand-mère a pris à sa charge l'ensemble des aspects de l'éducation de ses petites-filles. Reprenant le vocable de cette partie, c'est elle qui a assuré le « *quotidien* » (Weber, 2013) familial. Pendant tout l'entretien, Hélène oscille entre reconnaissance à l'égard de sa mère et crispations. Divorcée d'un homme déchu de ses droits parentaux et empêchée – nous l'avons vu – par de nombreux et lourds effets secondaires des chimiothérapies, Hélène reconnaît qu'elle n'aurait pas pu faire sans le concours de sa mère (« *Comment tu ferais sans [ta mère] ?* » s'interrogera-t-elle pendant l'entretien). Pour autant, cela ne l'empêche pas de considérer la présence de sa mère – et plus particulièrement encore son implication auprès de ses deux petites filles – « *chiant* » ou encore « *pénible* ». Invitée à justifier ces jugements négatifs, Hélène répondra sans détour :

« Oui parce que ma mère, elle en a toujours trop fait aussi c'est... elle est un peu... je pense qu'elle voulait aussi montrer qu'elle était à la hauteur. Elle anticipait beaucoup c'est vrai qu'avant que je dise : 'bah tiens est-ce que tu peux prévoir ça ? Est-ce que tu veux préparer le goûter ?' c'était déjà fait, c'était déjà sur la table. Les devoirs avant que je regarde un peu quand je pouvais, ils étaient déjà faits... c'était bien... enfin c'était bien pour les filles mais voilà c'était très... c'était vraiment organisé, [il n']y a pas de place à la simplicité voilà... »
(Hélène)

Que traduisent les reproches faits par Hélène à sa mère qui déboucheront sur un conflit au cours duquel Hélène demandera à sa mère de regagner son domicile ? À la « *simplicité* », à la tendresse qui définit Hélène dans son rôle de mère, l'interrogée oppose « *l'efficacité* » de la grand-mère. Dans la bouche de l'enquêtée, le terme « *efficacité* » est entendu comme synonyme de « *rigidité* ». Cette fusion des sens est palpable dans le qualificatif de « *petit soldat* » dont se sert Hélène pour décrire sa mère lors de l'entretien. De son côté, l'enquêtée valorise un modèle

d'éducation égalitaire entre elle et ses filles avec lesquelles les relations s'établissent sur « l'écoute », « plein de câlins » et « plein de bisous ». Or, pendant la durée qu'a duré la cohabitation entre Hélène, ses filles et leur grand-mère, la tendresse et le « plus cool » (Hélène) ont cédé la place à une organisation quasi-militaire. « [Les] filles [d'Hélène] n'ont jamais été une seule fois en retard à l'école ». De surcroît, « à un moment donné, [sa mère] donnait beaucoup d'ordres » et « imposait beaucoup de choses » à ses filles. Si Hélène se garde bien de hiérarchiser les deux modèles d'éducation – le sien et celui de sa mère –, les limites qu'elle oppose à la grand-mère de ses filles sont à replacer dans la phrase suivante : « Okay, [pendant le cancer] [il] y a ma mère mais c'est pas leur mère, c'est leur grand-mère et elle [n']a pas la même rôle. Oui, m'aider dans mon quotidien, d'accord mais c'est quand même moi qui dois faire leur éducation, les bases tout ça [...] ». Lors de la maladie, la mère d'Hélène a été amenée à assurer l'ensemble des tâches éducatives. Bien qu'en ayant le monopole de l'exécution, elle aurait tout à fait pu demeurer dans le « rôle secondaire » (Brugilles et Sébille, 2013), un rôle « d'aide » espéré d'elle. Ce n'est pas ce qu'il s'est passé. Les reproches formulés par Hélène indiquent que sa mère a outrepassé le cadre de « l'aide ». Ce faisant, la grand-mère a occupé une place de premier plan qui n'aurait pas dû être la sienne selon l'enquêtée. Si avoir le rôle principal au sein de la sphère familiale va de pair avec un investissement domestique aussi massif qu'épuisant, cela est également porteur de privilèges comme celui d'être les « cheffes d'orchestre » de la vie familiale (Mary, 2019). Les mères ne sont pas uniquement exécutantes principales des tâches parentales. Elles ont aussi les plus nobles missions de les penser et d'édicter le cadre normatif en vigueur auprès des enfants. Les incapacités physiques liées aux traitements peuvent rendre impossible de rester exécutantes mais cela n'est pas forcément mal vécu par les mères atteintes d'un cancer. Puisque ce n'est la partie la plus exaltante de l'éducation, qu'une autre personne – grand-mère (Hélène) ou le père (Laurence) – la prenne en charge n'est pas dérangeant. En revanche, lorsqu'il s'agit d'investir des registres plus valorisants, les rapports entre les mères atteintes d'un cancer et les « autres » (Nicole) qui prennent en charge l'éducation des enfants peuvent se tendre. Ainsi, en va-t-il d'Hélène et de sa mère qui s'est investie dans les dimensions éducatives relatives à la pensée ou à la mise en œuvre des règles. Ainsi, en va-t-il également de Laurence et de son mari qui s'est impliqué auprès de ses enfants dans un répertoire relationnel de « papa cool » dont l'appétit est plus grand pour les pizzas que pour les règles d'équilibre alimentaire.

Pendant le cancer, les attentes éducatives que les mères ont vis-à-vis des « autres » (Nicole), « pères » et « grands-mères » relèvent d'un rôle « d'aide » qui transcrit bien le rôle secondaire qu'ils occupent auprès des enfants en regard de celui des mères. Cette idée est parfaitement éclairée par Claudine Attias-Donfut et Martine Segalen (1998) qui écrivent : « *Le schéma classique de répartition des rôles veut que les grands-parents soient des parents en seconde, c'est-à-dire secondaires, et qu'ils laissent toute l'organisation de la parentalité à leurs enfants-parents. On peut dessiner une homologie avec l'organisation domestique : bien que le conjoint aide, la femme reste le chef d'orchestre. Même si les grands-parents apportent leur concours, ils ne sont qu'une des pièces d'un puzzle de l'éducation et de la responsabilité des enfants.* » (p. 102). Contrairement à Nicole, pour Hélène et Laurence, la prégnance de la maladie à certains moments de leur trajectoire de soins – lors de son hospitalisation pour Laurence et lors de la quasi-totalité du temps de ses chimiothérapies pour Hélène – a été vécue dans le plus grand des inconforts. Tout comme nous avons resitué la place prise par la maladie pour Nicole en perspective de son milieu social d'appartenance, il nous apparaît nécessaire d'en faire de même pour Laurence et Hélène. Pour elles, « être principalement malade(s) » est douloureusement vécu. Lorsque le cancer « domine » le reste de l'existence, et plus particulièrement encore la parentalité, cela revient à (prendre le risque de) perdre le monopole (du cœur) de leurs enfants au profit des « autres » (Nicole) qui se chargent de leur éducation pendant les traitements. Or, en vertu de leur milieu social d'appartenance – l'une pouvant être située dans les franges sociales moyennes (Hélène) et l'autre (Laurence) dans les milieux moyens supérieurs – cette concurrence peut tenir de l'insupportable, tout du moins du difficilement supportable. En effet, plus que dans tous les autres milieux sociaux, les mères des catégories sociales moyennes et supérieures adhèrent et portent aux nues un modèle de parentalité relationnelle (Berton *et al.*, 2020) perçue comme le gage d'une « relation si particulière » (Laurence) avec leurs enfants. Par conséquent, ces mères sont celles qui ont le plus à perdre lorsqu'elles sont « concurrencées » – le considèrent-elles ainsi en tout cas – lorsque « d'autres » (Nicole) (conjoint, mère...) par le quotidien (Weber, 2013) qu'ils sont amenés à plus partager avec les enfants pendant le cancer peuvent aussi prétendre à conquérir le cœur de ces derniers.

4. Quand les soins menés à distance du domicile privent les mères et leurs enfants de relations : le cas de Victoria¹¹⁶

Les mères qui subissent de lourds effets des traitements ne sont pas les seules à courir le risque d'être « privées » du « quotidien » (*Ibid.*) avec leurs enfants. Cela peut aussi être le cas lorsque les femmes atteintes d'un cancer sont contraintes de suivre leurs traitements sans avoir la possibilité de regagner leur domicile pendant de longs mois. Nous avons rencontré deux enquêtées dans ce cas de figure : Victoria et Francine¹¹⁷. Au moment du diagnostic du cancer, Victoria est âgée de 49 ans. Elle est en instance de divorce et a deux filles. L'aînée a 24 ans et la cadette, 20 ans. Cette dernière qui est porteuse de handicaps physique et mental est sous la tutelle exclusive de sa mère avec qui elle vit (elle est en foyer spécialisé en journée). Atteinte d'un cancer très rare de la peau, Victoria cumule deux années complètes d'hospitalisation enchaînant des opérations multiples puis de la rééducation pour recouvrer l'usage de la marche (la tumeur était située au niveau de sa jambe). Ces deux années passées en dehors de son domicile entraînent des conséquences importantes sur sa parentalité. Alors que jusqu'à présent, elle se chargeait seule – elle se « démerdait » nous dira-t-elle – de sa dernière fille, le cancer l'amène à devoir s'en remettre intégralement à « d'autres ». Ainsi, pendant huit mois, la jeune femme partagera sa vie entre le foyer d'accueil où elle était déjà en journée avant le cancer et chez « sa nounou » qui s'occupait d'elle depuis qu'elle était enfant : « ça a duré quand même huit mois, huit mois où Tatiana donc ma fille, ma deuxième fille partait était chez la nounou, vivait chez elle entre le foyer et chez elle (Victoria) ». Une fois ce délai passé – et il en était toujours de même pendant l'entretien – la deuxième fille de Victoria ira vivre dans le sud de la France dans un foyer situé près du domicile de son père qui prendra sa tutelle après de multiples

¹¹⁶ Âge : 49 ans ; 58 ans - Profession : Cheffe d'entreprise (organisation de mariage) ; Gestionnaire immobilier & Assistante maternelle - Situation conjugale : En instance de divorce ; Célibataire - Type de cancer : Peau - Date de fin des traitements : Fin 2013 - Profession du père des enfants : Dirigeant d'entreprise ; sans activité - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 24 et 30 ans (aînée) et 20 et 27 ans (cadette – atteinte de handicaps physique et mental)

Protocole : Tumorectomie suivie de sept mois d'hospitalisation pendant lesquels a lieu la radiothérapie pendant six semaines qui ont précédé un séjour en centre de rééducation pour réacquiescer la marche.

¹¹⁷ Âge : 32 ans ; 49 ans - Profession : Auxiliaire de puériculture ; Arrêt longue maladie - Situation conjugale : Concubinage (avec un autre homme que le père de son fils) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Février 2006 - Profession du père des enfants : Cadre EDF - Profession du compagnon (pendant le cancer) : Technicien base spatiale - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 7 et 21 ans.

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de chimiothérapie et de radiothérapie.

conflits et oppositions¹¹⁸ sous fond de divorce conflictuel avec l'interrogée. Tant que la jeune femme vit en Île-de-France, les relations avec l'interrogée sont maintenues au moyen d'une visite le week-end. Après son départ pour le sud, Victoria ne reverra sa fille (qui n'a pas la parole), qu'après avoir retrouvé l'usage de la marche, soit plus d'un an après que cette dernière ait changé de région.

5. Quand les soins menés à distance du domicile ne privent pas les mères et leurs enfants de relations : le cas de Francine

Francine constitue un autre cas de figure qui emprunte certains des traits à la situation présentée ci-dessus. Comme Victoria, les traitements contre le cancer l'ont conduite à distance de son foyer où elle vivait avec son fils de sept ans et son compagnon qui n'était pas le père de l'enfant. Avant le cancer, Francine vivait en Guyane. Lorsqu'un cancer du sein lui est diagnostiqué, Francine qui avait de la famille en métropole fait le choix d'y suivre les chimiothérapies. C'est ainsi qu'elle part seule pendant six mois. Pour elle, ce départ pour la métropole est une question de vie ou de mort. « *C'est à vos risques et périls* » de rester en Guyane nous dira l'enquêtée pendant l'entretien. Elle appuie son jugement sur la faiblesse de l'offre de soins en cancérologie dans les départements et régions d'Outre-Mer (DROM), et en particulier de la Guyane¹¹⁹.

¹¹⁸ Selon Victoria, son ex-époux ne souhaitait en rien prendre la tutelle de sa fille que l'interrogée avait seule depuis la majorité de sa fille. Avant ses dix-huit ans, Victoria note qu'elle assurait seule la majeure partie des charges parentales, si ce n'est la partie financière sur laquelle intervenait aussi son ex-époux : « *Je m'en suis occupée pendant vingt ans, beaucoup. Quand je dis « beaucoup » c'est... son papa... son papa travaillait aussi beaucoup, beaucoup, beaucoup mais lui, quand il travaillait, « [il ne] faut rien me demander hein ! [Il ne] faut rien me demander. Par contre, s'[il] y a besoin de prendre une nounou, machin, etc., okay, je paye, [il n']y a pas de problème mais [il ne] faut pas compter sur moi hein !* » (Victoria)

¹¹⁹ Dans un rapport de l'Institut National du cancer (INCa) intitulé *Activité de cancérologie pour les résidents des départements et régions d'Outre-Mer. Période 2011-2014* (2019), on y apprend que : « *En Guyane, l'offre de soins insuffisante se traduit par un nombre important d'évacuations sanitaires. En effet, plus de la moitié des personnes atteintes de cancer en Guyane sont soignées hors de leur département de résidence : près de 5% des patients guyanais sont soignés dans les Antilles et 50,4% sont soignés en Métropole. En Guyane, le lieu de soin varie fortement selon le mode de traitement. La Guyane ne dispose pas de centre de radiothérapie, et donc pas de radiothérapeute. La radiothérapie est donc soit réalisée en Métropole (87%), soit en Martinique (13%) [...]. Aucun établissement guyanais n'est autorisé à pratiquer la chimiothérapie, mais plusieurs établissements de ce territoire sont associés au Centre Léon Bérard de Lyon ; ce qui permet de dispenser une chimiothérapie en Guyane à plus de la moitié des personnes (58%). [...] Par ailleurs, un oncologue médical du Centre Léon Bérard se déplace régulièrement en Guyane (environ. 1 semaine par mois) pour assurer des consultations spécifiques [...]* » (pp. 4-5)

Par ailleurs, dans un article en ligne datant du 2 décembre 2019 pour le magazine *Rose Up*, il est mis en avant que ce département est le premier désert médical français. Un néologisme lui est d'ailleurs spécifique pour rendre compte des conséquences de la pauvreté de l'offre guyanaise en soins oncologiques. Est ainsi apparu le terme « *évasanés* » qui caractérise les personnes en situation d'évacuation sanitaire pour recevoir leurs traitements contre

Toutefois, contrairement à Victoria qui n'a plus été une « *mère du quotidien* » (Weber, 2013) pendant ses protocoles de soins – et qui ne le sera plus ensuite, comme nous le verrons dans la dernière partie de ce manuscrit –, il en fut tout autrement pour Francine qui ne manquera pas de déclarer pendant notre rencontre : « *Quand j[*e*] n' étais pas là, il [son fils] était plus proche de moi* ». À ce stade de notre réflexion, il convient de nous interroger quant à l'accroissement qualitatif des liens cette mère et son enfant en dépit d'une distance entre les deux de sept mille kilomètres pendant six mois. En d'autres termes, à quelles conditions, la distance géographique entre les mères et leurs enfants induites par les traitements ne constitue-t-elle pas un « *péril relationnel* » ?

A. Partir pour son enfant

Jusqu'à ce que ne survienne son cancer, Francine décrit la relation avec son fils sous le jour de la conflictualité (« *on [son fils et elle] a toujours eu un rapport l'inverse de fusionnel... conflictuel !* »). Paradoxalement, c'est de la distance géographique que naîtra leur proximité. L'énoncé « *Quand j[*e*] n' étais pas là, il était plus proche de moi* » prononcé par Francine confirme la thèse de l'anthropologue Andréa De Souza Lobo (2021). Cette dernière a effectué son terrain doctoral entre 2004 et 2005 à Boa-Vista, une île Cap-Verdienne qui tire sa particularité de ses forts taux d'émigration féminins. Rejoignant seules l'Europe pendant la grande partie de leur vie active alors qu'elles sont déjà « *mères d'enfants* », le but de la recherche est de saisir les façons dont se construisent et perdurent les liens entre ces émigrantes et les membres de leur famille restés au Cap-Vert. Pour l'auteure, le sentiment de famille ne tient pas seulement du « *du nom, du sang [et] du quotidien* » (Weber, 2005 ; 2013). Elle soutient la thèse de la perdurance des liens en dépit d'un quotidien qui n'est pas partagé. Pour en faire démonstration, Andréa De Souza Lobo avance de nombreux arguments qui rejoignent ceux mobilisés par Francine. Tout d'abord, elle insiste sur la dimension familiale du projet migratoire. Dans le cas des cap-verdiennes de Boa-Vista, l'émigration sert moins des projets individuels qu'elle ne vise le « *mieux-être* » du groupe familial. Cette première dimension

le cancer. En 2021, la Guyane n'a que deux centres habilités à dispenser des soins en cancérologie. Sur ces deux centres, seul celui de Cayenne propose des traitements contre les cancers gynécologiques. Il est précisé sur le site internet de l'hôpital que ce n'est qu'à partir de 2009 qu'est « *[initié] une prise en charge sur place de certains cancers, en chirurgie viscérale, en gynécologie et en chimiothérapie* », soit quatre ans après que Francine ne fut diagnostiquée de son cancer.

s'applique à Francine. Ainsi, partir seule sans être accompagnée de son fils était une manière de ne pas le rendre spectateur des « *moments douloureux* » liés au cancer et aux effets de ses traitements. Ce n'est pas la seule justification le concernant :

« C'est vrai que tout ça c'est beaucoup beaucoup de réflexions mais face à tout ça, je me suis dit : « Francine, il sera loin d'être le plus malheureux même si tu vas lui manquer c'est sûr ». Il était très fusionnel avec son père donc déjà ça. Ça m'a rassurée mais j'ai dit : « Tu vas gagner vingt/trente années pour profiter de lui. Par contre, tu restes, tu es traitée ici, tu réduis tes chances de t'en sortir ». Donc, je me suis fixée sur ça. Je me suis dit : « Si c'est six mois/un an pour le voir trente/vingt ans... ». Donc quand j'ai mis ça dans ma tête, je pars ! Avec le déchirement, avec les pleurs mais je pars parce que je sais que je vais revenir pour bien des années » (Francine)

Nous l'avons vu, quitter la Guyane pour la métropole est perçu par Francine comme un moyen de « [s']en sortir », de survivre au cancer. Néanmoins, la question de la survie est moins envisagée pour elle en tant qu'être singulier, qu'en tant que mère. Partir « *six mois [ou] un an* » permettrait de « *gagner vingt [ou] trente années pour profiter de [son fils]* », « *pour le voir trente [ou] vingt ans* ». En partageant ces considérations, l'enquêtée donne donc à penser le caractère principalement maternel du « séjour » en Métropole.

B. Garder les liens grâce aux moyens de télécommunication

Dans son travail, Andréa De Souza Lobo souligne également l'importance des moyens de télécommunication dans l'entretien des liens familiaux entre les femmes parties en Europe et les personnes de leur famille restées au Cap-Vert. Dans le cadre de sa recherche, les nouvelles échangées relèvent de commérages au sujet des histoires intimes des hommes de l'Île. À cet égard, Francine s'inscrit une nouvelle fois dans le sillage de l'auteure. L'enquêtée est elle aussi revenue sur la quotidienneté des échanges téléphoniques entre elle et son fils :

« Quand j[en] étais pas là, il était plus proche de moi. Il avait ce besoin de me parler tous les jours au téléphone plusieurs fois : « Maman, je t'aime ». Entre midi et deux chez la nourrice, il fallait qu'il m'appelle hein ! Pour me dire qu'à l'école : « Le garçon, il m'a dit ça donc moi, je lui ai répondu ça. Maman, tu as dit qu'il [ne] fallait pas donner mais si on donne, faut rendre donc moi j'ai rendu », est-ce qu'il a mangé, est-ce qu'il a été à la selle (rires) [...] » (Francine)

Comme pour les femmes de Boa-Vista, les appels téléphoniques entre Francine et son fils qui ont lieu plusieurs fois par jour sont déterminants dans la préservation, dans le rapprochement même de leur relation. La proximité entre la mère et son fils à cette époque se lit dans des expressions comme « *il était plus proche de moi* » mais aussi dans les paroles rapportées et prêtées à l'enfant telles que « *Maman, je t'aime* ». Si le quotidien n'est pas partagé physiquement, il l'est vocalement¹²⁰. Alors même que l'enfant et sa mère sont séparés d'un océan, cette dernière est tenue informée de la vie de son fils dans ses plus infimes recoins d'intimité. Sa scolarité, ses repas et même l'état de son transit sont portés à la connaissance de l'enquêtée par son fils autant qu'il en serait, voire encore davantage que si les deux vivaient ensemble.

Alors que « *[l'enfant] n'a[vait] jamais manifesté de manque [de sa mère]* » et « *qu'il avait [jusqu'à présent un] besoin continuuel d'être avec son père* », la situation se renverse pendant les traitements :

« Quand je l'avais au téléphone [pendant les traitements], il me disait tout le temps : « Maman, tu rentres quand ? ». Donc je lui dis : « Oui mais on m'a dit que tu as été faire du cheval, tu as été faire du squash et tout ». Il me dit : « oui c'était super et tout ! ». Mais souvent, il m'associait à ses activités pourtant quand j'étais là (rires)... mais quand j[e n]'étais pas là, il me dit : « J'ai été faire du squash, c'était bien mais j'ai dit à mon papa, si maman était là, elle aurait voulu faire ça elle aussi ! »... Mais quand j'étais là « Aurevoir maman ! » (rires). C'est pour ça que j'en rigole ! Mais c'est vrai que pendant que j[e n]'étais pas là toutes ses activités, il aurait voulu que je sois là donc c'était une façon de me dire que je lui manque, de me dire que c'était long. Mais alors il y a eu quelque chose... à la fin de l'année de l'école, il m'a dit... il m'a dit : « Maman, c'est dommage, tu [ne] seras pas là pour la fête de l'école. Tu [ne] vas pas voir mon spectacle ». Je lui ai dit : « Mais ton papa, il va filmer, il va me montrer ». Et puis il me dit en me parlant de mon ex [le beau-père de l'enfant], il me dit : « Mais en plus, il m'a dit qu'il va venir donc il va filmer lui aussi mais je vais dire à mon papa de filmer quand même ». Donc ce qui fait que j[e n]'ai pas vu son spectacle d'école et il voulait absolument que je voie son spectacle d'école. Évidemment quand je suis là... il me demandait si je travaillais, il me di[sai]t : « Maman, je peux appeler mon papa parce qu'il y a telle chose à l'école, je vais voir si papa peut venir » (Francine)

Ce passage de l'entretien confirme encore le rapprochement de la relation mère/fils dans la distance (kilométrique) alors que jusqu'à ce que ne survienne le cancer, la proximité des corps

¹²⁰ Ce qui ne peut pas être le cas de Victoria et de sa fille puisque la jeune femme « *n'a pas la parole* ». Pendant son hospitalisation, Victoria n'aura de nouvelles de sa fille que par le biais d'appels téléphoniques passés à son ex-époux et aux personnels du foyer où était prise en charge la jeune femme.

n'entraînait pas nécessairement la même proximité des cœurs. « *[Q]uand [elle] étai[t] là [c'était] aurevoir maman !* » alors que pendant les traitements, le garçon « *[l']associait à ses activités* ». Cette association de l'enquêtée et de son enfant est une nouvelle fois rendue possible par les moyens de télécommunication. Dans cet extrait, sont cités le téléphone et la caméra qui n'étaient pas encore, ou moins, supplantés par l'ordinateur et internet à cette époque (2005). La caméra permet même le renforcement de l'implication maternelle dans la vie de son fils. Son utilisation lors du spectacle de fin d'année ne prend sens que dans l'absence de Francine. Si elle avait été présente, rien ne dit que la prestation de l'enfant aurait été filmée. Ce sera le cas et plutôt deux fois qu'une. Grâce aux caméras du père et du beau-père, Francine aura l'occasion, qu'elle s'en soit ou non saisi, de revoir le spectacle autant que souhaité. Elle n'en aurait pas forcément eu l'opportunité si elle avait été présente et que l'évènement n'avait pas été filmé pour cette raison. Notons que Francine n'était pas réellement absente du spectacle de son enfant. Elle était représentée par son conjoint de l'époque et beau-père de son fils. À y regarder de plus près, la présence du beau-père incarne en effet bien davantage l'enquêtée que lui-même. Lors de cette prestation, le beau-père était avant tout autre rôle, un intermédiaire de l'association de Francine à la vie de son fils par le biais des images qu'il promettait de capturer afin qu'elles soient diffusées à la mère de famille.

C. Se revoir avant le retour définitif au domicile

Enfin, dans son ouvrage, Andréa De Souza Lobo indique que les parcours migratoires sont ponctués de retours au pays, l'été le plus souvent, qui permettent aux liens familiaux de perdurer. Une nouvelle et dernière fois, Francine s'inscrit dans ce qui a été relevé par l'auteure :

« Novembre 2006 et j'ai commencé la radiothérapie à la mi... le 15 décembre. Le 15 décembre, et le papa me disait... le père me disait que même s'il [leur fils] ne le dit pas mais il pense qu'il a besoin d'être avec moi et que maintenant, il le sait [pour le cancer] donc il va lui prendre un billet pour qu'il puisse rentrer. Et j'ai demandé... parce qu'à nouveau, j'avais demandé... parce que la deuxième phase, j'ai voulu ce qu'il y a de mieux pour moi. Toute la partie chimio, j'ai été chez ma cousine pendant six mois. Et quand je suis rentrée en radiothérapie, c'était mieux pour moi parce que j'avais une radiothérapie tous les jours et comme à [l'hôpital], ils ont l'hôtel Campanile qui est sur le site et c'est un hôtel qui est mis à disposition pour les soignants, donc j'ai demandé, j'ai été voir le service social et j'ai demandé à ce que je sois mise là [...]. [E]t j'ai demandé si je pouvais recevoir et ils m'ont dit que « oui », qu'il y avait juste le petit-

déjeuner à payer si c'était un enfant de moins de quinze ans. Donc j'ai appelé le papa et je lui ai dit : « Okay, tu peux le faire venir ». Et effectivement, quand il est rentré, on a fait deux petits jours ensemble. Alors pour lui, c'était un jeu parce qu'il y avait une petite voiture qui venait me chercher et beaucoup de neige donc tous les matins, il était devant l'hôtel et il disait : « Maman, elle arrive la voiture ! ». Il faisait le stop, il ouvrait la fermeture, c'était une petite voiture électrique et il ouvrait la fermeture pour moi et il me disait : « Entrez madame ! » (rires)
(Francine)

À l'image des émigrantes de Boa-Vista et des membres de leur famille, les liens entre Francine et son fils ont aussi été entretenus au moyen de contacts physiques, à ceci près que le voyage n'a pas été effectué par l'enquêtée mais par son fils depuis la Guyane vers la métropole. Leurs retrouvailles ont été de courte durée car elles n'ont duré que « deux petits jours » mais n'en ont pas moins été « de qualité ». Francine évoque « un jeu » et adopte un ton rieur lorsqu'elle revient sur le souvenir de ce week-end. La convivialité du moment est également marquée par le renversement de la « hiérarchie des tailles » (Singly (de) et Ramos, 2010, p. 14). Lors de ces « deux petits jours », le garçon n'est plus prioritairement « petit » et « fils de ». Il est un « grand » qui offre ses services de voiturier à sa mère qui est humoristiquement devenue et appelée par son fils « Madame ». L'affirmation de l'enfant ne passe plus à ce moment par sa place d'enfant et de fils. C'est dans cette distance aux statuts qu'émerge et que prime un « nous » familial constitué de l'enquêtée et de son fils. Comme le notent François de Singly et Elsa Ramos (2010) :

« Le passage du sentiment d'être « chez ses parents » au sentiment d'être « chez nous » dépend d'un mode spécifique de reconnaissance des membres de la famille les uns par les autres. La famille, même moderne, ne fonctionne pas toujours sous le mode démocratique [Fize, 1990] : à certains moments, on le voit avec les exigences scolaires, les parents se situent très explicitement dans un rapport inégal avec les enfants, alors qu'à d'autres moments, ils se comportent différemment. Il ne s'agit pas, pour autant, d'une indifférenciation des individus, il s'agit d'une possibilité pour chacun de s'affirmer autrement que par la place dans la famille » (Ibid., p. 15)

La convivialité de ce court moment s'ajoute à tous les autres éléments détaillés dans cette partie – la dimension maternelle du départ vers la métropole, les appels téléphoniques quotidiens pendant lesquels se partage l'intimité et l'association de la mère aux activités de son enfant – a grandement participé à construire la proximité relationnelle dans et en dépit de la distance géographique entre l'enquêtée et son fils lors des traitements contre le cancer.

Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, nous avons affiné encore notre résultat de thèse. Dans le chapitre précédent, nous avons avancé l'idée que le cancer peut renforcer les relations entre les mères qui en sont atteintes et leurs enfants. Trois arguments soutiennent ce point. Tout d'abord, il s'agit d'une maladie chargée de représentations individuelles et sociales empruntées d'émotivité. Deuxièmement, pendant les traitements contre le cancer, mères et enfants sont amenés à partager plus de « *moments communs* » (*Ibid.*, 2010) qu'ils ne le faisaient auparavant. Enfin, la maladie, les traitements et leurs effets peuvent s'accompagner d'un accroissement du fait de parole entre les mères et leurs enfants.

En dépit de ces éléments mentionnés, il convient de noter que les relations entre les mères atteintes d'un cancer et leurs enfants ne se rapprochent pas nécessairement durant les soins. Pour qu'un rapprochement relationnel entre les générations soit effectif, encore faut-il que les mères remplissent deux conditions. D'une part, elles doivent se reconnaître et être reconnues par leurs enfants comme « *malades* ». Ce statut de « *malade* » s'adosse à trois aspects. Le premier relève de l'arrêt de la vie professionnelle pendant les traitements. Le deuxième revient à « *ne pas avoir de tabous* » (*Hélène*) sur la maladie, les traitements et leurs effets. « *Ne pas avoir de tabous* » consiste à dire et à montrer aux enfants tout ce qui est relatif au cancer. Enfin, pour être reconnues comme « *malades* », il revient aux mères de faire valoir les effets physiques et psychologiques des traitements auprès de leurs enfants. Cependant, « *être malade* » est une condition nécessaire mais pas suffisante pour aboutir à un resserrement des relations intergénérationnelles. Pour atteindre cette « *issue* », les mères doivent poursuivre un exercice – même très réduit, même à distance – de leur parentalité pendant leurs soins. Autrement-dit, elles doivent continuer à être des figures du « *quotidien* » (*Weber*, 2013) qui peut néanmoins échapper sous l'effet du cancer et de ses traitements. Nous avons ainsi montré que des effets secondaires nombreux et intenses des chimiothérapies et/ou des soins menés à distance du domicile peuvent venir compromettre cette dimension de la parentalité pourtant nécessaire pour que les enfants et leur mère se rapprochent pendant la maladie.

Conclusion de la première partie

Dans cette première partie, nous avons établi notre thèse qui est la suivante : la période des traitements du cancer est un moment propice à ce que les relations entre les mères et leurs enfants gagnent en proximité. Ce rapprochement relationnel doit à plusieurs éléments.

Dans le premier chapitre, nous avons commencé par montrer que le duo mère/enfants prend encore plus de place pendant le cancer que ce qu'il en était avant car cette maladie est propice à une déstabilisation des relations entre les conjoints. En outre, d'un point de vue parental, les relations entre les pères et leurs enfants sont marquées par un renforcement des dimensions traditionnelles – économiques et autoritaires – de la paternité. Ces deux points offrent donc un espace encore plus large qu'il n'était déjà pour que les mères aient le monopole sur les ressorts relationnels de la parentalité.

Dans le deuxième chapitre, nous avons défendu que le cancer renforce encore tous les aspects relationnels de la maternité. Tout d'abord, individuellement et socialement, le cancer est chargé de représentations qui empruntent au registre du drame que la présence d'enfants a pour effet d'accentuer. Ensuite, les traitements qui sont le plus souvent associés à un arrêt de la vie professionnelle des femmes amènent les enfants et leur mère – qui étaient actives occupées au moment du diagnostic – à partager l'espace familial comme ils ne l'avaient jamais fait jusque-là. Enfin – et peut-être surtout – le cancer favorise le fait de parole entre les mères et leurs enfants. En tant que maladie visible lorsqu'elle se vit au féminin, le cancer ne saurait se passer de justifications auprès des enfants. Si les mots utilisés pour parler du cancer varient en fonction des mères et laissent apparaître des conceptions variées de l'enfance, aucune n'a fait silence autour de la maladie et de ses conséquences possibles, des traitements et de leurs effets. Surtout, nous avons montré que le cancer amène les mères à aborder avec leurs enfants, souvent de façon inédite, des sujets dits « graves » telle que la mort et/ou qui touchent à « l'intimité » des premières.

Le cancer est donc une expérience tout à fait propice pour que les enfants deviennent ou soient encore plus « *autrui significatifs* » de leur mère qu'ils ne l'étaient déjà. Toutefois, dans le troisième chapitre, nous avons convenu que pour les mères et leurs enfants se rapprochent (encore davantage), deux conditions doivent être réunies. Tout d'abord, les mères doivent, en dépit des effets des traitements, continuer à « *être [des] mère[s] du quotidien* » (Weber, 2013). Il leur revient ensuite de se faire reconnaître et d'être reconnues par leurs enfants comme « *malades* », ce qui ne va pas forcément de pair avec le fait d'avoir un cancer. Le statut de

« *malade* » s'adosse à trois aspects. Le premier relève de l'arrêt de la vie professionnelle pendant les traitements. Le deuxième revient à « *ne pas avoir de tabous* » (*Hélène*) sur la maladie, les traitements et leurs effets. « *Ne pas avoir de tabous* » consiste à dire et à montrer aux enfants tout ce qui est relatif au cancer. Enfin, pour être reconnues comme « *malades* », il revient aux mères de faire valoir les effets physiques et psychologiques des traitements auprès de leurs descendants. Si « *être malade* » est une condition nécessaire pour aboutir à un resserrement des relations intergénérationnelles, elle n'est cependant pas suffisante. Pour atteindre cette « *issue* », les mères doivent poursuivre un exercice – même très réduit – de leur parentalité pendant leurs soins. Autrement-dit, elles doivent continuer à être des figures du « *quotidien* », des « *mères du quotidien* » (Weber, 2013). Ce « *quotidien* » (*Ibid.*) peut néanmoins échapper sous l'effet du cancer et de ses traitements. Nous avons ainsi montré que des effets secondaires nombreux et intenses des chimiothérapies et/ou des soins menés à distance du domicile peuvent venir compromettre cette dimension de la parentalité pourtant nécessaire pour que les enfants deviennent ou soient « *encore plus* » « *autrui significatifs* » pour leur mère pendant la maladie.

Partie II. Les relations entre les mères et leurs enfants pendant le cancer

La deuxième partie de ce manuscrit est intitulée « *Les relations entre les mères et leurs enfants pendant les traitements* ». Elle se compose de deux chapitres dans lesquels nous donnerons forme aux relations qu'entretiennent les mères et leurs enfants pendant les traitements du cancer.

Dans le chapitre IV. « *Les relations entre les mères et leurs enfants pendant les traitements du cancer : penser les formes d'enfants « autrui significatifs » en perspective de leur genre et de leur âge* », nous nous intéresserons aux relations intergénérationnelles qui se rapprochent. À cette occasion, nous montrerons que la proximité relationnelle intergénérationnelle durant les protocoles ne s'incarne pas de la même façon en fonction du genre et de l'âge des enfants.

Dans le chapitre V. « *Perdre en qualité de relation avec ses enfants pendant les traitements du cancer* », nous nous pencherons sur les relations entre les mères et leurs enfants qui se détériorent pendant les soins. Nous verrons que lorsque le cancer survient dans les premiers temps de l'existence des enfants, la maladie ou plutôt les effets de ses traitements, peuvent empêcher les mères et les nourrissons d'entrer en relation. En revanche, quand les enfants sont adolescents, la dégradation des relations est relatée comme la conséquence de possibles entraves à l'individualisation amenées par le cancer. En étant plus présentes chez elles pendant les traitements, les mères peuvent en effet être incitées à exercer un contrôle plus accru des sorties et de la scolarité de leurs (grands) enfants. Ce faisant, elles participent à les « enfermer » dans des statuts de « *filles/filles de* » et/ou « *d'élèves* » qui ne sont pas les plus prisés par les jeunes à compter de leur entrée au collège (Singly (de), 2006).

Chapitre IV. Les relations entre les mères et leurs enfants qui se rapprochent pendant le cancer : penser les formes d'enfants « *autrui significatifs* » en perspective de leur genre et de leur âge

« Avec ma fille qui me renvoyait une image de moi très positive, elle trouvait que ça m'allait drôlement bien et elle me le disait mais tout le temps quoi ! Elle dit : « Ça te va super bien ! » [...]. Alors je mettais des grosses boucles d'oreille, je mettais du rouge à lèvres... vraiment, ça m'a changée... et son regard a été super important. Je dirais que c'était presque... plutôt que de l'aide matérielle et bah ça, ça valait tout l'or du monde, le fait qu'elle soit tout le temps positive [...] » (Marielle)¹²¹

¹²¹ Âge : 47 ans ; 51 ans - Profession : Professeure des écoles - Situation conjugale : Concubinage (avec un autre homme que le père de sa fille) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mars 2018 - Profession du père des enfants : Sans profession ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 14 et 18 ans.

Protocole premier cancer : Tumorectomie sans mastectomie suivie de radiothérapie.

Protocole deuxième cancer : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Dans ce premier chapitre de notre deuxième partie, nous nous intéresserons aux relations entre les mères et les enfants qui se sont rapprochées sous l'effet du cancer. Dans la partie précédente, nous avons montré que pour que mères et enfants se rapprochent pendant les traitements, deux conditions devaient être réunies : continuer à être « *une mère du quotidien* » (Weber, 2013) pendant les soins tout en étant « *malade* ». « *Avoir un cancer* » ne signifie pas nécessairement « *être malade* ». Sont « *malades* » et considérées comme tel par leur entourage, les femmes qui ont interrompu leur vie professionnelle pendant les soins, qui n'ont pas eu de « *tabous* » sur le cancer et les traitements et qui ont fait valoir leurs effets auprès de leurs enfants. Lorsque les mères que nous avons interrogées ont « rempli » ces deux prérequis, les liens – dans leur dimension affinitaire – intergénérationnels se sont renforcés. Reprenant le vocable utilisé depuis le début de ce manuscrit, leurs enfants sont devenus ou ont été encore plus « *autrui significatifs* » qu'ils ne l'étaient déjà avant la survenue du cancer. Dans ce chapitre, nous nous attacherons à distinguer différentes formes d'enfants « *autrui significatifs* ». Nous verrons qu'en fonction de leur genre et de leur âge, les enfants ne sont pas « *autrui significatifs* » de la même façon auprès de leur mère. Les filles qui se sont rapprochées de leur mère sont évoquées sous les ressorts du soin médical et de l'esthétisme. Dans ce chapitre, lorsque nous y ferons allusion, nous les nommerons respectivement « *infirmières* » et « *esthéticiennes* ». Quand ils sont en bas-âge – dès lors qu'ils ont la capacité de parler jusqu'à l'entrée au collège – ou qu'ils sont les plus petits d'une fratrie – et cela indépendamment de leur âge –, les enfants avec qui les relations se sont renforcées pendant les protocoles sont convoqués dans les récits maternels à travers deux figures. La première que nous avons nommée « *le philosophe* » renvoie au fait de « *dédramatiser* » (Hélène¹²²) le cancer et les effets de ses traitements. Cette *dédramatisation* appelle à des représentations qui entourent l'enfance. Celles-ci reposent sur des attentes différenciées relatives au genre des enfants. Ainsi, la *dédramatisation* qui emprunte au registre humoristique est tantôt rattachée à l'immaturation des garçons – « *petits* » et « *grands* » –, tantôt reliée à l'innocence des filles lorsqu'elles sont en bas-âge. Les plus jeunes enfants reviennent également sous les traits d'enfants que nous appellerons « *attentionnés* ». Les « *attentionnés* » sont loués par leur mère pour leurs « *petites attentions* » (Sonia¹²³), ainsi que pour le souci qu'ils

¹²² Âge : 34 ans ; 40 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Divorcée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Octobre 2013 - Profession du père des enfants : NC - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 6 et 11 ans (aînée) ; 3 et 8 ans (cadette).

Protocole : Tumoréctomie avec mastectomie précédée d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

¹²³ Âge : 43 ans ; 46 ans - Profession : Avocate libérale ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Octobre 2015 - Profession du père des enfants : Directeur grands comptes ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 11 et 13 ans (aîné) ; 8 et 10 ans (cadette).

manifestent à ne pas ajouter de la fatigue et des douleurs à celles déjà existantes. À l'autre bout de l'échelle des âges, les « grands » enfants qui se sont rapprochés de leur mère ont été vantés pour leur investissement majeur pendant les traitements. Les concernant, deux figures peuvent être détachées : « *le maître de maison* » et « *le chauffeur* ». Pendant les soins maternels, le « *maître de maison* » est amené à prendre en charge l'ensemble du travail domestique du foyer. Le « *chauffeur* », quant à lui, sous réserve qu'il soit en conduite accompagnée (ou supervisée) ou qu'il ait son permis de conduire, s'investit dans les transports. C'est lui que l'on retrouve à accompagner sa mère pour ses différents rendez-vous médicaux. L'investissement des « *maîtres de maison* » et des « *chauffeurs* » est bien accueilli par les enquêtées en tant que mères. Cependant, nous verrons dans la dernière partie de chapitre, qu'elles sont plus réservées quand il s'agit de penser les implications conjugales, ainsi que les conséquences que ces deux formes « *d'enfants autrui significatifs* » peuvent avoir sur les projets personnels des jeunes à l'aube de leur vie d'adultes.

I. « *Enfants autrui significatifs* » mais pas « *enfants aidants* »

Dans cette première partie de chapitre, nous nous attacherons à montrer que les enfants qui sont « *autrui significatifs* » de leur mère pendant ses traitements ou qui l'ont été encore davantage ne sont pas tous intervenus auprès d'elle de la même façon. Ainsi, en fonction de leur genre mais aussi de leur âge, les enfants ne sont pas les mêmes « types » « *d'autrui significatifs* ». Dans les entretiens, tandis que les garçons n'apparaissent dans un aucun « rôle » qui serait spécifique à leur masculinité, il n'en est pas de même pour les filles. À cet égard, ces dernières sont évoquées par leur mère dans des dimensions qui demeurent attachées à la féminité tels que le soin et l'esthétisme (Buscatto, 2014).

Dans les travaux qui portent sur des enfants concernés par une situation de dépendance parentale – en raison d'un handicap ou d'une maladie –, notamment ceux réalisés par le sociologue Cyril Desjeux et par l'anthropologue Mylène Chambon (2023), il est question du concept « *d'aidant* », en témoigne le titre de leur article : « Jeunes aidants. Formes d'aide et relations familiales ». Si le genre n'est pas central dans le propos des auteurs, la variable d'âge l'est davantage. Dans leur papier, il apparaît qu'à mesure de l'avancée en âge, les enfants sont mobilisés auprès de leur parent dépendant dans des tâches qui supposent plus de complexité. Nous y reviendrons mais nous retrouvons ce point dans nos entretiens. Suivant le vocabulaire des deux chercheurs, les enfants en bas-âge fournissent une « *aide discrète* » tandis que les plus âgés sont plus présents dans « *l'aide directe* » ou dans « *l'aide indirecte* ». « *L'aide discrète* » s'oppose aux « *aides directes et indirectes* ». La première forme « *d'aide* » (« *l'aide discrète* ») consiste à adopter une « *posture d'enfant modèle* » (*Ibid.*, p. 136) dont le comportement ne suscite ni gêne, ni inquiétude parentale. Cette forme « *d'aide* » renvoie donc moins à des actions effectuées par les enfants qu'à des savoir-être qu'ils développent dans un contexte familial marqué par la dépendance d'un parent. Les autres types « *d'aides* » (« *directes et indirectes* ») mises en exergue par le sociologue Cyril Desjeux et l'anthropologue Mylène Chambon relèvent quant à elles de pratiques effectives. Ainsi, « *l'aide directe* » s'appuie sur des faits qui compensent « *ce que la personne en situation de handicap ne peut pas faire, voir ou entendre par elle-même* » (*Ibid.*, p. 136). S'agissant de « *l'aide indirecte* », les usages qu'elle recouvre sont moins destinés uniquement au parent dépendant qu'à l'ensemble du groupe familial. Ainsi en va-t-il par exemple de la réalisation des tâches domestiques qui profite au parent atteint d'une maladie ou porteur d'un handicap mais également au reste des membres du foyer. Comme nous le montrerons dans la troisième partie de ce chapitre, nous retrouvons toutes ces différentes

formes « d'implication » des enfants auprès de leur mère pendant les soins. Toutefois, nous nous distinguons des auteurs concernant le choix « *d'aidants* » pour qualifier les enfants des femmes que nous avons interrogées. Pourquoi ce choix ?

Pour répondre à cette question, deux arguments doivent être soulevés. Tout d'abord, alors que ce concept est passé dans le langage courant, aucune des enquêtées n'y a pourtant fait allusion lorsque nous les avons rencontrées. À notre sens – et cela nous amène à notre deuxième justification –, l'absence de ce terme dans les entretiens est à relier à la disjonction entre la dimension relationnelle contenue dans les liens entre les mères et leurs enfants et celle du devoir voire de la contrainte que sous-tend la relation entre aidant et aidé (Weber, 2010). Dans une typologie élaborée par Florence Weber *et al.* (2012), les aspects contraignants qui justifient la relation entre aidant et un parent dépendant sont on ne peut plus clairs. Elles font ressortir trois types d'aidants : « *le parent piégé* », « *le proche désigné* » et « *les aidants assignés* » (Weber *et al.*, 2012 ; Giraud *et al.*, 2019). « *Piégé* » ou « *assigné* », « *l'aide* » apportée se justifie par l'obligation alimentaire – portée seule dans le cas du « *parent piégé* » ou collectivement pour les « *aidants assignés* » – prévue entre parents. Quant au « *proche désigné* », s'il n'est pas concerné par l'obligation alimentaire susmentionnée, son action auprès d'un membre de son entourage – familial, amical ou de son voisinage – repose sur « *un principe d'assistance à personne en danger* » (*Ibid.*, 2012 ; 2019). En outre, comme le souligne Florence Weber (2010), « *les professionnels des institutions de la dépendance partagent, en effet, un ensemble de normes psychologiques et morales qu'ils ne se privent pas de manifester, en discours et en pratique, aux proches de personnes dépendantes* » (p. 148). Dans ce que nous venons d'écrire au sujet des aidants qui interviennent auprès d'un proche, la question de l'affection voire de l'amour n'intervient jamais. Or, dans nos entretiens, ce sont précisément ces motifs qui sont mis en avant par les mères pour justifier l'implication de leurs enfants à leurs côtés pendant les traitements :

« Il est [était] content de rendre service, de pouvoir le faire. De pouvoir le faire, il était content. Il me disait : « [Ne] t'inquiète pas, je vais le faire, je vais les accompagner [sa sœur et son frère], je vais faire les courses ». Donc pour ça, il était très très... enfin c'est un garçon qui est très très bon, qui a très bon cœur. Il a toujours été très dévoué enfin très attentif à l'autre et du coup, là, il voyait que j'avais besoin et du coup, il [n']a jamais rechigné » (Laurence¹²⁴)

¹²⁴ Âge : 48 ans ; 53 ans - Profession : Ingénieure ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Fin 2015 - Profession du père des enfants : Ingénieur - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et M - Âge des enfants : 18 et 23 ans (aîné) ; 14 et 19 ans (cadette) et 9 et 14 ans (benjamin). Protocole : Tumoréctomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie combinée à une thérapie ciblée et à de la radiothérapie puis à de l'hormonothérapie.

Au moment de ses traitements contre le cancer, Laurence est la mère d'un garçon tout juste majeur et d'un autre âgé de 9 ans. Sa fille a quant à elle 14 ans. Dans l'extrait d'entretien ci-dessus, elle évoque son fils aîné qui pendant les soins de sa mère s'est quelque fois chargé de faire les courses ou d'accompagner son frère et sa sœur dans leurs déplacements lorsque sa mère n'était pas en capacité physique de le faire. Ici, il n'est jamais question de quelconque obligations morales ou légales qui régissent l'attitude du garçon. Bien au contraire, c'est le volontariat (« *rendre service* », « *il était content* ») et les qualités de cœur du jeune homme (« *très très bon* », « *très bon cœur* », « *très dévoué* », « *très attentif à l'autre* ») qui sont mises en avant dans le récit maternel. Derrière ce portrait dithyrambique, sont davantage soulignés les ressorts affectifs, relationnels de « l'aide » apportée par les enfants que les dimensions coercitives – bien que pas forcément inexistantes. Dans le récit de Laurence le registre de la contrainte s'efface devant celui de l'amour et de la (très) bonne qualité de la relation qui l'unit à son fils. C'est pourquoi nous faisons le choix de continuer à évoquer « *les enfants autrui significatifs* » plutôt que les « *enfants aidants* ». Tandis que c'est le devoir qui prévaut dans l'implication des « aidants » auprès d'un proche dépendant, c'est au nom de l'amour et d'une « *relation si particulière* » (Laurence) que s'investissent les enfants auprès de leur mère atteinte d'un cancer. Aussi, convient-il mieux de recourir au concept « *d'autrui significatif* » qui permet – comme nous l'avons longuement vu en première partie de ce manuscrit – de spécifiquement penser les relations sociales dans leurs « particularités affectives » mises en avant par Laurence et par les autres enquêtées que nous évoquerons dans ce chapitre.

II. Les enfants « *autrui significatifs* » en perspective du genre

Une fois ces précisions sémantiques effectuées, venons-en maintenant au cœur de notre propos. Après avoir montré que le concept « *d'autrui significatif* » s'appliquait particulièrement bien aux relations entre les mères et leurs enfants pendant le cancer, arrêtons-nous désormais sur les différentes façons dont les enfants sont « *autrui significatifs* » pendant les soins maternels. Ces « *façons d'être* » portés dans les discours des femmes que nous avons interrogées varient considérablement en fonction du genre et de l'âge des enfants. Nous nous intéresserons d'abord à la première variable. Il est ainsi tout à fait frappant de remarquer que si rien n'est revenu comme étant spécifiquement en lien avec le genre masculin des enfants, il n'est pas de même pour les filles. Pour elles, deux façons d'être « *autrui significatifs* » de leur mère semblent être très spécifiquement rattachées à leur féminité. Pendant les entretiens, quel que soit l'âge des filles – petites et grandes – elles ont été à maintes reprises valorisées pour ce qu'elles avaient apporté à leur mère dans les dimensions du soin. Cette considération nous a amenées à élaborer une première forme « *d'enfant autrui significatif* » que nous avons nommée « *l'infirmière* ». La deuxième, « *l'esthéticienne* », relève d'un investissement des filles dans la sphère de l'esthétisme que les effets des traitements ne sont pas sans toucher. Dressons maintenant les contours de ces deux « figures ».

1. L'infirmière

Quel que soit son âge, *l'infirmière* – qui est nécessairement une fille – est une enfant qui prend une part active dans les soins en lien avec le cancer qui sont menés à domicile, comme par exemple, les deux filles d'Hélène âgées de trois et six ans et la fille de Marielle qui avait quinze ans lors du cancer. La première enquêtée mentionne explicitement le métier d'« *infirmière* » pour catégoriser l'investissement de ses filles à ses côtés lors des protocoles : « *elles ont joué à l'infirmière, elles adoraient d'ailleurs* » (Hélène). Que font les infirmières auprès de leur mère ? Dans les entretiens, les « *enfants-infirmières* » interviennent le plus souvent lorsque les « vraies » infirmières effectuent les visites à domicile que certaines enquêtées peuvent avoir après les opérations. Ainsi, interrogée, sur les « missions » de ses filles, Hélène répond :

« L’infirmière [professionnelle] venait tous les jours à domicile pour changer les pansements plus le drain parce que j’avais quand même un drain en sortant et bah l’infirmière avait préparé pour elles des petits ciseaux etc. et ouais, elles ont nettoyé ma cicatrice. J[’e n]’étais pas du tout mal à l’aise, c[’e n]’était pas choquant » (Hélène)

Pansements, nettoyage des cicatrices sont autant de tâches qu’ont effectué les filles d’Hélène pendant les traitements contre le cancer. Intervenant activement et directement sur le corps de leur mère, l’implication de « l’infirmière » peut parfois être moins directe comme en atteste l’exemple de la fille de Marielle. Comme les filles d’Hélène, l’adolescente a tenu à être présente à chaque visite effectuée à domicile par une infirmière. Si elle n’a pas pansé, ni nettoyé les cicatrices de sa mère, la jeune fille s’est en revanche manifestée sur d’autres plans du soin. À plusieurs reprises lors des protocoles, la fille de Marielle a effectué des rappels à sa mère pour que cette dernière n’oublie pas d’appliquer les crèmes qui lui avaient été prescrites à la suite de brûlures causées par les radiothérapies. Elle y revient ici : *« des moments où j’étais brûlée avec la radiothérapie donc elle m’a vue souvent me mettre des crèmes... alors des fois, elle me le rappelait aussi. Elle me disait : « Maman, tu as mis ta crème ? » ou « Maman... » » (Marielle)*. De ce paragraphe, au moins deux éléments doivent être mis en discussion. Tout d’abord, nous pouvons nous interroger quant à l’implication des seules filles sur cet aspect qui tient du soin. Ensuite, à comparer les récits d’Hélène et de Marielle, il apparaît que l’avancée en âge n’est pas corrélée à un plus fort – du moins à un plus complexe – degré d’investissement des enfants dans les soins. Ainsi, tandis que les filles d’Hélène ont été des *infirmières* au contact direct du corps de leur mère, il n’en a pas été de même pour l’adolescente de Marielle dont les fonctions se sont « limitées » à assister aux soins de l’infirmière professionnelle et à faire des rappels à l’ordre sanitaire à sa mère. Répondons tour à tour à ces questions.

Pourquoi ne retrouvons-nous que des « infirmières » et non des « infirmiers » parmi les enfants des femmes qui ont constitué notre corpus ? Comme nous l’avons vu, qu’il s’agisse des filles d’Hélène ou de celle de Marielle, la figure « d’infirmière » met le corps maternel à la vue – quand ce n’est pas au toucher – des enfants. Or, *« la régulation du corps et des émotions circule donc surtout entre femmes, entre mère et fille » (Ansellem-Mainguy, 2006, p. 53)*. Il n’est ainsi donc pas étonnant de ne pas retrouver de garçons quand il s’agit de penser la maladie dans ce qu’elle engage le corps... et plus encore quand il s’agit d’en prendre soin. Si ce point ne suscite guère d’étonnement du/de la sociologue, un autre peut en revanche paraître plus surprenant. Dans la littérature qui porte sur les enfants qui interviennent auprès de leurs parents en situation de dépendance (Desjeux et Chambon, 2023), il apparaît que *« plus l’enfant grandit, plus la charge [de tâches effectuées] peut devenir importante » (p. 140)*. Cette proposition de théorie

ne rencontre pourtant pas son application empirique lorsqu'il s'agit de comparer les situations des filles d'Hélène d'une part, et celle de la fille de Marielle d'une seconde part. En effet, les deux petites filles sont pleinement engagées dans les soins – elles pansent et nettoient les cicatrices de leur mère – alors que l'adolescente est plus en retrait. Elle assiste aux soins dispensés par une professionnelle et effectue des rappels. En revanche, jamais elle n'a directement prodigué d'actes médicaux sur le corps de Marielle. « Être une infirmière » en bas-âge (les filles d'Hélène) ou plus âgée (la fille de Marielle) n'implique pas les mêmes logiques. La forte implication des filles d'Hélène doit être remise en perspective de leur âge. L'investissement de ces dernières est peut-être d'autant plus fort que les « soins » apportés à leur mère sont moins perçus dans une dimension médicale que comme un jeu particulièrement appétent dans les premières années de l'existence des individus. À ce sujet, il n'est pas anodin qu'en nous présentant ses filles comme « infirmières », Hélène ait fait référence au verbe « jouer ». Pendant les traitements, ses filles n'ont pas été réellement des infirmières, « elles ont joué à l'infirmière » (Hélène). D'ailleurs, elle fera référence au jeu à d'autres reprises dans son entretien comme dans ce passage : « j'ai mis une prothèse capillaire et du coup, mes filles bah c'était... voilà elles étaient super contentes parce que voilà, je les ai même surprises plusieurs fois en train de se coiffer avec la perruque voilà... » ou encore : « bon elles ont vu ma cicatrice, même après quand j'ai eu des prothèses amovibles, elles se les collaient sur elles, je voulais mettre ma prothèse amovible, elle était dans leur chambre enfin bon... voilà parce qu'à l'époque, enfin y a pas si longtemps que ça, y avait des prothèses qu'on collait après l'intervention pour avoir un petit peu de volume dans son décolleté ». Dans ces propos, il semble que le cancer – et par-delà lui, le corps de la mère qui en est porteur – peut constituer un « terrain de jeu » pour les enfants. Cette idée est d'ailleurs très joliment exprimée par Francine¹²⁵ dont le fils était âgé de sept ans quand elle mentionne : « c'est peut-être parce que je me suis toujours montrée forte, je me suis toujours montrée positive. [Pendant le cancer] tout était dérisoire, tout était sous la rigolade... c'était Titeuf! ». La dimension ludique se retrouve ici dans la mention qui est faite au personnage Titeuf créé en 1992 par le dessinateur ZEP, de son vrai nom Philippe Chapuis. Très apprécié dans la culture enfantine – et plus largement populaire – Titeuf demeure attaché dans les esprits des personnes qui ont suivi ces

¹²⁵ Âge : 32 ans ; 49 ans - Profession : Auxiliaire de puériculture ; Arrêt longue maladie - Situation conjugale : Concubinage (avec un autre homme que le père de son fils) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Février 2006 - Profession du père des enfants : Cadre EDF - Profession du compagnon (pendant le cancer) : Technicien base spatiale - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 7 et 21 ans. Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de chimiothérapie et de radiothérapie.

aventures – en bande-dessinée et/ou en dessin-animé – à de forts ressorts humoristiques. Aussi, lorsque Francine déclare que le cancer « *c'était Titeuf* », elle donne à penser des dimensions du cancer moins tragiques – qui lui sont habituellement associées comme nous l'avons montré en première partie – que joyeuses. Dans les entretiens que nous avons menés, il s'avère que l'implication des enfants est d'autant plus grande que la maladie de la mère est vécue sous le jeu lors de l'enfance, puis de l'humour à l'adolescence. C'est aussi ce que dit Déborah¹²⁶. Pour elle, la maladie « *a été un sujet de rigolade énorme* » avec sa fille de 14 ans qu'elle décrit comme « *[son] mini-moi* », qui l'était déjà avant le cancer et qui l'est tout autant resté pendant. Cet aspect humoristique qui implique les enfants dans la maladie de leur mère, notamment quand il s'agit de « *jouer les infirmières* » (*Hélène*) n'est pas le seul digne d'intérêt. Si le cancer est une occasion pour que les « petites » filles « *[jouent] les infirmières* », une fois devenues grandes, la maladie semble propice à transformer le jeu en une véritable vocation professionnelle plus ou moins bien accueillie par les mères :

Extrait d'entretien n°1 (2020) – Marielle ou l'accueil favorable de la vocation d'infirmière de sa fille :

Marielle : [Il] y avait une infirmière qui venait tous les jours pour me faire des piqûres, quand elle était là, elle voulait venir donc elle venait vraiment avec l'infirmière dans la chambre et elle regardait ce qu'il se passait... alors je vous parlerais peut-être après de son choix de métier par rapport à tout ça peut-être et du coup... voilà donc ça, ça a été la période après l'opération »

[...]

Enquêtrice : Il y a une femme que j'ai rencontrée [en 2018] qui avait sa fille cadette qui avait décidé la même chose, d'être infirmière et elle, elle a très mal reçu cette décision, elle s'en voulait un petit peu. Vous, comment vous avez accueilli ?

Marielle : Pas du tout. Pas du tout, moi, franchement, au contraire, je trouve que c'est vraiment LE métier qui est fait pour elle... enfin, un des métiers qui est fait pour elle parce qu'elle est très sportive aussi donc elle va aussi tenter STAPS mais forcément, c'est un métier tourné vers les autres, ça c'est clair ! »

¹²⁶ Âge : 51 ans ; 52 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juin 2019 - Profession du père des enfants : Chasseur de tête ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 19 et 20 ans (aînée) ; 14 et 15 ans (cadette).
Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie de radiothérapie suivie d'hormonothérapie.

Extrait d'entretien n°2 (2018) – Sylvie¹²⁷ ou l'accueil réservé de la vocation d'infirmière de sa fille :

Enquêtrice : Quand elle [sa fille cadette] vous dit qu'elle veut être infirmière, quelle réaction précise vous avez ?

Sylvie : Bah sur le coup, j'étais sceptique parce que premièrement, je me suis dit : « Est-ce qu'elle veut faire ça à cause de sa sœur qui fait médecine ? ». Sachant qu'entre les deux, [il] y a eu à cette époque-là des relations difficiles. [Il] y a eu des relations difficiles. Ou est-ce que c'est par rapport à moi ? Donc c'était un peu compliqué mais elle a bien argumenté. Je me souviens même de lui avoir dit : « Est-ce que tu peux nous mettre par écrit ? Est-ce que tu peux nous dire, à papa et à moi, pourquoi tu veux faire ça ? ». Et alors, elle nous avait fait une page recto/verso que j'ai gardée. « Je veux faire ça parce que je veux m'occuper des enfants. Les médecins soignent la maladie, les infirmières, les patients ». Enfin vraiment, elle avait fait tout un argumentaire et on l'a laissée faire ce qu'elle voulait et elle a brillamment réussi donc on a bien fait »

Quand le cancer touche des « mères de filles », celui-ci semble propice à faire naître des vocations d'infirmières qui n'ont plus rien d'un jeu. C'est en tout cas ce qu'il ressort des entretiens menés avec Marielle et Sylvie. Toutes deux relient en effet les projets professionnels de leurs filles respectives à la survenue de la maladie quand elles étaient adolescentes. Au-delà de cet aspect, il est par ailleurs tout à fait intéressant de constater que les accueils réservés par les mères aux projets de carrière d'infirmière sont bien différents. Tandis que Marielle se montre d'emblée enthousiaste, il en va tout autrement pour Sylvie. Comme elle le mentionne dans l'extrait d'entretien fourni ci-dessus, elle n'a donné validation à sa fille qu'après que cette dernière n'ait fourni de solides justifications au moyen de la rédaction d'une lettre argumentative. Comment comprendre les deux réactions maternelles opposées ? L'asymétrie qui existe entre Marielle et Sylvie quant aux intentions professionnelles de leur fille doit être reliée à leurs différentes appréhensions de leur statut de malade. Lorsque la fille de Sylvie évoque la possibilité de devenir infirmière, ce n'est pas tant la profession en elle-même qui engendre les doutes de l'interrogée que le poids qu'elle – en tant que malade – peut avoir dans

¹²⁷ Âge : 45 ans ; 56 ans - Profession : Responsable marketing ; Directrice industrielle - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2006 - Profession du père des enfants : Responsable marketing ; Directeur d'entreprise - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 17 et 28 ans (aînée) ; 14 et 25 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

la décision de l'adolescente. Or, rappelons que Sylvie n'a jamais souhaité se faire reconnaître comme « *malade* » d'une quelconque façon auprès de qui que ce soit, et particulièrement auprès de ses filles¹²⁸. Par conséquent, ce n'est que lorsque sa fille cadette est en mesure de « prouver » que ses volontés professionnelles n'ont rien à voir avec le cancer que celles-ci reçoivent les faveurs maternelles. Ces tergiversations ne se retrouvent nullement chez Marielle. Accueillant favorablement l'idée d'être reconnue par sa fille comme « *malade* », la perspective que cette dernière puisse devenir infirmière est au contraire perçue sous un jour positif... quand bien même l'expérience maternelle du cancer soit – ou non – à l'origine des futures occupations professionnelles.

2. L'esthéticienne

« *L'infirmière* » n'est pas la seule figure féminine d'enfant « *autrui significatif* ». Pendant le cancer, les filles ne sont pas seulement engagées auprès de leur mère dans les soins médicaux. Elles sont également présentes dans des sphères relatives à l'esthétisme. Eu égard des effets de la maladie et de ses traitements, ce point n'a rien de surprenant. En effet, pour les femmes, plus encore que pour les hommes, les enjeux esthétiques sont très prégnants, en attestent les travaux d'Alessandra Meidani *et al.* (2020) qui écrit : « *Pour les patientes dans les cas de cancers observés, la dimension esthétique est très vite mise en avant de part et d'autres [du côté des patientes comme de celui des médecins]* » (p. 24) ou encore « *Ainsi, face aux patientes, le vocabulaire de l'esthétisme apparaît plus souvent que celui de la dermatologie ou encore de la perte de poids, essentiellement réservé à la patientèle masculine* » (*Ibid.*). Si en tant que patientes, les conséquences que peuvent avoir le cancer et ses traitements sur l'apparence physique constitue une préoccupation majeure de l'expérience de la maladie, elles apparaissent tout aussi centrales quand il s'agit de penser les membres de l'entourage... féminin. Rappelons-nous¹²⁹ par exemple que la perte des cheveux est un aspect bien plus discuté avec les enfants de sexe féminin qu'avec les garçons. D'ailleurs, – et nous y reviendrons dans les lignes qui suivront –, tandis que les mères sollicitent très rarement leurs fils pour les accompagner se faire raser les cheveux et choisir une perruque, les filles sont bien davantage mobilisées en ce sens. Dans les fratries qui ne sont composées que de garçons, les femmes interrogées se tournent vers

¹²⁸ Cf. chapitre III (partie I. « Avoir le cancer »)

¹²⁹ Cf. Chapitre II (partie III. Le cancer ou l'ajout d'une aire de conversation entre les mères et leurs enfants).

des nièces souvent très proches en âge de leurs propres enfants. Ce fut par exemple le cas d'Annie¹³⁰, mère de deux garçons de 17 et 22 ans au moment de son cancer :

« Bah les cheveux comme vous en parlait, c'est différent parce que j'ai dû dire : « Qu'est-ce que je fais ? » parce qu'il fallait que je choisisse une perruque donc je suis allée avec ma petite nièce qui m'a dit : « Bah écoute, je vais venir avec toi choisir la perruque » (Annie)

Quand les « mères malades » ont des filles, – et ce d'autant lorsqu'elles sont adolescentes – elles sont fortement mobilisées dans les aspects esthétiques. Cette mobilisation peut prendre plusieurs formes. Nous venons d'en parler, dans les premiers moments des traitements – après la première cure de chimiothérapie lorsque s'amorce la chute des cheveux –, il n'est pas rare que les filles soient présentes avec leur mère chez le coiffeur (la coiffeuse). Elles sont également mobilisées dans la figure de conseillères pour guider leur mère dans le choix de perruque qui sera la plus adaptée à ses particularités physiques. Les attributions esthétiques des filles ne s'arrêtent pas à ces seuls éléments, comme le montre ce qui nous a été relaté par Marielle tout au long de son entretien :

Extrait d'entretien n°1 :

« On est parties toutes les deux et en fait, juste à côté, [il] y a un coiffeur qui fait des perruques et un bonnet. [Il y] en a très peu dans... [il] doit y en avoir un autre à [ville des Hauts-de-Seine] et nous, on avait la chance d'en avoir un, c'est là où je me suis fait raser les cheveux aussi donc elle est venue avec moi, on a pris la robe et puis on a choisi ce bonnet un peu corail avec cette grosse rose sur le côté et voilà. Après, elle m'a aidée à trouver un maquillage et elle me dit : « Tu vois maman, ne t'inquiète pas. Même si tu perds les cheveux, tu seras belle ». Voilà donc j'ai mis le truc dans mon sac et nous voilà parties en Suisse. Le baptême tout ça s'est passé avec les cheveux et en rentrant dans le train, je me passe la main dans les cheveux et puis... et puis [il] y a une grosse touffe de cheveux qui m'est restée dans les mains et ça, je l'ai raconté souvent, souvent aux gens, je lui ai dit : « Regarde, ça y est ! ». Elle s'est tournée, elle a pris la touffe de cheveux, elle l'a mis sous le siège, elle m'a regardée et elle a dit : « [Ce n]'est rien ça », terminé. J'étais souflée ! [...] On est rentrées à [ville d'habitation], le lendemain ou le surlendemain... le lendemain, j'ai pris un bain et j'ai mis mes cheveux en arrière et en fait, ils étaient tellement morts, ils se sont tout mélangés, après, je ne pouvais plus les brosser, ni rien et le soir quand

¹³⁰ Âge : 48 ans ; 58 ans - Profession : Informaticienne ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem ; Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2008 - Profession du père des enfants : Banquier ; idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 22 et 32 ans (aîné) ; 17 et 27 ans (cadet).
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie.

elle est rentrée, elle a vu mes cheveux, elle m'a dit : « Oulala maman ». J'ai dit : « Je ne peux plus les brosser, je ne peux plus rien faire ». Je lui ai dit : « Je vais sans doute aller les raser ». Et elle me dit « Oui ». Elle me dit : « C'est une bonne idée. Je viens avec toi ». Donc on est parties et puis on m'a rasé les cheveux et puis voilà. Après, on a regardé encore sur internet toutes les deux, on a choisi des couleurs de bonnets, elle a regardé mes vêtements. Elle me dit : « Oui, avec vêtement, il te faudrait ce bonnet machin ». On en a choisi cinq ou six voilà. Après, ma mère m'a fait tout un tas de bandeaux avec des tissus que j'avais choisis que je rajoutais par-dessus. J[ne] n'ai jamais porté de perruque, j'en ai essayé... c'était horrible ! Vraiment, j'ai refusé catégoriquement. Du coup, j'ai vécu comme ça avec tous ces bonnets et avec ma fille qui me renvoyait une image de moi très positive, elle trouvait que ça m'allait drôlement bien et elle me le disait mais tout le temps quoi ! Elle dit : « Ça te va super bien ! ». Et les gens me le disaient aussi alors je mettais des grosses boucles d'oreille, je mettais du rouge à lèvres... vraiment, ça m'a changée... et son regard a été super important. Je dirais que c'était presque... plutôt que de l'aide matérielle et bah ça, ça valait tout l'or du monde »

Extrait d'entretien n°2 :

« C'est vrai qu'à l'hôpital, ce qu'il y a de très bien c'est qu'ils ont un magazine qui s'appelle Rose et ce magazine quelque part a été un bon médiateur entre ma fille et moi parce que ça m'a permis d'aborder des questions. À chaque fois, à chaque saison... je [ne] sais plus tous les combien de temps, [il] y a un magazine et bah je les laissais beaucoup traîner les magazines et je la voyais souvent qu'elle les feuilletait, qui regardait et on a parlé de beaucoup de choses comme ça. On a parlé du maquillage, on a parlé de cheveux, on a parlé des tatouages parce qu'il y a beaucoup de photos de femmes qui ont des tatouages sur le sein abîmé et c'est vrai, qu'à un moment, j'ai dit : « Bah écoute, pourquoi pas faire un tatouage sur ma cicatrice et tout ? »

Extrait d'entretien n°3 :

« Elle aimait beaucoup me faire les ongles donc elle mettait du produit à base de silicium voilà donc vraiment, souvent, elle me disait : « Maman, tu as mis ton vernis sinon tu vas perdre tes ongles ? ». Alors des fois, elle le faisait » (Marielle)

Au cours de son entretien – et particulièrement dans les extraits livrés ci-dessus – l’enquêtée revient avec émotion et fierté sur l’implication esthétique qu’a fournie sa fille âgée de 14 ans lors des traitements. Marielle vante « *l’aide* » immatérielle de sa fille sur cet aspect. Cette aide immatérielle qui se dit en creux lorsque l’interrogée dit : « *plutôt que de l’aide matérielle et bah ça, ça valait tout l’or du monde* » relève des réassurances qui touchent à l’esthétisme manifestées par la jeune fille à l’égard de sa mère. Cette idée est contenue dans les propos rassurants de l’adolescente qui assure à sa mère que « *même si [elle perd ses] cheveux, [elle sera] belle* » ou encore lorsque la seconde affirme « *son regard [de la jeune fille] a été super important, ça valait tout l’ordre du monde* ». Du côté de l’immatériel, il nous revient également de citer les discussions et conseils délivrés par la jeune fille à sa mère en matière de bonnets/vêtements, de maquillage ou encore des projets de tatouage pour recouvrir les cicatrices laissées par les opérations. Toutefois, même si Marielle, ne le catégorise pas, « *l’aide* » esthétique apportée par sa fille ne relève pas uniquement du « dire » repris sous le nom « *immatériel* ». L’adolescente a été également présente dans les dimensions « matérielles » du faire en accompagnant sa mère se faire raser les cheveux ou en lui appliquant le vernis au silicium sur les ongles afin d’éviter leur chute.

Dans les entretiens que nous avons effectués, les filles, *à fortiori* quand elles sont adolescentes, sont décrites comme spécialistes voire comme plus spécialistes que leur mère en matière d’esthétisme. C’est d’ailleurs de cette compétence qu’elles tirent leur légitimité à intervenir auprès d’elle. D’où les jeunes filles tiennent-elles leurs compétences esthétiques ? Cette question nous amène à explorer deux pistes que nous avons déjà rencontrées : le genre et l’âge. En termes de genre, il apparaît dans les récits maternels que « l’appartenance » à la gent féminine positionne d’emblée les filles comme plus à même d’intervenir – immatériellement ou matériellement – que les garçons dans les dimensions esthétiques. Pour Laure¹³¹, mère d’un garçon de 6 ans et d’une fille de 4 ans lors des traitements, il ne semble ainsi pas faire de doute que c’est le « *côté fille* » qui a poussé sa cadette à se préoccuper de la chute puis de la repousse des cheveux de sa mère après ses traitements. Combiné au genre féminin, l’âge entre également en ligne de compte. L’importance que prend la question des conséquences que le cancer et les traitements peuvent avoir sur l’apparence maternelle sont également reliées à l’entrée dans

¹³¹ Âge : 35 ans ; 37 ans - Profession : Infirmière ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Technicien électroménager ; Idem - Nombre d’enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 8 et 10 ans (aîné) ; 4 et 6 ans (cadette).
Protocole : Tumoréctomie sans mastectomie suivie d’une chimiothérapie et de radiothérapie.

l'adolescence. Cela est explicitement exprimé par Esther¹³² qui confie s'être longuement attardée sur le sujet de la perte de ses cheveux auprès de sa fille de 12 ans car : « *Je pense que... ils sont... à douze/treize ans, ils commencent à être beaucoup dans l'image, l'image qu'ils donnent etc. Elle commençait à vouloir s'habiller, se maquiller un peu, des choses comme ça donc je pense que c'était important pour elle [...]* ». Les propos d'Esther recourent les travaux d'Aurélia Mardon (2010). Pour la sociologue, l'entrée au collège qui correspond aux débuts de l'adolescence coïncide avec une place centrale donnée aux « *pratiques corporelles et vestimentaires* » (p. 39). Concernant les filles, l'auteure montre qu'à partir de la sixième s'amorce un processus de sexualisation de leur apparence physique qui peut s'accompagner de tensions voire de conflits entre les filles et leurs parents :

« *En ce qui concerne les filles, c'est surtout la transgression de normes de la décence vestimentaire qui pose problème. L'usage de vêtements tels que les strings, les pantalons taille basse ou les chaussures à talons est en effet considéré comme une source de danger physique et scolaire pour elles* » (Ibid., p. 44).

Dans nos entretiens, ces ressorts de conflictualité n'apparaissent pas. Au contraire, ce sont précisément pour leurs conseils (avisés) en matière d'esthétisme sexualisant que les adolescentes sont « convoitées » par leur mère. Les échanges en matière de bijoux ou d'un maquillage prononcé sont des occasions relatées comme des moments de complicité entre deux générations de femmes. Ce point doit être mis en lien avec les représentations du cancer comme une maladie qui entrave la féminité en touchant symboliquement ses symboles comme les cheveux ou encore les seins. À travers les astuces esthétiques qu'elles fournissent à leur mère, les jeunes filles participent à réaffirmer les dernières en tant que femmes. Il s'agit là d'un aspect prépondérant de l'expérience de maladie. Comme le soulignent Anastasia Meidani et Arnaud Alessandrin (2019), dans le cadre du cancer, « *les normes de genre, dans leur reproduction, adviennent comme des éléments sécurisants, supports de résistance dans une épreuve qui impose au malade un corps faillible et changeant. À cet égard, le recours à des normes de genre connues peut représenter une ressource importante pour soi* » (p. 209). Les deux auteurs soulignent d'ailleurs, que la « *reproduction des normes de genre* » n'est pas seulement une « *ressource importante pour soi* ». Elle en est également une pour les proches : « *La tentative*

¹³² Âge : 49 ans ; 52 ans - Profession : Ingénieure ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Avril 2016 - Profession du père des enfants : Ingénieur ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 17 et 20 ans (aîné) ; 11 et 14 ans (cadette)
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

de continuité dans les normes de genre (Esteve-Bellebeau, 2018) rassurerait donc non seulement les soignés, mais également les proches dans une logique essentialisante, encourageant les malades à continuer à inscrire leurs activités quotidiennes dans des registres de genre bien distincts » (Ibid., p. 210). C'est donc également en ce sens que se mobilisent les jeunes filles auprès de leur mère. Finissons d'ailleurs cette partie en amenant un dernier élément. Cette « mobilisation esthétique » s'appuie largement sur la maîtrise des réseaux sociaux comme *Youtube*. Cette idée est portée par Audrey¹³³ dont la fille était âgée de 14 ans lors des traitements :

« Par exemple, au sujet des cheveux, elle [sa fille] m'a dit : « Tu sais, j'ai vu une vidéo d'une Youtubeuse qui a eu la même chose que toi et tu sais ce qui faut faire pour avoir les cheveux qui repoussent ? Il faut faire des masques à la moutarde ». Elle me dit : « Si tu veux, je te montre la vidéo ». Je lui ai dit : « Ah bah oui, ça m'intéresse ». Donc ça, on a eu un petit moment de complicité là-dessus où elle m'a dit : « Tu as vu, tu vas être comme un petit kiwi quand ça va repousser au départ » (rires). Je me suis dit : « Ah bah c'est cool, finalement... ». C'est un effet positif d'internet, c'est que voilà, ça permet de libérer la parole sur des choses et ça nous a donné l'occasion... je lui ai dit : « Bah écoute, je vais acheter de la moutarde, je vais le faire ». Et après, on en a rigolé parce qu'on a trouvé que ça fonctionnait moyen (rires) donc... voilà » (Audrey)

Si la période des traitements est décrite comme particulièrement conflictuelle par Audrey – nous y reviendrons dans le chapitre suivant –, il est intéressant de constater que la seule parenthèse de complicité évoquée lors de notre rencontre s'incarne lors d'un moment où l'adolescente entreprend de faire découvrir à sa mère une vidéo tutoriel esthétique sur *YouTube*. Or, comme nous l'apprend la sociologue Christine Détéz (2014), « la radio, la musique et l'ordinateur apparaissent comme les activités emblématiques du passage à l'adolescence [...], la pratique quotidienne de l'ordinateur bondit de 14% à 11 ans à 69% à 18 ans » (p. 12). Sur l'usage de *Youtube* plus spécifiquement, Claire Balleys (2017) abonde dans le même sens que son homologue sous la dimension de l'âge. Elle apporte également des précisions quant aux usages genrés de ce réseau social : « Alors que les garçons dominant largement le secteur des vidéos humoristiques sur *YouTube* (Balleys, 2016), ce que nous avons appelé le « pôle féminin » (Balleys, à paraître) est constitué de toute une gamme de vidéos inscrites dans la gestion

¹³³ Âge : 42 ans ; 43 ans - Profession : Cadre - Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juillet 2019 - Profession du père des enfants : Cadre ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 14 et 15 ans.
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de chimiothérapie et de radiothérapie.

routinière de soi et du quotidien : les soins esthétiques, l'alimentation, la décoration, l'organisation du temps, la consommation » (Ibid., p. 4). L'exemple de la fille d'Audrey âgée de 14 ans qui pousse sa mère à s'appliquer de la moutarde sur le cuir chevelu après la visionnage commun d'une vidéo postée par une Youtubeuse en est un bel exemple.

III. Les enfants « autrui significatifs » en perspective de l'âge : penser les « (plus) petits » et les « (plus) grands »

Les formes variées « *d'enfants autrui significatifs* » ne s'adossent pas uniquement à des questions de genre. L'âge des enfants est aussi à prendre en considération. Selon qu'ils soient « petits » ou « grands » ou les « plus petits » et les « plus grands » au sein de leur fratrie, les enfants n'interviennent pas des mêmes façons pour reconnaître et valider leur « *mère malade* ». Dans cette troisième partie de chapitre, nous verrons ainsi que les (plus) petits – à savoir les enfants âgés de moins de dix ans et/ou les cadets d'une fratrie – sont dépeints dans des actions qui relèvent de « tâches » peu complexes associés à leur (plus) jeune âge. Au contraire, à compter de leur entrée au collège ou lorsqu'ils sont les aînés, les fils et filles des mères que nous avons rencontrées, sont relatés dans des « *choses lourdes* » (Myriam¹³⁴). Ces « *choses lourdes* » renvoient à une forte implication domestique dont font preuve les adolescents durant les traitements maternels.

1. Les (plus) petits

« *Aux [autrui significatifs] bien-nés, la valeur n'attend point le nombre d'années* » pourrait-on écrire pour initier cette partie consacrée aux enfants en bas-âge et/ou aux puinés. Commençons par noter que dès que les enfants sont en mesure de communiquer avec leurs parents et de rendre

¹³⁴ Âge : 45 ans ; 47 ans - Profession : Cheffe d'agence (location de voiture) ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mars 2017 - Profession du père des enfants : Menuisier ; Plombier-chauffagiste - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 18 et 20 ans (aîné) ; 12 et 14 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie combinée à une thérapie ciblée et à de la radiothérapie puis à de l'hormonothérapie.

de menus services repris sous l'expression de « *petites attentions* » dans les entretiens, ces derniers peuvent prétendre au titre « *d'autrui significatifs* » de leur mère pendant ses soins. Nous verrons que deux « figures » ressortent lorsqu'il s'agit d'évoquer les (plus) petits. Nous avons appelé la première « *le philosophe* ». Le ou la « *philosophe* » est l'enfant qui, à travers ses paroles associées à son « *regard d'enfant* » (*Hélène*), parvient à ce que sa mère « *dédramatise* » (*Hélène*) le cancer, ses effets indésirables, ainsi que ceux des traitements. La deuxième « figure » reprise sous le terme « *d'attentionné* » se compose d'enfants qui reconnaissent et valident leur « mère malade » en faisant preuve de « *petites attentions* » à son égard allant du respect de sa fatigue jusqu'à la réalisation de « petites » actions plaisantes tel que réaliser un dessin ou apporter un petit-déjeuner servi au lit.

A. Le/la philosophe

La première forme d'enfant – ici à entendre dans ses deux sens de « fils/fille de » et de « petit » – « *d'autrui significatif* » que nous avons détachée de nos entretiens est ce que nous avons appelé « *le (ou la) philosophe* ». Cette catégorie nous a été inspirée de l'un de nos entretiens mené avec *Hélène*. Dans cet entretien, l'enquêtée se dit « *très philosophe de la vie* » (*Hélène*). Pour elle, être « *très philosophe de la vie* » renvoie au fait de relativiser la gravité du cancer et de ses traitements en ne retenant que les effets positifs qu'ils peuvent avoir : « *Moi, je suis un peu comme ça très philosophe de la vie en me disant : « Toute expérience, il faut en tirer une bonne leçon enfin une leçon tout court » »*. Et c'est précisément ce que font les « *enfants philosophes* ». Pour reprendre les mots employés par Benoît Céroux (2006) sur les enfants « *autrui significatifs* » de leur père en cas de séparation, « *[par] leur présence, leurs remarques et leurs conversations, les enfants déplacent le regard de leur [mère] vers ce qu'ils voient. Plus petits que leur [mère], les jeunes enfants ne portent pas sur les mêmes choses que l'adulte. Ils contribuent ainsi à redéfinir l'environnement et le monde dans lequel [mères] et enfants vivent, à travers l'ajout d'éléments passés inaperçus, le rendant parfois plus dangereux, parfois plus agréable* » (p. 129). À cet égard, pour certaines femmes, les effets des chimiothérapies – particulièrement la chute des cheveux – sont vécus sous un mode dramatique. Mais par leurs paroles, les enfants parviennent à faire passer leur mère d'un rapport tragique entretenu vis-à-vis des effets des traitements à un registre plus apaisé voire comique :

« Moi, j'ai le souvenir où j'étais en train de me laver les cheveux et en plus, vous savez, les cheveux, ils sont complètement desséchés en fait parce que du coup, c'est le produit-type de la chimiothérapie qui dessèche le bulbe. Du coup, vos cheveux deviennent complètement de la paille. Du coup, vous avez que des nœuds et c'est ça qui fait qu'après, vous êtes obligée de couper parce que vous avez des nœuds dans les cheveux. Je me souviens mes filles... enfin voilà, elles étaient petites et j'étais dans la salle de bain en train de démêler mais JE PLEURAIIS parce que c'est vrai que de voir que j'étais dans un état de... enfin avec mes cheveux, je [ne] savais pas comment j'allais faire. Surtout que je [ne] voulais pas les couper, les raser, c'était contre ma volonté et mes filles étaient là en train de jouer à côté : « Tiens maman, tu peux me donner ton verre ? ». « Non, non mais je suis avec mes cheveux là ». « [Ce n]'est pas grave maman, [ne] t'inquiète pas ». Elles ont beaucoup relativisé par rapport à ça » (Hélène)

La relativisation infantile dont il est question à la fin de l'extrait d'entretien livré ci-dessus s'appuie sur plusieurs procédés. Le premier est rapidement évoqué par Hélène dans le verbatim susmentionné. Il s'agit pour les enfants d'affirmer la non-gravité de la chute des cheveux (« [Ce n]'est pas grave maman, [ne] t'inquiète pas »). Dans un deuxième temps, relativiser revient pour les enfants à trouver des solutions faciles à mettre en œuvre pour résoudre les difficultés éprouvées par leur mère. En voici quelques exemples :

Extrait d'entretien n°1 :

« Mais en fait, les enfants sont tellement spontanés, tellement vrais que voilà : « Bon c[e n]'est pas grave maman, tu [ne] vas pas pleurer, tu as ta perruque ». Ça peut sembler bizarre si quelqu'un à l'extérieur était venu : « Bon maman, tu as ta perruque donc de quoi tu te plains en fait ? T[u] as une solution en fait ! T[u n]'as pas de cheveux bon bah mets ta perruque ». En fait, c'est ça les enfants, c'est tellement spontané, [il n']y a pas de problème, [il n']y a que des solutions voilà »

Extrait d'entretien n°2 :

« Leur regard d'enfant qui n'est pas celui d'un regard d'adulte. C'est comme un enfant qui est malade va moins se plaindre d'un adulte en fait. Un enfant malade c'est beaucoup plus résistant qu'un adulte, ça [ne] va pas se plaindre, ça... c'est... ça a un autre regard sur la maladie. Ils sont plus forts d'ailleurs que nous parce que je pense qu'en fait, les enfants, [il n']y a pas de problème, [il n']y a que des solutions ! Vous êtes malade bah c[e n]'est pas grave, après ça ira

mieux. C'était : « Tiens maman, t[u] as mal ? Bah prends un Doliprane ». C'était ça et du coup : « Bah ouais t'as raison, ça ira mieux » (Hélène)

Enfin – et cet élément revient dans d'autres entretiens – « *l'enfant philosophe* », dans ses entreprises de « *dédramatisation* », de « *relativisation* » – sait faire preuve d'un esprit humoristique. Ainsi, en va-t-il des filles d'Hélène qui, rigolardes, n'ont pas été sans dire à leur mère qu'« *[elle était] un petit peu moche, mais c[e n']est pas grave* ». Nous pouvons retrouver le même type de propos dans la bouche du fils de Laure âgé de six ans qui aurait dit à sa mère : « *t[u]'as une tête en patate. On dirait une patate* ». Dans l'extrait d'entretien livré dans son intégralité, l'enquêtée souligne : « *ils [les enfants] m'ont vue sans [la perruque] voilà... alors bon après quand ça poussait, j'ai eu le droit à : « [Tu] as une tête en patate. On dirait une patate ».* « *Merci mon fils* » ... *enfin bon c'est (rires)... ils sortaient des petits... enfin après c'est lui, il est très immature* ». Il est intéressant de constater que l'humour qui est rapporté au sujet des « *enfants-philosophes* » se rattache à des conceptions variées de l'enfance (Ariès, 1975 ; Lebrun 1986)¹³⁵. Tantôt l'humour empreint de naïveté de « *l'enfant philosophe* » est l'œuvre de sa spontanéité innocente (Hélène), tantôt de son immaturité (Laure). Les oreilles de la sociologue lors des entretiens, puis ses yeux lors de l'analyse du matériau ont du mal à ne pas entendre et voir des tenants genrés sous-jacents à ces représentations maternelles. En bas-âge, les filles tendent à apparaître aux yeux maternels sous le jour d'une – si ce n'est de la pureté – de l'innocence qui reste non seulement rattachée à l'enfance, mais plus encore lorsqu'elle se vit au féminin. À *contrario*, le même humour innocent de la part d'un garçon est interprété comme un signe d'immaturité qui poursuit les individus de sexe masculin de leur plus tendre enfance (Collet, 2014) jusqu'à ce qu'ils deviennent adultes.

¹³⁵ Dans leurs travaux, les deux historiens rappellent qu'à travers le temps, les représentations de l'enfance oscillent entre des perceptions « *pessimistes et négatives* » (Lebrun, 1986, p. 247) dans le cadre desquelles les enfants sont d'abord perçus sous l'angle d'une imperfection qui se confine à une quasi-animalité. À d'autres époques – notamment, depuis le XIXe siècle et encore de nos jours – l'accent est davantage mis du côté de la vulnérabilité, de l'innocence qui justifie que les adultes, et en premier lieu les parents, prodiguent une éducation où le soin et la protection prennent une place majeure.

B. L'attentionné(e)

Lorsqu'ils sont en bas-âge, les enfants « *autrui significatifs* » sont aussi vantés pour l'attention dont ils font preuve à l'égard de leur mère malade. Pendant les entretiens, à ce sujet, les mères évoquent les « *petites attentions* » (Hélène) de leurs enfants pendant les traitements. Ces « *petites attentions* » sont multiples comme le laisse entendre Hélène dans ce passage :

« J'avais des petits dessins, des petits-déjeuners au lit, des petites attentions même si je [ne] pouvais pas aller à l'école... et puis, elles ont vraiment été super gentilles. Elles savaient qu'il [ne] fallait pas faire de bruit quand j'avais mal aux oreilles... et un bruit, je vous dis, c[e n]'est même pas là le bruit qu'on a entendu tout à l'heure. [Je n]'aurais pas supporté, c'était vraiment... ! Elles [ne] parlaient pas vraiment c'était... c'est fou ce que les enfants quand ils veulent vraiment... ouais, quand ils comprennent vraiment la gravité et puis de vous voir mal comme ça, ils font tout ce qu'ils peuvent pour que vous puissiez vous sentir bien et alléger votre quotidien, ouais ! » (Hélène)

Parmi les « *petites attentions* » citées par Hélène, des actions qui ne supposent pas de complexité d'exécution comme des « *petits dessins* » et des « *petits-déjeuners au lit* » figurent en bonne place. Sonia, une autre enquêtée, mère de deux enfants de 8 et 11 ans au moment du cancer parle elle aussi de « *petites attentions* ». Chez elle, les « *petites attentions* » prennent forme d'une « *petite fleur* » apportée par son fils lors des traitements.

Les « *petites attentions* » renvoient également à des aspects plus cognitifs qui relèvent de l'attention portée aux effets des traitements et aux « efforts » faits par les enfants pour « *alléger [le] quotidien* ». Cet allègement du quotidien consiste à être attentif aux effets des traitements et à se montrer soucieux de ne pas rajouter de la fatigue et/ou des douleurs à celles déjà existantes voire à en faire diminuer le niveau. Il peut s'agir pour les enfants de ne pas faire de bruit ou ne pas parler pour ne pas aggraver les douleurs vives ressenties au niveau des oreilles après les cures de chimiothérapie. Un autre exemple nous a été donné par Laure lorsqu'elle dit : « *ils [ses enfants] savaient que maman, quand elle rentrait pour aller faire le traitement, après, elle allait être fatiguée. Enfin, ils respectaient vraiment ces moments en fait où j'avais besoin de repos* ».

L'adjectif « *petit* » qui revient dans la bouche de nombreuses enquêtées dit de la simplicité des *attentions* manifestées. Opposées aux « *choses lourdes* » (Myriam) des enfants des interrogées plus avancés en âge – nous y reviendrons –, le « *petites* » qui sert à qualifier les « *attentions* » renvoie à la simplicité d'exécution que supposent les actions d'apporter un « *petit-déjeuner au*

lit », une « *petite fleur* » ou encore de faire un dessin. L'absence de complexité des « gestes » des enfants est mise en lien avec leur bas-âge au moment des soins. C'est parce qu'ils sont « petits » que leurs *attentions* sont « *petites* ». Si la petitesse mise en avant dans les entretiens dit à la fois de l'âge des enfants et de la facilité de mise en œuvre de leurs « *petites attentions* », elle ne présage en revanche pas de l'importance que lesdites « *petites attentions* » prennent pour les mères qui en font état. C'est avec beaucoup d'émotion et de fierté que les mères reviennent dessus lors de nos rencontres. À cet égard, dans l'extrait d'entretien que nous avons livré ci-dessus, Hélène utilise des expressions/phrases telles que « *c'est fou* » ou encore « *ils font tout ce qu'ils peuvent pour que vous puissiez vous sentir bien et alléger votre quotidien, ouais !* ». À ce moment précis de l'entretien, les mots rapportés par l'enquêtée le sont sous un mode exclamatif. Cette manière de s'exprimer amène la sociologue-auditrice à se saisir de la grandeur de ses attentions affectueusement caractérisées de « *petites* » par les mères rencontrées. Par l'intermédiaire des « *petits dessins* », des « *petits déjeuners* » servis au lit, d'une « *petite fleur* » ou encore du respect des « *besoins de repos* » maternels, les enquêtées se sentent soutenues et reconnues en tant que malades par leurs enfants. Ce n'est d'ailleurs que dans le contexte du cancer – et de ce que cette maladie engage de « *gravité* » comme a pu le faire apparaître Hélène – que les « *petites attentions* » des enfants en bas-âge prennent leur sens. Cette idée est on ne peut plus explicite dans l'entretien de Sonia qui souligne que « *[son] fils, oui [...] un peu plus à ce moment-là* » a été « *prévenant* »¹³⁶ ; ce « *moment-là* » faisant référence au temps des traitements contre le cancer.

2. Les grands

Comme nous avons déjà eu l'occasion de l'écrire, à l'opposé des mots employés par « *l'enfant-philosophe* » pour *relativiser* (Hélène) le cancer, ses traitements et leurs effets et/ou des actes qui supposent peu de complexité d'exécution de la part des « *enfants attentionné(e)s* », les enfants plus avancés en âge qui ont été « *autrui significatifs* » de leur mère pendant ses

¹³⁶ Durant son entretien, l'enquêtée a mentionné que son fils a été « *plus prévenant* » pendant le cancer. Interrogée sur la définition qu'elle donne au fait d'être « *plus prévenant* », elle a livré une réponse dans laquelle elle fait le lien entre « *prévention* » et « *petites attentions* » : « *Enquêtrice : Et quand vous dites qu'ils ont été prévenants, quelle définition vous donnez à ça ? / Enquêtée : Bah des petites attentions. Mon fils m'apportait une petite fleur, des trucs comme ça* » (Sonia)

traitements ont été mobilisés sur des « *choses lourdes* » (*Myriam*). Ces « *choses lourdes* » caractérisent des tâches relatives à la vie domestique du foyer dans lequel les adolescents vivent avec leurs parents et leurs frères et sœurs cadet(te)s. Pendant les traitements, les enfants « *autrui-significatifs* », lorsqu'ils se trouvent à la fin de l'adolescence ou au début de leur vie d'adulte peuvent prendre deux figures que nous avons appelées « *le maître de maison* » et le « *chauffeur* ». Comme nous le verrons plus en détails dans les parties qui suivront, le « *maître de maison* » peut être amené à assurer les tâches administratives et ménagères que la mère n'est plus en mesure d'effectuer pendant ses soins. Durant les traitements, « *l'enfant-chauffeur* » – *a minima* âgé de seize ans mais le plus souvent jeune majeur et tout juste titulaire du permis B – propose quant à lui ses services de transport pour accompagner sa mère à certains de ses rendez-vous médicaux.

Nous verrons que cet investissement dans des « *choses lourdes* » est vécue avec ambivalence par les mères. Sur le plan de la parentalité, elles y voient des manifestations de la reconnaissance de la maladie – et peut-être surtout de l'amour que leur portent leurs enfants – ce qu'elles accueillent avec bonheur. En revanche, elles sont plus divisées sur deux points sur lesquels nous reviendrons à l'issue de ce chapitre. D'une part, le (fort) engagement des enfants les plus âgés de notre corpus pose question sur le plan de la conjugalité. À ce sujet, nous observerons qu'en tant que conjointes, les femmes voient l'engagement de leurs enfants en tant que « *maîtres de maison* » et/ou de « *chauffeurs* » comme le résultat de la distance prise par leur conjoint à leur égard pendant les traitements. D'une seconde part, certaines enquêtées ont déploré que ces témoignages d'amour infantiles qui supposent un haut degré d'implication auprès d'elles aient eu pour conséquence que leurs enfants renoncent à des projets personnels à l'aube de leur vie d'adulte.

A. Le maître de maison

Lorsque les enfants sont adolescents voire majeurs, le temps des traitements maternels peut être propice à (considérablement) accroître leur investissement domestique au sein du foyer dans lequel ils vivent avec leurs parents et leurs frères et sœurs. Sur les périodes où les effets secondaires se font les plus aigus, il n'est pas rare que les enfants aînés prennent en charge les tâches ménagères que les mères affaiblies physiquement – et parfois psychologiquement – ne sont plus en mesure d'assurer. Le cancer ou plus véritablement ses traitements et leurs effets

font – plus ou moins durablement – perdre aux femmes qui en sont atteintes leur fonction de « maîtresses de maison ». Celle-ci revient alors aux enfants les plus âgés des fratries. Il est ainsi arrivé au fils aîné de Laurence âgé de 18 ans de préparer les repas ou faire les courses durant les protocoles de soin que suivait sa mère. Du même âge que son homologue, le fils de Myriam s'est aussi vu chargé d'effectuer des tâches ménagères et des courses. Par ailleurs, ce garçon a également été sollicité par sa mère sur des « choses lourdes » qui font non seulement écho au travail d'entretien ménager du foyer mais qui relèvent aussi de l'administratif. Elle y revient dans ce passage :

« Bah quand je parle de choses lourdes, c'était tous les papiers administratifs en fait. Tout ça, je lui avais montré pour tout ce qui était la banque. Je lui avais expliqué par rapport aux comptes bancaires, je lui avais donné tous les codes d'accès, les codes de la carte bleue... c'était des choses que je me dis : « ouais c'est vrai qu'à dix-huit ans, il [n']avait pas à faire ça en fait ». Tous les papiers de la maison en fait, je lui avais demandé parce que je pense que mon mari n'aurait pas pensé à ça en fait, à tout ce qui était administrativement, les papiers de la maison donc j'avais montré à [fils aîné] je lui avais expliqué. Je lui avais dit : « Alors tu vois là, tout ça, la donation entre époux, [il] y avait ça, [il] y avait ça ». Par contre, c'est vrai que j'ai un enfant qui m'a laissée faire, il a tout pris sur lui. Il a pris, il a pris, il a pris, il [ne] s'est jamais plaint ! Il [n']a jamais rien dit, il [n']a jamais dit : « Hey oh maman, stop ! C'est bon je m'en fous de tes trucs ». Non, du tout ! Il a pris, il a pris, il a pris [...]. Je lui dis : « ouais mais c'est toi l'ainé » alors que des fois, c'est vrai je me dis : « Ouais, pourquoi je lui demande ça alors qu'en vrai c[e n]'est pas son rôle ? » (Myriam)

Papiers bancaires, immobiliers et notariaux de ses parents sont autant de documents que le fils aîné de Myriam été amené à connaître pendant les traitements de sa mère. Cette « formation » administrative du jeune qui est venue avec le cancer est justifiée par la mère au nom du statut d'aîné (« Je lui dis : « ouais mais c'est toi l'aîné »). C'est parce qu'ils sont les plus âgés de leur fratrie qu'il leur revient d'effectuer les tâches les plus complexes comme la gestion de l'administratif, la préparation des repas ou encore la réalisation des courses. Au sujet de cette dernière tâche, l'implication des enfants aînés semble d'autant plus aller de soi qu'elle suppose d'avoir la capacité à se déplacer en voiture de manière autonome ou quasi-autonome depuis le domicile jusqu'à un supermarché. À cet égard, Laurence précise bien que s'il est arrivé à son fils aîné de faire les courses durant les traitements c'est qu'« il savait conduire à l'époque ». Au-delà de cette question des compétences domestiques grandissantes à mesure de l'avancée en âge, d'autres motifs doivent être explorés pour comprendre l'implication de certains enfants aînés dans les tâches domestiques – aussi bien administratives que ménagères – pendant le

cancer. Au détour d'une phrase glissée par Myriam au sein de l'extrait d'entretien mobilisé ci-dessus, il apparaît que les enfants « *maîtres de maison* » ne le deviennent pendant les traitements maternels parce que les pères ne sont pas en mesure de l'être. Cet aspect est présent dans les discours de Myriam et de Laurence. « *Tous les papiers de la maison en fait, je lui avais demandé [à son fils aîné] parce que je pense que mon mari n'aurait pas pensé à ça en fait* » nous confiera ainsi Myriam. De son côté, Laurence soulignera que son fils aîné s'est chargé des repas et des courses uniquement lors des absences professionnelles du père. Ces deux cas nous amènent à penser les ressorts sociaux qui sont sous-jacents aux enfants « *autrui significatifs* » sous la « figure » des « *maîtres de maison* ». En effet, l'investissement des enfants aînés dans les tâches domestiques ne se comprend qu'en perspective des positions sociales de leurs parents, et plus particulièrement encore de celle de leur père. Laurence et Myriam n'appartiennent pas aux mêmes milieux sociaux. Avant le cancer et lorsque nous la rencontrons, la première enquêtée (Laurence) occupe la profession d'ingénieure tout comme son mari. Ils appartiennent donc aux franges élevées des classes moyennes voire pourraient être classés parmi les milieux sociaux supérieurs. La deuxième interrogée (Myriam) est cheffe d'une agence de location de voitures et de camions. En termes professionnels, elle se trouve en situation d'hypergamie par rapport à son mari qui travaille pour le compte d'un chef d'entreprise plombier-chauffagiste. Comme nous l'apprennent Estelle Bonnet et Beate Collet (2009), « *du point de vue du genre, les personnes mobiles [pour des raisons professionnelles] sont à deux tiers des hommes et seulement à un tiers des femmes. [...] L'enquête montre par ailleurs que la mobilité géographique au travail concerne en premier lieu les catégories sociales les mieux loties du point de vue du diplôme et les plus formés* » (p. 59). Ces résultats de recherche corroborent les données issues de l'entretien de Laurence. Bien que son mari et elle partagent la même profession, seul le premier est appelé à se déplacer dans le cadre de sa carrière, et ce depuis le plus jeune âge de ses enfants :

« *Mon mari était beaucoup beaucoup en déplacement professionnellement donc ça pouvait remettre en cause beaucoup de choses. Je vois dans le quotidien, j'ai toujours été... la personne... même si mon mari participe beaucoup, beaucoup de choses, de par ses déplacements, l'éloignement, j'ai quand même, moi, assurer un quotidien de fond beaucoup plus présent avec eux [les enfants]* » (Laurence)

Cette mobilité professionnelle masculine et de surcroît socialement élevée n'est pas sans conséquence sur l'organisation de la vie familiale. Ainsi, selon les deux sociologues, quand il s'agit de penser les mobilités d'ordre professionnel, « *des différences en termes de genre*

apparaissent de manière assez forte. Mais loin de traduire un comportement féminin ou masculin en tant que tel, ces différences révèlent plutôt un investissement plus important des femmes dans la sphère conjugale et familiale, y compris lorsqu'elles sont elles-mêmes mobiles. Lorsque l'homme est mobile, la répartition classique des rôles sexués est accentuée dans la mesure où la femme a tendance à réduire son investissement sur le marché de l'emploi » (Ibid., p. 62). Laurence ne dit pas autre chose lorsqu'elle affirme que « de par [les] déplacements [de son mari], l'éloignement [...], [elle assurait] un quotidien de fond beaucoup plus présent avec [ses enfants] ». Seulement, le cancer change la donne. Affaiblie par les effets de ses chimiothérapies, Laurence se retrouve dans l'incapacité physique « d'assurer [ce] quotidien de fond » qui ne peut pas être plus pris en charge par son mari tenu à distance du foyer familial pour des raisons professionnelles. Dans ces conditions, l'enfant aîné dans les familles les « plus loties » (Ibid.) – et pour toutes les raisons que nous avons avancées précédemment – apparaît alors comme le plus à même d'intervenir dans la sphère familiale marquée du sceau de l'absence paternelle. Il peut aussi en être de même pour les familles « moins loties » ... du moins dans les aspects domestiques qui supposent de mobiliser des ressources intellectuelles. Ainsi, pour justifier la mobilisation de son fils aîné autour des tâches administratives plutôt que son époux (et père de ses deux fils), Myriam répond :

« Tout ce qui est papier administratif, mon mari, il a horreur de ça en fait ! C'est un manuel, c'est pas du tout un intellectuel dans le sens... c[e n]'est pas péjoratif ce que je veux dire mais il a horreur de tout ce qui est paperasse, de tout ce qui est bancaire, il a horreur de tout ça et lui, il [n']aime pas ça ! » (Myriam)

L'aversion administrative du père que Myriam relie au fait que son mari « *est un manuel [mais] pas du tout un intellectuel* » a d'ailleurs d'autant plus de probabilités d'être palliée par le fils aîné qu'au moment du diagnostic de cancer de sa mère, le garçon entreprend des études. Au sein de sa famille, c'est donc lui qui incarne la figure de l'intellectuel qui semble le prédisposer plus qu'un autre membre de la maisonnée – le père, son frère cadet et même sa mère¹³⁷ – à être présent sur l'administratif dont certains des « traits » empruntent au domaine scolaire.

¹³⁷ À cet escient, durant son entretien, Myriam souligne que : « [fils aîné] est beaucoup plus indépendant et puis de toute façon, maintenant, il est à la fac. Nous, on [ne] pourrait plus l'aider parce qu'il est en langues étrangères... moi, je suis archi nulle donc voilà je [ne] pourrais pas l'aider ».

B. Le chauffeur

Lorsqu'ils sont titulaires du permis de conduire ou en conduite accompagnée/supervisée – donc à minima âgés de 16 ans – les « grands » enfants « *autrui significatifs* » peuvent enfin endosser les fonctions de « *chauffeurs* » de leur mère. À ce sujet, différentes enquêtées ont souligné – non sans émotion – qu'à plusieurs moments de leurs traitements, leurs enfants « *se sont investis dans la maladie* » en se chargeant de les conduire à différents rendez-vous médicaux. C'est le cas de Bernadette¹³⁸ et de Myriam. Au moment de l'entretien, Bernadette vit un troisième cancer. Elle en a eu un en 1992. Ses fils étaient alors âgés de 11 et 15 ans. Son deuxième cancer est diagnostiqué neuf ans plus tard. Son fils aîné avec qui les relations sont « difficiles » depuis l'enfance – nous y reviendrons dans le chapitre suivant – est déjà parti du domicile familial. Il ne s'est jamais réellement impliqué dans la maladie de sa mère, lors du premier comme du deuxième cancer. Ce n'est pas le cas de son cadet de 20 ans en 2001. Durant l'entretien, ce dernier est décrit comme très proche de sa mère depuis toujours, et encore davantage durant les périodes des traitements des cancers. Cet extrait d'entretien en témoigne : « *Romuald [le fils cadet], il était effondré. Ef-fon-dré ! Il était collé contre moi. Avant de se coucher, je m'allongeais en chien de fusil pour regarder la télé, il se mettait en chien de fusil contre moi. Il avait onze ans quand même et Serge [l'époux], il disait : « Bon tu vas lâcher un peu les jupes de ta mère » » ». En 1992, âgé de 11 ans, le jeune garçon – et benjamin de sa fratrie – prend les traits de « *l'enfant attentionné* » que nous avons détaillés précédemment dans ce chapitre. Neuf ans plus tard, l'implication du jeune homme se fait – au sens de l'interrogée Myriam – plus « *lourde* ». Désormais titulaire du permis B, il prend de sa propre initiative le chef de conduire sa mère à ses rendez-vous médicaux comme nous l'explique Bernadette :*

« Bah il [le mari de Bernadette] savait que c'était son fils qui m'accompagnait aux visites mais moi, ça me bouleversait personnellement. Je le revois dans cette salle d'attente qui n'est pas une salle d'attente pour des jeunes quoi. C'est touchant mais en même temps, ça bouleverse parce que moi, ça me renvoyait que Serge [l'époux] ne pouvait pas venir quoi » (Bernadette)

Nous avons choisi cet extrait d'entretien pour deux raisons. La première est qu'il appuie le propos que nous sommes en train de développer. En effet, ici, Bernadette stipule que c'est son

¹³⁸ Âge : 37 ans ; 62 ans - Profession : Assistante de direction ; Retraitée - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 1992 - Profession du père des enfants : Ingénieur ; Retraité - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 15 et 40 ans (aîné) ; 11 et 36 ans (cadet).
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de radiothérapie.

fils cadet qui l'accompagnait jusqu'en salle d'attente – voire même jusqu'en salle d'examen – à ses rendez-vous médicaux. Surtout, ce passage de l'entretien permet de rendre compte de l'ambivalence des enquêtées quand il s'agit de penser l'implication de leurs « grands » enfants dans des « *choses lourdes* » (Myriam) lors des traitements maternels.

3. Les dimensions négatives de l'investissement des « grands » enfants dans des « *choses lourdes* » lors des traitements

Cette ambivalence ressort explicitement des propos de Bernadette lorsqu'elle dit : « *c'est touchant mais en même temps, ça bouleverse [...]* ». Le sentiment positif contenu dans le fait d'être « *touchée* » se situe dans les perspectives médicales et maternelles. Accompagner à des rendez-vous médicaux – de surcroît des rendez-vous médicaux éprouvants sur le plan psychologique¹³⁹ –, est pris comme une preuve de reconnaissance de la maladie et de l'intérêt – si ce n'est de l'amour – que les enfants manifestent en acte à leur mère. En revanche, le *bouleversement* qui peut ici être pris comme synonyme de regret renvoie à la sphère conjugale. Comme nous l'avons souligné en première partie de ce manuscrit, la période des traitements contre le cancer est propice à un délitement des liens conjugaux. Celle-ci prend forme dans la « *fuite* » de certains hommes qui se montrent peu concernés – sans être forcément indifférents – par la situation médicale de leur conjointe. Ce point a été particulièrement mal vécu par Bernadette qui estime qu'elle aurait dû être accompagnée par son époux plutôt que par son fils cadet car « *quand il y a un couple, c'est plutôt le mari, plutôt que l'enfant* ».

Néanmoins, il serait erroné d'écrire que lorsque les enfants sont impliqués dans des « *choses lourdes* », les satisfactions sont entières quand il s'agit de penser la parentalité des enquêtées. Si elles se sentent reconnues en tant que malades et aimées en tant que mères, les interrogées déplorent que l'investissement des « *chauffeurs* » mais également des « *maîtres de maison* » puissent impliquer que ces derniers renoncent à des projets personnels. Ce fut le cas pour le fils aîné de Myriam. Vivant dans les Yvelines mais débutant des études en Normandie, le jeune homme avait pour projet de vivre en résidence universitaire à proximité de son université :

¹³⁹ Cette idée est palpable lorsque Bernadette confie : « *C[e n]'était pas drôle pour mon fils parce que moi, je voulais l'épargner mon fils donc du coup, ça [ne] l'épargnait pas dans le sens où quand vous allez dans des endroits comme ça, vous voyez des gens... bon c[e n]'était pas... vous voyez des gens qui [n']ont plus de cheveux, vous voyez des gens qui ont une mine très marquée, c[e n]'est pas terrible quand même !* ».

« En fait, avant de partir à l'hôpital, j'ai dit à [fils aîné] : « Alors tu vois, regarde pour papa, il faudra que tu l'aides et tout parce que tu vois, toi, tu as ton permis donc on t'a acheté ta voiture donc il faudra que tu aides papa parce que papa, il [ne] pourra pas gérer tout seul [fils cadet] ». Et du coup, lui, il voulait prendre une chambre universitaire parce qu'il allait à l'université et je lui ai dit : « Écoute, non, on [ne] peut pas cette année parce que maman est malade donc il faut absolument que tu sois là pour aider papa et ton frère ». Et du coup, des fois, je m'en veux parce que je me dis : « Ouais, je lui ai demandé un rôle que c[e n]'était pas son rôle en fait ». Mais je me suis reposée sur lui et d'ailleurs, il me le dit. Et d'ailleurs, on est très proches, on est très fusionnels tous les deux et du coup, il me dit : « Tu vois maman, je [ne] pensais pas un jour devoir faire tout ce que tu faisais toi en fait ». J'ai dit : « Bah ouais c'est vrai que c[e n]'était pas ton rôle » et il m'a dit : « Mais non » » (Myriam)

Dans ce passage, Myriam revient sur le projet d'indépendance résidentielle qu'avait son fils aîné. Avorté par le cancer – et plus précisément par toutes les tâches qui lui sont revenues pendant les traitements maternels –, l'enquêtée souligne sa culpabilité « *je m'en veux* ». Si la culpabilité est présente chez Myriam c'est que le report de l'installation en résidence universitaire du jeune homme a eu de nombreuses conséquences néfastes pour lui. L'interrogée les détaille dans cet extrait :

« Bah ça s'est passé qu'il est quand même allé à l'université mais en fait, il prenait le train tous les jours donc ça a été compliqué parce qu'il est sur [la Normandie] parce que nous, on a choisi plutôt [la Normandie] que la région parisienne parce que les transports c'est assez compliqué donc on s'est dit : « Au moins [en Normandie] voilà ». Mais bon, ce qu'on n'a pas pensé c'est qu'[en Normandie], [il] y a quand même moins de trains tout ça donc et bah non, il a quand même fait son année d'université. Ça a été très très compliqué parce que j'avoue, il partait le matin à cinq heures et demie, il revenait parfois le soir à vingt-et-une heures enfin... ça a été compliqué parce qu'à la fac, c'est comme ça c'est parfois des heures le matin, des fois des heures de soir donc ça a été compliqué pour lui donc... sa première année a été difficile. Il a pratiquement validé tous ses modules à part quelques-uns qu'il repasse cette année mais dans l'ensemble, il s'en est bien tiré ! » (Myriam)

Pour s'investir auprès de sa mère – en tant que « *maitre de maison* » et « *chauffeur* » – cela a nécessité que le jeune homme reste vivre au domicile parental situé dans les Yvelines. Toutefois, cet investissement ne s'est pas fait au prix d'un renoncement à la réalisation de ses études en Normandie. La conciliation de ces deux statuts – de fils et d'étudiant – s'est en revanche faite au prix de mobilités quotidiennes impliquant des départs du foyer familial tôt le matin et des arrivées tard le soir. Pour l'enquêtée, ce rythme soutenu du jeune homme – encore

accentuée par la poursuite de ses activités professionnelles et sportives le week-end – n’est pas étranger à ses difficultés universitaires qui se sont soldées par son ajournement dans certaines des disciplines étudiées. Pour autant, tous les obstacles mentionnés ne semblent pas faire ombrage à la très bonne qualité des relations entretenues entre le fils et sa mère. Au moment de l’entretien, Myriam souligne qu’ils étaient et demeurent encore « *très proches* », « *très fusionnels* ». Faisant part de ses remords à son fils aîné, c’est lui qui entreprend de les refréner en rassurant sa mère au moyen d’un « *Mais non* » quand cette dernière déplore que « *ce n’était pas [le] rôle* » du jeune homme d’assurer la tenue du foyer pendant les soins. Enfin, notons que la qualité des relations entre le jeune homme et sa mère s’est peut-être d’autant plus maintenue au beau fixe que l’investissement du jeune homme n’est pas resté sans récompense. De la même façon qu’il a soutenu et reconnu sa mère pendant ses traitements, le fils aîné de Myriam a lui aussi fait l’objet de la reconnaissance maternelle (et paternelle). Passionné d’aviation, ses parents – et plus particulièrement sa mère – ont décidé de lui offrir un billet d’avion pour qu’il les rejoigne quelques jours en vacances à la fin des traitements. Par ce biais, le jeune homme est reconnu dans deux dimensions : en tant que fils soutenant mais aussi en tant que personne singulière :

« Il adore l’avion donc du coup, c’est pour ça qu’il a pris l’aviation et on lui a dit : « Bah dans ce cas-là, tu viendras en avion en vacances nous rejoindre trois/quatre jours. Je veux que tu te reposes ». Mais là, je crois que c’était le plus beau des cadeaux que je lui ai fait c’était ça parce que du coup, il m’a dit : « Ah je suis super content et tout » » (Myriam)

Ce passage laisse voir que la reconnaissance de Myriam à l’égard de son fils aîné se joue à un double niveau, filial et individuel. Lorsque la mère enjoint à son fils de la rejoindre en vacances car « *[elle] veu[t] « [qu’il se] repose* », le jeune homme est moins traité comme un (jeune) adulte que comme un fils. La volonté exprimée dans l’extrait d’entretien ci-dessus n’est pas du fait du jeune homme mais bien de sa mère (« *Je veux que tu te reposes* »). Ces injonctions traduisent l’attention accordée par les parents – Myriam mais également son époux – à tout ce que leur fils a engagé physiquement et psychologiquement dans la reconnaissance – et ces traductions en actes dans les figures de « *maitre de maison* » et de « *chauffeur* » – dont il a fait preuve à l’égard de sa mère tout au long des traitements. En outre, par ses parents, le fils aîné de Myriam est également reconnu en tant que personne. Cette reconnaissance passe quant à elle par le don d’un cadeau qui dit de lui à travers les centres d’intérêt – ici l’aviation – qui l’animent. La reconnaissance individuelle des enfants – particulièrement lorsqu’ils sont adolescents ou jeunes majeurs – compte pour autant que l’exercice quotidien de la maternité et la

reconnaissance de la mère en tant que malade pour que les relations intergénérationnelles se rapprochent pendant les traitements. Laisser la place à l'expression de l'identité individuelle – qui en passe à cette époque de la vie par la revendication d'une identité de « *jeune* » (Singly (de), 2006), de « *copain/copine* » (Détrez, 2014) – soit l'une des clés pour que se resserrent encore les relations entre les mères et les adolescents pendant les traitements. C'est ainsi que des mères comme Déborah¹⁴⁰ ou Marielle, toutes deux mères d'adolescentes pendant les soins ont souligné leur grand souci pour garantir, en dépit de leur présence accrue au domicile, un même haut degré de sociabilité à leurs filles respectives. Là où Déborah a continué à accueillir les ami·e·s de sa fille à son domicile comme elle le faisait avant les soins, Marielle dit avoir « *encouragé* » sa fille à sortir avec ses pairs :

« Elle [sa fille] a continué sa vie avec ses copains. Moi, je l'ai beaucoup encouragée à continuer tout ce qu'elle faisait c'est-à-dire que je [ne] voulais pas qu'elle reste avec moi. Par exemple, le week-end, si elle avait envie d'aller avec des copines, des copains, je lui disais : « Tu sors, moi, je vais très bien voilà » » (Marielle).

Outre, le maintien des sociabilités des adolescents par l'intermédiaire desquels ils sont avant tout « *jeunes* » (*Ibid.*, 2006 ; 2014), la reconnaissance individuelle peut également revêtir des aspects spatiaux. Comme nous le savons des travaux d'Elsa Ramos (2001 ; 2002), le domicile parental peut être un lieu propice à l'individualisation des jeunes. Effectuant sa thèse (2001) sur les jeunes adultes, la sociologue souligne que le fait de disposer d'une « *chambre à soi* » (Woolf, 2012 [1929]) au sein du foyer parental est un facteur d'individualisation. Les possibilités qu'ont les « *grands* » enfants de disposer seuls de la maison familiale agissent aussi en ce sens. Quand les parents sont absents du domicile, le logement devient alors un espace où s'expérimente une certaine liberté (Marquet et Merla, 2018). Amenées à être plus présentes au sein de leur domicile, les marges de liberté spatiales (*Ibid.*) ne sont pas des plus évidentes à trouver – et à laisser aux enfants – pour les mères pendant les soins. Pourtant, certaines y parviennent. Sous réserve qu'elles ne soient pas touchées par de « *trop lourds* » effets des traitements – et qu'elles ne soient pas en activité professionnelle – les interrogées peuvent consacrer du temps à des activités – sportives ou associatives – qui ont pour but de les soustraire de leur domicile. Les enjeux sont moins pensés pour elles en tant que femmes ou en tant que malades que dans des perspectives maternelles. Par exemple, pendant ses protocoles, Marielle

¹⁴⁰ Âge : 51 ans ; 52 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juin 2019 - Profession du père des enfants : Chasseur de tête ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 19 et 20 ans (aînée) ; 14 et 15 ans (cadette).
Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie de radiothérapie suivie d'hormonothérapie.

s'est investie dans la création d'une association. Si elle reconnaît les vertus personnelles de ce projet – à savoir, « réfléchir à d'autres choses [que le cancer] » (Marielle) – l'enquêtée met surtout en avant sa fille, et ce qu'elle a pu en tirer de « liberté » (Ibid.). Cette association, « [Marielle] [l'a] fai[t] pour elle [l'adolescente] ». Par cette entreprise, Marielle avait en effet la possibilité « de rassurer sa fille en lui donnant des gages de sa vitalité physique » (Mary, 2022). Surtout, « [en étant] le plus possible en dehors de la maison » (Marielle), Marielle a ainsi donné à sa fille l'opportunité d'en profiter seule à un moment (médical) peu propice à la « solitude individualisante » des adolescents. Or, au moment de l'entretien, Marielle en est certaine : l'excellente qualité des relations pendant les soins tient de son inclination à avoir considéré sa fille comme individu en laissant s'exprimer son identité de « jeune » et en lui offrant des espaces – l'appartement qu'elles partageaient toutes les deux en l'occurrence – rien que pour elle.

Conclusion du chapitre

Dans une première partie de ce manuscrit, nous nous sommes attachées à montrer que le concept « *d'autrui significatif* » se pense particulièrement bien dans le cadre des relations entre les mères et leurs enfants dans le contexte du cancer. Dans cette deuxième partie, il nous revient maintenant de donner forme aux « *enfants autrui significatifs* ». Autrement-dit, notre objectif est désormais de comprendre les manières dont les enfants sont les « *autrui significatifs* » de leur mère pendant les traitements du cancer. Dans la première partie de ce chapitre, nous avons tenu à justifier la pertinence de notre concept « *d'autrui significatif* » qui n'est pas à entendre comme un synonyme « *d'aidant* ». Nous avons choisi de ne pas avoir recours à cette dernière notion pour deux principales raisons. Premièrement, quand il s'agit de parler de leurs enfants, les interrogées n'ont jamais recours à ce concept qui est pourtant « tombé » dans le langage commun. Surtout, dans les relations entre aidant et aidé, la contrainte et le devoir sont deux logiques qui priment sur l'amour (Weber, 2010 ; Weber *et al.*, 2012 ; Giraud *et al.*, 2019). Or, dans les discours des enquêtées, c'est bien un ressort affectif qui est mobilisé lorsqu'elles reviennent sur « l'implication » de leurs enfants à leurs côtés pendant les soins. Dans un deuxième moment, nous avons abordé les différentes formes d'implication des enfants « *autrui significatifs* ». Nous avons montré que le genre et l'âge des enfants faisaient d'eux différents types « *d'autrui significatifs* ». S'il ne semble pas exister de « formes » masculines spécifiques, il n'en est pas de même pour les filles. Pendant les protocoles, ces dernières prennent les traits « *d'infirmières* » et « *d'esthéticiennes* ». Tandis que les premières prennent activement part dans les soins médicaux, les deuxièmes – particulièrement quand elles sont adolescentes – sont très présentes dans les aspects esthétiques que le cancer et ses traitements ne sont pas sans déstabiliser. En ce qui concerne l'âge, nous avons distingué quatre formes d'enfants « *autrui significatifs* » : « *le/la philosophe* », « *l'attentionné(e)* », « *le maître de maison* » et « *le chauffeur* ». Dès qu'ils sont en mesure de parler ou de rendre de menus services jusqu'à leur entrée au collège, les enfants peuvent être « *philosophes* » et/ou « *attentionné(e)s* ». En vertu de son bas-âge qui le rend innocent (quand il s'agit des filles) ou immature (quand il s'agit des garçons), le/la philosophe tend à « *relativiser* », « *dédramatiser* » (*Hélène*) le cancer et ses effets vécus bien plus tragiquement par les femmes qui en sont atteintes. Par ses « *petites attentions* » qui relèvent d'actions qui supposent un faible degré de complexité d'exécution, « *l'enfant-philosophe* » témoigne de sa reconnaissance de la situation médicale de sa mère en faisant ainsi en sorte de lui « *alléger le quotidien* » (*Hélène*). À mesure de leur avancée en âge

– dès l’entrée au collège mais encore plus à la fin de l’adolescence – les enfants « *autrui significatifs* » s’investissent dans des « *choses lourdes* » (*Myriam*). Celles-ci relèvent des tâches d’entretien du foyer – ménagères et administratives – prises en charges par le « *maitre de maison* » et/ou de transports dans lesquelles nous retrouvons « *le chauffeur* ». La réalisation de ces différentes tâches suppose une grande implication des enfants qui dit de leur inscription sociale et de celle de leurs parents, particulièrement de leur père. Ainsi, nous avons montré que les enfants les plus investis auprès de leur mère venaient pallier les absences professionnelles des pères dans les familles les « *plus loties* » (Bonnet et Collet, 2009) ou leurs difficultés d’ordre scolaire dans les milieux plus modestes. Cette forte implication des enfants les plus âgés est vécue avec ambivalence par les mères que nous avons rencontrées. Si elles se montrent satisfaites de la reconnaissance et de l’amour qu’elles perçoivent dans la présence de leurs enfants à leurs côtés pendant les soins, celle-ci peut également les renvoyer à la distance prise par leur conjoint à cette même période. Par ailleurs, les enfants qui sont amenés à réaliser les tâches administratives, ménagères ou de transports sont parfois contraints de renoncer à des projets personnels. Ce point n’est pas sans s’accompagner de la culpabilité de leur mère. Néanmoins, ce renoncement n’est pas nécessairement corrélé à une détérioration des relations intergénérationnelles... à condition que les enfants fassent également l’objet de reconnaissance aussi bien en tant que « *filis/filles de* » qu’en tant qu’individus. Dans le chapitre suivant qui sera consacré aux enfants qui n’ont pas été les « *autrui-significatifs* » de leur mère pendant les traitements, nous verrons que si cette reconnaissance des enfants dans leur singularité, plus spécifiquement pour les plus âgés d’entre eux, vient à manquer alors la maladie est propice à une dégradation des relations entre les mères et leurs enfants.

Chapitre V. « *Perdre en qualité de relation* » avec ses enfants pendant les traitements du cancer

« Arnaud, il était dans l'adolescence, il était très très dur à l'époque donc impassible ! Je [ne] sais pas ce qu'il a ressenti, impassible. Peut-être qu'il a beaucoup souffert mais en tout cas, son père a été obligé de le prendre entre quatre yeux en disant : « Votre maman... bon on vous a expliqué. Ça va mieux, elle a eu un traitement mais elle est très fatiguée et je compte sur vous pour ne pas la faire crier quand elle vous demande de l'aider, d'aller chercher le pain, de mettre la table, d'être gentils ». Mais il a fallu le dire plusieurs fois à mon aîné adolescent bah parce que... j'avais l'impression qu'il s'en foutait complètement ! » (Bernadette)¹⁴¹

¹⁴¹ Âge : 37 ans ; 62 ans - Profession : Assistante de direction ; Retraitée - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 1992 - Profession du père des enfants : Ingénieur ; Retraité - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 15 et 40 ans (aîné) ; 11 et 36 ans (cadet).
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de radiothérapie.

Dans la première partie de cette thèse, nous avons montré que le cancer était une expérience propice à ce que les mères et les enfants se rapprochent. Pour cela, deux conditions doivent être néanmoins remplies. D'une part, les mères doivent être en mesure de fournir un exercice quotidien – même très réduit, même à distance géographique – de leur maternité pendant les traitements. D'une seconde part, elles doivent être reconnues comme « *malades* » par leurs enfants. Quand ces deux prérequis sont valables alors les relations intergénérationnelles « *gagnent en qualité* ». Ce regain qualitatif prend forme dans une forte implication – variable en fonction du genre et de l'âge – des enfants auprès de leur mère pendant les traitements. L'investissement dont font preuve les fils et filles des enquêtées est regardé par les femmes que nous avons rencontrées comme un gage de reconnaissance et d'amour de leurs enfants à leur égard.

Néanmoins, si le cancer peut renforcer les relations intergénérationnelles, il peut au contraire les détériorer plus ou moins durablement. C'est ce que nous montrerons dans ce chapitre. Celui-ci sera divisé en trois parties. La première sera consacrée aux mères et à leurs nouveau-nés et enfants en bas-âge. À une période de la vie qui nécessite un investissement parental – pour ne pas dire maternel – maximal, nous montrerons que le cancer et les effets de ses traitements peuvent le rendre extrêmement difficile voire impossible. Cela peut se traduire par une délégation entière de l'éducation de leurs enfants à des tierces personnes conduisant les mères à considérer leurs enfants comme de « quasi étrangers ». Quand elles se « chargent » d'une partie ou de toutes les tâches relatives à l'éducation d'enfants en (très) bas-âge (0-5 ans) pendant leurs traitements, les mères soulignent que leur diminution physique peut aller de pair avec la manifestation d'une certaine « *agressivité* » voire « *violence* » (*Roxanne*¹⁴²) dirigée à l'encontre de leurs enfants.

Dans une deuxième partie consacrée aux (pré-)adolescents, nous montrerons que les tensions mises en exergue dans les relations intergénérationnelles reviennent dans les discours maternels comme étant davantage « l'œuvre » des enfants que celle de leur mère. À ce sujet, nous reviendrons et définirons ce que sont « *les réactions colériques* » (*Katia*¹⁴³) et les

¹⁴² Âge : 35 ans ; 38 ans - Profession : Chargée de communication ; Cheffe de production - Situation conjugale : Pacsée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2018 - Profession du père des enfants : Ingénieur informatique ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 4,5 et 8 ans (aîné) ; Grossesse et 3 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

¹⁴³ Âge : 43 ans ; 45 ans - Profession : Directrice promotion ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Février 2017 - Profession du père des enfants : Ingénieur informatique ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 13 et 15 ans.

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

« *comportements gonflés* » (Audrey¹⁴⁴) relatés dans les entretiens de certaines enquêtées dont les enfants étaient (pré-)adolescents lors des soins. Nous démontrerons que les « *réactions colériques* » et les « *comportements gonflés* » témoignent de l'absence de reconnaissance du cancer et de sa gravité par les enfants des interrogées concernées. Si reconnaissance il y a, celle-ci – du point de vue des mères – n'a pas vocation à manifester de la sollicitude à leur égard. Il apparaît au contraire que certains jeunes tirent parti du cancer à des fins strictement personnelles dans l'espoir d'en obtenir des avantages.

Dans la troisième et dernière partie de ce chapitre, nous nous attacherons à comprendre les dimensions du cancer qui sont en jeu dans ce que l'une des enquêtées qui a inspiré le titre de ce chapitre nomme la « *[perte] en qualité de relation* » (Audrey). À ce sujet, nous avancerons que les effets des traitements peuvent empêcher de réaliser toutes les activités – à la maison mais aussi à l'extérieur – qui font « lien » entre les générations. Nous montrerons également que par le sens que prend le cancer dans notre société et par le maintien à domicile des personnes qui en sont touchées qu'elle peut impliquer, la maladie peut être perçue comme une entrave à l'individualisation des adolescents (Mary, 2022). Or à une période de la vie où s'affirmer comme individu à part entière et spécifique de ses parents est un enjeu central (Singly (de), 2006), la menace que le cancer fait peser sur l'affirmation de l'individualité des adolescents est un ressort fondamental de la détérioration des relations qu'ils entretiennent avec leur mère à cette période.

¹⁴⁴ Âge : 42 ans ; 43 ans - Profession : Cadre : Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juillet 2019 - Profession du père des enfants : Cadre ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 14 et 15 ans.
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de chimiothérapie et de radiothérapie.

I. « *Perdre en qualité de relation* » avec des enfants en bas-âge

Dans cette première partie de chapitre, nous nous intéresserons aux mères qui ont connu une « [perte] en qualité de relation » (Audrey) avec des enfants en bas-âge voire en très bas-âge. Même si des bornes précises sont difficiles à établir, il apparaît qu'avant trois ans, la présence d'un enfant suppose un investissement parental – particulièrement maternel – intensif. À titre indicatif, les sociologues Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier (2013) soulignent que « *la disponibilité des parents, mais aussi des autres membres de la famille, est une exigence qui n'incombe plus uniquement à la mère, même si incontestablement elle reste la plus impliquée dans ce domaine* » (p. 151). Bien que pointant les défauts des mesures, les auteurs – sur la base d'une étude menée en 2010 (Ekert-Jeffé, 2010) – notent que « *le temps à destination des enfants* » consacré quotidiennement par les parents s'élève en moyenne à 1h40 pour ceux âgés de 3 à 14 ans. Ce temps atteint même quatre heures pour « *un enfant plus jeune* » c'est-à-dire pour les moins de 3 ans (*Ibid.*). Dans les premiers temps de vie, notamment lors du premier mois de l'existence d'un nouveau-né, les deux chercheurs précisent que l'investissement temporel peut être encore accru. Cet accroissement doit aux « *pratiques de maternage* » – tel que l'allaitement – qui s'observent avec une force inégalée lors des quatre premières semaines de vie d'un nourrisson (*Ibid.*). Si Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier (2013) n'en font pas état, soulignons de nous-mêmes que cet investissement très important est concomitant à un état physique – et parfois psychologique – parental, et plus encore maternel, diminué voire très diminué. La grossesse, l'accouchement et ce qui est passé dans le langage courant sous l'expression de « *quatrième trimestre de grossesse* » ne se déroulent en effet pas toujours sans petits ou grands heurts qui peuvent se poursuivre bien au-delà du quatrième mois. Ces difficultés dues à la forte implication des parents – surtout des mères – dans les débuts de vie de leurs enfants sont mentionnées par les enquêtées au détour de phrases comme : « *parce qu'à un an, on est encore à quatre biberons par jour ou cinq, à le changer, qu'il [ne] dormait pas tout le temps donc il fallait le faire jouer, s'en occuper, le promener, le sortir dehors etc.* » (Nicole¹⁴⁵). Ces aspects peu ragoutants de la « *néo-parentalité* » sont toutefois extérieurs au

¹⁴⁵ Entretien n°1 :

Âge : 36 ans ; 39 ans - Profession : Infirmière ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : visites de contrôle en cours - Profession du père des enfants : Ingénieur aéronautique ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 3 et 6 ans (aîné) ; 1 et 4 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien n°2 :

cancer. Quand la maladie survient, les obstacles peuvent s'intensifier encore et donner lieu à une détérioration des relations entre les mères et leurs enfants en bas-âge. Nous le verrons, la « [perte] en qualité de relation » prend deux formes majeures. La première relève de mouvements « d'agressivité » voire de « violence » (Roxanne) des mères à l'encontre de leurs enfants qui se répètent à plusieurs reprises lors des traitements. La deuxième consiste en une méconnaissance mutuelle des mères et de leurs enfants qui les font advenir comme de quasi-étrangers les unes pour les autres durant la période des soins.

1. L'agressivité des mères à l'encontre de leurs « petits » enfants « agités »

Dans les entretiens effectués avec des mères d'enfants en (très) bas-âge, ces derniers reviennent dans les discours sous trois principaux aspects : l'inconscience qu'ils ont de la situation médicale de leur mère et de sa gravité (« il [ne] sait pas ce que c'est » - Roxanne), leur grande dépendance à l'égard des adultes (cf. paragraphe précédent), ainsi que leur agitation (« j'ai un petit garçon qui est assez agité, un peu hyperactif » - Roxanne). Si l'inconscience des enfants en bas-âge et leur dépendance ne sont pas revenues comme des causes de « l'agressivité » maternelle lors des traitements, il n'en est pas de même en ce qui concerne « l'agitation ». Dans les entretiens, cette « agitation » des « (touts) petits » s'incarne de différentes façons. Chez le nouveau-né, elle peut caractériser des pleurs récurrents d'un volume sonore poussé. Chez les enfants (un peu) plus grands (1-5 ans), elle peut être le fait de « désobéissances », d'attitudes contestataires voire de comportements violents dirigés contre d'autres enfants ou des jouets. Roxanne mère d'un enfant de 4,5 ans et d'un nouveau-né lors des traitements et Nicole, mère de deux garçons de 1 et 3 ans nous en ont fourni quelques illustrations :

Âge : 43 ans - Profession : En congé parental - Situation conjugale : Mariée - Profession du père des enfants : Manager chez Thales - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, M et F - Âge des enfants : 10 ans (aîné) ; 8 ans (cadet) ; 10 mois (benjamine).

Extraits de l'entretien de Nicole :

À propos de son fils aîné : « Elle [l'institutrice] [ne] supportait pas ce garçon qui était invivable, qui tapait, qui [ne] comprenait rien, qui... et elle m'a convoquée à peine quinze jours après la rentrée des classes pour me dire : « Votre enfant c[e n]'est pas gérable, il faut que vous le repreniez tous les jours, c[e n]'est pas possible, moi, j[e n]'en veux pas l'après-midi »

À propos de son fils cadet : « D'ailleurs, quand je l'ai mis à la crèche à un moment, quand j'ai été malade, il a été pris une journée dans le coin et où il balançait sa poupée, j'ai dit : « Oh là là, je [ne] fais pas ça avec mon enfant hein ! (rires) »

Extrait de l'entretien de Roxanne :

À propos de son fils aîné : « C'est surtout qu'au début [des protocoles], avant de comprendre qu'il avait un trouble de l'attention etc., qui pouvait faire que c'était pour ça qu'il [n']écoutait pas ce qu'on lui disait et qu'il faisait tout le temps autre chose parce qu'il est ailleurs, je me disais : « [Ce n]'est pas possible ! Il se moque de nous ». Donc du coup, ça s'est durci, notre relation a été compliquée... »

Si les comportements agités mentionnés varient d'un enfant à un autre – l'un tape, l'autre n'écoute pas et fait complètement fi des ordres parentaux – les deux enquêtées ont pour point commun de mobiliser des explications communes aux « *agitations* » respectives de leurs garçons de 3 et 4,5 ans au moment du cancer. En dehors de spécificités individuelles relatives au diagnostic d'un « *trouble de l'attention avec hyperactivité* » (Béliard *et al.*, 2019) venu à la fin des traitements pour le fils de Roxanne, les deux interrogées mobilisent l'argumentaire de l'âge. Pour elles, « *l'agitation* » est un trait caractéristique des enfants en « *bas-âge* » (Roxanne). En ce sens, elles adoptent des discours aux tonalités psychologisantes auxquels ont couramment recours les « profanes » quand il s'agit de mettre des « *mots sur les maux* » (Béliard et Eideliman, 2014), les leurs comme ceux de leur entourage. À travers les attitudes « *agitées* » de leurs enfants, les interrogés croient saisir les signes des mouvements d'opposition qui seraient un autre trait spécifique des enfants de « *cet âge* ». À ce sujet, Roxanne souligne : « *bon c'était la période aussi, une période de l'enfance qui n'est pas facile où l'enfant est en opposition, il a un comportement agité, c[e n]'est pas évident* ». Nicole abonde exactement dans le même sens que son homologue : « *tout est arrivé en même temps où c'était... et les trois ans où c'est l'âge du « non »* ». En dehors de ces éléments, l'agitation des enfants de « *cet âge* »

peut également s'observer dans la brusquerie de leurs gestes lors des « petites actions du quotidien ». Les maladroites qui peuvent en découler sont redéfinies par le cancer, passant du registre du « simple écart » (Nicole) avant la maladie à celui de « drame absolu » pendant :

« Quand j'étais malade et ça, ça me rappelle ça c'est que je ne sup-por-tais pas le simple écart des enfants c'est-à-dire qu'encore aujourd'hui, [fils aîné], il [n']est pas capable de boire son lait le matin sans en faire tomber, son bol est renversé tout le temps, son jus d'orange... et quand j'étais malade mais ça me rendait hystérique ! Et quand je dis hystérique mais je hurlais ! Parce que le simple fait de me dire, il va falloir que je nettoie ça en plus, c'était déjà tellement dur pour moi de préparer le petit-dej qu'en plus, il fallait que je nettoie leurs conneries, que c'était trop ! Donc je surréagissais en hurlant [...] » (Nicole)

L'extrait d'entretien ci-dessus nous offre deux pistes porteuses pour notre réflexion. D'une part, Nicole donne à penser les effets du cancer sur ses comportements « agressifs » à l'encontre de ses enfants. D'une seconde part, elle donne forme à son « agressivité » que nous décrirons plus finement dans les lignes qui viendront. Avant cela, notons que contrairement à Roxanne, Nicole n'a jamais mentionné avoir été « aggressive » contre ses enfants. Néanmoins, le terme « hystérique » qu'elle utilise à deux reprises et dont elle se sert pour se décrire pendant ses traitements pourrait être pris comme synonyme. Roxanne qui estime que « [sa] relation [avec son fils] a été compliquée » dit avoir été « moins patiente », « plus excédée avec lui plus facilement ». Elle ira même jusqu'à confier : « c'était vraiment de plus en plus difficile avec mon fils parce que je devenais presque violente, je n'avais plus aucune patience, mes nerfs, ils lâchaient tout le temps ». Invitée à donner l'exemple « d'un jour pendant les traitements où [elle a] vraiment pu être excédée » (enquêteuse), elle répond :

« Bah oui, oui et je me souviens... ouais, [il] y a eu plein de moments comme ça et... vu que j'étais excédée, je pouvais lui hurler dessus et oui lui dire... enfin... je sortais de mes gonds en fait ! Même après, avec le bébé... je [ne] pouvais plus me maîtriser en fait, c'était vraiment dur. J[ne] n'arrivais plus à me maîtriser, je disais à mon conjoint : « S'il te plait, rentre... j[e n']en peux plus, j[e n']en peux plus, j'ai envie de le taper ». C'était vraiment... alors que je suis quand même de nature assez calme et douce à la base et là... [il] y a eu plein de moments en fait, c'était presque quotidien à un moment » (Roxanne)

Comme Nicole, « l'agressivité » de Roxanne s'incarne dans les hurlements dont ses enfants, surtout son fils aîné, étaient destinataires. Si la première enquêtée (Nicole) ne le mentionne pas, la seconde (Roxanne) inclut dans son « agressivité », l'idée de passage à l'acte physique sur sa fille de quelques mois. Par ailleurs, deux autres éléments doivent attirer notre attention. Tout

d'abord, il est intéressant de noter que « *l'agressivité* » (Roxanne) ou « *l'hystérie* » (Nicole) que les interrogées mettent en avant pour rendre compte des relations entretenues avec leurs enfants n'a rien de ponctuel. Pendant les protocoles de soins, « *c'était presque quotidien à un moment* » dira ainsi Roxanne. Toutefois, tel que le relate Roxanne, cette quotidienneté de « *l'agressivité* » maternelle pendant les traitements ne doit à rien d'autre qu'au cancer, ou plus justement aux effets de ses traitements. Bien que son garçon ait toujours été « *assez agité, un peu hyperactif* » – comme il le fut pendant le cancer – c'est avec « *calme et [douceur]* » qu'elle avait jusque-là fait face à la même situation : « *Alors quand il était tout bébé, petit, c'est vrai que... une relation très douce. Moi, j'étais très douce, très maternelle... c'est le petit premier* ». D'ailleurs, au moment de l'entretien, « *la relation recommence à s'adoucir* » confiera-t-elle. Pour Nicole, des logiques similaires sont à l'œuvre. Si elle ne se définit pas comme « *maternelle* » et affiche ses distances avec un modèle de « *parentalité relationnelle* », cela ne l'empêche pour autant pas de faire le lien entre le cancer et ses hurlements. Elle qui « *adulai[t]* » son fils aîné (« *bon c'était mon aîné donc je l'adulais* »), jamais sans la maladie, elle n'aurait pu concevoir lui « *hurler* » dessus au simple motif d'un bol de lait ou d'un verre de jus d'orange renversé.

2. « *Je n'ai pas vraiment connu mon bébé* »

L'« *agitation* » (Ibid., 2019) n'est pas le seul trait distinctif des enfants en bas-âge, et en particulier des nourrissons. Dans les entretiens, ils sont également décrits sous les traits de leur dépendance extrême aux soins parentaux, et plus encore maternels. Si cette période – nous l'avons déjà écrit ci-dessus – met à rude épreuve la solidité physique (et psychologique) (Charrier et Clavandier, 2013) des parents, les difficultés sont encore redoublées quand survient le cancer. Les effets physiques des traitements peuvent rendre difficile voire impossible de prendre en charge l'éducation des tout-petits. Cela commence déjà par l'abandon (forcé) de l'allaitement. Faute de recul des effets des traitements sur le lait maternel, les mères allaitantes sont sommées par les équipes médicales qui les prennent en charge de mettre fin à cette pratique avant que ne débutent les traitements. En l'espace de quelques jours – entre le moment où est établi le diagnostic et le début des soins – elles sont enjointes de procéder au « *sevrage* » de leurs enfants, ce qu'elles ne font pas sans mal. Ainsi, Leïla¹⁴⁶, mère de deux filles de vingt-et-

¹⁴⁶ Âge : 33 ans ; 35 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Missions intérimaires

un mois et de six ans lors de ses traitements décrit l'arrêt de son allaitement comme un « déchirement ». Le « déchirement » mentionné renvoie moins à ce que cela pourrait impliquer sur la (bonne) santé des enfants que sur les conséquences relationnelles néfastes que l'arrêt de cette pratique pourrait supposer¹⁴⁷ :

« Enquêtrice : Vous m'avez dit que vous allaitiez quand on vous a annoncé le cancer, comment ça s'est passé de ce point-de-vue-là ?

Leïla : L'allaitement après bah ça a été un déchirement ! J'ai dû arrêter alors que j'étais en plein épanouissement. Quand on est maman, les premières années, on a envie d'en profiter au maximum et à un an et demi, j'ai tout dû arrêter. C'était avant l'opération donc j'ai commencé à [ne] plus allaiter de ce sein qui était malade et quand je suis rentrée à l'hôpital, je suis restée cinq jours. C'est ma sœur qui l'a gardée pendant ces cinq jours, et c'est ce qui a permis le sevrage.

Enquêtrice : Quand vous dites que ça a été un déchirement, vous pouvez revenir sur cette idée ? Qu'est-ce qui a causé ce déchirement ?

Leïla : Ce déchirement c'est que je [ne] me sentais plus proche d'elle comme si on me l'avait arrachée en fait. Elle était encore petite et elle aussi, par rapport à elle aussi, elle a eu beaucoup de mal à l'accepter. [...] Elle [n']a pas eu... on lui a arraché ça en fait. Elle [n']a pas eu ce qu'il lui fallait. »

Le « déchirement » que Leïla est invitée à expliciter dans ces échanges illustre la force du poids relationnel contenu dans l'allaitement. À presque deux ans, le lait n'est plus censé constituer l'élément principal de l'alimentation des jeunes enfants. Pourtant, cela n'empêche pas Leïla de considérer l'arrêt de son allaitement comme prématuré (« elle était encore petite »). Cette

ponctuelles ; Plombier - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 6 et 8 ans (aînée) ; 21 mois et 3,5 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie puis hormonothérapie.

147 Dans ses travaux sur l'allaitement (2020), le sociologue Marc-Olivier Déplaud rappelle que depuis les années 1970, et plus encore depuis les années 1990, la « norme de l'allaitement » est prégnante dans les sociétés nord-américaines et européennes. En vertu de cette norme, dès les premiers suivis de grossesse, les mères sont (fortement) incitées à allaiter leur bébé au moins jusqu'à six mois selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ces préconisations – fondées sur des études scientifiques – font le lien entre l'allaitement maternel et la bonne santé générale des nourrissons tandis que l'alimentation industrielle est décriée : « les discours en faveur de l'allaitement au sein font de la maximisation du bien-être actuel ou futur de l'enfant un impératif absolu, fondé sur la science (allaiter réduit les risques d'allergie par exemple). Le fait que les mères puissent mettre en balance ces bénéfices espérés avec d'autres considérations (autres tâches domestiques, nécessité de reprendre le travail pour assurer un revenu, etc.) n'est pas considéré comme légitime. Autrement dit, le fait de donner à son enfant des laits industriels est vu comme une déviance par rapport à la seule norme légitime : celle de l'allaitement au sein. » (*Ibid.*, p. 20). Ces arguments sanitaires s'accompagnent d'autres qui sont d'ordre relationnel : « depuis la fin du XIX^{ème} siècle, s'est imposée l'idée que « l'allaitement [maternel] permet de créer un « lien spécial » avec son nourrisson » (Scholl, 2021, p. 25). C'est à ces arguments relationnels que se réfèrent les enquêtées d'où notre choix d'évoquer l'allaitement dans cette thèse consacrée à l'étude des relations entre les mères et leurs enfants en perspective du cancer.

prématurité tient moins à des raisons alimentaires, qu'affectives. Lorsque Leïla annonce que sa fille « *n'a pas eu ce qu'il lui fallait* », cela ne signifie pas que l'enfant a manqué de nourriture. En arrêtant d'allaiter, Leïla « *[ne se] sentai[t] plus proche d'elle [sa fille cadette]* ». Elle rapporte que ce sentiment a été partagé par l'enfant (« *et elle aussi, par rapport à elle aussi, elle a eu beaucoup de mal à l'accepter* »). Nicole entretient un rapport semblable vis-à-vis de l'arrêt de l'allaitement de son cadet. Comme Leïla, elle considère que l'arrêt de l'allaitement de son deuxième fils d'un an les a éloignés tous les deux :

« Et Jean j'ai dû le sevrer. En fait, dès que j'ai fait la radio et qu'on m'a dit que voilà... j'ai pu le sevrer d'un coup et il [n']a pas voulu le biberon donc ça a été assez compliqué... et lui s'est rattaché à son père parce que c'est son père qui l'a nourri et qui s'en est occupé à tel point qu'il me faisait un bisou mais aucun câlin et il a bien dû mettre deux ans avant de venir me faire un câlin et de rester dans mes bras [...] » (Nicole)

Avec Nicole, le sevrage est encore pointé comme responsable d'une distance dans la relation entre elle et son fils. Cette distance est illustrée par l'enquêtée par la réticence de son petit garçon à « *venir [lui] faire un câlin* » et « *rester dans [ses] bras* ». Rien de positif ne semble advenir de l'arrêt de l'allaitement. Aussi, est-il maintenu le plus longtemps possible avant que ne commencent les traitements. Jusqu'à la veille de son opération (une tumorectomie) par laquelle a été initié son protocole de soins, Leïla a allaité sa fille avec le sein « *non-malade* ». Une autre enquêtée a opté pour faire des « *stocks de lait* ». Avant d'être opérée par mastectomie, Ilana¹⁴⁸ touchée par un cancer du sein alors que son fils était âgé de trois mois a tiré son lait qu'elle a congelé pour que son bébé puisse continuer à être nourri – même indirectement – par le sein de sa mère. Si l'angle de la santé est maintenu – le lait maternel étant perçu comme « meilleur » pour la santé des enfants que le lait industriel –, il n'en va pas de même pour les dimensions relationnelles. Le cancer entraîne en effet la perte du monopole sur cette activité qui était prétexte à la « *fusion* », à la « *connexion* » « *entre la maman et le bébé* » (Samia¹⁴⁹). Les liens se distendent au profit des « *autres* » – et nouveaux nourriciers – et pourrait-on même dire au profit des autres éducateurs amenés à intervenir dans la vie des « *enfants sevrés* ».

¹⁴⁸ Âge : 31 ans ; 33 ans - Profession : Responsable ADV ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juin 2020 - Profession du père des enfants : Chef de chantier ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 3 mois et 2 ans.

Protocole : Mastectomie suivie de séances de chimiothérapie pendant six mois. Au cours de ce protocole, Ilana a été hospitalisée pendant dix jours à la suite de complications cardiaques en lien avec les traitements. Au moment de l'entretien, elle est sous hormonothérapie pour une durée de cinq ans.

¹⁴⁹ Âge : 32 ans ; 35 ans - Profession : Cadre ; Invalidité - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Ovaires - Date de fin des traitements : Mars 2017 - Profession du père des enfants : Cadre ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 3 et 5 ans (aîné) ; Grossesse et 2,5 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie de chimiothérapie.

Ce point ne se vérifie pas uniquement pour les activités d'alimentation qui ne sont – pour certaines enquêtées – pas les seules à ne plus pouvoir être assurées par elles lorsque les enfants sont très petits. Le faible degré d'autonomie – voire l'absence totale d'autonomie – des nourrissons entraîne une forte sollicitation des parents – des mères – dans les premiers temps de la vie des premiers. Or, les effets des traitements du cancer peuvent rendre très difficile voire impossible de répondre aux nombreux besoins affectifs et physiologiques des bébés comme nous l'a très bien expliqué Samia :

« J'avais un protocole bête donc c'était une cure... c'était quatre cures de prévues avec une semaine d'hospitalisation donc j'avais de la chimiothérapie tous les jours. Je ressortais de là dans un état lamentable. Je rentrais à la maison le samedi... donc je partais à l'hôpital le lundi matin, je ressortais le samedi matin ou le vendredi soir... donc pour vous montrer l'organisation avec les enfants donc la semaine à l'hôpital, le samedi, je rentrais à la maison, le samedi, j'avais mon injection... je [ne] sais plus comment on appelle ça, l'accélérateur de globules... donc j'avais ça le samedi. L'infirmière venait à la maison... donc j[e n]'étais pas bien le samedi parce que ce produit nous fait mal à tous les os donc j'étais pas bien jusqu'au dimanche, dimanche soir. J[e n]'avais pas le choix, le lundi, il fallait que je retourne à l'hôpital de jour, j'avais une autre injection de chimiothérapie voilà. Un des produits que je devais avoir tous les sept jours, après, je restais une semaine à la maison. Le lundi d'après, j'avais encore cette injection à l'hôpital de jour, je passais la semaine à la maison, six jours et le jeudi 21, je retournais à l'hôpital pour toute la semaine et puis voilà. Ça, pendant quatre fois. Voilà, quoi dire de plus ? Alors niveau organisation avec les enfants, j[e n]'étais pas capable de m'occuper du bébé, pas du tout capable... j[e n]'étais pas capable de lui donner le biberon (pleure), j[e n]'étais capable de rien. Dès que ça allait un peu mieux, le porter c'est tout. Il arrivait des fois où je revenais de chimiothérapie, j'étais allongée et puis il pleurait à côté de moi et j[e n]'étais pas capable de le porter (pleure), ça, je l'ai très mal vécu ça » (Samia)

C'est à la deuxième échographie lors de sa grossesse qu'un cancer des ovaires est diagnostiqué à Samia. Une tumorectomie est programmée alors qu'elle est encore enceinte. En dépit de cette chirurgie, la grossesse arrive à son terme. L'enquêtée parvient à négocier le début de la chimiothérapie dix jours après son accouchement afin de pouvoir allaiter son fils cadet pendant quelques jours (elle avait allaité son fils aîné de sa naissance jusqu'à sa reprise du travail, soit au moins pendant deux mois et demi). Le protocole établi pour Samia est lourd. Il suppose des périodes d'hospitalisation en continu et ses effets sont dévastateurs. C'est « *dans un état lamentable [que Samia] ressortai[t] de là* ». Les conséquences sur son bébé ne se font pas attendre. Pendant toute la durée de ses chimiothérapies – à savoir jusqu'au premier anniversaire

de son fils – elle se déclare « *pas du tout capable de [s']occuper [de lui]* ». Les incapacités maternelles sont de tous ordres. Elles sont alimentaires (« *je n'étais pas capable de lui donner le biberon* ») mais elles sont aussi affectives (« *Il arrivait des fois où je revenais de chimiothérapie, j'étais allongée et puis il pleurait à côté de moi et je n'étais pas capable de le porter (pleure) [pour le consoler]* »). Samia n'est pas la seule enquêtée à avoir fait mention de telles incapacités à s'occuper d'un nourrisson pendant les traitements. C'est aussi le cas de Nicole dont le fils cadet était âgé d'un an lors des protocoles de soins. Pour les deux enquêtées, leur « *état lamentable* » a impliqué une délégation intégrale de l'éducation de leurs enfants à de tierces personnes : à des employées et dans de moindres mesures, à son mari pour Nicole et à sa mère pour Samia. Pour cette enquêtée, une particularité doit être soulignée car elle a une grande importance pour notre sujet de thèse. Qu'il y ait ou non délégation de l'éducation pendant les traitements, pendant la majeure partie du temps de leur déroulement, les enfants restent présents au domicile parental (maternel). Ce ne fut pas le cas pour le dernier fils de Samia. Comme nous venons de l'écrire, lors des soins, c'est la mère de l'enquêtée qui a pris en charge l'éducation de son petit-fils. Originaire de Charente-Maritime, elle est d'abord venue au domicile de sa fille pendant environ six mois (de l'été jusqu'en janvier). En janvier, « en mal » de son département d'origine, elle le regagne avec son petit-fils qui n'est âgé que de quelques mois, ce qui conduira Samia à déclarer : « *entre guillemets, j[*e n*] 'ai pas vraiment connu mon bébé pendant toute l'année donc ça a duré... dès l'accouchement jusqu'à l'été qui a suivi donc un an puisqu'il est né en août et jusqu'à août d'après où l'année était passée avec toutes les opérations et tout ça* » (Samia). Aussi, dans cette situation, il est moins question d'une détérioration des liens intergénérationnels que de ce que le cancer – et par-delà lui les effets de ses traitements –, peut amener les mères et leurs enfants à être de quasi-étrangers les uns pour les autres (et réciproquement). Le quotidien qui – nous l'avons déjà écrit – est une composante majeure des relations de proximité qu'entretiennent les parents et leurs enfants (Weber, 2005 ; 2013) n'est pas une réalité pour Samia et son fils dernier né pendant les soins de l'interrogée. En outre, au regard de l'âge de l'enfant, la dimension quotidienne de la parentalité ne peut être palliée par l'entretien de liens *via* des moyens de télécommunication. Privé de parole, il n'était pas concevable pour l'enfant de partager son quotidien (et réciproquement de la mère vers son enfant). Cette situation est donc bien loin de Francine¹⁵⁰ et de son fils de 7 ans Francine resté

¹⁵⁰ Âge : 32 ans ; 49 ans - Profession : Auxiliaire de puériculture ; Arrêt longue maladie - Situation conjugale : Concubinage (avec un autre homme que le père de son fils) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Février 2006 - Profession du père des enfants : Cadre EDF - Profession du compagnon (pendant le cancer) : Technicien base spatiale - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 7 et 21 ans. Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de chimiothérapie et de radiothérapie.

en Guyane pendant les soins de sa mère qui se sont déroulés en Métropole pendant six mois¹⁵¹. Concernant Samia, ce n'est que lorsque les protocoles ont pris fin – à savoir lorsque le garçonnet fut âgé d'un an – que la mère et l'enfant ont enfin pu « *recréer le lien la deuxième année quoi* » grâce à un *quotidien* (*Ibid.*) qui a été de nouveau partagé entre la mère et son enfant.

II. « *Perdre en qualité de relation* » avec des (pré-)adolescents

Les mères d'enfants en bas-âge n'ont pas le monopole de la « *[perte] en qualité de relation* » (*Audrey*) avec leurs enfants. À l'adolescence initiée à l'entrée du collège (Singly (de), 2006), les relations intergénérationnelles peuvent également se détériorer sous l'effet du cancer. Pendant les entretiens, cette détérioration se donne à entendre dans les mots dépréciatifs que les mères emploient pour parler de leurs enfants. Ces derniers apparaissent sous le jour de leurs défauts ou difficultés qu'ils ont fait – et le verbe qui va suivre est choisi à escient – subir à leur mère depuis leur enfance et qui se sont encore accentuées au moment des traitements. Par exemple, au sujet de son fils aîné sur lequel nous reviendrons dans cette partie, Bernadette dira :

« Il [son fils aîné] a toujours été plus difficile [que le fils cadet]. Toujours plus difficile, même avant la naissance du deuxième parce que le deuxième a quatre ans et demi de différence, toujours même très petit, toujours très difficile, très turbulent, renvoyé du centre-aéré, renvoyé de l'équitation parce qu'il [ne] respectait pas les règles, renvoyé du judo parce qu'il [ne] respectait pas les règles, l'escrime, il s'amusait avec... un peu hyperactif, vous voyez ? Un enfant difficile quand même mais non là [pendant le deuxième cancer], c'est des choses... j'ai eu du mal, j'ai eu du mal à comprendre » (Bernadette)

Dans le même ordre d'idées, c'est sous les traits d'une jeune fille « *assez manipulatrice* » et « *intolérante à la frustration* » que nous entendrons parler de l'adolescente d'*Audrey*. Cette description tranche avec le portrait dressé de la jeune fille, ou plutôt des relations qu'elle entretenait avec sa mère avant le cancer. À ce sujet, *Audrey* déclare : « *avant, on avait une relation assez proche, assez complice où j'avais l'impression en tout cas que je pouvais lui faire confiance, qu'elle pouvait me faire confiance* ». Si avant le cancer, *Élise*¹⁵² avait déjà des

¹⁵¹ Rappelons que pour *Francine*, c'est dans la distance géographique que se pense le rapprochement relationnel opéré entre elle et son fils pendant les traitements (cf. Chapitre III., partie III.).

¹⁵² Âge : 40 ans ; 48 ans - Profession : Conseillère insertion emploi ; AVS dans une école maternelle - Situation conjugale : Divorcée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juillet 2014 - Profession du père

liens marqués par de l'ambivalence avec ses deux filles, et particulièrement avec son aînée du fait d'un divorce conflictuel avec leur père, elle remarque tout de même que « *[ce n']était pas du tout pareil. Quand [elle s'est] séparée, [sa] relation avec la grande était vachement plus fusionnelle* ». Le ton est tout autre quand il s'agit de dépeindre le portrait de sa fille aînée de 12 ans au moment du cancer. Celle-ci est qualifiée de « *monstre d'égoïsme* ». Pour enfoncer le clou au sujet de sa fille, elle ne manquera pas de la rapprocher de son père (« *Alors mon aînée c'est l'image de son père* ») qui est revenu tout au long de l'entretien – à six reprises tout du moins – comme un « *persers narcissique* » humiliant et violent.

En dehors de ces éléments de catégorisation des enfants, notons que contrairement à ce qu'il se passe quand ils sont « petits », à l'adolescence, les « distances » qui s'observent dans les liens mères/enfants apparaissent dans les discours maternels comme l'œuvre de ces derniers plutôt que des femmes atteintes du cancer. Dans les entretiens, si les interrogées ne pointent aucune « *agressivité* » de leur part comme ont pu le faire les enquêtées qui avaient des enfants en bas-âge, elles ont en revanche fait mention de « *réactions colériques* » (*Katia*) ou encore de comportements « *gonflés* » (*Audrey*) qu'ont pu avoir leurs (pré-)adolescents auprès d'elles sur une majeure partie voire sur l'ensemble des temps des traitements. Qu'il s'agisse des « *réactions colériques* » ou des comportements « *gonflés* », tous disent de l'absence de reconnaissance de la maladie et des effets des soins ou d'une reconnaissance qui ne sert pas le soutien maternel. Dans cette deuxième partie de chapitre, nous donnerons forme aux attitudes hostiles des (pré-)adolescents, puis nous les décrypterons en perspective de l'expérience maternelle du cancer.

des enfants : N.C - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 12 et 20 ans (aînée) ; 9 et 18 ans (cadette).

Protocole : Opération avec mastectomie du sein gauche et ablation de quinze ganglions de la chaîne axillaire suivie de séances de chimiothérapie durant quatre mois et demi puis de trente séances de radiothérapie qui ont précédé cinq années d'hormonothérapie.

1. Les comportements « gonflés » : quand les adolescents compromettent l'intégrité physique et morale de leur mère

À l'adolescence ou à l'entrée de la vie d'adulte, les comportements – qualifiés de « gonflés » (Audrey) – de certains enfants d'enquêtées sont perçus par ces dernières comme les marqueurs de relations dégradées que le cancer met en lumière. Ainsi, en va-t-il par exemple de la fille d'Audrey qui entreprend de commencer à fumer et à en faire ostentation devant sa mère alors en plein cœur de ses chimiothérapies. Elle y revient dans ce passage :

« Par contre, quand on l'a surprise à fumer devant nous, ça on lui a dit : « On n'accepte pas. Parce que tu fumes ta cigarette avec tes copines parce que ça fait partie de ta sociabilité, pourquoi pas. Par contre, c'est ne pas nous respecter ». Et ça mon mari s'est fâché en disant : « Fumer devant ta mère c'est du non-respect donc que tu fumes avec tes copines en soirée, on [ne] veut pas le savoir même si on le sait mais par contre, ne nous... pour nous, c'est un manque de respect ».

Enquêtrice : Qu'est-ce qui fait manque de respect ? Est-ce que c'est un manque de respect au vu du cancer ou est-ce que c'est un manque de respect...

Enquêtée : Les deux. Les deux parce que mon mari n'aurait jamais osé fumer devant son père parce qu'à notre époque, il avait des parents extrêmement sévères et qui n'auraient pas accepté. Parce que moi, je n'aurais jamais osé le faire devant mes propres parents donc c'est en référence à notre propre éducation et aussi parce qu'en plus, [il] y a le cancer donc ça fait un peu beaucoup » (Audrey)

Pratique d'expérimentation juvénile par excellence (Obradovic, 2017), le tabagisme de la fille d'Audrey est vécu comme doublement irrespectueux. Pour l'enquêtée et son époux, le tabagisme relève d'une pratique de sociabilité qui n'a pas à se vivre sous les yeux parentaux. Pour eux, ce point semble d'être d'autant plus capital que dans leur propre jeunesse et vis-à-vis de leurs propres parents, il aurait été totalement inconcevable de « fumer devant [eux] ». Sous cet angle, le « manque de respect » est dirigé contre les deux parents, voire l'ensemble de la lignée familiale ; l'interdiction de « fumer devant [les parents] » relevant d'une règle qui se transmet de génération en génération. Mais dans le passage rapporté ci-dessus, le « manque de respect » prend une dimension plus individuelle et circonstancielle. Dans ce cas précis, la maladie fait l'objet d'une reconnaissance de la part de la jeune fille. En effet, c'est dans le cancer que l'acte tabagique prend un sens « gonflé » en plus que d'être « irrespectueux ». Peut-être l'adolescente aurait-elle commencé à fumer sans le cancer : « En France, les premières

expériences de consommation de substances psychoactives [alcool, tabac, drogue] débutent, chez les adolescents, à l'âge de 13 ans en moyenne » (*Ibid.*, p. 79). Toutefois, avec le cancer, cette pratique prend une signification toute particulière. Elle n'est plus seulement du ressort de la sociabilité mentionnée par l'enquêtée et corroboré par les chercheurs qui travaillent sur cette question (*Ibid.*). Dans le contexte du cancer maternel, le tabagisme est aussi un « *manque de respect* », presque une provocation qui est, à notre sens, une modalité de reconnaissance qui pourrait être qualifiée de négative. Alors qu'il est socialement (re)connu que le tabac est un – si ce n'est le – facteur le plus impliqué dans la survenue de cette maladie¹⁵³, cela n'empêche pourtant pas l'adolescente de s'y adonner tout à fait volontairement sous les yeux de sa mère ; et agissant ainsi lui fait encourir des risques pour sa santé à court et à plus long-terme. Si la compromission se fait sur le plan de la santé pour Audrey, il peut aussi arriver que les enfants mettent en péril l'intégrité morale de leur mère pendant les traitements. Ce fut le cas de Bernadette. La concernant, la maladie¹⁵⁴ a elle aussi fait l'objet d'une reconnaissance de la part de son fils aîné. Elle existe. Il le sait et ne manque pas d'en faire état à ses supérieurs de l'époque qui étaient des militaires de métier :

« C'est moi qui appelais régulièrement parce qu'il était très très perturbateur aux armées, il avait eu pas mal de trous... enfin je [ne] sais pas comment ça s'appelle. Au service militaire, quand les jeunes [ne] respectaient pas la discipline, ils avaient des jours... ils appellent ça des jours de trous, ils étaient isolés et comme je savais que ça [ne] se passait pas très bien, j'avais demandé à appeler. Il était à la frontière allemande et j'avais réussi à avoir un responsable qui m'avait dit : « Oui, qu'il [n']était pas facile, qu'il [n']était pas discipliné et tout ça et à propos, comment va votre santé ? », il me dit. Je dis : « Comment ma santé ? » parce qu'il [n']était pas sensé le savoir, je lui dis : « Bah ça va mais comment vous savez ? ». Il dit : « Parce qu'Arnaud a demandé une permission parce que pour tout vous dire, il a dit que vous étiez en train de mourir ». J'ai dû rester quelques minutes choquée. J'ai dit : « Oui, je viens de faire une récurrence de cancer » alors j'étais obligée de lui annoncer le truc. « Par contre, je [ne] suis pas en train de mourir, non. Je me soigne, c'est dur mais je me soigne » donc il avait demandé une permission mais il était en pleine révolte. Est-ce que si on nous avait aidés ? Est-ce que c'est par rapport à ma maladie ? J[e n'en] sais rien, j[e n]'en sais rien. J[e n]'ai jamais eu la réponse mais il nous en a fait baver lors de ce moment-là, c'était terrible » (Bernadette)

¹⁵³ Selon les chiffres fournis par le site e-cancer, le tabac est le premier facteur de risque en étant à l'origine de 19,8% des cancers diagnostiqués – cf. [Principaux facteurs de risque de cancer - Comment prévenir au mieux les cancers ? \(e-cancer.fr\)](http://e-cancer.fr) (page consultée le 29 juillet 2021).

¹⁵⁴ Cette « anecdote » a eu lieu lors du deuxième cancer de l'enquêtée. À l'époque, son fils aîné effectue son service militaire tandis que le cadet, encore au domicile parental, est tout juste majeur.

Arnaud, le fils aîné de Bernadette, tout juste majeur au moment du deuxième cancer de sa mère se rapproche de la fille d'Audrey. Tous deux reconnaissent la maladie puisque c'est elle qui donne sens à leurs comportements « gonflés » (Audrey). Durant son service militaire, le jeune homme qui jusqu'à présent – lors de la récurrence comme lors du premier cancer – s'était distingué par son indifférence (*mon aîné adolescent bah parce que... j'avais l'impression qu'il s'en foutait complètement !*) vis-à-vis de la situation médicale de sa mère prend une autre orientation... du moins en apparence. Comme le rapporte Bernadette dans l'extrait d'entretien ci-dessus, le service militaire est l'occasion pour le jeune homme de faire état de la maladie de sa mère à ses supérieurs. Toutefois, les confessions de la recrue ne visent pas à se libérer de la tristesse que le fils aîné pourrait être amené à ressentir dans un tel contexte. Bernadette est convaincue que les alertes lancées par le jeune homme quant à l'état de santé de sa mère n'ont d'autre objectif que de tirer parti de la situation. Elle en a la certitude, ce n'est que mu par la volonté d'obtenir une permission – qui n'aurait pas été « utilisée » à des fins de soutien apporté à sa mère – que le cancer maternel a eu une existence dans une sphère investie par le jeune homme. Ici, la compromission filiale se fait moins sur le plan de la santé comme Audrey que sur celui de la moralité. Apprenant par un appel téléphonique passé au supérieur de son fils que ce dernier se servait de son cancer pour disposer d'avantages, l'enquêtée est interdite et « choquée » (« *J'ai dû rester quelques minutes choquée* »). Le choc est d'autant plus grand pour elle que le jeune homme – de surcroît son fils – n'hésite pas à la faire passer pour mourante. Dans une société où la mort est considérée comme « taboue » (Ariès, 1974), et la maternité, comme quasi « sacrée » (Héritier, 2002), cet acte tient du (quasi)blasphème... bien loin de la reconnaissance à des fins de soutien témoignée par d'autres enfants¹⁵⁵ dont fait partie l'autre fils de Bernadette à la même époque.

¹⁵⁵ Cf. chapitre précédent.

2. Les réactions « colériques » : quand le cancer et les effets de ses traitements sont minimisés par les adolescents

En dehors des « *comportements gonflés* » (Audrey) que nous venons de décrire, certains (pré-) adolescents se distinguent également en présentant des « *réactions [assez] colériques* » (Katia) dirigées à l'encontre de leur mère pendant ses traitements (« *mon ado a eu des réactions assez colériques vis-à-vis de moi et ça a été très difficile parce que moi, j'avais la chimio à affronter* ») (Katia). Opposées à de la reconnaissance, ces « *réactions colériques* » relèvent d'une déniégation de l'existence de la maladie et des effets de ses traitements comme en témoigne Katia dans l'extrait d'entretien suivant :

« Le premier jour après la chimio, j'étais par terre donc je [ne] pouvais rien faire donc voilà du coup, forcément j'étais faible, il fallait faire attention à moi... quand on sortait en famille, [il] y a des trucs que je [ne] pouvais pas faire comme d'habitude et ça, elle l'avait du mal à l'accepter en disant : « Bah t[u] es debout, tout va bien ! ». Voilà du coup, à être un peu... à dire : « Non mais c'est bon, tu fais de la comédie ou des choses comme ça ». Ça allait jusque-là en fait et donc en fait, comme moi, ça me faisait beaucoup de mal et que je [ne] me sentais pas soutenue et les remarques n'étaient pas très agréables [...] » (Katia)

Pendant sa chimiothérapie, Katia confie « *[ne pas d'être sentie] soutenue* ». Ce sentiment s'appuie sur les « *remarques pas très agréables* » de sa fille dont les « *réactions [étaient] assez colériques* » à cette période. La colère mentionnée par Katia rend compte de la minimisation voire de la déniégation du cancer et des effets de ses traitements par l'adolescente de 14 ans. D'après ce que dit l'interrogée, dans la bouche de sa fille, la maladie n'était pas (« *tu es debout, tout va bien !* ») et l'épuisement physique en conséquence du cancer et des soins, pas plus (« *tu fais de la comédie* »).

Pour certaines enquêtées, la minimisation qui peut aller jusqu'à la déniégation du cancer et des effets de ses traitements se confine à un « *trouble* » psychologique qu'elles nomment « *déni* ». C'est par exemple le cas de Nabila¹⁵⁶, mère d'une fille de 9 ans et d'un garçon de 12 ans au moment de ses traitements. Au sujet de ces derniers, elle confiera : « *mon fils a fait un déni, ma fille a réalisé que c'était un cancer...* ». Comme Katia, le « *déni* » prêté à son fils renvoie à la

¹⁵⁶ Âge : 43 ans ; 46 ans - Profession : Assistante de gestion ; Idem - Situation conjugale : Mariée - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mai 2016 - Profession du père des enfants : Pharmacien ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 12 et 15 ans (aîné) ; 9,5 et 12,5 ans (cadette).
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

négation dont peut faire l'objet le cancer et les conséquences physiques de ses traitements : « oui, ça a été compliqué de gérer le cancer et lui [le fils] en même temps. [Ce n']était pas facile parce qu'il [n']en parlait pas, parce qu'il était dans le déni. Quand j'étais fatiguée et qu'il [n']était pas agréable à gérer, je lui disais : « Écoute Yanis, je suis fatiguée ». Il me dit : « Mais tu dis toujours ça mais non, t[un]es pas fatiguée, t[un]es pas malade ». Si Katia ne se prête pas au « jeu » de l'auto-diagnostic (Béliard et Eideliman, 2014) concernant sa fille, son « agressivité » ne fait pas moins l'objet d'une psychologisation dont la mère est la figure de proue. La concernant, il s'agit moins d'une « mise en mot » à connotation psychologique que d'une « mise en acte ». Pendant ses traitements, cette enquêtée imposera à sa fille de consulter une psychologue dans l'espoir de mettre fin à ses « comportements assez agressifs ». Elle le raconte dans ce passage :

« Je [ne] me sentais pas soutenue et les remarques n'étaient pas très agréables. C'est moi qui ai dit : « Bon écoute, tu vas aller chez une psychologue parce que maman, elle [ne] peut plus tenir le choc face à ta réaction. [Il] y a certainement des choses dont tu n'oses pas me parler mais dont il faut que tu parles à quelqu'un ». Et je lui ai dit : « Tu es très agressive, tu [ne] vas pas bien et je veux que tu t'occupes de toi quoi ». Donc du coup, j'avais pris rendez-vous et tout et je lui ai dit : « Le premier rendez-vous, c'est non négociable. Après, si tu [ne] veux pas y retourner, tu [n']y retourneras pas mais moi, je veux que tu y ailles au moins une fois » donc elle a accepté d'y aller parce que je pense qu'effectivement, elle n'allait pas bien » (Katia)

Ces mouvements de psychologisation initiés par les mères – qu'il s'agisse d'auto-diagnostiquer un « déni » (*Ibid.*) chez leurs enfants ou de leur imposer d'aller consulter un(e) psychologue – dit de la difficulté maternelle à penser des relations dégradées entre elles et leurs enfants. L'absence de reconnaissance dont fait l'objet le cancer – et par-delà lui, la mère – ne peut être appréhendé intrinsèquement comme tel. Dans les propos de Katia et de Nabila, la minimisation de la maladie et des effets de ses traitements qui entraîne des crispations dans les relations intergénérationnelles n'a pas d'existence propre. En revanche, elle est un symptôme d'un mal-être qui est sorti par les mères du champ des relations pour être plus individualisée. À notre sens, la psychologisation des « réactions colériques » observées chez certains adolescents pendant le cancer sert cette individualisation qui a un double avantage. Elle permet à la fois de réhabiliter les relations qu'entretiennent les mères avec leurs enfants, ainsi que ces derniers. Sous l'angle de la psychologisation tel qu'il nous est proposé par nos enquêtées, ce ne sont en effet pas les (mauvaises) relations qu'elles entretiennent avec leurs enfants qui entrent en jeu dans ce qui pourrait être lu comme de l'indifférence de la part de ces derniers au sort maternel. En revanche, ce sont leurs enfants, ou plutôt les spécificités psychiques de ces

derniers qui donnent sens à leur « *colère* » pendant les traitements. Ainsi pour Katia, ce n'est pas la relation qu'elle avait avec sa fille qui « *n'allait pas bien [pendant les traitements]* » mais sa fille elle-même (« *elle n'allait pas bien* »). Par ailleurs, en les auto-diagnostiquant sous le jour de « troubles psychiques » – qu'il s'agisse de souligner leur « *déni* » de la situation cancéreuse ou leur mal-être général –, les enfants peuvent passer d'un statut de (quasi-) « bourreaux » à celui de « victimes » à l'endroit de leur mère. Ce qui peut être perçu comme de l'indifférence est alors relu sous le jour de la difficulté des adolescents à faire face au cancer. L'honneur des enfants et des mères est sauf : les premiers ne sont pas des « *monstre[s] [d'égoïsme]* » (Élise), les secondes sont aimées de leurs enfants. Cet enjeu qui relève du mécanisme de « *sauvetage des faces* » (Goffman, 1975 [1963]) est d'ailleurs peut-être encore plus capital en situation d'entretien qui peut être vécue par les interrogés comme un espace-temps propice aux jugements de la sociologue sur « ce qui est dit » voire « sur ceux qui sont dits » (Beaud et Weber, 2010 [1997]) ; ici, les « *adolescents colériques* ».

III. Les portées négatives du cancer sur les relations entre les mères et leurs enfants

En notre qualité de sociologue, nous nous abstenons de valider ou d'infirmer les « auto-diagnostics » (Béliard et Eideliman, 2014) d'obédience psychologique de nos enquêtées au sujet de leurs enfants. Toutefois, dans cette troisième et dernière partie de chapitre, nous nous fixons pour objectif d'apporter un diagnostic sociologique à la détérioration des relations intergénérationnelles pendant les traitements. À cet égard, nous évoquerons des points comme « l'état » des relations antérieures au cancer ou encore les effets des traitements sur les activités – différenciées en fonction de l'âge des enfants – qui faisaient lien entre les générations. À l'issue de cette partie de chapitre, nous nous arrêterons sur la portée du cancer sur l'individualisation des adolescents. Nous appuyant sur l'un de nos articles publié en 2022 dans la revue *Enfances, Familles et Générations*, nous monterons que les distances relationnelles entre les (grands) enfants et leur mère sont justifiées par ces dernières au regard des « dangers » que le cancer peut faire courir sur l'individualisation des adolescents. Tous ces points seront développés dans les lignes qui suivent.

1. Les passifs relationnels antérieurs au cancer

Lorsque nous nous penchons sur les entretiens des mères qui ont constaté des distances dans les relations qui les unissaient à leurs enfants pendant les traitements, il est intéressant de noter que les liens intergénérationnels sont marqués par des tensions antérieures au cancer. Invitée à évoquer les relations avec ses deux fils avant la maladie, Bernadette brosse un portrait aux antipodes. Au sujet du fils cadet qui a été un « *autrui significatif* » pendant les traitements, elle explique : « *Bah il [son fils cadet] était déjà un peu collant comme bébé parce qu'il a toujours été... moi, j'adore ça, c[e n]'est pas moi qui vais m'en plaindre mais c'est tout le monde qui disait : « Oui, il est un peu trop dans tes jupes »* ». En revanche, le ton est bien différent pour le fils aîné qui n'est jamais revenu dans l'entretien autrement que sous les traits de son agitation, de sa complexité à être éduqué voire de sa dangerosité pour sa mère. Cela conduira Bernadette à confier que son premier fils « *a toujours été plus difficile [que son frère]. Toujours plus difficile même avant la naissance du deuxième parce que le deuxième a quatre ans et demi de différence, toujours même très petit, toujours très difficile, très turbulent. [...] Un enfant difficile quand même.* » ou encore : « *Moi, je me protège un peu de Arnaud [le fils aîné] parce que Arnaud nous a fait beaucoup, beaucoup de soucis [...] je sais qu'il faut que je me protège parce que moi, je suis une vraie éponge et donc du coup, je sens les personnes qui me pompent mon énergie [dont il fait partie] donc je prends beaucoup de recul* ». Pour Élise, des logiques semblables peuvent être observées. Si pendant les traitements, elle décrit sa fille aînée comme « *un monstre d'égoïsme* », les difficultés relationnelles que connaissent la mère et la fille ne sont pas nouvelles. Un peu avant d'être diagnostiquée de son cancer, Élise est en procédure de divorce avec son ex-époux et père de ses deux filles. La séparation entre les ex-conjoints fait l'objet de vives discordes qui dépassent le seul cadre conjugal. Les filles du couple, ainsi que la mère de l'enquêtée apparaissent dans le discours de cette dernière quand il s'agit de relater son divorce. À cette occasion, nous apprenons que la fille aînée et sa grand-mère maternelle prennent fait et cause pour l'homme. Contrairement à sa sœur cadette qui avait demandé à vivre quotidiennement chez sa mère¹⁵⁷, l'aînée, en vertu des liens de plus grande proximité qu'elle entretient avec son père depuis toujours requiert de vivre au domicile de celui-ci : « *Alors mon aînée, c'est l'image de son père. C'est un monstre d'égoïsme ma fille aînée... bah ma fille aînée a toujours été très proche de son père et elle, par contre, à l'inverse, elle a demandé à vivre*

¹⁵⁷ Elle reviendra sur sa décision à de multiples reprises avant rupture définitive des liens, nous l'évoquerons dans la prochaine partie.

avec son père » (Élise). Pour ces enquêtées, les relations dégradées qu'elles constatent pendant le cancer sont en continuité avec ce qu'elles ont pour certaines toujours connu avec leurs enfants en termes de relations. Dans les entretiens menés avec ces femmes, la (« mauvaise ») qualité des relations n'est pas mise en lien avec la maladie. Contrairement aux mères qui ont connu une « [perte] en qualité de relation » concomitante au cancer, elles ne cherchent pas à dresser de « diagnostics psy » qui pourraient expliquer cet état de fait. Tout au plus, le cancer vient mettre en lumière les distances existantes entre adultes et jeunes mais, du point de vue de ces mères, il ne les cause pas.

2. Quand le cancer et les effets de ses traitements prennent le dessus sur la maternité

Ne pas voir dans le cancer, le responsable d'une détérioration des relations intergénérationnelles est une spécificité des mères – pas les plus nombreuses de notre corpus – qui entretenaient déjà des « rapports difficiles » avec leurs enfants. Le plus souvent, lorsque les relations sont revenues sous le cachet de la dégradation, c'est la maladie qui est mise en cause. Les mères mobilisent deux registres d'explicitation en lien avec le cancer. D'une part, elles mettent en avant les effets physiques des traitements qui ne leur permettent plus toujours d'assurer les activités qui faisaient lien entre elles et leurs enfants. Par ailleurs, selon des modalités que nous détaillerons, les relations entre les mères et leurs enfants peuvent se détériorer à l'adolescence lorsque la maladie revient dans les discours maternels comme une entrave à l'individualisation des jeunes à une période de leur vie où s'affirmer comme un individu autonome constitue un enjeu majeur de l'existence (Singly (de), 2006).

La qualité des relations qu'entretiennent les mères avec leurs enfants semblent pour beaucoup provenir des activités du quotidien qui relèvent de l'éducation dans ses dimensions affectives... mais également domestiques. Ainsi, certaines des mères qui pointent une détérioration des relations soulignent la portée des conséquences physiques et psychologiques qui entraînent des incapacités durables à prendre en charge certaines tâches. À ce sujet, rappelons-nous des mères qui allaitaient encore leurs enfants lorsqu'elles ont reçu le diagnostic de cancer. Les concernant, elles ont la certitude que les distances qui sont apparues dans les relations entretenues avec leurs enfants sont le fruit de l'interruption de l'allaitement ayant conduit à ce que d'autres personnes qu'elles prennent en charge l'alimentation de leur nourrisson. Ce point n'est pas un apanage

des mères dont les enfants étaient en bas-âge lors des traitements. Audrey dont la fille était âgée de 14 ans mobilise un argumentaire du même type. Incitée par l'enquêtrice à donner un sens à la « [perte] en qualité de relation » observée avec sa fille, elle répond :

« Même si, petit à petit, les choses s'éloignent mais je suis encore dans le dur. [Il] y a eu la phase traitements où bon... je [ne] sais pas comment dire, c'était un peu flottant, j'étais là mais sans être là. En fait, c'est comme si j'avais l'impression toujours d'essayer d'exister mais avec beaucoup de difficultés parce que les neurones sont un peu grillés. Après, [il] y a eu la période où le plus gros des traitements était passé où j'ai voulu reprendre ma place de maman et c'est comme si elle, elle m'avait dit : « Ah non mais ça marche pas comme ça en fait, c'est-à-dire t[un] n'as pas été là, maintenant, tu veux revenir mais [ne] je suis pas d'accord, moi ». Donc [il] y a eu cette phase-là donc ça c'était en septembre où elle m'a complètement rejetée, où ça a été très violent pour moi à vivre parce que je me suis dit : « Bon, j'ai perdu ma place de mère » (Audrey)

Les termes employés par Audrey sont très durs pour qualifier les relations avec sa fille durant les chimiothérapies. Elle dit « [avoir été] complètement rejetée », « [avoir] perdu [sa] place de mère », ce qu'elle a vécu dans une grande violence (« ça a été très violent pour moi à vivre »). Le « rejet » dont elle a fait l'objet par sa fille est relié au fait « [d'être] là sans être là ». « Grillé[e] » au niveau des neurones à la suite de ses traitements, la présence physique de l'enquêtée à son domicile ne va alors pas de pair avec un investissement éducatif auprès de sa fille. Dans l'entretien d'Audrey, ce n'est pas l'alimentation qui est revenue mais les tâches scolaires qu'elle ne pouvait plus assurer... ou tout du moins qu'elle n'assurait plus sur le même registre qualitatif que par le passé :

« En fait, [il] y avait une enveloppe corporelle mais à l'intérieur, j[ne] n'étais pas là, c'est-à-dire que je donnais l'illusion physiquement en essayant de... parce que j'étais là physiquement mais dans ma tête... ne serait-ce que lire une leçon, c'était un effort monumental parce que j'étais un peu grillée au niveau neurones. Donc en fait, ce que j'avais trouvé comme solution c'était de dire : « Bon écoute, je suis là physiquement ». Donc je me mettais à côté d'elle dans le lit mais en fait, je m'endormais parce que physiquement, j'étais grillée quoi donc ça, elle l'a perçu mais ça, je lui ai dit. Je lui ai dit : « Écoute, je suis là à côté de toi parce que pour assurer une présence, que tu ne te sentes pas toute seule et que tu saches que je suis avec toi mais en même temps, [ne] me demande pas trop parce que là par exemple, je ne pourrai pas t'aider à analyser le texte ». Alors je [ne] lui ai pas dit que je n'étais pas capable d'analyser le texte mais je lui disais : « Écoute, je veux bien te poser des questions pour t'aider à répéter mais en gros, [ne] me demande pas plus parce que voilà... ». Et c'était un effort ! Même lui poser des

questions sur la leçon, c'était compliqué ! Donc c'est ça que j'appelle ce moment de flottement où j'essayais de lui montrer que je la soutenais mais voilà, elle a percuté de toute façon que je [ne] pouvais plus ce que je fais aujourd'hui. Par exemple, elle a un article en sciences éco où il faut qu'elle fasse un résumé de texte, bon bah là, [il] y a quinze jours, je l'ai aidée, on l'a fait le truc, ce que j'étais incapable de faire avant donc c'est ça que j'appelle être là sans être là »
(Audrey)

Avant le cancer, Audrey se définit comme « *assez présente pour [sa fille]* ». Sous l'angle scolaire qui est revenu à plusieurs reprises dans l'entretien, la période antérieure à la maladie est marquée par une participation active d'Audrey dans la scolarité de sa fille, du moins dans la « *surveillance [d]es devoirs* ». Bien plus que de simplement surveiller, Audrey ne manquait pas « *regarder les devoirs* », « *aider dans l'organisation* » ou « *donner des conseils* ». Pendant le cancer, les choses changent. Audrey a continué à être présente pour sa fille sur le plan scolaire. « *[Elle] étai[t] là physiquement* » ... à la différence que sa présence n'est plus vraiment incarnée comme elle l'était auparavant. Il lui arrivait de s'endormir aux côtés de sa fille qui était alors privée de l'aide de sa mère pour « *analyser [un] texte* » ou pour faire « *un résumé de texte* ». Dans le même ordre d'idées, « *poser des questions sur [une] leçon* », « *lire une leçon* » demandaient à l'enquêtée un « *effort monumental* » qui tranche avec ce qu'il en était par le passé... marqué par de bonnes qualités de relations entre elle et sa fille adolescente.

Néanmoins, ne plus être en mesure d'assurer les tâches éducatives sur la majeure partie des traitements n'est pas le seul élément qui permette de comprendre la dégradation des relations entre les mères et leurs enfants. L'entretien des liens n'est pas seulement une affaire d'activités nourricières ou de suivi scolaire (ou d'autres tâches qui relèvent de l'éducation des enfants dans ses aspects domestiques). Cela passe également par des « *moments communs* » (Singly (de) et Ramos, 2010) qui réunissent les mères et leurs enfants et les positionnent moins hiérarchiquement que dans une égalité statutaire temporaire. Le shopping « entre filles » du samedi après-midi est un exemple de « *moment* » (*Ibid.*) partagé qui a peut-être moins vocation d'entretenir le produit intérieur brut de la nation (PIB) que les relations entre ceux – pour ne pas dire celles – qui le partagent. Quand les conditions physiques maternelles atteintes d'un cancer ne permettent plus de s'adonner à ces « *espace-temps* » d'élaboration et de pérennisation des liens alors revient-il aux mères de porter un regard amer sur les effets des traitements sur les relations – jadis de qualité – avec leurs enfants :

« Les traitements pendant un an m'ont quand même bien assommée donc moi, je parle souvent d'une enveloppe corporelle mais qu'intellectuellement, j[']étais plus... j[']étais plus tout à fait là. Ça a changé aussi tout ce qui fait plaisir mère/fille parce qu'on n'allait plus faire du

shopping ensemble voilà parce que voilà... parce que son papa du coup a pris plus de place aussi, moi, je me suis un petit peu mise en retrait donc voilà » (Audrey).

Les activités qui font lien entre les générations ne relèvent pas toujours de « *moments communs* » (*Ibid.*). Elles peuvent également s'incarner dans des tâches que la mère réalisait seule mais qui faisaient l'objet d'intérêt et de validation des enfants avant le cancer comme c'est par exemple le cas de l'activité professionnelle (Mary, 2022). Lorsque son maintien est incompatible avec les effets des traitements, la carrière est alors interrompue, ce qui peut amener les relations entre les mères et leurs enfants à se distendre. Peut-être est-ce encore plus fort dans les milieux sociaux moyens et supérieurs dont nos enquêtées font partie mais le cancer implique pour nombre de mères que nous avons interrogées de passer d'une identité de « *femmes actives* » qui est socialement valorisée (Maison, 2006) à celle de « *malades* » qui se superpose à l'image déprécié de l'inactivité, de la « *mère au foyer* »¹⁵⁸ (*Ibid.*). Ce passage de l'un à l'autre statut est une nouvelle fois éclairé par Audrey lorsqu'elle répond à la question suivante : « *C'est intéressant cette idée de « ce que je représentais avant lui manque », qu'est-ce que vous représentiez avant, et a contrario, qu'est-ce que vous pensez que vous représentez maintenant pour elle ?* » (Enquêtrice) :

« Euh... c'est difficile. Je pense que c'est elle qui pourrait le dire le mieux (émue). Moi, je [ne] sais pas trop parce qu'on essaye de lutter pour garder la même (pleure)... la même apparence, le même punch sauf que... sauf qu'on [ne] peut pas du tout redonner la même chose donc [il] y a cet écart qui est compliqué. Je pense que cette idée d'avoir une maman qui travaille parce que... dans les repères et dans les principes que j'essaye de lui transmettre c'est qu'une femme doit être indépendante, elle doit gagner son propre argent, être une femme active c'est important. À travers la femme active, [il] y avait le fait d'être coquette, de prendre soin de soi, de se maquiller, de voilà... donc je pense... voilà dans ce qu'elle a perdu, oui, c'est cette coquetterie, cette envie chaque jour d'être dans cette espèce de dynamique, d'énergie et cette énergie qu'on prend chaque matin pour aller au boulot et qu'on vide au fur et à mesure de la journée mais finalement, on est rempli par autre chose et là [il n']y a plus de jeu de « je suis remplie par mon travail et on peut échanger » (Audrey)

Audrey fait un lien entre « *une maman qui travaille* » et des représentations associées à la « *gouvernance de soi* », au « *pouvoir sur soi* » (Ehrenberg (1998) cité par Béliard *et al.*, 2019) socialement valorisées et sur lesquelles s'adossaient les bonnes relations avec sa fille. « *Être indépendante* », « *gagner son propre argent* », « *être une femme active* », « *le fait d'être*

¹⁵⁸ Cette expression est d'ailleurs utilisée par l'une de nos enquêtées pour se définir au moment de ses traitements où elle a accru son investissement parental au regard de ce qu'il était avant le cancer.

coquette », « *de prendre soin de soi, de se maquiller* » ... autant de choses que le cancer a fait « *perdre* » à l'enquêtée et à sa fille *via* l'arrêt de la vie professionnelle que la maladie a entraîné dans son sillage. Surtout, la fin de l'extrait d'entretien ouvre sur une autre idée qui permet d'appréhender un autre ressort de la dégradation des relations appuyée sur la suspension d'activités – ici, le travail – qui faisaient lien entre les générations. En plus que de donner à la mère une image valorisante aux yeux de sa fille, la carrière est mobilisée comme un sujet d'échange, de conversation. Ce point est explicite dans ce passage de l'entretien :

« Après, c'est peut-être aussi cette espèce d'attente que je pouvais avoir pour qu'on papote, pour qu'elle me raconte sa journée bah que j[e n]'avais pas de la même manière quand je rentrais du boulot parce qu'en fait, moi, j'avais la tête farcie, elle aussi et on était chacune à sa raconter... je pense qu'il y a aussi... une fois, je crois qu'elle l'a dit, elle aimait bien que je lui raconte mes histoires de boulot, [il] y en avait plus donc ça, ça, je pense que ça fait partie des choses qui lui manquent. Je pense qu'elle était assez contente et ça l'amusait... [...] je pense que tout ce que le boulot pouvait m'apporter d'amusant et d'adrénaline parce qu'il y a beaucoup de choses, ça, ça lui manque. Ça je pense que le fait que je lui parle des relations que j'aie avec les filles que j'encadrais, les anecdotes, ça, ça lui manque et ouais, je pense que, je pense qu'elle aimait bien mon boulot et je pense qu'elle et mon mari, ils ont qu'une envie c'est que je retourne au boulot » (Audrey)

Nous l'avons vu en partie I., c'est dans les discussions – entre conjoints ou entre les parents et leurs enfants – amenées à se répéter que les relations familiales se nouent, s'entretiennent et s'enrichissent. Dans leur article sur les « *Moments communs en famille* » (2010), François de Singly et Elsa Ramos, vont dans le même sens. Selon les mots des deux sociologues, les conversations interindividuelles menées entre un parent – père ou mère – avec un enfant participe à faire advenir « *la famille comme groupe* » (*Ibid.*, p. 14). Autrement-dit, c'est dans le fait de parole qu'émerge un « nous » qui est difficile à tenir pour Audrey et sa fille. Le cancer prive en effet la mère l'adolescente, d'un sujet – le travail d'Audrey – qui constituait une base solide sur laquelle s'édifiaient les liens qui les unissaient (solidement) jusqu'à sa survenue.

3. Quand le cancer occulte la personne du « grand » enfant

L'interruption de la vie professionnelle ne prive pas seulement les mères et leurs enfants d'un sujet de conversation central dans la pérennisation de liens « de qualité ». Lorsque l'arrêt de la carrière se conjugue à un maintien à domicile quasi-permanent des mères en dehors des temps de traitements dont bon nombre ont lieu en ambulatoire, cela peut être particulièrement – selon les mères interrogées – mal vécu par leurs enfants à l'entrée ou en pleine adolescence. Sans le nommer ainsi, elles mettent en avant les risques que la maladie – et par-delà elle « la fixation » au foyer pendant de longs mois – peut faire courir sur l'individualisation des jeunes censée « battre son plein » à compter de l'entrée au collège (Singly (de), 2006). Selon François de Singly, l'individualisation est définie comme « *le droit [...] de ne pas être défini seulement par une place, par sa place dans l'ordre des générations, des sexes ou encore dans telle ou telle institution* » (Ibid., p. 12). Or, nous verrons qu'à une époque de la vie où la figure du « jeune » l'emporte sur les autres statuts – particulièrement sur ceux de « fils/fille de » et « d'élève » – le cancer peut amener à sa relégation. Cette relégation peut prendre deux formes principales. Tout d'abord, plus présentes chez elles qu'elles ne l'étaient avant leurs traitements, les mères peuvent davantage contrôler les sorties des adolescents qui constituent un aspect majeur de leur individualisation. Enfin, pendant les traitements, en vue de concilier les effets physiques des protocoles de soin et investissement éducatif, les mères peuvent être amenées à « concentrer leurs efforts » sur le domaine scolaire. Or, sous certaines conditions que nous détaillerons, un engagement scolaire maternel (trop) important pendant les traitements peut faire planer le risque d'une réduction identitaire des adolescents qui sont, dans cette perspective, avant tout considérés par leur mère comme des « élèves » plutôt que comme des « jeunes » tel qu'ils le désireraient.

A. Des « moments familiaux » au détriment des sociabilités juvéniles

Dans nos entretiens, les temps des traitements reviennent comme des ruptures sociales et temporelles pour les mères – qui constituent l'écrasante majorité de notre corpus – qui avaient une activité professionnelle avant que ne soit diagnostiqué le cancer. En effet, lors de leurs traitements, nous l'avons déjà noté, elles peuvent être amenées à passer d'un modèle de « de « *maman[s] très prise[s] par [leur] travail* » (Audrey) à celui de « *mère au foyer* » (Laure).

D'après les chiffres disponibles sur le site de la *Ligue contre le cancer*, rappelons que 84% des personnes qui ont été interrogées dans le cadre d'une recherche sur « l'impact social du cancer » ont rapporté avoir eu au moins un arrêt maladie pendant les traitements. En parallèle, la majeure partie des protocoles de soin ne suppose pas de longues absences du domicile. Rares ont été les enquêtées à avoir été hospitalisées pour recevoir leur chimiothérapie. Le plus souvent, elles disent avoir été absentes une (demi-)journée de leur domicile toutes les trois semaines pendant six à huit mois. Lorsqu'elles sont sous radiothérapie, cela suppose qu'elles se déplacent vers les centres de radiologie à rythme quotidien pendant plusieurs semaines mais cela ne les éloigne pas durablement de leur foyer, comme le rapporte Déborah¹⁵⁹ quand elle dit : « *j'allais là-bas, j'étais tout à fait capable de prendre ma bagnole, de conduire, ça durait dix minutes, on rigolait bien, toc toc des rayons et puis... et puis parce que j'ai bien supporté la radiothérapie aussi...* ». Lorsque l'arrêt de la vie professionnelle se conjugue à une présence quasi permanente des mères au sein du foyer familial, les accueils par les enfants peuvent être très mitigés. Dans les récits qu'en font les mères, il semblerait que l'enthousiasme se retrouve à deux pôles, celui des enfants en bas-âge et celui des mères (Mary, 2019). Sous l'angle physique et psychologique, le cancer est ainsi relaté comme une expérience éprouvante. En revanche, d'un point de vue familial, les enquêtées soulignent des agréments. La maladie est en effet perçue comme « *un temps plus disponible [qui] peut apporter des choses et des moments [familiaux]* » (Esther¹⁶⁰). Or, ces « *moments familiaux* » qui font la joie des mères ne sont pas forcément vécus de la même façon par les enfants à l'adolescence comme le laisse entendre Audrey :

« Alors [avant le cancer], je parlais en même temps que ma fille à huit heures et demie, mais par contre le soi, c'est vrai que... soit, elle rentrait avant moi, soit elle me rejoignait au boulot [...] ça, on [ne] s'est pas forcément rendu compte... enfin moi, je [ne] m'en suis pas forcément rendu compte tout de suite que ça pouvait être une frustration pour elle. Moi, je voyais « on va en faire quelque chose de positif donc tu as de la chance, tu as maman à la maison, c'est super, c'est génial ». Elle a quinze ans donc j'ai préparé un goûter, « tu vas voir, tu vas me raconter ta journée », sauf que non ! » (Audrey)

¹⁵⁹ Âge : 51 ans ; 52 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juin 2019 - Profession du père des enfants : Chasseur de tête ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 19 et 20 ans (aînée) ; 14 et 15 ans (cadette).
Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie de radiothérapie suivie d'hormonothérapie.

¹⁶⁰ Âge : 49 ans ; 52 ans - Profession : Ingénieure ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Avril 2016 - Profession du père des enfants : Ingénieur ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 17 et 20 ans (aîné) ; 11 et 14 ans (cadette)
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

Tel que le laisse apparaître la fin de cet extrait d'entretien, les « *moments [familiaux]* » (*Esther*) qui s'incarnent ici dans les goûters que la mère prépare dans l'espoir d'échanger avec sa fille (« *tu vas me raconter ta journée* ») n'ont – contrairement à sa mère – rien de « *super* » ou « *génial* » pour l'adolescente. Au contraire, dans le récit maternel, ils sont rapportés sous le jour de la « *frustration* » qu'ils suscitaient chez la jeune fille. Invitée à donner son avis sur les fondements de la « *frustration* » de l'adolescente, Audrey, sans en faire mention, renvoie implicitement à l'idée d'une individualisation entravée du fait de sa présence à la maison pendant ses traitements. Si les goûters sont si « *frustrants* » pour la jeune fille c'est qu'ils se déroulent au moment où, avant que sa mère n'entame ses traitements, elle « *trainait* » (Ramos, 2010) avec ses ami·e·s après les cours pendant que l'interrogée travaillait encore. Or, « *ces temps entre amis, ont la particularité de soustraire les adolescents aux règles des adultes, professeurs ou parents. Les jeunes sont maîtres de leur choix en matière de lieux et d'activités qui se déroulent sans la présence des adultes* » (Mary, 2022 ; *Ibid.*, 2010). Depuis que sa mère est à la maison à l'attendre pour goûter, la jeune fille n'a plus les « *mêmes possibilité de gratter* » (*Audrey*). Ses libertés en termes de sociabilités sont de beaucoup réduites par rapport à ce qu'il en était avant le cancer comme le souligne très bien Audrey lorsqu'elle mentionne « *à partir du moment où j'ai été à la maison, elle était obligée de rendre des comptes beaucoup plus facilement, elle savait que moi, je l'attendais donc cette marge de manœuvre voilà...* ».

B. Une identité de « jeune » réprimée à la faveur du statut déprécié « d'élève »

Dans les entretiens, un autre élément a été évoqué par les mères pour justifier la dégradation des relations observée pendant les traitements. Celles qui considèrent qu'elles ont « *[perdu] en qualité de relation* » (*Audrey*) avec leurs (grands) enfants mettent en avant un phénomène de réduction identitaire auquel elles ont activement œuvré en « *enfermant* » leurs adolescents dans un statut « *d'élèves* ». Le temps des traitements contre le cancer peut être propice à un accroissement de l'investissement maternel dans le domaine scolaire (*Ibid.*, 2022). Plusieurs éléments – certains en lien avec le cancer, d'autres non – peuvent permettre de le comprendre. Tout d'abord, contrairement à d'autres aspects de l'éducation qui supposent de mobiliser des ressources physiques importantes, ce n'est pas le cas des tâches scolaires : « *au niveau du travail scolaire [...] il n'y a rien de physique donc... un peu parce que c'est une petite sollicitation d'énergie, mais [ce n']est pas énorme quoi, [ce n'est] pas comme demander de*

faire quelque chose physiquement » (Esther). En outre, les mères qui ont « surinvesti » la scolarité pendant les traitements sont aussi celles qui rapportent que le cancer a été concomitant à un désintérêt scolaire de la part de leurs enfants qui s'est incarné dans la chute de leurs résultats. La forte mobilisation de certaines de nos enquêtées dans la scolarité de leurs enfants ne peut se comprendre sans rappeler qu'elles appartiennent aux milieux sociaux moyens et supérieurs qui sont à la fois les plus mobilisés à ce sujet (Bourdieu et Passeron, 1964 ; Van Zanten, 2009) et les plus au fait des « travaux psy » (Ibid., 2009 ; Neyrand, 2011). Les « efforts » fournis par les mères peuvent être vus comme un moyen d'aller contre des faits largement documentés dans les disciplines susmentionnées établissant des liens forts entre un cancer parental et conséquences néfastes sur la scolarité des enfants (Wendland *et al.*, 2017). Les enjeux sont d'ailleurs d'autant plus forts pour les enquêtées que nous allons évoquer dans les lignes qui suivent (Audrey et Nabila) qu'elles n'appartiennent pas à des milieux favorisés de longue date. « *La nouveauté [de leurs] acquis socio-économiques [les] expose [donc] à une certaine insécurité* » (Ibid., 2022 ; Maurin, 2014) dont celle « *du déclassement social pour les générations ultérieures* » (Ibid., 2022 ; 2014). Pour ne pas encourir ce risque que le cancer semble accroître alors se mobilisent-elles – lorsqu'elles recouvrent des facultés physiques et intellectuelles – intensément dans le domaine scolaire. Audrey s'est mis « *une pression pas possible* » tandis que Nabila a livré « *bataille* ». Chez Audrey, la « *pression* » relève d'un monopole donné à la scolarité dans les conversations qu'elle avait avec sa fille : « *toutes les discussions étaient tournées autour de l'école* » (Audrey). Au moment du cancer, pour Audrey comme pour Nabila, les attentes scolaires parentales exprimées sont hautes aussi bien en termes de notes que de comportement. Pour y parvenir, les mères disent avoir effectué un « *suivi* » (Nabila) rapproché de la scolarité de leurs enfants respectifs que le temps libéré par la vie professionnelle facilite. Ce « *suivi* » ne s'effectue pas uniquement au sein du domicile. Il peut se poursuivre hors les murs comme par exemple lors des conseils de classe auxquels peuvent assister les mères pendant les traitements. Telles qu'elles sont relatées par Nabila, il s'agit moins d'assister à ces réunions en qualité de représentante de tous les parents – et de leurs enfants – qu'en tant que « *la mère de Yanis* ». Sa participation est en effet justifiée au nom de son souci à saisir au vol les moindres « *dérapages* » de son fils qui ne disposait ainsi plus de la possibilité de les passer sous silence. Lorsque les enfants ne répondent pas aux attentes parentales concernant des notes jugées trop faibles ou un comportement trop désinvolte, les sanctions ne se font pas attendre. Pendant ses traitements, Audrey interdira ainsi à sa fille d'évoquer et de sortir avec ses ami·e·s comme elle le raconte ici :

« On a resserré la vis effectivement à un moment donné avec mon mari donc plus de sorties parce que les notes étaient en train de s'effondrer. Donc tout d'un coup, tout était porté sur le scolaire et dès qu'elle nous parlait de sa vie sociale entre guillemets, on lui disait : « Écoute, d'accord, [il n'y] a pas de soucis mais ramène-nous des notes et là, on réouvrira les vannes à nouveau » (Audrey)

En étant interdite de sortir avec ses ami·e·s et même de les évoquer, la fille d'Audrey est privée d'exprimer une « identité de jeune » qui s'appuie largement sur les sociabilités qui se vivent avec les pairs du même âge (Singly (de), 2006). Pour les parents, l'éloignement imposé à leur fille vis-à-vis de son cercle amical a pour objectif de l'inciter à réinvestir un statut d'élève (« ramène-nous des notes »). La prégnance du poids donné au scolaire au détriment de tous les autres aspects de l'existence de l'adolescente – particulièrement ceux qui lui sont les plus chers – semble d'ailleurs aussi clair pour la sociologue que pour la jeune fille qui ne se privera pas de proférer à l'adresse de sa mère : « j[fe n']ai pas besoin d'un coach scolaire, j'ai besoin d'une maman ». Audrey vit cette remarque comme l'illustration d'une nouvelle forme de « rejet » et de violence de la jeune fille à son encontre (« [...] et elle [sa fille] à nouveau, elle a fait un rejet [...] donc là, ça a été aussi haha très clair et très violent »). Toutefois, elle ne se résigne pas. Au moment où nous la rencontrons, l'enquêtée est à la fin de ses traitements curatifs, plus que tout, elle souhaite « regagner des points » (Audrey) avec sa fille. Pour elle, cela en passera par un « juste équilibre » qui est un leitmotiv post-traitements de nombre de femmes que nous avons interrogées. Dans une perspective maternelle, ce « juste équilibre » consiste à parvenir à parvenir à considérer son enfant – particulièrement à l'adolescence – sous ses identités de « fils/fille de » et « d'élève » d'une part et de « jeune » d'une seconde part. Ce « juste équilibre » semble d'autant plus facile à trouver après la fin des traitements que cette période est propice à une redéfinition des valeurs (Bataille et Bretonnière, 2016 ; Mino et Lefève, 2016) qui conduisent les femmes interrogées, particulièrement celles dont les enfants sont « grands », à prendre de la distance vis-à-vis de leurs statuts familiaux. Nous reviendrons sur ces points dans la dernière partie de ce manuscrit.

Conclusion du chapitre

Si le cancer peut être propice à ce que les mères et leurs enfants se rapprochent, il peut aussi en aller tout autrement. Dans ce chapitre, nous avons ainsi montré que les liens intergénérationnels peuvent au contraire se distendre au moment des traitements contre le cancer, et cela quel que soit l'âge des enfants.

C'est le cas lorsque les enfants en bas-âge (0-5 ans) sont avant tout perçus par leur mère sous le sceau de leur « *agitation* » ou de leur extrême dépendance aux soins des adultes. Or, « *agitation* » et dépendance peuvent s'avérer incompatible avec l'exercice d'une maternité relationnelle. Sous l'effet du cancer et de ses traitements, les mères soulignent en effet que ces deux caractéristiques de leurs enfants ont pu susciter des mouvements « *d'agressivité* » durables à l'encontre de leurs bambins lors des soins. Par ailleurs, à une période de la vie qui implique une forte dépendance aux soins maternels, les effets secondaires des protocoles peuvent avoir pour conséquence que les mères ne soient plus en mesure d'assurer les tâches quotidiennes d'éducation (alimentation, réconfort etc.) qui reviennent dans les entretiens comme les fondations sur lesquelles repose la « bonne » qualité des relations entre les générations.

À l'adolescence, la détérioration des relations tient à d'autres éléments en lien avec le cancer et ses traitements. Dans le récit des mères qui ont souligné une dégradation relationnelle, les adolescents sont dépeints en perspective de leurs « *comportements gonflés* » ou de leurs « *réactions colériques* » qui ont eu lieu sur une grande partie voire sur l'ensemble des temps des traitements. Ces « *comportements gonflés* » ou « *réactions colériques* » relèvent de l'absence de reconnaissance que suscite la maladie ou d'une reconnaissance dont les fins ne visent pas le soutien maternel. Les mères en sont convaincues, lorsque les adolescents ou jeunes adultes qui ont eu des « *comportements gonflés* » ou des « *réactions colériques* » semblent se soucier du cancer, il s'agit pour eux d'en tirer des avantages individuels pouvant compromettre l'intégrité physique et morale maternelle pendant les protocoles. Au sujet des adolescents avec qui les relations ont été difficiles pendant les traitements, il convient de noter que le cancer n'est pas toujours mobilisé comme un facteur explicatif de la « *[perte] en qualité de relation* ». Ainsi, certaines mères concernées ont souligné que les liens qui les unissaient à leurs enfants étaient déjà marqués par des tensions avant que ne survienne la maladie. Pour d'autres femmes en revanche, le cancer est relaté comme responsable de cet état de fait. Pour s'en justifier, elles mobilisent deux types d'arguments. D'une part, les effets affaiblissants des traitements peuvent

conduire les mères à ne plus être en mesure d'effectuer des activités qui, jadis, faisaient lien entre elles et leurs « grands » enfants. D'une seconde part, lorsque la présence accrue de la mère au sein du foyer familial s'accompagne d'un contrôle accru des sorties et/ou d'un important investissement scolaire fourni par les mères, la maladie peut être pointée comme une entrave à l'individualisation des adolescents. Or, à une époque de l'existence où l'affirmation de son individualité qui passe par une distance prise vis-à-vis des statuts sociaux de « fils/fille de » et d'élève (Singly (de), 2006) est centrale, y être ramené par sa mère malade peut expliquer les griefs qui se dressent à son encontre lors de ses traitements.

Conclusion de la deuxième partie

Dans une première partie de ce manuscrit, nous nous sommes attachées à montrer que le concept « *d'autrui significatif* » se pense particulièrement bien dans le cadre des relations entre les mères et leurs enfants dans le contexte du cancer.

Dans cette deuxième partie, nous avons donné forme aux « *enfants autrui significatifs* ». Autrement-dit, nous avons donné à voir les manières dont les enfants sont les « *autrui significatifs* » de leur mère pendant les traitements du cancer. Nous avons montré que le genre et l'âge des enfants faisaient d'eux différents types « *d'autrui significatifs* ». S'il ne semble pas y avoir de « formes » masculines spécifiques, il n'en est pas de même pour les filles. Pendant les protocoles, ces dernières prennent les traits « *d'infirmières* » et « *d'esthéticiennes* ». Tandis que les premières prennent activement part aux soins médicaux, les deuxièmes – particulièrement quand elles sont adolescentes – sont très présentes dans les aspects esthétiques que le cancer et ses traitements ne sont pas sans déstabiliser. En ce qui concerne l'âge, nous avons distingué quatre formes d'enfants « *autrui significatifs* » : « *le/la philosophe* », « *l'attentionné(e)* », « *le maître de maison* » et « *le chauffeur* ». Dès qu'ils sont en mesure de parler ou de rendre de menus services jusqu'à leur entrée au collège, les enfants peuvent être « *philosophes* » et/ou « *attentionné(e)s* ». En vertu de son bas-âge qui le rend innocent (quand il s'agit des filles) ou immature (quand il s'agit des garçons), le/la philosophe tend à « *relativiser* », « *dédramatiser* » (*Hélène*) le cancer et ses effets vécus bien plus tragiquement par les femmes qui en sont atteintes. Par ses « *petites attentions* » qui relèvent d'actions qui supposent un faible degré de complexité d'exécution, « *l'enfant-philosophe* » témoigne de sa reconnaissance de la situation médicale de sa mère en faisant ainsi en sorte de lui « *alléger le quotidien* » (*Hélène*). À mesure de leur avancée en âge – dès l'entrée au collège mais encore plus à la fin de l'adolescence – les enfants « *autrui significatifs* » s'investissent dans des « *choses lourdes* » (*Myriam*). Celles-ci relèvent des tâches d'entretien du foyer – ménagères et administratives – prises en charges par le « *maître de maison* » et/ou de transports dans lesquelles nous retrouvons « *le chauffeur* ». La réalisation de ces différentes tâches suppose une grande implication des enfants qui dit de leur inscription sociale et de celle de leurs parents, particulièrement de leur père. Ainsi, nous avons montré que les enfants les plus investis auprès de leur mère venaient pallier les absences professionnelles des pères dans les familles les « *plus loties* » (Bonnet et Collet, 2009) ou leurs difficultés d'ordre scolaire dans les milieux plus modestes. Cette forte implication des enfants les plus âgés est vécue avec ambivalence par les

mères que nous avons rencontrées. Si elles se montrent satisfaites de la reconnaissance et de l'amour qu'elles perçoivent dans la présence de leurs enfants à leurs côtés pendant les soins, celle-ci peut également les renvoyer à la distance prise par leur conjoint à cette même période. Par ailleurs, les enfants qui sont amenés à réaliser les tâches administratives, ménagères ou de transports sont parfois contraints de renoncer à des projets personnels. Ce point n'est pas sans s'accompagner de la culpabilité de leur mère. Néanmoins, ce renoncement n'est pas nécessairement corrélé à une détérioration des relations intergénérationnelles... à condition que les enfants fassent également l'objet de reconnaissance aussi bien en tant que « fils/filles de » qu'en tant qu'individus.

Si le cancer peut être propice à ce que les mères et leurs enfants se rapprochent, il peut aussi en aller tout autrement. Dans le chapitre V, nous avons ainsi montré que les liens intergénérationnels peuvent au contraire se distendre au moment des traitements contre le cancer, et cela quel que soit l'âge des enfants.

C'est le cas lorsque les enfants en bas-âge (0-5 ans) sont avant tout perçus par leur mère sous le sceau de leur « *agitation* » ou de leur extrême dépendance aux soins des adultes. Or, « *agitation* » et dépendance peuvent s'avérer incompatibles avec l'exercice d'une maternité relationnelle. Sous l'effet du cancer et de ses traitements, les mères soulignent en effet que ces deux caractéristiques de leurs enfants ont pu susciter des mouvements « *d'agressivité* » durables à leur encontre lors des soins. Par ailleurs, à une période de la vie qui implique une forte dépendance aux soins maternels, les effets secondaires des protocoles peuvent avoir pour conséquence que les mères ne soient plus en mesure d'assurer les tâches quotidiennes d'éducation (alimentation, réconfort etc.) qui reviennent dans les entretiens comme les fondations sur lesquelles repose la « bonne » qualité des relations entre les générations.

À l'adolescence, la détérioration des relations tient à d'autres éléments en lien avec le cancer et ses traitements. Dans le récit des mères qui ont souligné une dégradation relationnelle, les adolescents sont dépeints en perspective de leurs « *comportements gonflés* » ou de leurs « *réactions colériques* » qui ont eu lieu sur une grande partie voire sur l'ensemble des temps des traitements. Ces « *comportements gonflés* » ou « *réactions colériques* » relèvent de l'absence de reconnaissance que suscite la maladie ou d'une reconnaissance dont les fins ne visent pas le soutien maternel. Les mères en sont convaincues, lorsque les adolescents ou jeunes adultes qui ont eu des « *comportements gonflés* » ou des « *réactions colériques* » semblent se soucier du cancer, il s'agit pour eux d'en tirer des avantages individuels pouvant compromettre l'intégrité physique et morale maternelle pendant les protocoles. Au sujet des adolescents avec qui les relations ont été difficiles pendant les traitements, il convient de noter que le cancer n'est

pas toujours mobilisé comme un facteur explicatif de la « *[perte] en qualité de relation* ». Ainsi, certaines mères concernées ont souligné que les liens qui les unissaient à leurs enfants étaient déjà marqués par des tensions avant que ne survienne la maladie. Pour d'autres femmes en revanche, le cancer est relaté comme responsable de cet état de fait. Pour s'en justifier, elles mobilisent deux types d'arguments. D'une part, les effets affaiblissants des traitements peuvent conduire les mères à ne plus être en mesure d'effectuer des activités qui, jadis, faisaient lien entre elles et leurs « grands » enfants. D'une seconde part, lorsque la présence accrue de la mère au sein du foyer familial s'accompagne d'un contrôle accru des sorties et/ou d'un important investissement scolaire fourni par les mères, la maladie peut être pointée comme une entrave à l'individualisation des adolescents. Or, à une époque de l'existence où l'affirmation de son individualité qui passe par une distance prise vis-à-vis des statuts sociaux de « fils/fille de » et d'élève (Singly (de), 2006) est centrale, y être ramené par sa mère malade peut expliquer les griefs qui se dressent à son encontre lors de ses traitements.

**Partie III. Les relations entre les mères et leurs enfants après les
traitements du cancer**

Dans cette dernière et troisième partie du manuscrit intitulée « *Les relations entre les mères et leurs enfants après les traitements du cancer* », nous nous interrogerons sur le devenir des relations intergénérationnelles une fois les protocoles de soins achevés. Cette partie se compose de trois chapitres.

Dans le chapitre VI. « *Les quatre profils de mères après les traitements du cancer* », nous dresserons une typologie qui permettra de faire ressortir quatre catégories de femmes après les protocoles : les « *hédonistes* », les « *accusatrices* », les « *normales* » – qui se distinguent en « *normales exaucées* » et en « *normales empêchées* » – et les « *malades* ». Au regard de leur conscience de la possible précocité de la finitude de l'existence amenée par la maladie, les « *hédonistes* » sont des femmes qui manifestent avec véhémence leur volonté de « *profiter de la vie* » après les traitements. Sur la base de longues réflexions menées lors des traitements, les « *accusatrices* » sont des femmes qui lient la survenue du cancer à un investissement professionnel trop important de leur part dans le passé. Après les protocoles, il n'est pour elles plus question de s'impliquer dans leur carrière tel qu'elles le faisaient avant le diagnostic de cancer. Les « *normales* » regroupent les enquêtées qui, à l'issue de leurs traitements, souhaitent renouer avec « *une vie normale* » entendue comme une vie identique à ce qu'elle était avant la maladie. Certaines, celles qui n'ont plus d'effets physiques et psychologiques du cancer et de ses traitements au-delà de leur administration, y parviennent. Ce sont les « *normales exaucées* » qui, au moment des entretiens, ne manifestent aucun changement dans leur vie au regard de ce qu'elle était avant. En revanche, quand des effets physiques ou psychologiques sont encore, présents, bien que m'empêchant pas d'investir d'autres sphères sociales – amicales, familiales professionnelles etc. – que la maladie, les vœux de « *normalité* » ne peuvent être accomplis. Cela concerne les « *normales empêchées* » qui sont amenées à composer avec les séquelles physiques et psychologiques du cancer et de ses soins par un investissement professionnel à la baisse par rapport au passé. Enfin, les « *malades* » sont les enquêtées pour qui le cancer reste une réalité présente même lorsque les traitements sont achevés. Tenues par de lourdes séquelles physiques et psychologiques, et pour les plus précaires d'entre elles, financières, elles ne peuvent investir aucun autre rôle que celui de « *malades* ». Aussi, à l'exception de ces dernières pour qui le cancer est une réalité présente et pour les « *normales exaucées* » pour qui la maladie ne représente pas plus qu'une parenthèse dans leur existence, toutes les autres catégories d'enquêtées font état de changements dans leur vie à l'issue des protocoles de soins. Ces changements sont la conséquence de distances volontaires (pour les « *hédonistes* » et les « *accusatrices* ») ou plus contraintes (pour les « *normales empêchées* » et les « *malades* ») affichées vis-à-vis de leur carrière qui était jadis très investie, tant d'un point de vue affectif

que temporel. Moins impliquées dans leur vie professionnelle, cela dégage du temps pour la vie privée.

Dans le chapitre VII. « *Organiser encore plus autour de ses [jeunes] enfants* », nous verrons que quand les enfants sont en bas-âge (0-10 ans), le temps qui n'est plus alloué au travail est investi auprès d'eux. Après les traitements, les enquêtées font état de relations marquées par (encore) plus d'amour et d'humour et par un accroissement de « *moments communs* » (Singly (de) et Ramos, 2010) que par le passé. Nous montrerons que ces « *[gains] en qualité de relation* » (Audrey) peuvent avoir des difficultés à s'imposer, notamment auprès des mères « *normales empêchées* ». Ils peuvent également avoir des difficultés à résister à la reprise de la vie professionnelle à temps complet qui intervient à distance temporelle de la fin des traitements et/ou aux exigences de réussite scolaire qui sont très prégnantes dans les sociétés occidentales contemporaines (Singly (de), 2003).

Dans le dernier et huitième chapitre « *Rester malade ou redevenir une femme* », nous nous attarderons sur les relations entre les mères et leurs enfants marquées par plus de distance que ce qu'il en était avant le cancer. Nous montrerons que la « *[perte] en qualité de relation* » est le propre des « *malades* » qui, tenues par de lourdes séquelles du cancer et de ses traitements, ne parviennent pas à se réinvestir dans leurs rôles sociaux, dont celui de mères. Les éloignements relationnels se vérifient également pour les mères des autres profils dont les enfants sont adolescents au sortir des soins maternels. À une période de la vie où prendre de la distance vis-à-vis de ses parents est considéré comme « *normal* » (Ibid., 2010, p. 12), dégager la majeure partie de son temps aux (grands) enfants relève pour les mères d'une certaine incompatibilité. Aussi, la période qui succède aux traitements devient-elle propice à « *redevenir une femme* » (Myriam), ce qui revient à prendre ses distances avec ses statuts familiaux pour mieux s'affirmer en tant qu'individue.

Chapitre VI. Les quatre profils de mères après les traitements du cancer

« On [ne] va pas bien comme avant ! On n'est pas bien comme avant ! On [ne] sera plus jamais comme avant donc c'est une illusion de se dire qu'on est comme avant. Même toutes les femmes qui disent : « Ah bah tout va bien, tout est revenu comme avant. Comme avant, j'ai repris ma vie ». Au fond de soi, on [n']est de toute façon, plus comme avant. Psychologiquement, moi, j[en] n'en connais pas une qui dit à 100%, elle raisonne et elle fait les choses comme avant donc voilà [...] » (Katia)¹⁶¹

¹⁶¹ Âge : 43 ans ; 45 ans - Profession : Directrice promotion ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Février 2017 - Profession du père des enfants : Ingénieur informatique ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 13 et 15 ans. Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Dans cette dernière partie de thèse, nous nous attarderons sur l'existence des mères atteintes par un cancer une fois leurs traitements terminés. Dans la littérature scientifique consacrée au cancer, le potentiel transformateur de la maladie est un trait qui a déjà fait l'objet d'études (Mino et Lefève, 2016). « *D'un point de vue biographique, il s'agit dans l'incertitude de l'après traitement de prendre acte de ce qui est nouveau, de faire avec, tout à la fois de s'y accommoder et s'en accommoder. L'enjeu est 'd'accepter qu'on ne peut pas (re)devenir comme on était, comme une personne normale', de s'adapter à soi-même et à sa nouvelle vie, de s'y reconnaître et, finalement, de se reconstruire* » (Ibid., 2016, p. 66). Notre travail de recherche corrobore les résultats trouvés par les chercheurs qui nous ont précédé sur le cancer. À partir de l'analyse de nos entretiens, quatre profils de femmes peuvent être détachés une fois les traitements finis. Le premier profil que nous étudierons est composé de femmes que nous avons appelées « *les hédonistes* ». Après les soins contre le cancer, « *les hédonistes* » ont comme principal souci de « *profiter de la vie* » (Laure¹⁶²). Ensuite, nous nous attarderons sur les « *accusatrices* ». Ces dernières voient dans le travail – et par-delà lui leur investissement trop important –, la principale raison de la survenue de leur cancer. Le troisième profil que nous avons dégagé est consacré aux femmes qui souhaitent que leur vie après les traitements « *redevienne normale* », c'est-à-dire exactement identique à ce qu'elle était avant le diagnostic. Lorsque les effets physiques et psychologiques ne se font plus ressentir après les protocoles de soins, ce souhait peut être exaucé. Ainsi, après leurs traitements, certaines enquêtées que nous avons nommées « *les normales exaucées* » retrouvent leur vie là où elles l'avaient laissée quand elles sont entrées dans les protocoles. En revanche, quand les effets sont persistants, les volontés de « *normalité* » se heurtent aux réalités physiques et psychologiques du cancer qui ne leur permettent pas d'advenir. Dans ce cas de figure, nous retrouvons les interrogées que nous avons appelées « *les normales empêchées* ». Néanmoins, si les « *normales empêchées* » ne peuvent retrouver leur vie d'avant le cancer en raison d'effets physiques qui les en empêchent, elles peuvent tout de même investir d'autres sphères sociales que la maladie. Ce n'est pas le cas pour la dernière catégorie d'enquêtées qui seront évoquées dans cette ultime partie sous la catégorie de « *malades* ». Les concernant, nous verrons que la période postérieure aux traitements reste marquée du sceau de la maladie. Les « *malades* » sont tenues par des conséquences physiques,

¹⁶² Âge : 35 ans ; 37 ans - Profession : Infirmière ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Technicien électroménager ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 8 et 10 ans (aîné) ; 4 et 6 ans (cadette).

Protocole : Tumoréctomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

psychologiques, et pour les plus précaires, financières très aigues qui les empêchent de réinvestir les sphères sociales où elles étaient insérées par le passé. Dans une première partie de chapitre, nous détaillerons chacun de ces profils.

Ensuite, nous montrerons qu'à l'exception des « *normales exaucées* » et des « *malades* », toutes les interrogées qui étaient actives occupées ont pour point commun de marquer une distance – volontaire ou plus contrainte – vis-à-vis de leur vie professionnelle, ce qui leur permet de dégager du temps pour se consacrer davantage qu'elles ne le faisaient avant la maladie à différents aspects de leur vie privée.

I. L'hédoniste : profiter de la vie

Le premier profil que nous allons étudier se compose de femmes que nous avons choisi d'appeler les « *hédonistes* ». Après la phase active des traitements par chimiothérapie et/ou radiothérapie, les hédonistes ont à cœur de « *profiter de la vie* », de « *profiter de vraiment de chaque instant* » (Laure). Ce dessein est à replacer dans la conscience que les femmes qui ont été diagnostiquées d'un cancer acquièrent de la possibilité que la fin de leur existence pourrait intervenir plus rapidement que ce qui est promis dans les bulletins démographiques. Dans nos sociétés de longue espérance de vie dont fait partie la France, il est tenu quasiment pour acquis que la mort surviendra à un âge avancé. En 1981 par exemple, année de naissance de Laure, l'une de nos enquêtées qui fait partie des « *hédonistes* », les femmes pouvaient prétendre vivre en moyenne 78,5 ans¹⁶³. Or, la maladie cancéreuse fait durablement entrer la mort, du moins son idée dans le quotidien des personnes qu'elle (a) atteint. « *Pour presque toutes les femmes rencontrées, être atteinte d'un cancer signifie qu'elles sont mortelles. C'est la prise de conscience d'une finitude à laquelle elles ont souvent peu pensé (sauf pour celles qui ont déjà été confrontées à la maladie, par exemple dans leur entourage). Toutes relient annonce du cancer et menace de mort. [...] Que ce soit au moment de l'annonce ou après [...]* » (Mino, Lefève, 2016, p. 31). Ce point est saillant dans nos entretiens, particulièrement dans celui mené avec Laure, mère de deux enfants en bas-âge lors du cancer et de notre entretien. Bien qu'elle ne mentionne jamais explicitement l'idée de mort, elle la paraphrase en utilisant des expressions telles que « *(la crainte de) la perte* » ou « *si jamais il m'arrive quelque chose* ». Chez elle, la rapidité possible de la mort revient également sous l'idée de la fragilité de l'existence humaine (« *on [n']est rien* », « *on est plutôt faible* »). Depuis son diagnostic de cancer, le caractère lointain de sa propre mort et même celle de ses enfants (« *la peur qu'il leur arrive quelque chose* ») ne s'impose plus. Si la conscience de sa propre faiblesse entraîne de la peur qu'elle répète à plusieurs reprises lors de notre rencontre, ce sentiment n'est pas pour autant paralysant. Au contraire, puisqu'en toute connaissance de cause, l'enquêtée sait que la vie peut être courte, l'existence post-traitement semble résolument tournée vers le plaisir qui passe – nous y reviendrons plus longuement à la fin de ce chapitre – par une prise de distance vis-à-vis de sa vie professionnelle.

¹⁶³ Espérance de vie – Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee (Page consultée le 26 avril 2022)

II. L'accusatrice : le travail mis en accusation dans la survenue du cancer

Cette prise de distance au travail peut également s'observer pour un autre profil d'enquêtées que nous avons décidé d'appeler les « accusatrices ». Les « accusatrices » sont des femmes qui pointent leur travail comme principal responsable de la survenue de leur cancer. « *La maladie « entraîne » toujours la formulation de questions ayant trait à ses causes* » (Tarantini et al., 2014, p. 143 ; Herlizch et Pierret, 1984, p. 201). Pour les femmes qui « s'adonnent » à ce « travail » appelé « *d'étiologie profane* » (Ibid.), les causes qu'elles perçoivent comme responsables de la maladie ne tiennent pas uniquement de la biologie ou du hasard. De leur point de vue, « *le corps est victime d'un certain rapport qu'entretient l'individu avec la société et le cancer en est une conséquence* ». Or, « *étant donné la place qu'occupe le travail dans nos sociétés, il n'est pas surprenant qu'au cœur de ces récits se trouve mise en jeu la vie professionnelle du malade, souvent appréhendée comme l'une des causes de la maladie* » (Ibid., 2014, p. 143). Illustrons cette théorie avec un passage de l'entretien mené avec Gaëlle¹⁶⁴ qui n'a pas été sans faire le lien entre son cancer et sa carrière de professeure des écoles :

« Enfin, le « avant-cancer », c'est moche parce que je [ne] vais pas lui mettre ça sur le dos mais j'ai cherché le « pourquoi » et malgré tout, l'année d'avant le cancer, j'ai eu un élève qui m'a beaucoup perturbée, qui m'a... et je me dis que quelque part, c'était mon cancer de l'école, on va dire. C'est... je [ne] sais pas si c'est ça qui a provoqué le cancer bien qu'il y a des études qui montrent que ça peut être lié au stress, à la tristesse surtout le cancer du sein et voilà. J'ai un élève qui m'a beaucoup, beaucoup perturbée qui était dans une situation familiale dramatique et j'ai passé l'année à pleurer, à vouloir le sauver, le syndrome de la sauveuse et j[e n]'ai pas pu et puis bah voilà. Je [ne] vais pas dire que j'ai déclenché un cancer mais l'enfant a disparu de mon champ de vision parce qu'il a été retiré à sa famille après les moult dossiers qu'on avait montés pour qu'éventuellement, il soit retiré à ses parents qui étaient drogués et alcooliques et voilà. Et [il] y a trois ans, il a refait surface et il est venu me voir et il est papa depuis l'année dernière et ça me fait super plaisir et j'ai l'impression que ça a bouclé aussi un truc et lui, c'est vraiment l'enfant-charnière de mon métier c'est-à-dire que depuis lui, depuis

¹⁶⁴ Âge : 33 ans ; 41 ans - Profession : Professeure des écoles ; Idem - Situation conjugale : Concubinage (père de ses deux filles) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mai 2016 - Profession du père des enfants : Commercial (père des deux filles) - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et F - Âge des enfants : 10 et 18 ans (aîné) ; 7 et 15 ans (cadette) ; 4 et 12 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

le cancer, lui et le cancer, j'ai pris du recul par rapport aux enfants, par rapport à la manière dont il fallait aborder les situations familiales qui sont des fois très très compliquées et que l'idée c'est d'offrir aux enfants, une bulle à l'école et pas... et que je [ne] pourrais pas forcément sauver ce qu'il y a à sauver à l'extérieur mais voilà j[e n]'étais qu'à mon début de carrière... enfin plus proche de mon début de carrière à l'époque et ça a vraiment été un pivot de... et mon cancer qui arrive un an derrière et vraiment quand je dis que j'ai mis du cœur, c'est que j'en pleurais en rendez-vous avec ses parents, c'était très très difficile surtout quand il a disparu, que j[e n]'avais plus de nouvelles parce que j'étais persuadée que ce gosse, soit il allait mourir, soit il allait tuer quelqu'un et je [ne] savais pas trop vers quoi il allait s'orienter et finalement, je suis contente, il s'en est sorti, il est papa [...] » (Gaëlle)

Au moment de l'entretien, l'apparition de la maladie est explicitée par le « *stress* », « *la tristesse* » en lien avec « *un élève qui [l']a beaucoup perturbée* ». Avec cet enfant qu'elle qualifie de « *mon cancer de l'école* », l'enquêtée donne à percevoir son grand engagement personnel – au sens propre du terme – dans son métier, et plus particulièrement encore auprès de ses élèves en difficulté. La dimension personnelle est palpable à plusieurs endroits du récit de l'interrogée. Avec ce « *cancer de l'école* », Gaëlle intervient moins sur le plan scolaire, que sur le plan familial et social. Si elle ne fait état d'aucune difficulté scolaire qu'aurait pu avoir son élève, elle s'épanche en revanche sur sa « *situation familiale dramatique* » et « *ses parents qui étaient drogués et alcooliques* » la conduisant « *à vouloir le sauver* » au moyen de nombreux signalements aux services sociaux. Dans le désespoir dont elle rend compte lorsqu'elle dit « *j'ai passé l'année à pleurer* », « *j'en pleurais en rendez-vous avec ses parents* », la figure de l'enseignante s'efface derrière celle de femme, et peut-être même de mère. À ce sujet, Gaëlle confie d'ailleurs « *[avoir] mis du cœur* ». Dans les représentations, le cœur est associé à l'amour qui ne s'impose pas d'emblée à la réflexion lorsqu'il s'agit de penser les relations entre les professeurs et leurs élèves. Pour autant, dans le cas de Gaëlle, l'affection pour son élève est poussée à son paroxysme. Les problèmes familiaux du garçon, puis son placement qui entraîne sa « *disparition* » plongent l'enseignante dans des abîmes de détresse absolue qu'elle mobilise comme l'une des causes du cancer diagnostiqué seulement un an après.

III. La normale : redevenir comme avant

Si le travail peut être pointé comme responsable de la survenue du cancer, il n'en est pas toujours ainsi. Après leurs traitements, certaines interrogées aspirent à ce que leur vie après les traitements contre le cancer « redevienne normale » (Sonia¹⁶⁵). Autrement-dit, elles souhaitent reprendre leur existence là où elles l'avaient laissée avant que le diagnostic de la maladie ne soit établi. Contrairement aux « accusatrices », elles ne cherchent pas à trouver dans leur existence – dans ses dimensions sociales du moins –, des causes qui pourraient expliquer la survenue du cancer. Pour elles, cette maladie tient de facteurs biologiques, d'une hérédité qui ne leur est pas favorable ou encore plus simplement du hasard comme nous l'explique sans détour Sonia :

« Enquêtrice : Est-ce que vous avez donné des explications au-delà des explications médicales ? Est-ce que vous avez cherché des explications personnelles ?

Sonia : Non. On réfléchit hein... on cherche. Moi, je [ne] crois pas du tout aux explications psychologiques. D'ailleurs, c'est mon oncologue qui m'avait expliqué très vite... j'ai la chance d'être suivie à [nom de l'hôpital] à [nom de la ville] et donc j'allais aux conférences qui sont faites à [hôpital], j'ai plusieurs fois assisté à des conférences qui étaient faites par mon oncologue donc ça permettait de la voir un peu plus et de lui poser des questions parce qu'en rendez-vous c'est assez rapide et elle m'avait expliqué que les études ne montrent pas qu'un choc psychologique déclenche un cancer même au contraire enfin voilà. Je suis convaincue de ça et en plus, je trouve que ça nous culpabilise enfin je trouve que c[e n]'est pas bon du tout d'expliquer par ce qu'on a vécu donc je ne sais pas. Elle m'avait dit : « Vous êtes une femme au XXIe siècle dans un pays développé et voilà c'est ça ». Ça touche une femme sur huit donc je [ne] vois pas pourquoi je passerais à travers... enfin, si ça [n']avait pas été moi, ça aurait été une de mes proches mais donc voilà je ne l'explique pas et je ne cherche pas à l'expliquer ».

¹⁶⁵ Âge : 43 ans ; 46 ans - Profession : Avocate libérale ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Octobre 2015 - Profession du père des enfants : Directeur grands comptes ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 11 et 13 ans (aîné) ; 8 et 10 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

Ou encore Sylvie¹⁶⁶ :

« Bon d'abord, bon moi, j'ai toujours eu des seins à problèmes. J'ai perdu une grand-mère que j'[e n]'ai pas connue d'un cancer du sein, une tante d'un cancer du sein donc quelque part, quand vous avez des seins à problèmes, quand vous vous faites suivre, vous savez que c'est une épée de Damoclès, que ça peut arriver donc déjà c'est important de le dire. Et puis au moment où ça arrive alors je me souviens très bien du moment où le médecin m'a appelée, le moment, le lieu... je me suis dit : « Bon bah c'est bon, c'est moi ». Et [il] y a vraiment cette impression de... oui... enfin, je trouve effectivement ces expressions très intéressantes parce que vous vous dites : « Bon bah ça y est, je suis vraiment concernée, c'est à moi que ça arrive quoi » (Sylvie).

À l'issue de leurs traitements et à l'aube de se réinvestir dans leur métier, les « normales » sont principalement mues par la volonté de renouer avec leur « existence d'avant sans le cancer » marquée de l'empreinte d'une vie professionnelle temporellement et affectivement prenante. Certaines comme Sonia ou Sylvie y parviennent. Nous les avons appelées les « normales exaucées ». En revanche, après les traitements, d'autres enquêtées sont amenées à revoir leur conception de la « normalité ». Nous verrons ainsi qu'après avoir tenté de « reprendre leur vie normale » entendue comme la « vie d'avant le cancer », des effets physiques – parfois psychologiques – se rappellent à elles ; les obligeant elles aussi à prendre de la distance vis-à-vis de leur vie professionnelle.

1. La normale exaucée

S'il ne s'agit pas du cas le plus fréquent auquel nous avons été confrontées sur notre terrain, notons que des enquêtées ont confié, comme elles l'espéraient, avoir retrouvé une « vie normale » une fois les traitements terminés. Quand elles utilisent l'expression de « vie normale », les enquêtées font référence à une existence post-traitements identique à ce qu'elle était avant le cancer. Cette configuration se retrouve plus particulièrement parmi les enquêtées qui ont eu un cancer mais qui ne se sont pas fait reconnaître comme « malades » pendant les protocoles de soins. Pour elles, le cancer est tout au plus perçu comme une parenthèse dans leur

¹⁶⁶ Âge : 45 ans ; 56 ans - Profession : Responsable marketing ; Directrice industrielle - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2006 - Profession du père des enfants : Responsable marketing ; Directeur d'entreprise - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 17 et 28 ans (aînée) ; 14 et 25 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

existence. À l'issue des traitements, elles ne font état d'aucun effet persistant du cancer et de ses soins. Physiquement et psychologiquement, elles sont aptes à reprendre leur vie professionnelle au même rythme que par le passé (voire que pendant les traitements pour celles qui n'ont pas eu d'arrêt maladie comme Sylvie). Sur le plan familial, elles ne manifestent guère plus de changements. Comme ce qu'il en a toujours été, elles se définissent comme des mères investies et proches de leurs enfants et ne voient aucun effet – positif ou négatif – de la maladie sur les relations entretenues avec leurs enfants au moment des entretiens.

2. La normale empêchée

Si les aspirations de retour à une « *vie normale* » peuvent être exaucées, ce n'est pas toujours le cas. Ainsi, certaines mères qui aspirent à « *redevenir normales* » après leurs soins en sont empêchées par la persistance d'effets physiques et psychologiques qui les empêchent de renouer avec leur « *normalité* ». Chez elles que nous avons choisi d'appeler les « *normales empêchées* », la « *normalité* » est entendue comme le fait de mener une vie identique à ce qu'elle était avant que le cancer ne soit diagnostiqué.

Avant de terminer leurs soins, il n'est pas rare que les enquêtées que nous avons classées parmi les « *normales empêchées* » commencent par se positionner sur une ligne hédoniste. C'est le cas par exemple de Jessica¹⁶⁷. À la fin de ses traitements, le *leitmotiv* de l'existence de cette enquêtée consistait ainsi à « *profiter de la vie* », « *profiter des enfants* » et « *ne pas travailler autant* » qu'elle le faisait avant que ne lui soit diagnostiquée la maladie. Si lors de ses traitements et au début de la reprise de son activité professionnelle, elle s'est tenue aux principes de vie qu'elle s'était fixés, il n'en a rapidement plus été de même. Lors de notre entretien, elle confesse ainsi être rapidement « *repart[ie] dans un engrenage complet de vie normale* ». Elle le raconte dans ce passage :

« Alors ça [le cancer] fait changer les choses au début... enfin bien sûr, au début, ça change tout. On voit la façon de voir les choses, on est dans la bulle avec les traitements, les enfants, la famille enfin on n'est plus du tout dans la vie active. On fait des activités avec la Ligue [contre

¹⁶⁷ Âge : 39 ans ; 44 ans - Profession : Acheteuse industrielle ; Responsable achat - Situation conjugale : Pacsée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : août 2014 - Profession du père des enfants : Responsable informatique ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 8 et 13 ans (aîné) ; 2 mois et 5 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

le cancer] ou des choses comme ça ou autour pour sortir quand ça commence à aller mieux mais... alors oui au début, mais alors ça passe totalement quand on reprend la vie active quoi ! Parce qu'on reprend la vie active et tout tout... on oublie même le fait qu'on s'est dit : « [il] faut profiter de la vie ! [Il] faut profiter des enfants. [Il ne] faut pas travailler autant ». Et là on repart dans un engrenage complet de vie normale et on oublie un petit peu... on oublie, on oublie clairement tout ça quoi » (Jessica)

Pour Jessica, la normalité de la vie est évaluée à l'aune d'un retour à une « *vie normale* ». La normalité telle que la définit d'abord l'interrogée a peu à voir avec la normalité telle qu'elle est théorisée par le médecin et philosophe de la médecine, Georges Canguilhem (1966). Selon elle, la « *vie normale* » immédiatement après la fin des traitements et dans les tout premiers temps de la reprise du travail ne relève pas de « *l'institution de nouvelles normes* » (*Ibid.*, 2013 [1966], p. 169) qui prendraient en compte les éventuelles séquelles des traitements subis. Dit-autrement, l'enquêtée ne mobilise pas un argumentaire de la « *vie normalisée avec la maladie [comme le fait de] pouvoir entreprendre les projets et les actions qui nous tiennent à cœur, en tant compte de la maladie* » (Mino et Lefève, 2016, p. 10). Elle se réfère en revanche à « *la vie d'avant* » (*Ibid.*, p. 16) marquée par une grande place laissée à la vie professionnelle au détriment des temps passés en famille. À cet égard, voici ce qu'elle narre de la reprise de sa carrière un an après le début de ses protocoles de soins :

« Oui, j'ai repris mon activité professionnelle au bout d'un an et quelques mois d'absence. J'ai repris à temps partiel pour commencer et puis progressivement, j'ai repris et là [au moment de l'entretien] je suis revenue... j'ai réduit un peu mon temps de travail parce que j'ai fait un petit burn-out parce que justement je suis tellement revenue à plus de 100% dans mon travail et en plus, j'ai repris des responsabilités, [il] y a beaucoup de choses qui se sont... qui se sont accélérées et en fait, j'ai un peu cru que j'étais comme tout le monde « normale » et j'ai quand même quelques faiblesses au niveau physique donc du coup, j'ai réduit un peu mon temps de travail et j'essaye un petit peu de faire la part des choses entre le travail et la vie personnelle. Enquêtrice : Quand vous dites « : je suis revenue à plus de 100% dans mon travail », qu'est-ce que vous entendez par là ?

Et bah en fait, je travaillais beaucoup plus que nécessaire, je faisais des journées très très importantes du fait de la charge de travail, du fait de l'organisation, du fait de plein de choses et je... même à la maison, après le soir, je me reconnectais. Je retravaillais... voilà un peu trop » (Jessica)

« [Croyant] qu'[elle] étai[t] comme tout le monde, « normale » » à prendre au sens de la non- considération du cancer dans l'existence, Jessica revient très rapidement « à plus de 100% dans

[son] travail ». Cette reprise à « plus de 100% » n'intervient pas immédiatement après la fin des traitements. Comme de nombreuses femmes actives occupées que nous avons interrogées, le retour au travail s'effectue d'abord sous le mode du « temps partiel » (*Jessica*) aussi appelé temps partiel thérapeutique qui est souvent un « mi-temps thérapeutique ». Le temps partiel thérapeutique est « un aménagement temporaire de la durée du travail. Il permet de reprendre progressivement l'activité, suite à une maladie professionnelle ou ordinaire ou suite à un accident du travail ou de la vie courante »¹⁶⁸. Le temps partiel thérapeutique peut immédiatement suivre un arrêt maladie ou bien faire suite à une première reprise temporaire à temps complet. Il est prescrit par le médecin traitant et implique qu'employeurs et employés décident conjointement des durées de travail qui seront effectuées lors de la période d'emploi à temps partiel. La rémunération de l'employé est établie en fonction des heures dûment réalisées. Le reste du salaire est à la charge de la Sécurité Sociale et des éventuels organismes de prévoyance. Les indemnités des caisses primaires d'assurance maladie sont prévues pour un délai d'un an maximum. Au-delà, l'embauche à temps partiel peut être maintenue mais seules les heures de travail effectuées par le travailleur font alors l'objet d'une rémunération (*Ibid.*). Dans les premiers temps post-traitement, c'est sous cette modalité d'embauche que *Jessica* réinvestit une identité de professionnelle. Toutefois, bien vite, elle « repart dans un engrenage » bien plus prenant encore que ce qu'il en était avant le cancer. Journée à rallonge, prise de responsabilités et réalisation de tâches professionnelles en soirée depuis le domicile sont autant d'éléments qui poussent finalement *Jessica* à reléguer « la vie personnelle » derrière « le travail » (*Jessica*). Ce n'est que sous l'effet des effets physiques des traitements qui reviennent après la reprise de sa vie professionnelle que l'enquêtée en vient à réviser sa conception de la « normalité ». Tenue par des effets physiques (« j'ai quand même quelques faiblesses au niveau physique ») qu'elle n'avait pas forcément anticipés, l'interrogée se retrouve finalement contrainte d'épouser la conception de la normalité de Georges Canguilhem (1966). Après cet « engrenage » initial qu'elle n'a pas pu maintenir, « être normale » ne consiste pas à vivre « comme avant » lorsque la maladie ne faisait pas partie du quotidien mais apprendre à « faire avec » en prenant en considération ses effets physiques. Comme pour les femmes des précédents profils, cet apprentissage relatif au « faire avec » s'appuie sur une révision à la baisse de son investissement professionnel que nous décrirons à la fin de ce chapitre.

¹⁶⁸ Ces informations proviennent de la page internet : [Mi-temps thérapeutique : rémunération, durée, tout savoir \(juritravail.com\)](http://juritravail.com) (page consultée le 27 avril 2022)

IV. La malade : « *J'en ai fini avec les traitements mais pas encore avec le cancer* »

Nous l'avons vu, après les traitements, pour certaines enquêtées, – notamment celles qui composent le profil des « *normales empêchées* » – des effets physiques peuvent continuer à se faire ressentir. Si ces effets ne sont pas compatibles avec la possibilité de renouer avec la vie qui était la leur avant le cancer, elles peuvent néanmoins, à condition de se ménager – et nous verrons comment elles procèdent dans la partie suivante – continuer à investir les différentes sphères sociales – famille, travail etc. – dans lesquelles elles étaient (et demeurent) insérées au moment des entretiens. Cette possibilité ne se vérifie pas pour toutes les enquêtées, et parmi elles, celles que nous avons choisi d'appeler les « *malades* ». Contrairement aux autres enquêtées, pour les « *malades* », la vie après les traitements reste résolument marquée par le cancer. Pour elles, la maladie – quand bien même les traitements sont terminés et que les examens ne montrent plus de trace de cancer dans l'organisme – n'appartient pas au passé mais au présent comme en témoigne cette déclaration d'Aurélie¹⁶⁹ : « *J'en ai fini avec les traitements mais pas encore avec le cancer* ». Les « *malades* » se distinguent des autres profils de femmes par une persistance d'effets aigus du cancer et de ses traitements au-delà de leur période d'administration. Ces effets peuvent être de différents ordres, physique et psychologique. Ajoutons à cela que pour les femmes dont les conditions sociales étaient les plus précaires au moment du diagnostic de leur cancer, les conséquences de la maladie peuvent également se jouer à un niveau financier.

La persistance d'effets physiques aigus après l'administration des traitements nous a été donnée à entendre dans l'entretien que nous avons mené avec Aurélie. Avant le cancer et lorsque nous la rencontrons, cette enquêtée exerce la profession de biostatisticienne. Elle est mariée à un ingénieur. Tous deux sont les parents de trois enfants qui avaient sept, neuf et onze ans au moment du diagnostic du cancer de leur mère (neuf, onze et treize ans lors de l'entretien). Cette enquêtée a eu un cancer du cerveau stade quatre. Nous la rencontrons en février 2018, un an et demi après la fin de ses traitements. Si elle n'en « *pas encore [fini] avec le cancer* », « *c'est [qu'elle n'a] pas récupéré 100% de [son] énergie et [elle n'] arrive pas à expliquer*

¹⁶⁹ Âge : 38 ans ; 40 ans - Profession : Biostatisticienne ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem ; Type de cancer : Cerveau - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Ingénieur ; Idem - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et F - Âge des enfants : 11 et 13 ans (aîné) ; 9 et 11 ans (cadette) ; 7 et 9 ans (benjamine).

Protocole : Radiothérapie combinée à de la chimiothérapie.

pourquoi ». Interrogée sur la façon qu'elle a d'appréhender cette « *perte d'énergie* » par rapport à ce qu'il en était avant la maladie, elle raconte :

« Bah quand j'étais sous traitements, j'acceptais parce que du coup, [il n']y a pas le choix : [il] faut se traiter et puis voilà ! Et j'avoue qu'après [la fin des traitements], quand j'ai eu ce gros coup de fatigue et tout ça, je... très mal, très mal ! Comme je le disais tout à l'heure, je suis fatiguée d'être fatiguée mais j'étais vraiment fatiguée d'être fatiguée ! Là c'était encore pire parce que je restais des journées entières sur mon canapé devant la télé » (Aurélie)

Durant son entretien, Aurélie a longuement insisté sur l'extrême fatigue qu'elle a ressentie durant de longs mois après la fin de ses traitements. La persistance des effets pourrait s'expliquer dans son cas par la gravité de son cancer. Cette enquêtée a en effet été touchée par un cancer du cerveau stade 4 qui présente les statistiques de survie les plus faibles à cinq ans. Elle nous dira d'ailleurs d'elle-même : « *je suis contrôlée quand même tous les deux mois parce que c'était un grave cas... j'avais une chance sur dix de m'en tirer et là je [ne] comprends pas pourquoi je suis aussi fatiguée alors je vous avoue que là, je le vis très très mal quoi ! Et je n'attends qu'une chose c'est d'aller me coucher le soir quoi* » (Aurélie). Néanmoins, même dans des cas de cancers avec de meilleurs pronostics de survie comme celui du sein, de lourdes conséquences physiques peuvent encore se faire longuement ressentir au-delà de la période des traitements. Ainsi en va-t-il pour Leïla¹⁷⁰ qui a eu un cancer du sein. Nous la rencontrons un an et demi après la fin de son protocole. Comme Aurélie, cette interrogée mentionne l'épuisement qu'elle continue à ressentir au moment de l'entretien (« *Déjà fatiguée, la fatigue, elle prend le dessus aussi. [Il] y a la fatigue* ».). Elle s'est également longuement appesantie sur les vives douleurs qu'elle éprouve au niveau d'un bras qui reste gonflé depuis la tumorectomie en début de protocole. C'est ce qu'elle narre dans ce passage :

« On m'a enlevé les ganglions [lors de la tumorectomie] donc la lymphe s'écoule directement dans le bras parce qu'il [n']y a plus les ganglions pour filtrer donc quand on travaille trop bah ça gonfle ou quand il fait trop chaud. Une fois, je me suis brûlée, j'étais gonflée comme ça donc j'ai dû aller chez le kiné pour aller faire le drainage donc tout ça, c'est un plus quoi. C'est un handicap à vie et quand on a ça à trente-trois ans, on croit qu'on a la vie devant nous mais en fait, non. Moi, [il] y a plein de trucs... je suis stoppée par beaucoup de choses » (Leïla)

¹⁷⁰ Âge : 33 ans ; 35 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Missions intérimaires ponctuelles ; Plombier - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 6 et 8 ans (aînée) ; 21 mois et 3,5 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie puis hormonothérapie.

Lorsque les séquelles physiques perdurent, comme c'est le cas pour Aurélie et Leïla, elles entraînent dans leur sillage de la détresse psychologique. Ainsi, Aurélie dit être dans un « *état proche de la dépression voire de la dépression* » qui se retrouve également chez Leïla qui a fait l'objet d'un diagnostic de dépression par un neurologue quinze jours avant l'entretien. À cette occasion, l'enquêtée a d'ailleurs confié avoir des pensées suicidaires (« *Des fois, je me dis : « si j[*e n*']avais pas cette vie-là »... j'ai envie de sauter par la fenêtre* »). En janvier 2018, l'évolution positive de l'état psychologique de l'enquêtée semble difficile à envisager. N'ayant « *pas supporté* » le comprimé donné par le spécialiste, Leïla a décidé d'interrompre le traitement après avoir « *eu beaucoup d'effets secondaires [« des nausées, hyper mal à la tête et tout le temps envie de dormir »] pendant cinq jours* ». À cette époque, elle déclare « *préfér[er] rester comme ça [en dépression]* » plutôt que de subir les préjudices de ces nouveaux médicaments. L'affliction de cette interrogée se comprend d'ailleurs d'autant plus aisément que la survenue de la maladie a également de lourdes conséquences financières pour elle et sa famille.

Contrairement à la majorité de nos enquêtées qui présente un haut niveau de capitaux culturels et économiques, Leïla connaît une situation socio-économique plus difficile. Depuis toujours, les emplois qu'elle occupe sont peu qualifiés et peu rémunérateurs. Avant son cancer, Leïla « *étai[t] dans la manutention. [Elle] étai[t] en intérim* ». Secrétaire et caissière sont les métiers que l'enquêtée cite pour préciser son propos au sujet des professions qu'elle a eues par le passé. Son époux quant à lui ne travaille plus depuis qu'il a eu lui-même un cancer après la naissance de leur première fille. Avant la maladie, en dépit de ses faibles revenus, Leïla était la principale source de revenus du foyer. Or, « *le diagnostic du cancer a un impact financier important sur le revenu des personnes atteintes et de leur ménage. Les mécanismes à l'origine de cet impact sont variés et dépendent étroitement du statut professionnel des personnes au moment du diagnostic, mais également de la place et du rôle qu'elles occupent au sein de leur ménage. Ainsi, l'impact de la survenue du cancer sur le revenu du ménage est susceptible de ne pas être le même selon que le revenu apporté par la personne souffrant d'un cancer est la source principale de subsistance ou seulement un complément. Les répercussions du diagnostic de cancer sur la situation professionnelle sont l'une des causes principales de la diminution des revenus des ménages des personnes malades, notamment quand la mobilité sur le marché du travail induite par la maladie implique une interruption de long terme de l'emploi occupé jusqu'alors (chômage ou inactivité)* » (Paraponaris et al., 2014, p. 241). Selon Leïla, « *le cancer [l]'a ruinée !* ». Ses revenus ont considérablement baissé sous l'effet de la maladie tandis que ses dépenses de santé ont quant à elles beaucoup augmenté. Si l'accroissement des frais pendant

et après les traitements sont assez aisément supportables pour les (anciennes) malades qui appartiennent à des milieux favorisés, il n'en est pas de même pour celles issues des couches sociales plus modestes. Contrairement aux discours les plus répandus, l'interrogée qui appartient pourtant aux « classes populaires » ne prend pas la figure d'une renonciatrice aux soins de santé (Arborio et Lechien, 2019). Depuis la fin de ses traitements, Leïla fréquente de nombreux professionnels du secteur (para-)médical. Lors de notre rencontre, elle citera ainsi un podologue pour la repousse de ses ongles, un acupuncteur pour lutter contre la fatigue persistante et un ostéopathe pour ses douleurs articulaires. Selon l'enquêtée, toutes les consultations de ces soignants ont pour point commun de ne faire l'objet d'aucune prise en charge par quelque organisme social qui soit. Véritable absence de droits, méconnaissance de ses droits en matière de frais médicaux ou objet de politiques plus ou moins discriminantes (Leduc, 2008), toujours est-il que l'argent dépensé pour son état de santé qui s'est dégradé sous l'effet des protocoles représente une (très) grande partie du budget de l'enquêtée. Par conséquent, cette dernière doit veiller à ne pas dépenser plus de « *quinze euros par jour* » pour subvenir aux besoins de toute sa famille : « *Bah on se serre la ceinture. On a un budget en fait, une fois que tout est payé, que toutes les factures sont payées, je regarde ce qui me reste dans mon compte et je divise la somme par le nombre de jours qui reste avant la prochaine paye donc ça fait un budget de quinze euros par jour* » (Leïla). Or, contrairement à toutes les femmes des autres profils qui en ont la possibilité, Leïla ne peut espérer d'améliorations de sa situation financière en reprenant un travail. Tenue par des effets psychologiques et physiques, il lui apparaît très clairement « *[qu'elle ne peut] pas travailler comme ça* » car dans les types d'emplois qu'elle occupait le « *corps est le premier outil de travail* » (Schwartz, 2012 [1990] p. 295). Dans les professions qui engagent le corps, les altérations physiques – à *fortiori* lorsqu'elles sont nombreuses et marquées – se paient donc au prix d'une inactivité forcée et appelée à durer ; comme cela se saisit dans la comparaison que l'enquêtée fait de sa situation avec la retraite que seule la mort est censée lever : « *C'est comme si j'étais à la retraite à trente-cinq ans et je peux plus travailler* » (Leïla). Cette « *retraite* » précoce et forcée fait l'objet de fortes appréhensions de la part de cette enquêtée. Comme nous le verrons plus largement dans la partie suivante, la prise de distance vis-à-vis du travail peut avoir des conséquences positives pour les interrogées tant d'un point de vue familial qu'individuel. Pour les « *malades* » en revanche, et plus encore celles qui sont dans des situations économiques précaires, la perdurance de forts effets physiques, psychologiques et financiers du cancer se font au prix de « *privations* » (Leïla) dans toutes les sphères de leur existence ; particulièrement quand il s'agit de les penser à la lumière de leur maternité ou de leur individualité.

V. Quatre profils, une même conséquence : la distance vis-à-vis de la vie professionnelle telle qu'elle se vivait avant les traitements

Si pour l'heure, nous avons évoqué les distances prises vis-à-vis de la sphère professionnelle pour les femmes de tous les profils – à l'exception des « *normales exaucées* » –, nous n'avons pas encore décrit comment celles-ci s'opéraient une fois les traitements finis. C'est ce que nous allons désormais faire. Nous verrons ensuite que le fait de s'éloigner de la vie professionnelle – selon que cela soit choisi ou plus ou moins contraint – dégage, sauf pour les « *normales exaucées* » et des « *malades* » – du temps qui sera mis à disposition des enfants ou de soi selon le profil dans lequel se trouvent les femmes et l'âge de leurs enfants. Les manières de prendre de la distance vis-à-vis de son travail sont multiples. À partir de nos entretiens, nous avons pu distinguer cinq formes. La première relève d'un changement de conception qui fait passer les femmes d'une vision de leur travail comme passion à une conception plus matérialiste. La deuxième s'incarne dans une réduction du volume horaire par rapport à ce qu'il en était avant le cancer lorsque la carrière est reprise à temps plein. La troisième s'appuie sur la réduction de la mobilité professionnelle pour les enquêtées qui étaient concernées par les déplacements. La quatrième est reliée à la cinquième : après le cancer, certaines femmes pensent à interrompre leur carrière. Nous verrons que lorsque les conditions socio-économiques le permettent, c'est un choix qui peut être fait. Quand ce n'est pas le cas alors des projets de reconversion professionnelle visant à ne « plus s'abandonner » dans sa carrière peuvent voir le jour. Revenons maintenant sur chacun de ces points.

1. Revoir son rapport au travail : de la « profession-passion » à la « profession rémunératrice »

La première forme de distance professionnelle consiste à redéfinir le rapport entretenu à son travail entraînant les enquêtées à passer d'une conception du travail comme passion à une conception plus matérialiste. Ainsi, si leur profession demeure importante pour elles, celle-ci est, pendant les entretiens, avant tout perçue sous ses dimensions rémunératrices. Gaëlle, professeure des écoles nous offre de beaux exemples en la matière en décrivant finement à l'enquêtrice « l'avant et l'après cancer » saisi d'un point de vue professionnel. Si d'après les dires de Gaëlle, « l'école » continue toujours à « prendre beaucoup de place dans [sa] vie », l'espace accordé à sa profession est de beaucoup diminué par rapport à ce qu'il pouvait en être avant le cancer :

« Bah j'y passe beaucoup de temps [à l'école] quand même parce que j[ne] n'ai pas le choix mais aujourd'hui, c'est vraiment financier c'est-à-dire que comme je suis seule pour les élever et que j[ne] n'ai même pas de pensions alimentaires de la part des papas... j'ai besoin de sous. Je suis prof et donc je fais des études, ce que je [ne] faisais pas avant donc effectivement, je [ne] rentre qu'à dix-huit heures, ce qui n'est pas très tard non plus. [Il] y a plein de mamans qui rentrent bien plus tard mais je sais que bon... ma fille, elle a à la fois du mal à le comprendre et elle le comprend parce que l'argent l'angoisse beaucoup parce qu'elle sait que... mais tous les soirs, je fais l'étude donc ça me permet de gagner un peu plus. Mais par contre, là où avant, je serais restée à l'école parce que ça me faisait plaisir et j'y restais par plaisir vraiment c'est-à-dire que je [ne] faisais pas étude mais je restais tout le temps de l'étude... pas forcément pour bosser mais parce que j'étais avec mes collègues, je passais voir mes élèves pendant l'étude, on papotait et tout, là vraiment je fais 16h30-17h30, je fais l'étude avec des enfants, mes élèves et à 17h30, je prends mon sac et je rentre chez moi. Alors qu'avant, je serais restée à discuter une demi-heure avec mes collègues ou des parents d'élèves sur le trottoir. Bah là, ça peut m'arriver encore parce que je vais croiser un parent que j[ne] n'ai pas vu depuis longtemps et puis on va papoter mais avant, je le faisais systématiquement quasiment tous les soirs, je restais une demi-heure. Après, [il] y a des choses que ma fille a beaucoup de mal... que je vais conserver mais dans le rééquilibrage, je vais quand même garder ce que je suis et j'ai un ancien élève de l'année dernière qui est autiste et qui a eu beaucoup de mal à rentrer en sixième et à se couper de l'ancien monde donc j'ai proposé à sa maman, là depuis le début de l'année, je déjeune avec lui tous les mercredis midis puis ma fille m'a expliqué que ça la rendait triste qu'un mercredi sur deux, je déjeune avec [prénom de l'élève] tous les mercredis midis et pas avec elle donc à

partir de maintenant, un mercredi sur deux, je vais rentrer pour manger avec elle et j'ai dit à [prénom de l'élève] : « Je [ne] te verrai qu'un mercredi sur deux » donc c'est là où je suis plus capable d'entendre ce qu'elle me dit qu'avant mordicus, je serais restée déjeuner avec [prénom de l'élève] » (Gaëlle)

D'un point de vue professionnel, le « rééquilibrage » opéré par Gaëlle prend forme dans le passage d'une conception passée du travail comme « passion » à celle présente du « travail rémunérateur ». Avant le cancer, l'enquêtée débordait du cadre des horaires prévus dans son emploi du temps par « plaisir ». Le temps qu'elle aurait possiblement pu accorder à ses enfants une fois ses journées finies était dans les faits consacré à de longues discussions quotidiennes qu'elle partageait avec ses collègues, ses élèves ou leurs parents. Au moment de l'entretien, les choses ont sensiblement changé. Si comme auparavant, l'enquêtée n'est pas présente au domicile avec ses enfants en soirée, cela n'est plus justifié par le « plaisir » que lui procurait le fait d'être sur son lieu de travail. Dans le passage ci-dessus, le temps important passé au sein de l'établissement scolaire par l'enquêtée est présenté comme une nécessité familiale. Si « [elle] passe beaucoup de temps [à l'école] quand même, [c'est] parce qu'[elle n'a] pas le choix mais aujourd'hui, c'est vraiment financier ». Tel que pourrait encore le faire un père de famille, Gaëlle justifie la longueur de ses journées qui l'éloigne physiquement de ses enfants par les gains qu'elle peut en tirer en termes de rémunération. Déclarant ne percevoir aucune pension alimentaire de la part des pères de ses enfants, les compléments de rétribution que constituent les heures d'étude qu'elle supervise représentent la garantie de la subsistance matérielle de l'ensemble du groupe familial. En outre, l'argent des études complémentaire à son salaire de professeure des écoles est mobilisé comme un facteur d'apaisement des angoisses de la benjamine de la fratrie en lien avec les finances familiales (« ma fille, elle a à la fois du mal à le comprendre et elle le comprend parce que l'argent l'angoisse beaucoup parce qu'elle sait que... mais tous les soirs, je fais l'étude donc ça me permet de gagner un peu plus »).

Par ailleurs, avant le cancer, quand l'interrogée décrit son investissement auprès de ses élèves, elle apparaît moins dans une figure de professionnelle, que comme un visage familial voire maternel. Plusieurs éléments de l'entretien ressortent en ce sens. Tout d'abord, de façon qui pourrait apparaître surprenante, l'entrée en sixième de l'un de ses anciens élèves décrit comme « autiste » ne marque pas la fin des rapports entretenus avec son enseignante de primaire. En plus que d'être très fréquentes puisque répétées chaque semaine, les rencontres de Gaëlle et son ancien élève se font autour de repas partagés en dehors de l'institution scolaire. Or, les repas, en dehors de leur fonction alimentaire, instaurent une « dimension relationnelle et affective » (Muxel, 2007, p. 78) entre ceux qui les partagent. La relation entre Gaëlle et son élève est donc

bien davantage personnelle que professionnelle. Cet aspect est également tangible dans l'utilisation du prénom de l'enfant lors de notre interaction. En utilisant le prénom de son élève pour nous en parler, Gaëlle signale que l'enfant est avant tout investi dans un registre relationnel personnel (Coulmont, 2022). Cela était vrai avant le cancer et le reste après mais dans des temporalités plus restreintes. « *[Avant] mordicus, [elle] serai[t] restée déjeuner avec [prénom de l'élève]* » tous les mercredis. Désormais, – et sur demande de sa dernière fille – elle ne le fait plus qu'un mercredi sur deux. Surtout, quand il s'agit de généraliser son propos à tous ses autres élèves, l'heure n'est plus à l'implication personnelle. Pour l'interrogée, l'idée n'est pas de ne plus intervenir sur des « situations problématiques » que pourraient traverser ses élèves. Pour elle, au moment où nous la rencontrons, « *l'idée c'est d'offrir aux enfants, une bulle à l'école [et – nous ajoutons pour restituer au mieux le sens de l'énoncé - seulement à l'école]* » reconnaissant sans une once de résignation « *[qu'elle ne pourrait] pas forcément sauver ce qu'il y a à sauver à l'extérieur [de l'école]* » comme elle tentait de le faire avant la maladie.

2. Réduire son temps de travail et/ou ses déplacements professionnels

La deuxième forme de distance prise vis-à-vis du travail prend forme dans une réduction du temps de travail des enquêtées lorsqu'elles reprennent à temps plein. La réduction du volume horaire n'est pas du fait du mi-temps thérapeutique mis en place dans les premiers temps après la fin des traitements. Ici, il s'agit de penser une temporalité de plus long-terme initiée quand les femmes sont déclarées aptes à travailler tel qu'elles le faisaient avant le diagnostic de cancer. Quand arrive ce moment, leur rythme professionnel n'est cependant pas strictement identique à ce qu'il était par le passé. À l'issue du mi-temps thérapeutique qui les ouvre de nouveau sur du temps complet, certaines femmes que nous avons interrogées ont désormais à cœur de rentrer plus tôt chez elles C'est le cas de Laure qui livre « *Non. Non, c[e n]'était pas pareil... bon [avant le cancer] je faisais des heures supplémentaires. Enfin voilà j'arrivais [à la maison] quand j'arrivais* ». Le même type de récit se retrouve chez Lucie¹⁷¹ :

¹⁷¹ Âge : 40 ans ; 44 ans - Profession : Assistante de direction ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2016 - Profession du père des enfants : Commercial ; Directeur commercial - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 2 et 6 ans.
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

« Enquêtrice : Vous m'avez dit que vous êtes toujours à 18h30 chez vous, avant, vous rentriez plus tard ?

Lucie : Ouais, une heure plus tard.

Enquêtrice : De façon volontaire ?

Lucie : Ah oui volontaire ! C'est-à-dire à dix-sept heures trente/dix-sept heures quarante-cinq, je plie tout, je range et voilà.

Enquêtrice : Sans le cancer, vous auriez...

Lucie : Ah bah j[e n]'aurais jamais fait ça parce que c[e n]'était pas important, c'était moins important et c'est là qu'on se rend compte qu'il a fallu la maladie pour que je m'occupe un peu plus de mon fils et de mon mari ».

Pour les interrogées qui effectuaient des déplacements professionnels à un niveau national ou international, la distance prise vis-à-vis du travail peut également s'incarner dans une diminution drastique de leur mobilité.

3. Interrompre définitivement sa carrière... ou à défaut, se reconvertir

Pour d'autres enquêtées, la distance est envisagée dans des projets de reconversion pensés comme une alternative à l'interruption définitive de carrière. Myriam¹⁷² nous le raconte ici :

« Et d'ailleurs, c'est comme ça maintenant que je l'entends et quand je vois maintenant mon oncologue, il me dit : « vous êtes prête à repartir [au travail] ? ». Je lui dis : « Non, je [ne] suis pas prête ». Et il me dit : « [il n']y a pas de problème. De toute façon, le traitement n'est pas fini, je vous prolonge votre arrêt de travail ». Et la dernière fois, c[e n]'est même pas lui qui m'a prolongée, c'est mon médecin traitant. Il m'a dit : « Non mais t[u n]'es pas prête ». Je lui ai dit : « Non, déjà d'une, je [ne] suis pas prête, mes RH [ne] sont pas prêts non plus à me reprendre dans le sens où je [ne] veux pas reprendre mon poste de responsable ». Parce qu'on n'est plus les mêmes après un cancer et il faut savoir qu'on se projette différemment dans sa vie. Et moi, j'en suis consciente et je me dis : « Plus jamais, je [ne] ferai comme j'ai fait », c'est-à-dire de me mettre à fond dans mon travail et de laisser mes enfants un peu se gérer tout seuls.

¹⁷² Âge : 45 ans ; 47 ans - Profession : Cheffe d'agence (location de voiture) ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mars 2017 - Profession du père des enfants : Menuisier ; Plombier-chauffagiste - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 18 et 20 ans (aîné) ; 12 et 14 ans (cadet).

Protocole : Tumoréctomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie combinée à une thérapie ciblée et à de la radiothérapie puis à de l'hormonothérapie.

C'était ça en fait parce qu'on savait qu'on était obligés de travailler à deux parce qu'on est en région parisienne et [il] y a tellement de choses à payer que tu [ne] peux pas te permettre de dire : « Bah non, [il n']y a que mon mari qui va travailler et tout ça ». Je sais que je suis obligée mais on va se réorganiser autrement de manière à ce que moi, je puisse être plus présente à la maison donc avec mon employeur, on est en train de voir pour que je puisse reprendre en télétravail et puis une journée ou deux sur le siège à [ville du siège] mais en administratif parce que... alors on me demande, on me dit : « Mais toi, t'es une fille de terrain tout ça, ça [ne] va pas te manquer ? ». « Non, non parce que okay, la clientèle m'a manqué au début mais maintenant, avec le recul, je me dis bah non, c'est ma vie d'abord en premier, mes enfants enfin voilà et le boulot enfin voilà. Il faut continuer à travailler mais ça sera différemment ». [Je n]'irai plus à fond les gamelles comme je l'ai fait avant parce que ça [n']en vaut pas la peine, quand on est malade bah donc voilà » (Myriam)

En janvier 2018 lors de notre entretien, Myriam n'a pas encore repris son poste. Avec le concours de ses soignants, elle prolonge son arrêt maladie jusqu'à ce qu'elle ne puisse plus en avoir la possibilité. Consciente qu'elle ne pourra pas le faire indéfiniment, l'enquêtée pense tout de même à la reprise de son activité professionnelle. Au moment de l'entretien, elle est néanmoins convaincue « [qu'elle n'ira] plus jamais à fond les gamelles ». Elle projette donc plusieurs scénarii en ce sens. Afin de ne plus « s'abandonner », elle songe en revanche « abandonner » son poste de responsable sur le terrain pour assurer des tâches administratives. Elle voit dans cette réorientation professionnelle combinée à du télétravail, un moyen de se soustraire aux difficultés de son métier qu'elle relie à la gestion « de l'humain ». Ainsi, l'idée est pour Myriam de parvenir à « être plus présente à la maison » après des années pendant lesquelles « [elle n'était] jamais là [au foyer] » mais « toujours au travail ». Ce passage de l'entretien de Myriam est aussi intéressant car il nous ouvre sur une autre piste en lien avec les réflexions que nous sommes en train de mener. Si elle en avait la possibilité, la distance vis-à-vis de sa carrière en passerait par son interruption définitive mais elle sait qu'elle ne peut pas se le permettre : « [...] on était obligés de travailler à deux parce qu'on est en région parisienne et [il] y a tellement de choses à payer que tu [ne] peux pas te permettre de dire : 'Bah non, [il n']y a que mon mari qui va travailler et tout ça '. Je sais que je suis obligée [de travailler] ». En revanche, c'est ainsi que les enquêtées qui évoluent dans les conditions socio-économiques les plus favorables prennent de la distance avec leur vie professionnelle. Ainsi en va-t-il de Nicole¹⁷³ qui n'a jamais retravaillé après une première reprise de son travail. Or, contrairement

¹⁷³ Entretien n°1 :

à Myriam, Nicole est issue de longue date d'un milieu familial bourgeois catholique. De plus, elle est mariée à un ingénieur aéronautique, ce qui lui laisse vraisemblablement plus de possibilités que Myriam dont l'époux travaille dans le bâtiment de renoncer à son salaire. Il est ainsi apparu qu'au niveau socio-économique de Nicole, sa rémunération qu'elle évalue à deux mille euros constituait bien davantage un salaire d'appoint, qu'un revenu nécessaire à « *l'existence de [la] famille* » (Baudelot et Serre, 2006, p. 129). Cet élément apparaît clairement lorsque cette enquêtée revient sur les conséquences de la perte de son salaire. L'absence de rémunération a pour résultat la perte d'un certain confort de vie passé mais ne remet en rien en cause les conditions matérielles avantageuses dans lesquelles elle évolue avec ses enfants et son mari. « [...] *Sans deux mille euros, c'est moins facile : pas de femme de ménage, pas de... pas de cousines qui viennent m'aider, qui viennent faire les repas à ma place* ». En guise de nuance, elle précisera cependant « *on vient d'acheter notre appartement [dans une banlieue très cossue de la région parisienne] donc on n'est pas à plaindre mais voilà, on fait attention et donc on fait encore beaucoup de choses à deux [l'enquêtée et son époux]* ». La perception qu'a Nicole de son salaire se comprend donc à la lumière de sa situation d'hypogamie sociale évaluée par rapport à la position professionnelle de son mari. Infirmière dans le secteur public et épouse d'un ingénieur aéronautique, son salaire peut apparaître comme moins déterminant pour le « bon » fonctionnement familial que celui de Myriam. Directrice d'agence mariée à un plombier, la perte définitive des revenus de cette enquêtée pourrait faire subir de plus lourdes pertes que celle Nicole pour le groupe familial. Dans la situation d'hypergamie sociale en faveur de Myriam, la cessation de l'activité professionnelle féminine pourrait en effet menacer la subsistance économique familiale bien au-delà des seuls aspects de commodité évoqués par Nicole.

Âge : 36 ans ; 39 ans - Profession : Infirmière ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : visites de contrôle en cours - Profession du père des enfants : Ingénieur aéronautique ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 3 et 6 ans (aîné) ; 1 et 4 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien n°2 :

Âge : 43 ans - Profession : En congé parental - Situation conjugale : Mariée - Profession du père des enfants : Manager chez Thales - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, M et F - Âge des enfants : 10 ans (aîné) ; 8 ans (cadet) ; 10 mois (benjamine).

4. Une distance prise vis-à-vis du travail et des justifications variées en fonction des profils d'interrogées

Quelle(s) que soi(en)t la ou les formes – puisqu'elles peuvent se combiner – de distance(s) prise(s) vis-à-vis du travail, elles ne sont pas justifiées de la même façon en fonction des profils que nous avons détachés. Pour les « *hédonistes* », les distances vis-à-vis de la carrière sont prises au nom des nouvelles valeurs de plaisir acquises dans le cadre du cancer. Nous y reviendrons plus longuement dans les prochains chapitres, mais pour elles, le plaisir se trouve dans les sphères de leur vie privée mais certainement pas au travail. Aussi, y passent-elles moins de temps. Chez les « *accusatrices* », il s'agit de se prémunir contre les risques de récurrence. Puisque le travail – et par-delà lui un investissement excessif passé dans la sphère professionnelle – est perçu comme responsable de la survenue du premier cancer, il s'agit de ne pas répéter les erreurs passées. Pour les « *normales empêchées* », ainsi que pour les « *malades* », les distances sont plus contraintes. Si elles ne s'y impliquent plus comme elles le faisaient, c'est d'abord parce que les effets physiques et psychologiques du cancer et de ses traitements perdurent. Quoi qu'il en soit, sauf pour les « *malades* » – nous le verrons dans le dernier chapitre –, le temps qui n'est plus alloué au travail en laisse davantage pour les enfants quand ils sont en bas-âge. Dans le prochain chapitre nous verrons en effet que les mères dont les enfants qui ne sont pas encore au collège signalent que le temps d'après les traitements du cancer est propice à un resserrement des liens – déjà ténus – avec leurs enfants. Quand ils sont adolescents – à compter de l'entrée au collège – c'est moins dans des activités parentales que les enquêtées s'investissent que dans des sphères où elles s'affirment moins en tant que mères, qu'en tant que femmes. Ce point fera l'objet de notre dernier chapitre.

Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, nous avons distingué quatre profils d'interrogées à l'issue des traitements contre le cancer : les « *hédonistes* », les « *accusatrices* », les « *normales* » qui se subdivisent en « *normales exaucées* » et en « *normales empêchées* » et les « *malades* ». À la fin de leurs traitements, les « *hédonistes* » souhaitent surtout « *profiter de la vie* ». Les « *accusatrices* » pointent quant à elles un investissement professionnel passé considéré comme trop poussé comme responsable de la survenue de leur cancer. Les « *normales* » sont des femmes qui, après leurs soins, formulent le vœu de « *retrouver une vie normale* » c'est-à-dire une vie identique à celle qu'elle était avant le diagnostic de cancer. Quand elles n'ont plus d'effets du cancer et de ses traitements, elles peuvent y parvenir. En ce sens, nous avons décidé d'appeler les enquêtées concernées, les « *normales exaucées* ». En revanche, quand subsistent des conséquences physiques et psychologiques qui ne sont toutefois pas contradictoires avec la possibilité de s'investir dans d'autres sphères sociales, amicales, familiales, professionnelles etc., l'existence post-traitements n'est plus tout à fait identique à ce qu'elle était par le passé. Les désirs de « *normalité* » se heurtent à des réalités physiques et psychologiques qui les empêchent d'advenir. Cette configuration concerne les interrogées qui relèvent du profil des « *normales empêchées* ». Enfin, le dernier groupe d'enquêtées se compose de femmes « *malades* ». Pour elles, le cancer reste une réalité présente même une fois les traitements terminés. Plusieurs mois après leur fin, elles continuent de ressentir de lourdes conséquences financières, physiques et psychologiques qui ne leur laissent guère l'opportunité de s'investir ou de se réinvestir dans d'autres sphères sociales que la maladie.

À l'exception des « *normales exaucées* » qui reprennent leur vie là où elles l'avaient laissée, aucune autre femme ne fait, après les traitements, état d'une existence menée à l'identique par rapport à celles qu'elles avaient avant de recevoir le diagnostic de cancer. Les différences résident principalement dans les distances – volontaires (pour les « *hédonistes* » et les « *accusatrices* ») et plus contraintes (pour les « *normales empêchées* » et les « *malades* ») – observées vis-à-vis de leur vie professionnelle tel qu'elle était vécue par le passé. Ces distances prennent des formes multiples. Elles peuvent s'incarner dans une redéfinition de son rapport au travail. Dans ce cas, lors des entretiens, les enquêtées font état d'un passage d'une conception de leur carrière comme une passion à une vision plus matérialiste de celle-ci. Lorsque nous les avons rencontrées, nombreuses ont été les interrogées à évoquer une réduction de leur temps de travail quand d'autres ont pris le parti de cesser leur activité professionnelle ou de penser des

projets de reconversion. Quelles que soient les orientations professionnelles prises, toutes aboutissent finalement à dégager du temps pour la vie privée. Lorsque les enfants sont en bas-âge – de leurs premiers mois de vie jusqu’à leur entrée au collège –, ce temps – nous le verrons dans le chapitre suivant – est mis à leur disposition. En revanche, lorsque les enfants sont plus âgés, les moments qui ne sont plus alloués à la vie professionnelle sont davantage dévolus à des activités dans le cadre desquelles les interrogées se donnent davantage à voir comme des êtres singuliers que sous leurs statuts familiaux, de compagnes et/ou de mères.

Chapitre VII. « Organiser encore plus autour de ses [jeunes] enfants »

« C'est pour moi, ma priorité et comme je le dis souvent c'est... on pourra me dire n'importe quoi, mes enfants c'est MA priorité, ça je changerais... s'il faut que j'abandonne un poste pour eux, je le fais et ça c'est la maladie qui m'a fait changer » (Laure)¹⁷⁴

¹⁷⁴ Âge : 35 ans ; 37 ans - Profession : Infirmière ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Technicien électroménager ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 8 et 10 ans (aîné) ; 4 et 6 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Dans le chapitre précédent, nous avons mis à jour quatre profils d'interrogées après les traitements. Nous avons montré qu'à l'exception des « normales exaucées », toutes les enquêtées, quel que soit leur « profil », se distinguent par une distance prise vis-à-vis de leur carrière tel qu'elles la vivaient avant le diagnostic de cancer. Cette distance qui est justifiée par différents motifs en fonction du « groupe » dans lequel se situent les femmes après les protocoles a en revanche un point commun. Le temps qui n'est plus alloué à la vie professionnelle en laisse pour se consacrer à sa vie privée. Quand les enfants sont en bas-âge, ce sont eux à que les nouvelles orientations maternelles profitent le plus, en témoigne la déclaration de Laure : « [...] mes enfants, c'est MA priorité [...] et ça c'est la maladie qui m'a fait changer » ». Dans ce chapitre, nous montrerons que dans les discours des mères dont les enfants étaient en bas-âge durant le cancer, la période post-traitements est en effet narrée comme propice à un resserrement des relations intergénérationnelles. Plus que jamais, les enfants apparaissent comme les « *autrui significatifs* » de leur mère. Dans la première partie de notre propos, nous nous attacherons à décrire les formes de relations rapprochées après les protocoles de soin. L'affection, l'humour et l'accroissement des « *moments communs en famille* » (Singly (de) et Ramos, 2010) sont, à cet escient, cités par les mères pour décrire leurs relations avec leurs enfants une fois les traitements finis. Dans la dernière partie du chapitre, nous adopterons une posture plus critique vis-à-vis d'une vision qui pourrait être perçue comme idyllique des relations entretenues entre les mères qui ont eu le cancer et leurs enfants. Nous commencerons par montrer que « *réorganiser sa vie autour de ses enfants* » (Laure) peut ne pas s'imposer d'emblée à l'issue des traitements. Ainsi, immédiatement et parfois plusieurs semaines après la fin des soins, certaines femmes expriment des difficultés à renoncer à « l'attention de soi » expérimentée pendant le cancer quand d'autres souhaitent pleinement s'investir dans d'autres sphères de leur vie – les plus touchées par la maladie et ses traitements – quitte à faire passer leur maternité « *au second plan* » (Gaëlle¹⁷⁵). Si le « *[gain] en qualité de relation* » avec les enfants en bas-âge peut ne pas s'imposer d'emblée, il peut également avoir des difficultés à résister au temps. Ainsi, nous verrons que le rapprochement relationnel entre les mères et leurs enfants peut être – avec regret maternel – remis en cause par la reprise de la vie professionnelle à temps plein. Il peut en être également de même si le resserrement des

¹⁷⁵ Âge : 33 ans ; 41 ans - Profession : Professeure des écoles ; Idem - Situation conjugale : Concubinage (père de ses deux filles) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mai 2016 - Profession du père des enfants : Commercial (père des deux filles) - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et F - Âge des enfants : 10 et 18 ans (aîné) ; 7 et 15 ans (cadette) ; 4 et 12 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

relations intergénérationnelles se fait au prix de la réussite scolaire des enfants. Dans les deux situations, l'existence décrite au moment des entretiens est alors sensiblement – bien que non strictement – identique à ce qu'elle était avant le cancer.

I. L'humour, l'amour et les « *moments communs* » comme socles d'une « plus grande » qualité de relations intergénérationnelles après les traitements

La famille entendue par les mères interrogées comme le groupe composé des enfants et des parents revient dans les discours comme ce qui est le plus important, qu'il y ait ou non le cancer. Ces déclarations de nos enquêtées vont dans le sens des travaux des chercheurs en sociologie de la famille qui ne cessent de rappeler que la famille est une valeur qui reste – malgré certains discours médiatiques ou politiques – cardinale dans les sociétés occidentales contemporaines (Damon, 2006). Importante avant le cancer, la famille, les enfants plus particulièrement peuvent l'être encore davantage après les traitements. En effet, lorsque les enfants sont en bas-âge, avant le collègue, l'après-cancer revient dans les discours comme une période propice pour donner aux enfants, une priorité jusque-là jamais égalée que les enquêtées imputent à la maladie. Si les enfants étaient déjà centraux avant et pendant les traitements contre le cancer, ils le sont encore davantage après. Cette « super » centralité des enfants prend différentes formes que nous allons décrire dans cette première partie de chapitre. Ainsi, nous allons voir qu'après les traitements contre le cancer, les enquêtées insistent sur leurs rapports avec leurs enfants teintés (de plus) d'humour et (de plus) d'amour après traitements que ce qu'il en était avant. Le rapprochement des relations prend aussi forme dans l'accroissement des « *moments communs* » (*Ibid.*, 2010) passés entre les mères et leurs enfants. Revenons plus précisément sur ces points.

1. L'humour et l'amour

Quand les enquêtées qui soulignent un rapprochement entre elles et leurs enfants après les traitements sont invitées à décrire leurs relations, elles insistent sur la plus grande place qui est laissée l'humour entre elles et leurs enfants. Cela s'entend dans ce que Lucie¹⁷⁶ perçoit d'elle-même, mais aussi de son conjoint. Elle déclare « *on est plus cool* », « *on se marre beaucoup plus* ». Invitée à donner des exemples pour illustrer le changement d'attitude parentale, elle

¹⁷⁶ Âge : 40 ans ; 44 ans - Profession : Assistante de direction ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2016 - Profession du père des enfants : Commercial ; Directeur commercial - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 2 et 6 ans.
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

raconte : « *Quand il [l'enfant] renverse son verre d'eau, avant, on criait, on nettoyait, on criait, il pleurait. Maintenant, il renverse son verre d'eau, on nettoie, on re-remplit le verre et c'est un non-sujet* » (Lucie).

L'humour n'est pas le seul ressort de la plus grande proximité relationnelle entre les mères et leurs enfants après les soins. L'amour en est un autre comme l'explique Laure :

« *[Avant le cancer], on passait des bons moments mais c[e n]'était pas aussi fort, c[e n]'était vraiment pas aussi fort... là j'arrive c'est... j'ai des « MAMAN !!! » enfin voilà, c'est des cris de joie dans la maison dès que j'arrive, dès que je rentre et puis souvent, je le ressens ce manque de câlins en fait. C'est... voilà j'avais mon câlin le matin, midi, soir enfin vous voyez ? C'est... j[e n]'ai pas ma dose (rires) ! Et ma fille, pour le coup, alors est-ce que c'est l'âge aussi ? Elle est beaucoup plus 'câlin', elle faisait moins de câlins avant et là... et en plus le fait que je [ne] sois plus tout le temps avec eux à la maison, là le soir, je sais que 'maman, câlins' enfin ça dure un petit moment quoi ! 'Et j'en veux encore un autre et encore un autre et...' et même quand je la lâche le matin à l'école, c'est toujours le gros bisou, le gros câlin* » (Laure)

L'adjectif « *fort* » qu'emploie Laure à deux reprises rend compte du resserrement des liens affectifs qui l'unissent à ses enfants. Depuis qu'elle a repris le travail, l'enquêtée serait accueillie chez elle par ses enfants au son de leurs « *cris de joie* » scandant « *MAMAN !!!* ». Ce mot est si commun à nos oreilles et à nos yeux qu'on en oublierait presque « *sa charge affective maximale* » (Coum, 2010, p. 185). Lorsque l'enquêtée nous partage sa joie d'arriver chez elle en étant apostrophée par le mot « *maman* », elle donne implicitement à entendre « *l'amour donné sans compter, irremplaçable et exclusif* » (Ibid.). À cette liste d'adjectifs, nous en ajouterions un autre qui relève de la mutualité de l'amour. La force des sentiments décrite par Laure n'est pas du seul fait de l'adulte. Elle doit également beaucoup aux enfants, notamment à sa fille cadette décrite par sa mère comme une enfant « *beaucoup plus câlin* » qu'avant le cancer.

2. Les « *moments communs en famille* »

Par ailleurs, depuis que les traitements sont terminés, Laure a à cœur « *d'être plus avec [son fils et sa fille]* » (Laure). Lorsqu'elle narre cela, l'enquêtée fait référence à « *moments communs* » (Singly (de) et Ramos, 2010) passés entre parents avec leurs enfants. Cet « *être plus [ensemble]* » (Laure) en passe par des « *choses en famille* » qui sont de l'ordre du loisir. À cet

escent, Laure cite les sorties du week-end, le cinéma, les restaurants, autant d'activités qui ont une dimension familiale qui prend nettement le pas sur tous les autres statuts sociaux de collègue, d'amie, de conjointe ou d'individue : « *Quand on va au resto, on essaye d'y aller tous les quatre, voilà. Pourquoi pas partir un petit week-end ensemble ? Faire plus d'activités avec les enfants mais en famille* » (Laure). Interrogée sur la priorisation qu'elle aurait pu donner à son conjoint après les traitements, elle rétorque : « *Non... non, c'est...j'avoue que c'est centralisé vraiment sur les enfants* » (Laure). Une logique peut être moins maternelle que familialiste tournée vers les activités de loisirs est aussi à l'œuvre chez Lucie :

« Bah il [le cancer] a changé des choses parce qu'on est plus cool. Il [le cancer] a changé des choses parce qu'on s'est recentrés sur notre famille, des activités qu'on peut faire ensemble tous les trois. C'est vrai que régulièrement le jeudi et le vendredi, on passe du temps sur son ordinateur, ça c'est une des activités qu'on peut faire ensemble. Par exemple, demain, on va aller à Paris. Cet après-midi, on va faire du shopping ensemble parce que je lui ai promis que je lui achèterai un tee-shirt à paillettes donc on va aller chez H&M et là, vous allez me dire : « Mais qu'est-ce que vous allez faire chez H&M le premier samedi de la semaine des soldes ? ». Vous n'aurez pas tort mais on va le faire quand même parce que mon fils m'a demandé un tee-shirt à paillettes et on se marre beaucoup plus et il a grandi aussi ! [...] Et non, je pense juste qu'on est plus cool » (Lucie)

Avec Lucie, les mots changent mais les logiques restent les mêmes que pour Laure. Tout comme son homologue, l'après-cancer est un moment de « *recentrage familial* » (« *on s'est recentrés sur notre famille* »). Ce recentrage est orienté vers des « *activités qu'[ils] peu[vent] faire ensemble tous les trois* », Lucie, son mari et leur petit garçon. Ses propos font également une large place aux loisirs. Il est ainsi question « *du temps sur ordinateur* », de sorties touristiques (« *Par exemple, demain, on va aller à Paris* » - Lucie) ou encore de shopping. Le cancer permet de redonner une importance encore supplémentaire à la vie familiale comme elle le laisse entendre lorsqu'elle compare l'importance donnée aux moments familiaux depuis la fin de ses traitements, considérant qu'avant « *ce [les activités en famille] n'était pas important, c'était moins important* ».

II. « *Organiser encore plus autour de ses [jeunes] enfants* » : un modèle qui peut avoir des difficultés à s'imposer d'emblée après la fin des traitements

« *Réorganiser sa vie autour de ses [jeunes] enfants* » (Laure) ne s'impose pas forcément d'emblée après la fin des traitements. En effet, si au moment des entretiens, les mères dont les enfants sont les plus jeunes dans notre corpus vantent l'humour, l'amour ou encore les « *moments communs* » (Ibid., 2010) qui jalonnent leur quotidien post-traitements avec leurs enfants, certaines, bien que « *pratiquantes* », ont pu exprimer des réserves quant à la tournure familialiste – pour ne pas avoir à écrire maternelle – prise par leur vie. Les réserves sont de deux ordres. Tout d'abord, toutes les femmes qui en ont fait l'expérience s'accordent pour trouver que les traitements contre le cancer sont éprouvants sur les plans physique et psychologique. Toutefois, en dépit de ce caractère, ils peuvent tout de même constituer un temps tout à fait agréable de recentrement sur soi auquel il est difficile de renoncer lorsqu'il s'agit de se réinvestir auprès de ses enfants une fois les soins finis. Par ailleurs, lorsque les traitements ont porté atteinte à des sphères de l'existence telles que la conjugalité, la sexualité etc., certaines femmes peuvent avoir à cœur de renouer et de consacrer du temps à ces domaines même si cela implique « *qu'être maman, ça passait au deuxième plan* » (Gaëlle). Approfondissons ces deux points.

1. Un renoncement difficile au « *soin de soi* » expérimenté lors des traitements

« *Réorganiser sa vie autour de ses [jeunes] enfants* » (Laure) après les traitements qui implique de donner une place centrale et majeure à ses enfants dans son existence ne se fait pas sans son lot de questionnements et de tensions. Celles-ci sont contenues dans des expressions utilisées par des enquêtées comme Nicole¹⁷⁷ lorsqu'elle dit : « *autant là, le quotidien [actuel] commence*

¹⁷⁷ Entretien n°1 :

Âge : 36 ans ; 39 ans - Profession : Infirmière ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : visites de contrôle en cours - Profession du père des enfants : Ingénieur aéronautique ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 3 et 6 ans (aîné) ; 1 et 4 ans (cadet).

à me peser beaucoup ». Cet extrait dans l'entretien doit être replacé dans l'appréhension que cette enquêtée a de la période des traitements. Si les protocoles mis en place pour lutter contre le cancer sont possiblement difficiles à supporter physiquement – et parfois psychologiquement, – ils peuvent tout à la fois constituer un temps de recentrement sur soi comme Nicole nous en fournit l'exemple. Alitée pendant les six mois qu'ont duré les chimiothérapies, l'interrogée était alors tout entière dédiée à sa préservation, au soin d'elle-même dans un objectif de survie. « Pour avoir un « nous » encore aujourd'hui, il fallait qu'il y ait un « moi avant » confiera-t-elle durant notre rencontre. À en croire les travaux d'Eliot Freidson (1984), cela n'a rien de condamnable dans le cas du cancer qu'il classe parmi les « déviation[s] grave[s] » (*Ibid.*, p. 242). Puisqu'elle est une déviation grave, « [suspendre en permanence ses] nombreuses obligations » est inconditionnellement légitime » (*Ibid.*). C'est d'ailleurs ce qu'a fait Nicole. En arrêt maladie lors des protocoles, elle n'était plus professionnelle. Sur le plan privé, rappelons elle n'était plus non plus, épouse et mère. « J[en] n'avais pas à avoir toute la responsabilité de ma famille parce que c'étaient les autres qui prenaient les responsabilités » nous dira-t-elle avec une certaine délectation. Or, lorsque nous nous entretenons avec elle en janvier 2018, le « vivre pour moi » n'est plus. Nombre de ses obligations, particulièrement celles familiales lui sont revenues. Si elle n'est plus infirmière et ne compte pas s'investir dans une autre carrière, elle est à *contrario* plus que jamais conjointe et mère. Le soin des autres, de son mari, et plus encore de ses deux fils, se fait au prix du sien. Eliot Freidson perçoit les maladies, quelles qu'elles soient, comme des processus dynamiques. « Déviation grave » lors des traitements qui entraînent de multiples et de lourdes incapacités, le cancer peut à d'autres moments de la trajectoire des femmes interrogées relever d'une moindre gravité. C'est le cas de Nicole lors de notre première rencontre. Vue trois ans après le début de ses traitements, Nicole évoque ses « visites de contrôle récurrentes » pour caractériser sa situation actuelle. D'après ce qu'elle nous en dit, les indications médicales ne font état d'aucune trace de la maladie dans son organisme. Enfin, en dehors de « cette espèce de fatigue physique et morale » (Nicole) qui subsiste une fois les protocoles terminés, l'enquêtée reconnaît elle-même pouvoir de nouveau faire tout un ensemble de tâches domestiques, mêmes les plus lourdes comme « faire la peinture, les travaux, d'aller chercher mes enfants pour le déjeuner,

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien n°2 :

Âge : 43 ans - Profession : En congé parental - Situation conjugale : Mariée - Profession du père des enfants : Manager chez Thales - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, M et F - Âge des enfants : 10 ans (aîné) ; 8 ans (cadet) ; 10 mois (benjamine).

de m'occuper d'eux [des enfants] ». En somme, elle est donc passée d'un modèle de maladie comme « *déviaton grave* » allant de pair avec la « *suspension d'obligations ordinaires* » à une « *déviaton sans gravité* » (*Ibid.*). Par conséquent, elle ne jouit donc plus de la même légitimité à déléguer « *la responsabilité de [sa] famille* » (*Nicole*) à d'autres personnes. Avant le cancer, la prise en charge des responsabilités familiales de l'interrogée n'avait fait l'objet d'aucune réflexion, encore moins de remise en question. Lors de l'entretien, tout a changé à ce sujet et cela ressort très bien de ce passage :

*« Alors autant je suis très contente de pouvoir remettre la main... de pouvoir reprendre la main sur un certain nombre de choses autant là le quotidien commence à me peser beaucoup et j'essaye de me poser la question mais moi-même, je ne suis pas sûre de moi. C'est pour ça que ça va être très difficile à retranscrire c'est qu'aujourd'hui, je vois que mes enfants ont besoin de moi pour être posés et apaisés et pour pouvoir repartir du bon pied autant moi... j'ai beaucoup de mal à savoir ce que je veux parce que je [ne] suis pas tout à fait aidée au niveau professionnel, de mon métier... et parce que je me rends compte que je suis à un croisement en me disant : « Est-ce que j'ai encore envie de vivre pour moi comme je faisais quand j'étais malade absolument ? » ou : « Est-ce que j'ai envie d'aider mes enfants à repartir du bon pied ? » » (*Nicole*)*

Connaissant désormais les charmes d'être « *cocoonée* » (*Nicole*) entendu comme le fait d'être déchargée des tâches relatives à l'entretien du foyer et à l'éducation des enfants, il lui est d'autant plus difficile de ne plus l'être. Pour autant, au regard du jeune âge de ses garçons (« *mes enfants, ils sont trop petits !* ») – et sûrement d'autres raisons telles que ses convictions religieuses auxquelles l'enquêtée a fait allusion à de nombreuses reprises pendant l'entretien – elle refuse le choix de « *l'égoïsme sous prétexte qu'on a vécu un cancer* ». En janvier 2018, elle a donc tranché. Elle a opté pour le choix « *[d'aide[r] ses] enfants à repartir du bon pied* ». Le justifiant – entre autres raisons – au nom du bien-être de ses deux garçons, elle a définitivement interrompu sa carrière. D'ailleurs, en 2021, c'est plus que jamais mère que nous retrouvons *Nicole* pour un deuxième entretien. Si elle n'a pas repris d'activité professionnelle, elle est en revanche désormais maman de trois enfants puisqu'une petite fille est venue compléter la fratrie en 2020.

2. Après les traitements, se consacrer pleinement aux aspects de sa vie extérieurs à la parentalité auxquels les traitements ont porté atteinte

Pour d'autres enquêtées pour qui la « *[réorganisation] autour de [ses jeunes] enfants* » (Laure) ne s'est pas immédiatement imposée après les traitements, ce n'est pas le renoncement difficile au temps de « recentrement sur soi » qui est mis en cause. Pour certaines femmes, en plus que d'être éprouvants physiquement et psychologiquement, les protocoles – particulièrement lorsqu'ils sont mutilants comme les mastectomies – viennent porter atteinte à certaines dimensions de leur vie qui ont attrait à ce qui relève de leur conjugalité, de leur féminité et de leur sexualité. Aussi, pour elles, après les traitements, « l'urgence » est de reprendre le contrôle voire le pouvoir sur des « zones » de leur existence fragilisées par le cancer... même si cela implique de ne pas « *[être] au top de [sa] forme de maman pendant deux/trois ans, c'est vrai !* » (Gaëlle). Étudions cet aspect avec Gaëlle que nous rencontrons huit ans après le diagnostic de cancer et environ sept ans après la fin de ses traitements. Mère de trois enfants et professeure des écoles, cette enquêtée se distingue dès les premiers instants de notre rencontre par son attachement très grand à son métier. Avant même d'évoquer ses enfants, elle débute l'entretien en mentionnant les changements d'ordre professionnel que le cancer a impliqués. Arrêtée pendant l'entièreté d'une année scolaire, elle est déclarée apte à reprendre son travail lors de la rentrée qui a lieu un an exactement après le diagnostic de son cancer du sein. Tout de suite après la fin de ses traitements, Gaëlle fait figure de « *normale empêchée* ». Ayant « *très mal ! Très très mal* » vécu d'avoir dû arrêter sa carrière le temps de ses traitements, elle souhaite reprendre le plus promptement possible à temps complet comme il en était avant le diagnostic du cancer. Par conséquent, elle refuse le mi-temps thérapeutique qui lui est proposé par son médecin traitant. Toutefois, ce fort investissement professionnel n'est pas ce qui fait dire à l'enquêtée, qu'immédiatement après les traitements « *c'est vrai, qu'être maman, ça passait au deuxième plan* ». Bien que très impliquée dans sa profession de professeure des écoles, Gaëlle n'en était pas moins une mère disponible et présente dans tous les aspects de l'éducation de ses enfants : « *Pendant des années, j'ai... j'ai vraiment checké tous leurs devoirs, j'étais là pour eux. Même si je [ne] suis pas une cuisinière hors pair on va dire pour leur faire des petits plats, c'est vrai parce que je [ne] cuisine pas très bien mais enfin... j'étais là quoi qu'il arrive* ». Ce qui va la conduire à « faire passer » ses enfants « *au deuxième plan* » relève de sa vie amoureuse et sexuelle dans laquelle elle s'est beaucoup impliquée après ses traitements.

Gaëlle est l'une des rares enquêtées que nous avons rencontrées qui a fait l'expérience d'une séparation avec le père de ses deux dernières filles à l'issue de ses traitements. Si son couple connaissait des difficultés préexistantes au cancer, la maladie « *a été un peu la goutte d'eau* » qui a conduit à une rupture décrite comme inéluctable (« *la séparation d'avec leur papa, je pense qu'elle aurait eu lieu, ça qu'on soit honnête. On va dire que le cancer a été un peu la goutte d'eau qui a fait qu'il a fallu trois ans derrière mais qui a fait que derrière, ça aurait eu lieu [...]* »). La « *goutte d'eau* » prend forme dans les transformations physiques subies par l'interrogée. Opérée d'une mastectomie, cette intervention chirurgicale aura de lourdes conséquences sur sa vie conjugale et sexuelle menée avec son compagnon de l'époque. Elle confiera à ce sujet « *c'est une zone [les seins] qui n'a plus jamais été touchée* » ou encore « *Après, moi, la suite côté femme et bah voilà... on va dire que ça [ne] fonctionnait plus très très bien entre leur papa et moi* ». Comme d'autres femmes rencontrées, les traitements contre le cancer de Gaëlle ont conduit à l'ablation d'un sein. Elle est cependant la seule à s'être attardée pendant l'entretien sur les conséquences en termes d'attractivité (sexuelle) que cette opération a entraînées. Après ses traitements, Gaëlle est avant tout en (recon)quête de sa féminité – que l'enquêtée fait reposer sur son sein et le fait d'être désirable sexuellement par son ex-compagnon – qu'elle vit comme « *perdue* ». À la faveur de la séparation avec le père de ses deux filles, la période postérieure aux traitements est alors résolument tournée vers l'obtention de « *réponses [...] pas forcément bonnes non plus* ». Ces réponses, elle les trouve en multipliant les aventures conjugo-sexuelles, ce qui l'éloignera beaucoup de ses enfants et la conduira à « *plong[er] sur plein de points* » avec eux. À la disponibilité mentale et physique érigée en valeur cardinale de la « *bonne maternité* » (Cardi, 2007), Gaëlle se pose et s'oppose en mère absente après ses traitements : « *Alors là, quand j'étais là, j[e n]'étais pas vraiment là dans ma tête et puis éventuellement, j[e n]'étais pas là du tout parce que je rentrais plus tard, parce que... parce que j[e n]'étais pas dispo [...]* ». Outre ses absences physiques (et mentales), l'enquêtée est également revenue sur ses manquements moraux vis-à-vis de ses enfants. Elle confesse « *leur [avoir] beaucoup menti pour pouvoir sortir* ». Le regard sévère que porte l'interrogée sur elle en tant que mère à cette période peut être expliqué par plusieurs éléments dont certains ne sont pas présents dans son récit. En dépit du jeune âge de ses enfants, notamment de sa dernière fille qui pourrait expliquer que Gaëlle déplore avoir « *plongé* » sur le plan maternel, ce sont les difficultés scolaires de ses filles, et surtout de son fils qui sont mises en avant. Après avoir été très investie dans leur scolarité, l'interrogée observe une période de fort décrochage en la matière après les soins. Pour « *enfoncer le clou* », elle souligne qu'elle a « *complètement laissé* » son garçon à une période charnière pour lui. À cette époque, son fils

ainé est en effet en proie à des difficultés relationnelles avec ses professeurs de seconde que l'enquêtée – et les chercheurs (Cayouette-Remblière, 2016) – considère comme une année scolaire particulièrement difficile » au regard de toutes les autres : « *Je l'ai complètement laissé en seconde sans l'accompagner alors que c'est l'année peut-être la pire et la plus difficile et il s'est vautré très clairement et il a redoublé et il s'est vautré et il s'est fait renvoyer du lycée* ». Toutefois, lorsque nous rencontrons Gaëlle, une « *explosion* » a eu lieu environ une année auparavant, soit en 2016. Cette « *explosion* » qui revient parfois dans l'entretien sous l'idée du rangement (« *Aujourd'hui, on essaye de tout ranger correctement* ») renvoie à ce que l'enquêtée nomme un « *rééquilibrage* ». Celui-ci consiste en un mouvement de recul du personnel féminin au profit du maternel. L'idée du rangement qu'elle utilise pour transcrire le passage effectué d'une vie centrée sur sa féminité vers un modèle plus maternel donne implicitement à penser que pour une mère, la primauté donnée aux enfants semble être le seul ordre qui vaille. Pour Gaëlle, l'ordre en question consiste à « *[redonner] une place* » à ses enfants (« *mes enfants ont repris une place aussi* »). Plus exactement encore, lorsque nous nous rencontrons, le fils et les deux filles de l'enquêtée semblent occupé la plus grande « *place* » qui soit au regard de toutes les autres dimensions de la vie de l'interrogée. Cela est très clair à travers la façon dont l'enquêtée vit désormais sa vie conjugale qui est strictement dissociée du « *temps* » parental. Elle y revient dans ce passage où sa fille cadette ne se privera d'ailleurs pas d'intervenir :

« *Gaëlle : [La vie conjugale de l'enquêtée] C'est le sujet tabou (rires)... euh bah je me suis... depuis quelques mois, je me suis mis sur des sites de rencontres. Là j'ai rencontré quelqu'un que j'aime bien voilà qui [ne] va pas venir vivre à la maison... [s'adressant à sa fille sur un ton provocateur] jamais !*

Fille benjamine [présente dans la pièce à côté d'où se tient l'entretien] : Il [ne] viendra jamais !

Gaëlle [s'adresse à sa fille] : On ne lui souhaite pas de mourir quand même [rires]... !

Gaëlle [reprend le cours de la conversation avec l'enquêtrice] : Voilà non, je profite du truc, c'est sympa, voilà. Quand j[e n]'ai pas ma petite, quand j'ai ma petite, je [ne] le vois pas et les semaines où je [ne] l'ai pas bah je le vois un peu le week-end et voilà, on en profite. Mais donc oui, j'ai récupéré beaucoup plus de sérénité. En ce moment, je me sens assez calme, assez apaisée. Je [ne] me prends pas la tête, j'ai rencontré quelqu'un qui est plutôt bien, ceux d'avant étaient pas forcément bien mais là il a l'air plutôt bien »

Ce dialogue qui s'instaure à trois entre Gaëlle, la fille cadette et la sociologue porte sur la vie amoureuse de l'enquêtée. Nous y apprenons que peu de temps avant l'entretien, cette dernière a renoué avec une vie conjugale sur le modèle d'un « *contrat sérieux-léger* » théorisé par le

sociologue Christophe Giraud (2017). Pour l'auteur, les histoires « *sérieuses-légères* » qui se traduisent dans l'expression « *ne pas se prendre la tête* » sont le propre des relations naissantes chez les jeunes adultes¹⁷⁸. À notre sens, les emprunts au registre « *léger-sérieux* » ne sont pas uniquement dépendants du jeune âge des partenaires engagés dans une relation. L'ancienneté de celle-ci doit aussi être prise en compte. Dans le discours de Gaëlle qui n'est pourtant plus étudiante depuis de nombreuses années¹⁷⁹, nous retrouvons comme pour les jeunes femmes que Christophe Giraud a rencontrées, « *un double-refus* » d'une « *sexualité-loisir* » et d'un « *scénario conjugal* » caractéristique de ces relations « *sérieuses-légères* ». Le sérieux de la rencontre récente s'entend dans l'évocation de sentiments balbutiants. S'il n'est pas question pour l'enquêtée de se déclarer amoureuse, elle s'en remet cependant au lexique de l'affectivité déclarant : « *j'ai rencontré quelqu'un que j'aime bien* ». Dans l'entretien, le partenaire apparaît en outre davantage sous les traits d'un « *autrui significatif [potentiel]* » que d'un « *plan-cul* ». L'enquêtée le dépeint sous les traits de ses qualités personnelles (« *quelqu'un qui est plutôt bien* ») et de ce qu'il lui apporte d'apaisement, de calme et de sérénité. Ces points qui seraient difficilement appréhensibles dans le cadre d'une relation qui ne serait que d'ordre sexuel ne doivent cependant pas occulter les dimensions plus légères de ce qui unit Gaëlle et ce « *quelqu'un qui est plutôt bien* ». À cet égard, l'interrogée semble déterminée à « *ne pas se prendre la tête* » (« *Je [ne] me prends pas la tête* ») avec son partenaire. Par ailleurs, qu'il s'agisse des sentiments ou des qualités attribuées à l'homme, tout est évoqué sous des formes euphémisées. Elle « *aime* » ... mais « *bien* ». En ce qui concerne le partenaire, s'il est « *bien* », ce savoir-être est relativisé. Il « *n'est pas bien [tout court]* » mais « *il [en] a [seulement] l'air* ». De plus, il n'est pas « *pleinement bien* » mais « *plutôt bien* ». Au moment de l'entretien, l'histoire qui est narrée par l'interrogée a surtout pour fonction que Gaëlle et l'homme dont il est question fassent connaissance lors de bons moments passés à deux (*Ibid.*). Gaëlle signale ainsi à deux reprises qu'elle « *profite* ». Surtout, ce qui ressort du passage livré ci-dessus est relatif au refus d'engager une cohabitation conjugale. Rapidement, Gaëlle précise « *Là j'ai rencontré quelqu'un que j'aime bien voilà qui [ne] va pas venir vivre à la maison* ». Certains traits de ces relations « *légères-sérieuses* » établies comme typiques des expériences conjugales juvéniles se retrouvent sous des formes ressemblantes parmi des « *populations adultes de plus*

178 Le corpus sur lequel porte *L'amour réaliste. La nouvelle expérience amoureuse des jeunes femmes* « est composé de vingt-six jeunes femmes hétérosexuelles vivant en région parisienne. Plus de la moitié ont 21 ans (neuf personnes) ou 22 ans (sept personnes). Dix-neuf sont étudiantes au moment du premier entretien, dont trois en fin d'études. 7 autres ont fini leurs études ou les ont mises entre parenthèses. Elles ont toutes obtenu leur bac et font partie d'une génération qui est passée par l'enseignement supérieur » (Giraud, 2017, pp. 22-23).

179 Au moment de l'entretien, elle est âgée de quarante-et-un ans.

de 50 ans séparés ou divorcés en France » (Giraud, 2020, p. 9). Christophe Giraud qui s'intéresse également à cette tranche d'âge pour étudier les différentes modalités du « faire couple » montre que les cinquantenaires et plus qui ont fait l'expérience d'une séparation après des années de vie commune avec le père ou la mère de leurs enfants sont de plus en plus nombreux à faire le choix de la non-cohabitation. Nous pourrions de prime abord penser que la perspective d'un « chacun chez soi » réponde aux canons conjugaux qui tendent à se développer chez les personnes cinquantenaires ou à l'approche de la cinquantaine qui, comme Gaëlle, ont connu des séparations après de longues années de vie commune avec le(s) père(s)/mère(s) de leurs enfants. Lorsqu'ils s'ouvrent à de nouvelles expériences conjugales, l'idée pour ces individus est alors moins de « construire » que de « partager ». Ainsi, il n'est pas question d'avoir en commun des enfants, une maison ou un compte bancaire commun pour les « *Living Apart Together* » (LAT)¹⁸⁰. En revanche, ils accordent une grande importance aux loisirs. Sorties, vacances à deux sont autant d'activités valorisées par les partenaires autour desquels règnent d'ailleurs un flou de catégorisation. Comme il en est des enquêtés du sociologue, Gaëlle évoque des « *week-ends* » passés à deux mais se garde bien de nommer la relation et « son partenaire » avec un vocabulaire amoureux. L'homme est « *quelqu'un* », « *lui* », « *le* ». La relation quant à elle revient sous l'expression « *du truc, c'est sympa* ». Pour les femmes plus que pour les hommes, le refus de s'engager dans une nouvelle vie à deux avec les enfants des uns des autres est justifié par une prise de distance opérée avec les rôles conjugaux et familiaux plus généralement (*Ibid.*, 2020). Engagée dans cette relation « *sans prise de tête* », tout pourrait donc porter à croire que l'entretien de Gaëlle constitue un plaidoyer individualiste. Or, selon nous, il n'en est rien ou du moins, pas tellement. Il nous apparaît que les compartiments opérés entre les différents domaines de la vie de l'enquêtée, particulièrement entre les sphères parentales et conjugales ne sont pas des indicateurs d'une vie qu'elle mène réellement pour elle-même. L'absence de projet de cohabitation ou les moments qui ne sont partagés à deux qu'en l'absence de sa dernière fille (« *Quand j[en] 'ai pas ma petite, quand j'ai ma petite, je [ne] le vois pas et les semaines où je [ne] l'ai pas bah je le vois un peu le week-end et voilà, on en profite* ») ne relèvent pas d'une « *vie privée-privée* » (*Ibid.*, p. 15) que Gaëlle souhaiterait de son plein gré préserver du regard de ses enfants. Les réserves de l'enquêtée sur le partenaire, le « couple » formé ou encore les perspectives cohabitantes sont, selon nous, à replacer dans le contexte de la situation d'entretien et de la récente centralité donnée à ses enfants lors de notre rencontre. Notre discussion a eu lieu en présence de la plus jeune fille de Gaëlle. Alors que

¹⁸⁰ La dénomination LAT caractérise les partenaires engagées dans une union non-cohabitante.

l'enfant n'était jamais intervenue, elle prendra la parole de façon véhémement lorsque le sujet de la nouvelle vie conjugale de sa mère est posé. Avec détermination, l'enfant déclare alors « *Il ne viendra jamais !* ». Cet usage du pronom « *il* » pour mentionner le « *compagnon* » de Gaëlle, la réponse de cette dernière qui rétorque « *On ne lui souhaite pas de mourir quand même* » ou même la précision initiale lancée à l'intention de sa fille « *C'est le sujet tabou* » traduisent une posture d'hostilité de la benjamine de la famille à l'encontre du partenaire et de la relation entre sa mère et ce « *quelqu'un qui est plutôt bien* ». Ne pas emprunter au lexique amoureux et récuser tout projet de cohabitation sont peut-être moins des façons pour Gaëlle de revendiquer une identité personnelle prenant le pas sur ses autres statuts de mère et de conjointe, que de refréner les sentiments d'animosité de sa dernière fille. Au moment de l'entretien, le « *tempo* » de la vie conjugale de l'enquêtée est donc largement dicté par l'enfant. Il s'agit là d'une autre forme de « *réorganisation autour de ses enfants* » (Laure) après les traitements. D'ailleurs, notons que le terme « *enfant* » dont se sert l'enquêtée quand elle dit que « *[ses] enfants ont repris une place* » est à entendre en son sens filial mais aussi comme synonyme de « *petit* », de « *bas-âge* ». Dans les propos de l'enquêtée, seule la plus jeune de ses filles âgée de douze ans est mobilisée. De ce point de vue conjugal, c'est en fonction de la « *petite* » et non de deux autres aînés de quinze et dix-huit ans que Gaëlle programme les rencontres avec son nouveau partenaire. Elle ne le voit que « *quand [elle n'a pas sa] petite* » et quand « *[elle a sa] petite, [Gaëlle] ne le voit pas [« son compagnon »]* ».

3. Un modèle qui s'impose aux mères « normales empêchées » sous l'effet des psy ?

Avant de passer à la dernière partie de ce chapitre qui sera consacrée aux difficultés que la « *[réorganisation] autour des enfants* » (Laure) peut connaître quand il s'agit d'étudier sa pérennité dans le temps, notons un dernier élément. Les mères qui ont noté une « *recentration* » autour de leurs enfants à l'issue de leurs protocoles de soins ont plusieurs points communs. Tout d'abord, elles sont mères de jeunes enfants de 0 à 10 ans environ. Comme nous le verrons plus largement dans le prochain chapitre, le bas-âge des enfants est mobilisé par les enquêtées comme ce qui rend possible d'avoir davantage de « *moments communs* » (Singly (de) et Ramos, 2010) en famille que par le passé. À une période où la question de l'individualisation des enfants

se pose avec moins de vigueur que lors de (leur entrée dans) l'adolescence, l'heure n'est pas encore à la distance entre les générations.

Par ailleurs, les mères qui ont souligné des difficultés à mettre en place de modèle de « *réorganisation autour [des] enfants* » (Laure) après les traitements peuvent toutes être classées parmi les « *normales empêchées* ». Rappelons qu'initialement, ces mères souhaitaient renouer avec leur existence d'avant-cancer marquée du sceau d'une forte implication familiale ET professionnelle. Empêchée de se réinvestir dans leur carrière tel qu'elles le faisaient avant leurs traitements, cela n'est pas sans les affecter sur le plan psychologique comme l'explique Gaëlle avec clarté :

« Il a fallu très vite... enfin je suis très vite retournée travailler, trop d'après le médecin. Elle voulait me mettre en mi-temps thérapeutique, je lui ai dit : « Non » mais j'ai été très fatiguée pendant un an et demi mais... enfin pas fatiguée mais fatigable, et puis une école c'est du bruit, c'est du mouvement, j'ai eu beaucoup de mal à revenir par rapport à ça donc ça m'a beaucoup affaibli psychologiquement » (Gaëlle)

À notre sens, la détresse psychologique dont fait état Gaëlle – et qui est partagée par Nicole – se comprend à l'aune de l'écart qui existe après la fin des traitements entre la volonté de revenir à la « vie d'avant » et la persistance d'effets du cancer et de ses soins qui ne le permettent pas... ou du moins pas autant que ne l'espéraient les interrogées. Dans les entretiens que nous avons réalisés avec les « *normales empêchés* », les difficultés psychologiques post-traitements constituent sont un point qui ressort et qui les conduit à consulter des psychologues.

Or, cette dernière considération nous amène formuler une dernière hypothèse qui pourrait permettre de comprendre la manière dont « l'empreinte maternelle » finit par s'imposer pour ces mères « *normales empêchées* ». Tout d'abord, dans l'entretien de Gaëlle notons que la psychologue apparaît pour cette interrogée comme déterminante dans sa sortie de dépression. En tant que sociologue, notre rôle n'est pas de trancher sur les effets avérés, inexistant, positifs ou négatifs de la psychothérapie suivie par cette enquêtée. Néanmoins, tel qu'elle la relate et se la figure Gaëlle, tout porte à croire que la consultation d'une professionnelle de la *psyché* est ce qui a permis à l'interrogée de dépasser ses tourments, et ce faisant de renouer avec tous ses rôles sociaux dont celui de mère. Surtout, il ne nous apparaît guère surprenant que les enquêtées qui ont entamé des psychothérapies après leurs traitements aient donné une coloration (encore plus) maternelle qu'elle ne l'était déjà à leur existence. Comme le montrent très bien les travaux de Sandrine Garcia (2011), les « *disciplines psy* » sont particulièrement impliquées dans « *la diffusion d'une éthique de la disponibilité maternelle* » (p. 12) qui a conduit à reléguer la

« *cause des femmes* » derrière de la « *cause des enfants* ». Bien que décrivant l'activité de sa psychologue sous des termes déculpabilisants (« [...] *mon psy m'a dit de pas trop culpabiliser non plus. [Il ne] fallait pas exagérer parce qu'il [le fils aîné] aurait peut-être de toute façon fait les mauvaises rencontres qu'il a faites quand bien même j'aurais été excessivement présente mais voilà* »), il reste plausible d'émettre l'hypothèse d'un « *rappel à l'ordre maternel* » effectué par la professionnelle fréquentée par Gaëlle. Dans plusieurs courants « *psy* », les hommes-pères sont renvoyés à la fonction de « *tiers séparateurs* ». Les femmes-mères sont quant à elles rattachées aux tâches de soins (Hachet, 2016) et appelées à faire preuve d'une grande « *disponibilité maternelle [qui] rend difficile de fait, sinon de droit, tout engagement des mères dans d'autres activités que la maternité* » (*Ibid.*, 2011, p. 12). Nous ne savons rien de l'obédience dont se réclame la psychologue de Gaëlle. Bien que moins entendus que leurs collègues qui prônent une vision « *naturaliste* » des rôles parentaux telle qu'elle est évoquée ci-dessus, il serait injuste de passer sous silence les conceptions plus « *modernistes* » d'autres psychologues. Il est ainsi possible d'en retrouver de nombreux aux côtés de sociologues¹⁸¹ parmi les signataires des articles réunis dans *Le livre blanc de la résidence alternée* (2014). Dans cet ouvrage, les chercheurs défendent l'idée d'une « *famille démocratique* » qui promeut « *l'égalité des rôles parentaux* » (*Ibid.*, 2016, p. 202). Néanmoins, si cette dernière orientation familiale qui promeut la dimension relationnelle de la famille venait à ne pas être celle de la psychologue consultée par Gaëlle (et Nicole), il y aurait fort à parier que la thérapie suivie – et ce d'autant plus, que son déroulement s'opère sur un temps relativement long – ait pour effet que les mères « *normales empêchées* » finissent-elles aussi par épouser et pratiquer le modèle de « *réorganisation de [sa vie] encore plus autour de ses enfants* » (*Laure*) en dépit de leurs réticences initiales.

¹⁸¹ La parution du *Livre blanc de la garde alternée* a été coordonnée par le sociologue Gérard Neyrand et la psychologue de l'enfance Chantal Zaouche-Gaudron.

III. « Organiser encore plus autour de ses [jeunes] enfants » : un modèle qui peut avoir des difficultés à perdurer à long-terme après la fin des traitements

Si le modèle de centration autour de ses enfants peut avoir du mal à s'imposer immédiatement après les traitements – particulièrement auprès des mères « normales empêchées » –, il peut également avoir du mal à perdurer dans le temps... et cela quel que soit le profil des mères que nous avons interrogées. Deux éléments que nous détaillerons dans cette dernière de chapitre peuvent l'expliquer. Tout d'abord, après une reprise à mi-temps thérapeutique dont la durée ne peut excéder un an, les femmes qui n'ont pas connu de récurrence de la maladie sont déclarées aptes à reprendre leur activité professionnelle à temps plein. Or, comme nous le verrons, cette temporalité professionnelle peut déboucher sur de moindres possibilités pour les mères et leurs enfants de passer du temps ensemble. Ils reviennent donc finalement à une vie très semblable à ce qu'ils connaissaient avant le cancer sur le modèle des mères « normales exaucées » ... à la différence que ce « retour à la normal » n'est pas ce qui est souhaité par les mères des autres profils, notamment par les « hédonistes ». Enfin, lorsque le modèle d'existence tourné vers ses enfants se déroule au prix de leur réussite scolaire, les mères peuvent être rappelées à un « ordre passé » par les représentantes de l'institution scolaire. Précisons ces deux points ; le premier illustré par Laure et le second par Lucie.

1. Les obstacles professionnels

Nous rencontrons Laure deux ans après son diagnostic de cancer. Ses traitements sont achevés depuis un an et demi. Elle a d'abord repris sa profession d'infirmière en mi-temps thérapeutique. Peu de temps avant l'entretien, alors qu'elle ne fait mention d'aucune altération de ses capacités quels que soient les aspects considérés, elle fait part de sa reprise du travail à « 100 % » pareil à ce qu'il en était avant la maladie. Le discours de l'enquêtée sur l'importance des « moments communs en famille » (Singly (de) et Ramos, 2010) a été suivi d'effets à compter des traitements jusqu'à la reprise en mi-temps thérapeutique. Or, le passage d'un rythme professionnel de 50% à « à 100% » tend à la ramener vers sa vie « speed » d'avant-traitements. Tel qu'il en était avant la maladie, le temps consacré à la vie professionnelle tend à empiéter

sur la vie familiale. La possibilité de « *profiter vraiment de chaque instant* » (Laure) est supplantée par « *l'impression de passer moins de temps avec [les enfants]* ». Cette impression peut être appuyée par deux éléments distincts fournis dans l'entretien de cette enquêtée. Le premier aspect est quantitatif. « *L'impression de passer moins de temps [avec les enfants]* » n'est pas une simple vue de l'esprit de Laure. Pendant son cancer, Laure a nettement augmenté le temps passé avec ses enfants. Cette augmentation du temps parental s'est incarnée dans sa décision de ne plus mettre ses enfants à la cantine et au centre de loisirs pendant ses traitements. Chaque midi et chaque mercredi – à l'exception de son jour de chimiothérapie à raison d'une fois par mois – elle s'occupait de ses enfants. Depuis sa reprise du travail, les services périscolaires font de nouveau partie du quotidien de son fils et de sa fille pour le plus grand regret de cette dernière. Cette externalisation du travail éducatif dit de la place que reprend le travail dans la vie de l'enquêtée, et de l'ensemble de sa famille plus généralement. Le recours aux services périscolaires est en effet surtout observé « *dans [les] familles [qui ont] une volonté de trouver des arrangements pour que les deux conjoints puissent fortement s'investir sur le plan professionnel [...]* » (Goussard et Sibaud, 2017, p. 179). D'un autre point de vue qualitatif, les temps passés en famille vantés pour leur dimension ludique pendant et immédiatement après les traitements ont pris une coloration nettement moins récréative depuis la reprise « *à 100%* » de Laure. Il n'est ici plus question de « *sorties* », de « *cinémas* » ou de « *restaurants* » mais des « *devoirs* », de « *la douche* » et du « *manger* » qui sont réalisés hâtivement, « *dans le speed* ». Ce rythme effréné est tout à fait aux antipodes avec les discours d'une vie post-cancer menée sous un jour plus « *posé* » (Nicole). Pris comme synonyme de « *calme* », « *mesuré* », « *dédié à une seule tâche* », le terme employé par Nicole apparaît comme particulièrement inapproprié pour Laure et son conjoint. Tel qu'elle décrit leurs soirées, l'enquêtée se donne à voir avec son compagnon comme pressés par un temps dans lequel s'enchevêtrent le privé et le professionnel au sein même du domicile familial. Tandis que Laure le regagne « *plus tard* », le foyer est investi par le père de famille au-delà des horaires prévus par son contrat de travail pour rappeler ses clients... comme avant le cancer.

2. Les obstacles scolaires

Pour Lucie, les contraintes qui ne lui permettent pas de se consacrer comme elle le voudrait à ses loisirs familiaux sont moins d'ordre professionnel que scolaire par le biais des enseignants de son fils. Historiquement, l'école a constitué une véritable « *police des familles* » (Donzelot, 2005 [1977]). Comme le rappelle Marie-Clémence Le Pape (2010), « *même si [contrairement à la fin du XIXe siècle quand a été instaurée la scolarité obligatoire], l'école ne remplit plus cette fonction, elle continue néanmoins d'exercer un certain contrôle sur les familles, notamment en identifiant des problèmes de santé que pourraient rencontrer certains adolescents* » (p. 48). Consacrant son papier à la prévention des conduites à risque des adolescents menée dans les établissements scolaires, l'auteure souligne l'évolution du rôle de cette institution. Pour elle, la fonction de l'école n'est plus seulement l'insertion professionnelle des élèves. Elle sert aussi – et peut-être même surtout – à préparer à la « *vie en société et aux relations sociales* » (*Ibid.*). Les ambitions affichées sont moins d'ordre scolaire qu'éducatif, ainsi que le prouve l'effacement de « *la notion de réussite scolaire* » au profit « *de celle de « réussite éducative » dans la loi d'orientation pour l'avenir de l'école* » instituée le 23 avril 2005 (*Ibid.*, p. 47). Ces données de la sociologue cadrent mal les propos rapportés par l'enquêtée qui se voit justement reprochée par « *[la] première maîtresse en première section de maternelle* » de délaissier les activités purement scolaires comme la lecture et l'écriture au profit de « *la culture générale, de la relation sociale, de la relation avec les animaux, la nature* » (*Lucie*). À notre sens, l'inadéquation entre les données sociologiques et l'entretien de Lucie n'a rien de vraiment étonnant. L'article que nous mobilisons est issu du travail de thèse que la sociologue a mené auprès de parents et de leurs enfants âgés de douze à vingt-cinq ans interrogés sur la question des conduites à risque. Plus précisément encore, dans le papier est traitée la question du jugement que « *les jeunes et leurs parents [ont vis-à-vis des] actions menées en milieu scolaire pour prévenir les comportements à risque juvéniles* » (*Ibid.*, p. 48). Lorsque nous rencontrons Lucie, son fils est âgé de cinq ans et demi. Il n'est donc pas encore question pour l'institution scolaire d'intervenir sur les aspects de prévention des comportements à risque relatifs à la sexualité ou à l'usage de produits alcooliques ou psychotropes. En revanche, au stade de la vie et de la scolarité du petit garçon, la lecture et l'écriture sont des enjeux incontournables, « *[des] apprentissage[s] scolaire[s] déterminant[s]* » : « *La maîtrise orale et écrite de la langue française devient, au cours des années 1970, l'objectif de l'école primaire* » (Horrelou-Lafarge et Segré, 2016, p. 52). Pour la sociologue Sylvie Octobre (2004), « *le livre*

et la lecture occupent de façon aussi centrale le paysage si l'on considère le poids de la lecture dans les modes de l'apprentissage et de socialisation, et si l'on se replace dans le cadre de l'héritage des Lumières faisant aller de pair progrès et lecture : lire, ce serait accéder à la connaissance, à la liberté et à l'humanité » (Ibid., p. 199). Selon nous, les rappels à l'ordre effectués par la « maîtresse » enjoignant Lucie à redonner une place plus conséquente aux activités telles que l'écriture et la lecture se comprennent à l'aune de la centralité qui est accordée à ces deux apprentissages dans notre société. Dans la situation de Lucie, les injonctions du corps professoral sont d'ailleurs peut-être d'autant plus pressantes qu'elle fait état des difficultés de son fils qui « a du mal à écrire [et] ne sait pas lire ». Les aspects de « la relation sociale, de la relation avec les animaux, la nature » valorisés par l'enquêtée depuis son cancer apparaissent, dans ce cas, incompatibles avec la « bonne » acquisition de compétences scolaires considérées comme fondamentales. C'est au nom de cette incompatibilité que la professeure des écoles endosse le costume de « policière des familles ». Il n'est pas ici question « d'exercer un certain contrôle sur les familles, notamment en identifiant des problèmes de santé » (Ibid., 2010, p. 48) mais d'identifier des problèmes scolaires. Dans une société où coexistent deux normes, d'épanouissement et de révélation des personnalités de chacun d'une part et, de réussite scolaire d'une seconde part (Singly (de), 2003), cette identification par l'institution en charge de la transmission des savoirs et de la délivrance des diplômes prend un sens majeur. Aussi, a-t-elle des répercussions sur la vie familiale de l'enquêtée au moment où nous nous rencontrons. Les soirs et les week-ends ne peuvent plus être uniquement consacrés aux loisirs. Une plus grande place est faite à la scolarité du petit garçon. À l'aide de « petits cahiers », l'enquêtée « encourage » et fait faire à son fils « des petits exercices, [ils font] une ligne de A, une ligne de B, une ligne de C ». Le week-end n'est d'ailleurs pas moins scolaire que la semaine puisque les samedis et dimanches sont l'occasion pour la mère de reprendre les « exercices ratés » au cours de la semaine écoulée à l'école.

3. Une « vie d'après » semblable mais pas identique à celle « d'avant »

En pratique, les descriptions faites par les enquêtées de leur vie familiale avant et après cancer sont donc très ressemblantes... mais il serait erroné d'écrire qu'elles sont identiques. Pour Laure, avant la maladie, le « speed » de la vie familiale combinée aux activités professionnelles des

adultes était une réalité acceptée, impensée voire valorisée. Après les traitements, lorsque la reprise de la carrière est effectuée à temps complet, la sensation de « *manque[r] de temps* » (Laure) fait l'objet de réflexions desquelles émergent des projets de changement de vie :

« S'il faut que je change de travail, je le ferais. C'est pour moi, ma priorité et comme je le dis souvent c'est... on pourra me dire n'importe quoi, mes enfants c'est MA priorité, ça je changerais... s'il faut que j'abandonne un poste pour eux, je le fais et ça c'est la maladie qui m'a fait changer » (Laure)

Depuis qu'elle a repris « à 100 % », nous l'avons vu, Laure ne parvient plus à concilier son emploi du temps aux valeurs de plaisirs familiaux qui lui sont devenues chères à la suite du cancer. Lorsque nous la rencontrons, elle réfléchit à un possible projet de changement de carrière qui lui permettrait de faire correspondre sa carrière et ses nouvelles orientations hédonistes. Tout est cependant rapporté au conditionnel. En janvier 2018, soit un an et demi après la fin de ses traitements, aucune démarche n'est encore entreprise en ce sens. Toutefois, sans la maladie, jamais n'aurait-elle eu l'idée de changer de travail, et encore moins « *[d']abandonne[r] un poste pour [ses enfants]* ». Concernant Lucie, si elle se déclare investie « à fond, à fond, à fond, à fond » dans la scolarité de son fils, il est important de souligner que cet investissement scolaire n'est pas pour autant synonyme de renoncement aux valeurs amenées par le cancer. Seulement, le goût pour le plaisir, le « *fun* » revendiqué par l'enquêtée que nous avons « classée » parmi les « *hédonistes* », n'est plus seulement recherché dans les activités de loisirs. Il l'est aussi dans les tâches scolaires qui sont effectuées avec le garçon. À cet égard, reviendra-t-il à l'interrogée de décrire son implication scolaire sous la modalité du jeu. « *[L]e calcul, la logique, les couleurs, les lettres, les mots, les chiffres plus grands, plus petits* » sont revus par les parents au moyen de « *jeux de carte* » choisis en vertu de l'appétence que leur porte le petit garçon qui, selon les dires maternels, « *adore jouer aux cartes* ».

Conclusion du chapitre

Dans ce chapitre, nous avons vu que lorsque les enfants sont en bas-âge (0-10 ans environ), les distances qui s'observent vis-à-vis de la vie professionnelle profitent aux enfants. Plus précisément, les mères dont les enfants étaient « petits » à la fin des traitements font état d'un resserrement des relations qui étaient déjà proches avec eux. Cette proximité relationnelle prend forme dans des rapports intergénérationnels marqués par (encore) plus d'humour et d'amour que par le passé, ainsi que par un accroissement des « *moments communs en famille* » (Singly (de) et Ramos, 2010).

Ce discours enchanté des relations familiales ne doit cependant pas omettre que ce resserrement relationnel peut ne pas s'imposer d'emblée à la fin des traitements. Ainsi, certaines enquêtées, notamment celles qui appartiennent au profil des « *normales empêchées* » mettent en avant que si les traitements du cancer constituent une période éprouvante physiquement et psychologiquement, ils peuvent dans un même temps être propices à l'expérimentation agréable et inédite du soin de soi à laquelle il est difficile de renoncer pour ses enfants. Par ailleurs, lorsque les soins du cancer ont porté atteinte à certaines dimensions de leur existence extérieures à la parentalité – notamment la conjugalité et/ou la sexualité – certaines femmes peuvent choisir de s'y réinvestir avec assiduité quitte à reléguer leurs enfants au « *deuxième plan* » (Gaëlle) de leur existence. Dans ces situations, il nous semble que l'orientation maternelle que prend l'existence post-cancer doit beaucoup à l'intervention des psychologues que sont amenées à fréquenter les enquêtées – particulièrement les « *normales empêchées* » – qui ne sont pas sans faire état de séquelles psychologiques qui surviennent à la fin des protocoles. Enfin, si la proximité relationnelle entre les mères et leurs enfants en bas-âge peut ne pas s'imposer immédiatement à la fin des traitements, elle peut également avoir du mal à se maintenir. Ainsi, lorsque les enquêtées reprennent leur vie professionnelle à temps complet, elles mettent en avant les difficultés qu'elles ont à réaliser autant d'activités familiales qu'elles le souhaiteraient. Il en va de même lorsque les « *moments communs* » (Ibid., 2010) s'avèrent être des obstacles à la réussite scolaire des plus jeunes.

Chapitre VIII. Rester malade ou redevenir une femme

« En ce moment... alors maintenant, du coup, oui, effectivement, je pars en week-end avec mes copines, chose que je [ne] faisais pas avant. Mes copines... mes copines en gros que j'ai rencontrées... qui ont eu le cancer comme moi quoi. On a besoin de temps en temps de se faire des week-ends où on [ne] parle pas forcément de notre maladie mais on fait beaucoup de randos, on fait de la rando, on se fait un théâtre ou des choses comme ça et on en a besoin en fait parce qu'on sent en fait qu'il [n']y a que ces personnes-là qui comprennent vraiment ce qui se passe en fait donc c'est un autre clan d'amies que j[ne] n]'avais pas avant et on a besoin de faire des choses ensemble et de se faire notre bulle à nous où on se préserve un peu quelque part. Le fait de partir en week-end ensemble fait qu'on a l'impression de s'occuper vraiment de nous, de donner du temps à nous et de plus revenir dans la vie d'avant où on [ne] prenait pas ce temps-là en fait » (Katia)¹⁸²

¹⁸² Âge : 43 ans ; 45 ans - Profession : Directrice promotion ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Février 2017 - Profession du père des enfants : Ingénieur informatique ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 13 et 15 ans. Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Dans le chapitre précédent, nous nous sommes attardées sur les relations entre les mères et leurs enfants qui étaient encore plus proches après la fin des traitements contre le cancer que par le passé. Quand ils connaissent un « *[gain] en qualité* » (Audrey¹⁸³), les liens intergénérationnels sont marqués par plus d'amour, plus d'humour et de « *moments communs* » (Singly (de) et Ramos, 2010) entre adultes et enfants. Dans ce dernier chapitre de thèse, nous montrerons qu'il n'en est pas toujours ainsi. La période ultérieure aux protocoles de soins peut être au contraire un moment où les relations intergénérationnelles se distendent. Sous l'effet de la maladie qui perdure pour les interrogées qui composent le profil des « *malades* », mais également de l'âge des enfants, les liens peuvent être marqués du sceau d'une distance grandissante entre les générations par rapport à ce qu'il en était avant que ne survienne le cancer. Dans une première partie, nous donnerons forme aux relations qui s'éloignent. Nous monterons que pour les « *malades* », les effets physiques et psychologiques aigus qui perdurent au-delà du temps d'administration des protocoles sont pointés comme faisant émerger des mouvements d'agressivité durables à l'encontre des enfants. Ces conséquences secondaires du cancer et des soins peuvent également rendre impossible d'effectuer avec eux des activités qui, par le passé, faisaient la « bonne » qualité des liens entre les mères et leurs enfants.

Pour les femmes des autres profils qui avaient des enfants pré-adolescents lors des traitements – à l'exception des « *normales exaucées* » qui reprennent après le cancer une existence identique à ce qu'elle était avant – le temps d'après cancer est propice à un recentrement sur soi qui repose sur une prise de distance vis-à-vis de ses statuts sociaux, de professionnelle, de conjointe mais également de mère. À ce sujet, les discours maternels pointent l'individualisation de la vie de leurs (grands) enfants (Singly (de), 2006) qui leur laisse à elles-aussi, la possibilité d'explorer des « *contrées* » plus individuelles de leur existence. Dans cette optique, les relations avec les enfants ne sont pas forcément mauvaises. Elles peuvent au contraire être décrites comme très bonnes, à ceci près que d'autres personnes – notamment les « *copines* » (Katia) rencontrées dans le cadre du cancer – revêtent une importance à laquelle seuls les enfants pouvaient prétendre par le passé.

¹⁸³ Âge : 42 ans ; 43 ans - Profession : Cadre : Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juillet 2019 - Profession du père des enfants : Cadre ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 14 et 15 ans.
Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de chimiothérapie et de radiothérapie.

I. Les formes de relations détériorées pour les mères « *malades* » d'enfants en bas-âge

Si comme nous le verrons dans la suite de cette première partie de chapitre, les relations qui se distendent après le cancer sont plutôt du fait des mères dont les enfants étaient les plus âgés lors des traitements, il peut arriver que les liens intergénérationnels se distendent quand ces derniers sont plus jeunes. Ce point est valable pour les mères qui composent le profil des « *malades* ». Tenues par des effets physiques, psychologiques – et possiblement financiers pour les enquêtées les plus précaires – très aigus qui se manifestent bien au-delà de la fin des protocoles, les interrogées mettent en avant des éléments distincts qui disent d'une détérioration des relations entretenues avec leurs enfants en bas-âge au regard de ce qu'il en était avant le cancer. Le premier relève de mouvements d'humeur des enquêtées à l'encontre de leurs enfants. Le deuxième s'incarne dans les grandes difficultés d'ordres physique et financier qui ne permettent plus aux enquêtées de réaliser avec leurs enfants, des activités qui, jadis, « *faisaient lien* ».

1. Les mouvements d'humeur à l'encontre des enfants

Le premier élément qui « *signe* » une dégradation des relation intergénérationnelles relève de l'agressivité qui régissent les rapports entretenus entre les mères et leurs enfants. Bien loin d'une vie familiale plus joyeuse, « *plus fun* » (*Lucie*) décrite dans le chapitre précédent, certaines mères dont les effets post-traitements sont psychologiques pointent l'agressivité qui régit désormais leur vie familiale. Leïla¹⁸⁴ le dit très bien. « *Avec [son] mari, [elle s']énervé beaucoup. [Ils] se chamaille[nt] beaucoup pour pas grand-chose alors qu'avant [le cancer], c'était moins que ça* ». Sur le plan strictement parental, ses filles « *des fois, [elles la] voient triste* » et en pleurs : « *des fois, elles me disent : 'qu'est-ce qu'il t'arrive maman ? Pourquoi tu pleures ?'* ». « *Des fois, je suis sur l'ordinateur par exemple mais quand [il] y a la grande qui*

¹⁸⁴ Âge : 33 ans ; 35 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Missions intérimaires ponctuelles ; Plombier - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 6 et 8 ans (aînée) ; 21 mois et 3,5 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie puis hormonothérapie.

me dérange, je lui dis [sur un ton agressif] : « laisse-moi finir mon travail ». Après, je regrette, je me dis : ‘pourquoi je lui dis ça ?’ ».

2. Moins de « moments communs » de qualité en famille

Si les effets psychologiques conduisent certaines « mères malades » à passer d’un « modèle » de maternité « douce » à « agressive » (*Leïla*), les conséquences physiques et financières qui perdurent sont elles aussi négativement pointées dans les entretiens. Sous ces dimensions, il s’agit de revenir sur l’impossibilité qu’ont les mères de s’adonner à des activités type « loisirs familiaux de qualité » – la qualité étant différemment évaluée en fonction des milieux sociaux des interrogées – en raison de la persistance de grandes difficultés physiques et pécuniaires. *Leïla* et *Aurélie*¹⁸⁵ nous fournissent des exemples en la matière.

Au moment de l’entretien, *Leïla* nous confie que depuis le cancer, elle a le sentiment qui ne s’est jamais tari depuis la fin de ses traitements de se « [sentir] différente des autres [mamans] ». Ce sentiment de différence maternelle prend sa source dans la fatigue ressentie par l’enquêtée. Son épuisement est décrit comme si puissant qu’il « prend le dessus ». Rien ne peut le surpasser. Contrairement aux mères « non-malades », *Leïla* n’a guère plus l’opportunité de « profite[r] de la vie, de ses enfants » alors même qu’elle trouve « [qu’]être maman, c’est une chose merveilleuse ». Les petits enchantements éducatifs du quotidien tels qu’« habiller [ses filles] », « leur faire le bain » qu’elle décrit comme des « moments uniques » lui sont devenus difficiles, tout comme le fait de les emmener au restaurant ou dans les parcs d’attraction. Elle voudrait emmener ses deux filles à *Disneyland* ou à *Alligator Land*¹⁸⁶ mais depuis le cancer – nous l’avons vu précédemment – elle n’a plus les moyens financiers suffisants pour le faire.

Située à l’autre bout de l’échelle sociale, les propos d’*Aurélie* sont sensiblement identiques à ceux de *Leïla*. Dans un état extrême de fatigue lorsque nous la voyons en janvier 2018, l’heure n’est pas non plus pour cette enquêtée à « profiter de la vie » (*Laure*) avec ses enfants. Bien au contraire, sa fatigue l’empêche de « [s’]occuper de [ses] enfants », ce qui la mène droit vers

¹⁸⁵ Âge : 38 ans ; 40 ans - Profession : Biostatisticienne ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem ; Type de cancer : Cerveau - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Ingénieur ; Idem - Nombre d’enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et F - Âge des enfants : 11 et 13 ans (aîné) ; 9 et 11 ans (cadette) ; 7 et 9 ans (benjamine).

Protocole : Radiothérapie combinée à de la chimiothérapie.

¹⁸⁶ Alligator Land est une aire de jeux en intérieur située en région parisienne.

« la dépression ». Elle justifie cette dépression au nom de « l'attaque ultime » que constitue pour elle, le fait de ne « [plus pouvoir s']occuper de [ses] enfants ». Si l'enquêtée est revenue sur les dimensions domestiques de la parentalité qu'elle ne peut plus prendre en charge (« les courses », « faire à manger »), notre entrevue avec elle sera surtout ponctuée des regrets en matière d'activités de loisirs. En 2017, comme lors de notre entretien en 2018, elle n'est toujours pas en mesure de les « assumer ». Elle n'a ainsi plus jamais retrouvé « l'énergie » d'« Organiser Halloween à la maison avec trente enfants par exemple et de faire le tour du quartier avec eux [les trente enfants] de tous les âges ».

Si les « mères malades » ne sont pas en mesure d'accomplir les « super » activités de loisirs du passé qui étaient l'occasion pour nouer avec leurs enfants des relations de grande proximité, ce n'est pas pour autant qu'elles renoncent à avoir avec eux des « moments communs » (Singly (de) et Ramos, 2010). Toutefois, selon elles, la qualité de ces moments a peu à voir avec celle d'avant, ce qu'elles ne sont pas dans déplorer. Ainsi, si Leïla ne peut pas aller au restaurant ou dans des parcs d'attraction renommés, elle se « rabat » sur des activités plus modestes qu'elle pratiquait déjà avant la maladie. À cet égard, elle cite la conception de gâteaux avec ses enfants, des sorties quotidiennes dans un parc de leur quartier d'habitation ou encore la fréquentation ponctuelle de la chaîne de restauration rapide *Quick*. De son côté, Aurélie évoque des loisirs « calmes » tels que la télé ou le cinéma... bien loin de la satisfaire. Si elle nie être une « mère-parfaite », elle se reconnaît (et se valorise) en revanche sous les traits d'une « mère active vis-à-vis de [ses] enfants » (Aurélie). Or, cette activité tant chérie par l'interrogée tranche avec l'image de passivité à laquelle renvoie la fréquentation du cinéma, et peut-être encore davantage par la « télé » qu'Olivier Mascelet (2018) présente comme « un loisir familial et pourtant méprisé » (p. 9). D'ailleurs, peut-être faut-il voir dans l'aversion qu'Aurélie manifeste à l'encontre de l'activité télévisuelle partagée avec ses enfants, la « signature » de sa position sociale ; le « mépris » évoqué par le sociologue Olivier Mascelet étant bien plus répandu au sein des catégories sociales dotées en capitaux économiques et culturels dont fait partie cette enquêtée (*Ibid.*). À sa hauteur sociale, Leïla exprime les mêmes regrets bien que ces derniers soient déplacés. Contrairement à Aurélie, il nous semble que Leïla qui évolue dans des conditions socioéconomiques plus modestes se satisferait pleinement d'emmener ses filles au cinéma. Cette pratique auquel pourraient s'ajouter la fréquentation de parcs d'attraction et de chaînes de restauration rapide serait le signe d'une vie différente, une vie résolument plus épicurienne qu'avant le cancer. Lors de l'entretien, il n'en est cependant pas question, et cela est valable pour toutes les mères « malades ».

II. Les formes de relations distanciées sous les effets du cancer et de l'âge des enfants

Les distances qui s'observent dans les relations qui unissent les mères et leurs enfants après le cancer ne sont pas un apanage des « *mères malades* ». Quand les enfants sont plus grands – à compter de leur entrée au collège –, la période postérieure aux traitements est marquée par un temps de « recentration sur soi » qui se caractérise par une distance prise par les interrogées vis-à-vis de leurs statuts sociaux de professionnelles, de conjointes mais également de mères. Cet éloignement est justifié par la combinaison du cancer et de l'âge des enfants. Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre de cette partie, à l'exception des « *normales exaucées* », la vie après le cancer est marquée par un recul vis-à-vis de la vie professionnelle qui dégage du temps pour la vie privée. Quand les enfants sont en bas-âge, ce temps est alloué aux enfants. En revanche, quand ils sont adolescents, les mères mobilisent un argumentaire qui convoque la problématique d'individualisation de leurs enfants. À une période de la vie où il est de coutume, avec ou sans cancer, pour les jeunes de s'affirmer en tant qu'individus en marquant de la distance avec leurs parents (Singly (de), 2006), les femmes que nous avons interrogées considèrent qu'elles n'ont plus la possibilité d'investir les sphères parentales de leur existence à l'image des mères qui ont des enfants en bas-âge pendant et après les protocoles. Cette idée est très claire dans l'entretien de Katia quand elle dit :

« Quand ma mère lui dit [à la fille de Katia] : « Comment va ta mère ? ». « Oh bah ça va, elle fait sa vie hein ! Elle est partie avec ses copines ». Voilà donc c'est plus... et puis bon, elle est à un âge, elle est en seconde maintenant, elle est à un âge qu'elle puisse faire sa vie à elle, c'est pas mal non plus donc ça l'arrange [...] » (Katia)

Quand elles ont des adolescents à la maison, le temps dégagé par les freins mis à la vie professionnelle n'est pas consacré aux enfants mais à des activités qui relèvent des domaines d'existence où les femmes ne sont pas d'abord définies par leurs statuts familiaux. Dans l'extrait d'entretien ci-dessus, il est question « *des copines* ». Dans cette dernière partie, nous verrons en effet que la dimension amicale revient dans les entretiens mais elle n'est pas le seul indicateur d'une vie menée sous un jour plus individualiste. À compter de l'issue de leurs traitements, les enquêtées soulignent que leur vie est placée sous le signe des « temps pour soi » qui prennent forme dans les activités sportives, la réactualisation de passions abandonnées à la naissance des enfants, ainsi que le fait de se consacrer une partie (la) plus importante du budget familial à soi.

Dans les cas où les adolescents n'ont pas été « *autrui significatifs* » et que les relations antérieures au cancer étaient déjà dégradées, les distances relationnelles peuvent s'incarner dans la rupture totale et appréhendée – avec paix – comme inéluctable des liens avec les enfants.

1. Des temps pour soi

Après les traitements contre le cancer, les relations avec les adolescents ne sont pas forcément détériorées. En revanche, la période est résolument à l'individualisation des enfants... et des mères. Si ce phénomène social est considéré comme un processus « *normal* » pour les premiers (Singly (de) et Ramos, 2010, p. 12) qu'il y ait ou non le cancer, elle apparaît indubitablement liée à la maladie pour les secondes. Il apparaît en effet que sans en avoir fait l'expérience, les interrogées n'auraient peut-être pas eu à cœur – ou du moins, pas autant – de placer leur vie sous un jour individualiste. Après les traitements, le processus d'individualisation des mères s'incarne à travers plusieurs éléments tel que le fait de s'autoriser à « *faire seule* ». Ainsi, depuis que les traitements sont terminés, Myriam¹⁸⁷ qui, avant le cancer, ne prenait congé de son époux et de ses deux fils que pour aller travailler « *fai[t désormais] des trucs qu'[elle] n'aurai[t] jamais fait avant quoi !* ». Ces « *trucs* », elle les fait « *seule* ». Dans la situation de l'enquêtée, l'usage de cet adjectif est trompeur. En réalité, il ne définit nullement une solitude qui pourrait être éprouvée par l'interrogée. Lorsqu'elle se dit « *seule* », cela signifie que certaines activités de Myriam se font sans qu'elle ne soit accompagnée de son mari et de ses deux fils. En revanche, si époux et enfants ne sont pas présents, cela n'empêche nullement que d'autres personnes le soient, à l'instar « *des copines* » de Myriam. Ainsi, pendant que les hommes du foyer « *font leurs trucs entre eux les gars* », l'enquêtée se rend quant à elle « *toute seule à des soirées avec des copines* » ou « *au cinéma* ». Après le cancer, si conjoints et enfants continuent à occuper une place importante pour les femmes, il n'est pas rare que les « *copines* » viennent les « *concurrer* » surtout si elles ont, elles aussi, le cancer comme expérience commune. Ce point ressort nettement de l'entretien mené avec Katia :

¹⁸⁷ Âge : 45 ans ; 47 ans - Profession : Cheffe d'agence (location de voiture) ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mars 2017 - Profession du père des enfants : Menuisier ; Plombier-chauffagiste - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 18 et 20 ans (aîné) ; 12 et 14 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie combinée à une thérapie ciblée et à de la radiothérapie puis à de l'hormonothérapie.

« Alors maintenant, du coup, oui, effectivement, je pars en week-end avec mes copines, chose que je [ne] faisais pas avant. Mes copines... mes copines en gros que j'ai rencontrées... qui ont eu le cancer comme moi quoi. On a besoin de temps en temps de se faire des week-ends où on [ne] parle pas forcément de notre maladie mais on fait beaucoup de randos, on fait de la rando, on se fait un théâtre ou des choses comme ça. Et on en a besoin en fait parce qu'on sent en fait qu'il y a que ces personnes-là qui comprennent vraiment ce qui se passe en fait donc c'est un autre clan d'amies que j[e n]'avais pas avant et on a besoin de faire des choses ensemble et de se faire notre bulle à nous où on se préserve un peu quelque part » (Katia)

Dans la vie post-traitements, les conjoints et les enfants doivent apprendre à partager – respectivement – leur compagne et mère – avec les « copines » dont un certain nombre fait partie du cercle des interrogées depuis le cancer. D'ailleurs, ces copines-là, celles « qui ont eu le cancer [comme les enquêtées] » possèdent des atouts sur les amies fréquentées depuis longtemps mais également sur les compagnons et les enfants des interrogées. Tel qu'elles sont présentées par Katia, les « copines qui ont eu le cancer » forment un groupe, un « clan » (Katia) qui intègre l'enquêtée. Dans ce « clan », la présence des hommes et des enfants n'est ni pensée, ni souhaitée. Seules les femmes qui ont l'expérience du cancer peuvent prétendre à son accès, et ce faisant, atteindre les femmes que nous avons interrogées dans leur intériorité, leur intimité. Dans les récits des interrogées, les « copines » peuvent également revenir lorsqu'il s'agit d'évoquer les pratiques sportives qui sont entreprises après les protocoles de soin. Dans nos entretiens, le sport est mobilisé par nombre de femmes en recherche de bien-être et de soin de soi. Depuis la fin de ses traitements, Myriam s'adonne ainsi trois fois par semaine à des activités sportives. Elle n'est pas la seule enquêtée à être revenue sur un certain engouement sportif post-cancer. Nathalie qui avait repris la course à pied peu avant le diagnostic poursuit toujours cette activité à laquelle vient désormais s'ajouter celle de la marche. Déborah¹⁸⁸ se rend dans les locaux de la *Ligue contre le cancer* pour y faire de la gymnastique douce.

Quand elles ne sont pas sportives – bien qu'elles puissent l'être aussi en même temps – les enquêtées prennent les traits de passionnées après les traitements. À cet égard, depuis que les protocoles sont terminés Katia s'octroie des temps de lecture tandis que Déborah se réinvestit de nouveau dans la photographie, passion qu'elle avait « abandonnée » à la naissance de sa première fille : « la vie reprend son chemin de façon plutôt positive avec des envies... je faisais

¹⁸⁸ Âge : 51 ans ; 52 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juin 2019 - Profession du père des enfants : Chasseur de tête ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 19 et 20 ans (aînée) ; 14 et 15 ans (cadette).
Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie de radiothérapie suivie d'hormonothérapie.

de la photo, ça faisait très longtemps que j'avais arrêté de faire de la photo, je me suis remise à en faire [...] ».

Enfin, en dehors de tous ces éléments (les sorties « *entre copines* », les activités sportives et les passions), un autre point individualisant ressort des entretiens. Quand les traitements sont terminés, le groupe familial, et plus particulièrement encore les enfants, pèsent dans de bien moindres proportions dans les budgets des femmes interrogées. En revanche, le niveau de dépenses individuelles des enquêtées atteint des échelles jamais égalées depuis la naissance de leurs enfants. Cet aspect est largement ressorti à plusieurs endroits de l'entretien de Myriam lorsqu'elle aborde son nouveau rapport aux dépenses :

Extrait d'entretien n°1 :

« Maintenant, je fais passer mes priorités à moi c'est-à-dire que je m'occupe plus de moi. Avant, j'aurais beaucoup plus priorisé mes enfants c'est-à-dire bah je [ne] m'habillais pas, je m'en fichais. J'avais mes jeans, voilà ça m'allait bien. Plus maintenant. Maintenant, je me dis : « la vie est courte » » (Myriam)

Extrait d'entretien n°2 :

« Maintenant, c'est : « je prends du temps pour moi ». Voilà un truc tout bête, le dernier investissement qu'on a fait c'était aussi pour moi parce que je voulais une balnéothérapie et j'ai dit à mon mari : « Je veux du bien-être ». Et du coup, voilà où maintenant mes priorités sont. Avant, j[e n]'aurais pas fait passer ma balnéothérapie avant mon portail, avant des choses plus utiles... enfin entre guillemets quoi. Et maintenant, je me dis : « c'est vrai, c'est nul quoi ! Autant se faire du bien à soi pour aller mieux en fait » » (Myriam)

Que soient observés les sorties entre copines, le sport, les passions ou de la propension plus grande des enquêtées à se consacrer une plus large part du budget familial, tous ces éléments disent d'une existence résolument plus individualiste que ce qu'il en était avant le cancer. L'individualisation des interrogées traitées dans cette partie s'exprime dans la conquête de terrains où prédominent encore les hommes. Or, dans les représentations, ces derniers, et cela quels que soient leurs statuts familiaux, apparaissent davantage dans la figure d'individus qu'en tant que compagnons ou pères. Au sujet des passions par exemple, le sociologue Olivier Donnat (2009) rappelle leur « *caractère nettement masculin* » (p. 119). Si les passions sont plus « masculines » que « féminines » c'est que s'y adonner suppose de « prendre » sur le temps

familial... ce qui fait l'objet de moindres récriminations du côté des pères que des mères. Les griefs à l'encontre des mères passionnées apparaissent dans nos entretiens. Ainsi, Katia soulignera que les moments de lecture qu'elle s'octroie depuis la fin de ses traitements lui sont d'abord reprochés par sa fille de quatorze ans. Or, contrairement à ce qu'Olivier Donnat note au sujet des femmes/mères passionnées, l'interrogée ne se résout pas à abandonner sa passion sous la « pression » de sa fille. D'ailleurs, elle n'inscrit pas plus la lecture dans une logique de « *double vie* » (*Ibid.*, p. 119) qui consiste à s'adonner à sa passion une fois que toutes les tâches domestiques – ménagères et parentales – sont effectuées. Au contraire, elle « *affirme* », la primauté de son individualité sur tous les autres pans de son existence, spécifiquement sur les aspects maternels de sa vie. En dépit des reproches qui lui sont adressés par l'adolescente, Katia « *reste sur le canapé* » et se « *pose* » pour lire et ne rien faire d'autre, pas même accéder aux requêtes de sa fille.

Si les domaines changent, nous pourrions tout à fait mobiliser le même type d'analyse pour les activités sportives ou le fait de consacrer une grande partie du budget familial à soi. Indubitablement, après leurs traitements, les mères que nous avons interrogées se « masculinisent ». Bien qu'il soit considéré comme un « *fief de la virilité* » (Bohuon, Quin, 2012, p. 27), cela n'empêche nullement nos enquêtées d'investir le sport... même si cela les conduit à « *être moins dans le ménage* » (*Myriam*). Ainsi, à l'image des hommes, le temps passé à la maison auprès de leur conjoint et de leurs enfants est substantiellement réduit. Les activités sportives de nos enquêtées se déroulent en effet à l'extérieur du domicile à raison d'au moins trois fois par semaine pour certaines.

Enfin, lorsque Myriam évoque l'achat de ses vêtements ou de sa balnéothérapie, elle fournit également une belle démonstration d'individualisation. S'agissant de ses vêtements, Myriam se présente comme devenue soucieuse de son apparence. Elle donne ainsi à voir à celles et ceux qui l'entourent et à entendre à la sociologue, la valeur qu'elle se donne désormais en tant que personne (Skeggs, 2014). Ce point est aussi valable à travers l'acquisition de sa balnéothérapie. Myriam n'apporte pas seulement un soin supplémentaire à son apparence vestimentaire comme faire-valoir de son individualité propre (*Ibid.*). Cette primauté de son être en passe également par l'affirmation de ses désirs matériels que symbolise l'achat de la balnéothérapie. Cette dépense est évoquée sous la proposition « *le dernier investissement qu'on a fait, c'était aussi pour moi parce que je voulais une balnéothérapie* ». L'argent du ménage comme le laisse entendre le pronom « *on* » est ici dépensé pour un achat qui – bien qu'il puisse être profitable à l'ensemble du groupe familial – est surtout celui de Myriam. La prégnance de la figure de l'interrogée dans cet achat transparaît cette fois dans le pronom « *moi* » qui caractérise la

singularité et de la personne qui s'exprime (« *Voilà un truc tout bête, le dernier investissement qu'on a fait c'était aussi pour moi parce que je voulais une balnéothérapie* »). Or, pour une femme, il s'agit là d'une véritable démonstration individualiste. « *Si, réciproquement, il est difficile de mettre en lumière, dans les données d'enquête, des « biens supérieurs féminins » (hormis les services domestiques), c'est peut-être parce que les femmes sont moins nombreuses à avoir des revenus élevés. Mais c'est aussi, comme le montrent les entretiens, parce que l'argent des femmes est beaucoup plus souvent mis en commun que celui des hommes, au sens où il sert aux dépenses collectives [familiales]* » (Roy, 2006, p. 108). Or, pour cette enquêtée, il n'en est plus rien. « *Avant, [elle] aurai[t] beaucoup plus priorisé [ses] enfants* ». Avant le cancer, l'argent du ménage – et peut-être encore davantage le sien propre – était en priorité destiné aux dépenses de logement et des enfants. Les désirs matériels de Myriam étaient derniers. Désormais, l'ordre des personnes prioritaires est transformé. L'enquêtée « *fai[t] [d'abord] passer [s]es priorités à [elle]* ». Cela s'incarne dans l'utilisation du budget familial qui sert plus que jamais à combler (les projets de) Myriam... et tant pis si cela implique de sacrifier l'achat d'un nouveau portail pour clôturer le jardin familial.

2. Rompre définitivement les liens avec les enfants

Comme nous venons de le voir, quand les enfants sont adolescents, la période post-traitements est à l'individualisation des premiers mais également de leur mère. Cette individualisation maternelle passe par une attention plus grande à s'accorder des temps personnels. Les « temps pour soi » donnent à voir les mères que nous avons interrogées sous un jour plus masculin que ce qu'il en était avant la survenue du cancer. Nous finirons cette thèse en évoquant une autre dimension masculine qui permet de faire un état des lieux complet des relations entre les mères et leurs enfants après le cancer. Nous le savons des travaux des sociologues, lorsqu'il est question de rupture des liens intergénérationnels, le plus souvent, cela concerne les pères et leurs enfants, particulièrement après séparation conjugale. Dans le cadre de notre terrain de thèse, nous avons eu à rencontrer un cas de rupture des relations entre une mère et ses deux filles une fois les traitements finis. Élise¹⁸⁹ le raconte ici :

¹⁸⁹ Âge : 40 ans ; 48 ans - Profession : Conseillère insertion emploi ; AVS dans une école maternelle - Situation conjugale : Divorcée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juillet 2014 - Profession du père des enfants : N.C - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 12 et 20 ans (aînée) ; 9 et 18 ans (cadette).

« Moi, j'ai fermé la porte [à ses filles]. J'ai fermé la porte. [II] faut arrêter de jouer sur la corde sensible de maman. La femme que j'étais n'existe plus. Émotionnellement parlant, elle n'existe plus. Maintenant, je suis capable de dire : « Non, ça suffit ». Avant, non. On me prenait par les sentiments... aujourd'hui, je... vous allez peut-être trouver ça très dur mais aujourd'hui, c'est un réflexe de protection, ça revient dans ce schéma de l'instinct de survie... aujourd'hui, c'est non. J'ai vraiment fermé la porte parce que quand elle revient, c'est toujours pour... c'est quand ça l'arrange, pas tenir compte de moi, de l'aspect, de la maman, c'est toujours quand elle, ça l'arrange... quand ça [ne] l'arrange pas, elle [ne] s'y intéresse pas » (Élise)

Quand Élise dit qu'elle « [a] fermé la porte », cela revient à dire qu'au moment où nous nous rencontrons (virtuellement), elle n'entretient plus de relations avec ses deux filles si ce n'est à l'occasion d'échanges sporadiques et houleux par texto (« *La dernière fois que je l'ai eue par texto, elle m'a dit : « Je rêve d'avoir une relation avec une maman NORMALE ». Alors je lui ai écrit : « La normalité, c'est quoi ? Selon quelles valeurs, les tiennes ? Les miennes ? Qu'est-ce que la normalité ? », je lui ai écrit* »). L'enquêtée a déménagé en province en 2019 et a simplement informé ses filles qui, selon elle, « *s'en fichaient éperdument* ». La rupture des liens avec ses filles est justifiée au nom de l'indifférence dont les adolescentes auraient fait preuve au moment du cancer à son égard. Dans l'extrait d'entretien ci-dessus, Élise n'est plus mère. Elle n'est plus qu'une femme « *devenue vachement plus égoïste* ». L'égoïsme dont il est ici question est peut-être moins à entendre sous une dimension psychologique que sociologique. En effet, lors de l'entretien, l'égoïsme de cette enquêtée relève du nombre très restreint de ses attaches humaines. En Normandie où elle vit, son entourage ne se compose plus que de « *deux vrais amis* », ce qui loin de l'affliger, satisfait pleinement cette interrogée. Elle qui se définit comme « *une terrienne* », c'est désormais « *à la nature, la terre, les éléments qui constituent la terre, la faune, la flore* » qu'elle se rattache depuis que ses traitements sont terminés.

Protocole : Opération avec mastectomie du sein gauche et ablation de quinze ganglions de la chaîne axillaire suivie de séances de chimiothérapie durant quatre mois et demi puis de trente séances de radiothérapie qui ont précédé cinq années d'hormonothérapie.

Conclusion du chapitre

Dans ce dernier chapitre de thèse, nous sommes revenues sur les distances qui peuvent se créer dans les liens qu'entretiennent les mères et leurs enfants après les traitements du cancer. Nous avons montré que l'éloignement relationnel se vérifie d'une part pour les enquêtées classées parmi le type « *malades* », ainsi que pour les mères des autres profils – à l'exception des « *normales exaucées* » – dont les enfants sont (pré-)adolescents lorsque s'achèvent les soins. Concernant les « *malades* », nous soutenons que les effets financiers, physiques et psychologiques qui perdurent après les protocoles les empêchent de se (ré)investir dans l'ensemble des statuts sociaux qui les définissaient par le passé, dont – et peut-être surtout – celui de mères. Pour les autres interrogées, les distances avec leurs enfants prennent forme dans la réalisation de moins d'activités en commun avec eux au profit d'un accroissement des temps où elles sont moins mères qu'individues singulières. Cette individualisation maternelle est non seulement mise en lien avec le cancer (*cf. chapitre VI.*) mais elle s'appuie aussi très largement sur le même phénomène vécu par leurs enfants. Ainsi, à une période de la vie où l'affirmation de son identité distincte de ses parents relève d'un « allant de soi », les mères considèrent qu'un investissement maternel aussi poussé que celui observé lorsque les enfants sont en bas-âge serait incongru. Enfin, quand les relations entre les mères et leurs enfants étaient déjà houleuses avant et pendant le cancer, l'individualisation maternelle peut aller jusqu'à la rupture des liens intergénérationnels pensée comme irrévocable.

Conclusion de la troisième partie

Dans cette dernière partie consacrée à la période qui succède à la fin des traitements, nous avons commencé par mettre en exergue quatre profils d'interrogées (chapitre VI) : les « *hédonistes* », les « *accusatrices* », les « *normales* » qui se subdivisent en « *normales exaucées* » et en « *normales empêchées* » et les « *malades* ». À la fin de leurs traitements, les « *hédonistes* » souhaitent surtout « *profiter de la vie* ». Les « *accusatrices* » pointent quant à elles un investissement professionnel passé considéré comme trop poussé comme responsable de la survenue de leur cancer. Les « *normales* » sont des femmes qui, après leurs soins, formulent le vœu de « *retrouver une vie normale* » c'est-à-dire une vie identique à celle qu'elle était avant le diagnostic de cancer. Quand elles n'ont plus d'effets du cancer et de ses traitements, elles peuvent y parvenir. Nous avons décidé d'appeler les enquêtées concernées, les « *normales exaucées* ». En revanche, quand subsistent des conséquences physiques et psychologiques qui ne sont toutefois pas contradictoires avec la possibilité de s'investir dans d'autres sphères sociales, amicales, familiales, professionnelles etc., l'existence post-traitements n'est plus tout à fait identique à ce qu'elle était par le passé. Les désirs de « *normalité* » se heurtent à des réalités physiques et psychologiques qui les empêchent d'advenir. Cette configuration concerne les interrogées qui relèvent du profil des « *normales empêchées* ». Enfin, le dernier groupe d'enquêtées se compose de femmes « *malades* ». Pour elles, le cancer reste une réalité présente même une fois les traitements terminés. Plusieurs mois après leur fin, elles continuent de ressentir de lourdes conséquences financières, physiques et psychologiques qui ne leur laissent guère l'opportunité d'investir ou de réinvestir d'autres sphères sociales que la maladie.

À l'exception des « *normales exaucées* » qui reprennent leur vie là où elles l'avaient laissée, aucune autre femme ne fait, après les traitements, état d'une existence menée à l'identique par rapport à celles qu'elles avaient avant de recevoir le diagnostic de cancer. Les différences résident principalement dans les distances – volontaires (pour les « *hédonistes* » et les « *accusatrices* ») et plus contraintes (pour les « *normales empêchées* » et les « *malades* ») – observées vis-à-vis de leur vie professionnelle tel qu'elle était vécue par le passé. Ces distances prennent des formes multiples. Elles peuvent s'incarner dans une redéfinition de son rapport au travail. Dans ce cas, lors des entretiens, les enquêtées font état d'un passage d'une conception de leur carrière comme une passion à une vision plus matérielle de celle-ci. Lors de nos rencontres, nombreuses ont été les interrogées à évoquer une réduction de leur temps de travail

quand d'autres ont pris le parti de cesser leur activité professionnelle ou de se projeter dans des projets de reconversion. Quelles que soient les orientations professionnelles prises, toutes aboutissent finalement à dégager du temps pour la vie privée. Lorsque les enfants sont en bas-âge – de leurs premiers mois de vie jusqu'à leur entrée au collège –, ce temps est mis à leur disposition.

Dans le chapitre VII, nous avons ainsi montré que les mères dont les enfants étaient « petits » à la fin des traitements font état d'un resserrement des relations qui étaient déjà proches avec eux. Cette proximité relationnelle prend forme dans des rapports intergénérationnels marqués par (encore) plus d'humour et d'amour que par le passé, ainsi que par un accroissement des « *moments communs* » (Singly (de) et Ramos, 2010) en famille.

Ce discours enchanté des relations familiales ne doit cependant pas omettre que ce resserrement relationnel peut ne pas s'imposer d'emblée à la fin des traitements. Ainsi, certaines enquêtées, notamment celles qui appartiennent au profil des « *normales empêchées* » mettent en avant que si les traitements du cancer constituent une période éprouvante physiquement et psychologiquement, ils peuvent dans un même temps être propices à l'expérimentation agréable et inédite du soin de soi à laquelle il est difficile de renoncer pour ses enfants. Par ailleurs, lorsque les soins du cancer ont porté atteinte à certaines dimensions de leur existence extérieures à la parentalité – notamment la conjugalité et/ou la sexualité – certaines femmes peuvent choisir de s'y réinvestir avec plus d'assiduité qu'elles ne le font d'un point de vue parental. Dans ces situations, il nous semble que l'orientation maternelle que prend l'existence post-cancer doit beaucoup à l'intervention des psychologues que sont amenées à fréquenter les enquêtées – particulièrement les « *normales empêchées* » – qui ne sont pas sans faire état de séquelles psychologiques qui surviennent à la fin des protocoles. Enfin, si la proximité relationnelle entre les mères et leurs enfants en bas-âge peut ne pas s'imposer immédiatement à la fin des traitements, elle peut également avoir du mal à se maintenir. Ainsi, lorsque les enquêtées reprennent leur vie professionnelle à temps complet, elles mettent en avant les difficultés qu'elles ont à réaliser autant d'activités familiales qu'elles le souhaiteraient. Il en va de même lorsque les « *moments communs* » (Singly (de) et Ramos, 2010) s'avèrent être des obstacles à la réussite scolaire des plus jeunes.

Enfin, dans le dernier chapitre, nous avons montré que si la période qui succède aux traitements peut être propice aux rapprochements entre les mères et leurs enfants, elle peut également être le théâtre de distances dans les liens. Ce point se vérifie d'abord pour les enquêtées que nous avons classées parmi les « *malades* ». Durablement tenues par des effets financiers, physiques et psychologiques du cancer et de ses traitements, elles sont empêchées de se (ré)investir dans

l'ensemble des statuts sociaux qui les définissaient par le passé, dont – et peut-être surtout – celui de mères. Sortant de ce profil, nous avons également souligné que lorsque les enfants sont (pré-)adolescents à la fin des traitements, les moments qui ne sont plus alloués à la vie professionnelle par les femmes de tous les autres profils – à l'exception des « *normales exaucées* » – le sont à des activités dans le cadre desquelles les interrogées se donnent davantage à voir comme des êtres singuliers que sous leurs statuts familiaux, de compagnes et/ou de mères. Cette individualisation maternelle est non seulement mise en lien avec le cancer mais elle s'appuie aussi très largement sur le même phénomène vécu par leurs enfants. Ainsi, à une période de la vie où l'affirmation de son identité distincte de ses parents relève d'un « allant de soi », les mères considèrent qu'un investissement maternel aussi poussé que celui observé lorsque les enfants sont en bas-âge serait incongru. Enfin, quand les relations entre les mères et leurs enfants étaient déjà houleuses avant et pendant le cancer, l'individualisation maternelle peut aller jusqu'à la rupture des liens intergénérationnels pensée comme irrévocable.

Conclusion générale

La question qui a guidé notre thèse est la suivante : comment les relations entre les mères et leurs enfants se redéfinissent-elles sous l'effet du cancer et de ses traitements ? Une telle interrogation de départ s'est imposée à nous après la lecture des travaux menés en sociologie sur la question du cancer. Si à notre connaissance, peu de recherches ont été conduites en sociologie sur la famille et le cancer, la littérature scientifique consacrée au sujet s'accorde sur un point : après le cancer, rien n'est plus comme avant et le ne sera plus jamais (Mino et Lefève, 2016). En vertu de notre formation universitaire menée en sociologie de la famille, nous nous sommes emparées de ce savoir et l'avons transposé aux relations entre les mères et leurs enfants. Qu'en est-il des changements dans ces relations qui restent principalement pensées sous le sceau de l'inconditionnalité et de l'inaltérabilité (Bidart et Pélissier, 2007) ? Mues par cette question, nous sommes parties à la rencontre de cinquante-trois femmes qui ont eu cancer dont deux qui ont été vues à deux reprises. Interrogées un an au minimum après la fin de la phase aigüe des traitements, nous avons invité nos enquêtées à nous parler de leurs relations avec leurs enfants pendant et après les soins.

Ce sujet a suscité un véritable engouement qui est un résultat d'analyse à part entière. Nous avons commencé notre doctorat en novembre 2017. Le mois suivant, nous lançons nos premiers appels à entretiens *via* le comité des Yvelines de la *Ligue contre le cancer* – association qui a financé cette recherche de 2017 à 2020. Le soir de la diffusion de cet appel, nous avons reçu pas moins d'une vingtaine de réponses de femmes qui souhaitaient participer à nos entretiens. Cet afflux de réponses positives dit de la centralité de la question parentale, et peut-être plus encore de la question maternelle dans l'expérience du cancer¹⁹⁰. De son annonce par le corps médical jusqu'à la façon dont sont vécus les traitements, les femmes que nous avons rencontrées n'ont pas été sans dire que les enfants sont les premiers pensés. Bien qu'il se soigne de mieux en mieux, dans les représentations qui ne sont pas complètement infondées compte-tenu des forts taux de mortalité imputés au cancer dans les sociétés occidentales, recevoir un diagnostic de cancer reste associé à l'annonce d'une mort plus ou moins imminente. Dans le cadre de notre recherche, si la perspective de la « mort d'Homme » relève de la gravité, celle de la « mort de mère » est tout bonnement vécue sous un registre qui a tous les traits du drame. À cet escient, les interrogées mettent en avant la place centrale des relations entre les mères et leurs enfants dans les sociétés contemporaines. Si à une échelle individuelle, l'idée de leur mort ne les enchante pas et peut même les effrayer, elles entretiennent cependant vis-à-vis de leur

¹⁹⁰ Rappelons qu'initialement, les pères étaient également visés par nos demandes d'entretiens. Dans le cadre de ce premier appel, seul un homme était revenu vers nous, ce qui nous fait dire que la « question maternelle » prend le pas sur la « question parentale » pour ne pas avoir à dire la « question paternelle ».

décès possible, un rapport qui pourrait être qualifié de fataliste qui se retrouve également d'un point de vue conjugal. Sous cette dimension, elles mettent en avant l'idée du remplacement que nous avons entendue au détour de phrases comme : « *bon là je suis peut-être dure mais j'ai plein d'exemples, les hommes peuvent avoir deux, trois vies [conjugales] (rires)* » (Sylvie). À ce remplacement conjugal qui s'impose avec force du côté des femmes (Solaz, 2021)¹⁹¹, s'oppose l'unicité, l'impossible remplacement maternel contenue dans la formule : « *j'ai ma famille mais une maman, voilà... une maman, on en a qu'une* » (Hélène). Cette unicité mise en avant par notre enquêtée Hélène – et bien d'autres – est plus spécifique aux mères, qu'aux pères et c'est ce qui rend l'étude des relations des mères et de leurs enfants – et non des relations des parents et de leurs enfants – tout à fait pertinente. À rebours des discours sur les « *nouveaux pères* » (Castelain-Meunier, 2002) qui sont largement relayés dans les médias et repris dans certaines sphères scientifiques (*Ibid.*), nos entretiens nous permettent de rendre compte du maintien des inégalités d'investissement parental et de la complémentarité des rôles des mères et des pères auprès de leurs enfants. Ce que les femmes rencontrées mettent en avant dans la phrase « *une maman, on en a qu'une* » ne renvoie pas tellement à la singularité de la personne de la mère – le père en tant que personne est lui aussi singulier – mais à sa prégnance dans l'éducation de ses enfants. En 2017, lorsque nous avons commencé cette thèse comme en 2023 au moment où nous l'achevons, pères et mères ne se confondent toujours pas. Non seulement, les premières font plus en termes de tâches mais elles apparaissent en situation de quasi-monopole sur un aspect de l'éducation qui revient dans les entretiens comme capital : les relations. Surement cet aspect est-il très nettement ressorti de nos entretiens car nous les avons menés auprès de populations – des femmes issues de milieux sociaux moyens/supérieurs – que nous savons les plus investies dans ce registre relationnel.

Bien que pouvant être très impliquées dans d'autres dimensions de leur existence que leur maternité, notamment dans la sphère professionnelle, les mères de ces milieux ont à cœur de partager des moments avec leurs enfants et de dialoguer avec eux. Et c'est à ces titres – les moments partagés et le dialogue – que les enfants font figure « *d'autrui significatifs* » pour leur mère dans les sociétés occidentales contemporaines. Pour prétendre à ce titre, trois prérequis sont de mise. Premièrement, la relation dans laquelle sont insérés les « *autrui significatifs* » doit être personnellement et socialement investie sur un registre émotionnel. Deuxièmement, ces « *autrui significatifs* » ont en commun « *un monde* » qui s'incarne dans un espace – tel que le

191 Ce point de vue des enquêtées est confirmé par les recherches en sociologie qui montrent qu'en situation de veuvage, les hommes ont plus tendance que les femmes à se réinvestir dans de nouvelles relations conjugales et le font dans des temporalités plus réduites que leurs homologues de sexe féminin (Solaz, 2021).

domicile familial – et/ou des temps partagés. Enfin, leur relation s'établit sur des conversations appelées à se répéter sur un temps long comme il en est par exemple de celui de la cohabitation intergénérationnelle dont la durée tend à être de plus en plus longue à mesure des années (Galland, 1993). Les relations entre les mères et les enfants répondent à ces trois conditions que sont l'émotion, le monde commun et le dialogue.

Pendant le cancer, comme nous l'avons montré dans la première partie de ce manuscrit, les enfants peuvent d'autant plus prétendre être les « *autrui significatifs* » de leur mère que la maladie vient renforcer ces trois modalités. Tout d'abord, le cancer est investi personnellement et socialement sur un registre qui relève de la tragédie que la présence d'enfants accentue. Ensuite, s'accompagnant – d'après les chiffres à notre disposition – dans 84% des situations d'un arrêt maladie durant le temps que durent les phases aiguës des traitements, les enfants et les mères qui étaient – parmi les actives occupées – très investies affectivement et temporellement dans leur carrière, sont amenés à partager l'espace familial comme ils ne l'avaient souvent jamais fait avant le diagnostic. Enfin, la maladie cancéreuse et ses traitements – notamment sur les aspects relatifs aux changements esthétiques et à la mort – engagent au fait de parole qui était déjà prononcé voire très prononcé avant qu'ils ne surviennent (chapitre II.). À ces éléments, s'ajoutent les déstabilisations conjugales, ainsi que le renforcement des dimensions traditionnelles de la paternité – exercice de l'autorité des pères auprès de leurs enfants et réponse aux besoins matériels du groupe familial – qui peuvent aller de pair avec la survenue du cancer (chapitre I.). Pendant les soins, tous les critères sont donc réunis pour que s'épanouissent les aspects relationnels au sein des liens qui unissent les mères et leurs enfants.

Toutefois, pour que le potentiel relationnel du cancer se déploie, encore faut-il que les mères qui ont le cancer « consentent » à se faire reconnaître comme « *malades* » auprès de leurs enfants. Dans le chapitre III., nous avons montré que ce n'est pas le cancer qui fait « la malade », et cet aspect est capital pour comprendre les effets de cette maladie sur les liens intergénérationnels. Pour que les relations entre les mères et leurs enfants se rapprochent pendant les traitements – et donc ne soient pas strictement identiques à ce qu'elles étaient avant le diagnostic – le *quotidien* familial doit lui aussi connaître des modifications. Celles-ci sont principalement amenées par l'interruption de la vie professionnelle qui est associée à l'état de « *malade* » (Parsons, 1975). Le rapprochement relationnel s'opère également à la faveur de la sollicitude que les enfants sont amenés à manifester à l'égard de leur mère. Sous cet aspect, c'est moins la mise entre parenthèses de la carrière qui est en jeu que le fait de faire valoir auprès des enfants, les effets du cancer et des traitements comme la fatigue. En cas de maintien

de l'activité professionnelle et de la « maîtrise »¹⁹² (Sylvie) des effets des traitements, les relations entre les mères et leurs enfants – comme le reste de l'existence – sont marquées par de la stabilité. Si les relations intergénérationnelles étaient bonnes, elles ne sont ni meilleures, ni moins bien. Elles restent tel qu'elles étaient avant le cancer. En cela, notre travail sert donc à relativiser le caractère bouleversant voire révolutionnaire de la maladie cancéreuse. Sous certaines conditions – qui semblent être favorisées par le fait d'avoir un emploi sous un statut libéral au sein de notre corpus – c'est la « normalité » entendue comme une « *vie identique* » à celle qu'elle était avant le diagnostic qui prévaut. Si l'orientation qualitative de cette recherche rend les estimations statistiques hasardeuses, il semblerait toutefois – en regard des femmes que nous avons rencontrées – que les configurations de stabilité relationnelle ne soient pas les plus répandues. Le plus souvent, nous avons entendu les « gains » ou les « [pertes] en qualité de relation [avec les enfants] » pendant (partie II.) et après (partie III.) les traitements.

Pendant les traitements – à condition que la mère se fasse reconnaître et soit reconnue comme « malade » – les relations intergénérationnelles peuvent se rapprocher. C'est ce que nous avons montré dans le chapitre IV. D'après les analyses que nous avons effectuées, ce rapprochement relationnel prend forme dans l'implication des enfants dans le cancer et ses traitements. Cette implication des enfants est justifiée par les mères au moyen de logiques d'affection qui s'opposent à celles du devoir qui caractérisent les relations d'aidance (Weber *et al.*, 2012 ; Giraud *et al.*, 2019). En fonction de leur genre et de leur âge, la présence des enfants auprès de leur mère ne prend pas les mêmes formes. S'il ne semble pas y avoir de « rôles » qui seraient spécifiques au genre masculin, les filles sont – en vertu de leur féminité tel qu'elle est et reste socialement construite – plus investies dans les dimensions qui relèvent des soins médicaux, et de l'esthétisme, particulièrement lorsqu'elles sont adolescentes. Les enfants en bas-âge – garçons et filles – sont quant à eux décrits sous le jour des « petites attentions » (dessins, marques d'affection...) qu'ils manifestent à l'égard de leur mère pendant les protocoles. Les plus âgés interviennent quant à eux sur des « tâches lourdes » (Myriam) qui renvoient à l'entretien domestique du foyer et/ou des trajets d'accompagnement de la mère entre le domicile familial et le(s) lieu(x) de ses soins. Notons que la participation dans les tâches domestiques ou dans celles de transport, ne nous a été donnée à entendre que dans les récits de mères de jeunes hommes. Si ce point qui peut tenir à des effets de recrutement n'est guère surprenant quand il s'agit de penser les pratiques automobiles qui sous-tendent un registre « masculin », notre

¹⁹² La « maîtrise » (exemple : ne pas dire qu'on est fatiguée, se retenir de vomir en cas de nausée etc.) s'oppose à la logique de « faire valoir les effets » (cf. chapitre III.)

surprise a été plus grande concernant les aspects ménagers pris en charge par des garçons, et cela même dans les foyers où les fratries sont composées d'enfants de deux sexes¹⁹³. Ce point mériterait à lui seul une recherche pour être approfondi. Toutefois, soulignons que notre travail témoigne d'un affaiblissement des logiques de genre qui prédisposent davantage les filles que les garçons à prendre en charge le *care*. D'après les récits qui nous ont été livrés – sans doute, cela est-il à mettre en lien avec le milieu social, ainsi que l'âge de nos enquêtées et de leurs enfants – il semblerait que pour les plus jeunes générations, la nature des relations entretenues entre les enfants et leur mère soit plus déterminante que le sexe des premiers quand il est question de soutenir la dépendance d'un parent, et cela même dans les aspects ménagers pourtant encore perçus comme relevant d'un registre plus féminin que masculin (Buscatto, 2014).

Si le sexe des enfants semble de moins en moins fondamental pour présager de la nature des liens entretenus vis-à-vis des parents, ici vis-à-vis de la mère, il apparaît en revanche ne pas en aller de même de leur âge. En effet, dans le chapitre V., nous avons montré que deux périodes – la très petite enfance et l'adolescence – de l'existence des enfants sont plus propices à une dégradation des relations intergénérationnelles pendant les traitements du cancer. Quand ces derniers sont en très bas-âge, de 0 à 5 ans environ, leur extrême dépendance aux soins des adultes et/ou leur « *agitation* » qui sont imputées aux premières années de vie d'un enfant, reviennent comme fortement incompatibles avec les affaiblissements physiques et psychologiques amenées par le cancer et ses soins. Cette « incompatibilité » qui s'accompagne de mouvements d'agressivité durables des mères à l'encontre de leurs (très) petits enfants nous éloignent d'une vision de la « symbiose » constante entre les mères et leurs enfants qui continue d'être associée aux représentations qui entourent la maternité. Peut-être est-ce plus spécifique au contexte du cancer, mais cette thèse participe à montrer que les besoins des mères et ceux de leurs enfants ne se font pas toujours écho. Quand les enfants sont en très bas-âge pendant les traitements, les besoins de « ménagement » physique – et parfois psychologique – des mères s'opposent aux besoins de grande implication parentale propres aux enfants en très bas-âge. À l'adolescence, le rapport se renverse mais une nouvelle fois, le cancer et ses traitements peuvent venir bouleverser l'équilibre probablement plus facile à trouver en situation « ordinaire » de « non-maladie ». À plusieurs moments de cette recherche, nous avons mentionné que dans une écrasante majorité de situations, quand le cancer touche des personnes en situation d'activité

¹⁹³ Nous pensons ici à l'enquêtée Laurence dont le fils aîné âgé de 18 ans lors des traitements s'est occupé des tâches domestiques à quelques reprises pendant les soins de sa mère, ce qui n'a pas été le cas de sa sœur de 14 ans.

professionnelle, ses traitements s'accompagnent d'une mise entre parenthèses pendant plusieurs mois voire plusieurs années de la carrière. Quand cette suspension de la vie active va de pair avec un maintien quasi-permanent de la mère au domicile familial, cela peut donner à voir une dissonance entre les aspirations des mères et celles de leurs enfants quand ces derniers sont adolescents. Dans leurs aspects positifs, les temps des traitements contre le cancer sont perçus par les mères comme un moyen de partager plus de temps avec leurs enfants qu'elles ne le faisaient avant le diagnostic. Or, à l'adolescence, où l'éloignement avec ses parents – en vertu de l'individualisation croissante qui marque cette période – est considéré comme « *normal* » (Singly (de), 2006 ; Singly (de) et Ramos, 2010, p. 12), la présence de la mère malade au sein du domicile – et par-delà elle, le contrôle sur les activités (sorties, scolarité etc.) des adolescents qui lui est associé – peut engendrer son lot de crispations. Celles-ci prennent forme dans « *l'agressivité* » (*Katia*) ou des « *comportements gonflés* » (*Audrey*) de la part de certains adolescents qui, d'après leur mère, se sentant entravés dans la revendication de leur identité personnelle, peuvent aller jusqu'à compromettre l'intégrité physique et moral maternelle pendant les traitements.

Conformément à notre question de départ, nous avons enfin interrogé le devenir des relations intergénérationnelles une fois les soins d'un premier cancer achevés (partie III.). Les temps des traitements du cancer ne mettent pas uniquement en balance les corps qui, malades, font l'objet de différentes interventions par les professionnels du secteur médical. Ils constituent également des périodes pendant lesquelles les esprits sont fortement mobilisés. Pendant les protocoles, la réflexivité des personnes touchées par un cancer est accrue et toute tournée vers un travail « *d'étiologie profane* » (Tarantini *et al.*, 2014). Dans le cadre de ce travail, les « malades » sont amenés à s'interroger sur les causes extra-médicales qui les ont conduits au cancer, *à fortiori* à un âge où il est statistiquement peu probable d'en être atteint. Chez les personnes qui s'adonnent à ces « *étiologies profanes* » (*Ibid.*), le travail, et par-delà lui, un investissement affectif et temporel décrit comme trop important, est fréquemment ciblé comme le principal facteur responsable de la survenue du cancer. À l'exception des enquêtées que nous avons appelées, les « *normales exaucées* » qui sont celles qui s'inscrivent dans un discours du hasard ou de la génétique pour expliquer le cancer qui les a touchées, toutes les autres femmes interrogées, lorsque les traitements s'achèvent et qu'elles sont sur le point de renouer avec leur carrière, marquent leur distance vis-à-vis d'elle (chapitre VI.). Moins de temps passé au travail, projet de reconversion professionnelle voire interruption de la carrière pensée comme définitive etc. sont autant d'éléments qui nous ont été donnés à entendre en ce sens. Aussi, disposent-elles de

plus de temps pour se consacrer à leur vie privée. Si certaines enquêtées font le choix de se tourner vers leurs enfants (chapitre VII), d'autres prennent – de gré ou de force – un tournant moins maternel (chapitre VIII). Ces différentes orientations – maternelles ou non – sont à replacer dans différents modèles qui relèvent à la fois de l'âge des enfants et des configurations médicales dans lesquelles se trouvent les femmes, une fois les protocoles de soins achevés. La fin des traitements – même des années après – ne signifie pas forcément que le cancer est passé. Quand de fortes séquelles – physiques, psychologiques et pour les plus précaires, financières – subsistent, les femmes que nous avons appelées les « *malades* » (chapitre VI.) peuvent se voir « bloquées » dans la maladie, et être, bien malgré elles, dans l'incapacité de renouer avec leurs autres rôles sociaux, même ceux auxquels elles tiennent le plus comme celui de mères. Pour les femmes qui n'ont pas (les « *hédonistes* », les « *accusatrices* ») ou peu de séquelles (les « *normales empêchées* ») une fois les protocoles de soins achevés, c'est l'âge de leurs enfants qui va les conduire à se rapprocher d'eux, ou au contraire à s'en éloigner. Lorsqu'ils sont en bas-âge, la période qui succède aux traitements est propice à un accroissement des « *moments communs* » (Singly (de) et Ramos, 2010) entre les mères et leurs enfants entre lesquelles les relations sont décrites comme reposant sur « *(encore) plus d'humour* » et « *(encore) plus d'amour* » qu'avant le diagnostic de cancer. En revanche, comme nous en avons fait démonstration, sous l'effet des nouvelles valeurs amenées par le cancer et de l'adolescence des enfants qui fait advenir comme « *normal* » (*Ibid.*) que les jeunes s'éloignent de leurs parents, nous avons eu accès à nos enquêtées qui avaient des enfants adolescents au sortir de leurs traitements, moins en tant que mères, qu'en tant que femmes entendues comme individuelles de sexe féminin spécifiques. Sans que les relations avec leurs enfants ne soient forcément « mauvaises » – bien qu'elles puissent l'être –, l'après-cancer est marqué par la réalisation d'activités dans lesquelles les interrogées mettent à distance leurs statuts de professionnelles, mais aussi de compagnes et de mères.

Au total, tous ces éléments nous font finalement écrire que dans nos sociétés contemporaines, la famille est certes relationnelle (Singly (de), 2012), mais elle est peut-être avant tout, filiale maternelle, surtout lorsque les enfants sont en bas-âge. À mesure qu'ils grandissent et à la faveur de certains événements comme ici le cancer – et sûrement en existe-t-il d'autres – les pivots de la famille relèvent moins du duo qui se compose de la mère et de son/ses enfant(s), que de la mère en tant que femme et des enfants en tant que jeunes.

In fine, étudier le cancer permet de montrer que la proximité relationnelle entre les mères et leurs enfants promue au rang de norme sociale n'est pas aussi « normale » que cela. Ainsi, le cancer qui survient peut aller de pair avec une distance qui se crée dans les relations entre les mères et leurs enfants, et cela encore plus lorsque la maladie demeure une réalité présente même au-delà de l'administration des traitements et/ou que les enfants sont adolescents quand elle survient et s'achève.

Bibliographie

A

Aïach P., 2001, « Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », in **Aïach P., Cresson G., Cèbe D., Philippe C.** (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 117-147.

Algava É., Bloch K., Robert-Bobbé I., 2021, « Les familles en 2020 : 25% de familles monoparentales, 21% de familles nombreuses », *Insee Focus*, n°249, septembre 2021.

Amsellem-Mainguy Y., 2006, « Prescrire et proscrire des conduites, véhiculer des normes : les mères comme actrices privilégiées de prévention en matière de sexualité et de contraception », *Recherches familiales*, n°3, pp. 49-59.

Arborio A-M., Lechien M-H., 2019, « Dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé », in **Masclat O., Misset S., Poullaouec T.**, *La France d'en bas ? Idées reçues sur les classes populaires*, Paris, Le Cavalier Bleu, pp. 123-129.

Ariès P., 1974, *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du moyen-âge à nos jours*, Paris, Éditions du Seuil.

Ariès P., 1975 (1960), *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Éditions du Seuil.

Attias-Donfut C., Segalen M., 1998, *Grands-parents : la famille à travers les générations*, Paris, Éditions Odile Jacob.

B

Badinter É., 1980, *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel (XVII^e-XX^e siècle)*, Paris, Flammarion.

Balleys C., 2017, « L'incontrôlable besoin de contrôle. Les performances de la féminité par les adolescentes sur Youtube », *Genre, sexualité & société* [En ligne], n°17.

Bataille P., 2003, *Un cancer et la vie. Les malades face à la maladie*, Paris, Balland.

Bataille P., Bretonnière S., 2016, *Vivre et vaincre le cancer. Les malades et les proches témoignent*, Paris, Éditions Autrement.

Baudelot C., Establet R., 2006 (1992), *Allez les filles ! Une révolution silencieuse*, Paris, Éditions du Seuil.

Baudelot C., Serre D., 2006, « Les paradoxes d'une satisfaction. Ou comment les femmes jugent leur salaire », *Travail, Genre et Sociétés*, n°15, pp. 121-138.

Beaud S., Weber F., 2010 (1997), *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte.

Béliard A., Eideliman J-S., 2014, « Mots pour maux. Théories diagnostiques et problèmes de santé », *Revue Française de Sociologie*, vol. 55, pp. 507-536.

Béliard A., Eideliman J-S., Fansten M., Mougel S., Planche M., Vaumoron S., 2019, « Enfants agités, familles bouleversées. Enjeux et usages familiaux du diagnostic TDA/H », *Sciences sociales et santé*, vol. 37, pp. 5-29.

Bellamy V., 2016, « 123 500 divorces en 2014. Des divorces en légère baisse depuis 2010 », *Insee Première*, n°1599, pp. 1-4.

Berger P., Kellner H., 2012 (1964), « Le mariage et la construction de la réalité », in **Berger P., Luckmann T.**, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin, pp. 293-319.

Berthe B., Dedessus-Le-Moustier N., Dumas M., 2021, « Le présentéisme du personnel soignant et son traitement par le droit », *Revue Française des Affaires Sociales*, pp. 215-236.

Berton F., Bureau M-C., Rist B., 2020, « La réflexivité comme compétence parentale », *Revue Française des Affaires sociales*, n°2, pp. 281-306.

Bidart C., Péliissier A., 2007, « Entre parents et enfants : liens et relations à l'épreuve du cheminement vers la vie adulte », *Revue des politiques sociales et familiales*, n°90, pp. 29-39.

Blanchet A., Gotman A., 2015 (1992), *L'entretien*, Paris, Armand Colin.

Bohuon A., Quin G., 2012, « Quand sport et féminité ne font pas bon ménage », *Le Sociographe*, pp. 23-30.

Boltanski L., 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*, vol.26, n°1, pp. 205-233.

Bonnet E., Collet B., 2009, « Les familles face à la mobilité pour des raisons professionnelles : des logiques de genre bien différenciées », *Recherches Familiales*, n°6, pp. 55-66.

Bonnet C., Garbinti B., Solaz A., 2015, « Les conditions de vie des enfants après le divorce », *Insee Première*, n°1536, pp. 1-4.

Bosi J., 2019, « Les chiffres Clés de la Défense – 2019 – Site interarmées des réserves militaires » – disponible sur le lien : [Les chiffres clés de la défense - 2019 - Site Interarmées des Réserves Militaires \(defense.gouv.fr\)](https://www.defense.gouv.fr/interarmees/les-chiffres-clés-de-la-défense-2019) (date de dernière consultation : 13 septembre 2023).

Bourdieu P., Passeron J-C., 1964, *Les héritiers*, Paris, Éditions de Minuit.

Bourdieu P., 1986, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.62-63, pp. 69-72.

Boyer D., Cérroux B., 2010, « Les limites des politiques publiques de soutien à la paternité », *Travail, Genre et Sociétés*, n°24, pp. 47-62.

Brachet S., Salles A., 2011, « Être père en France et en Allemagne : entre représentations et pratiques », *Informations sociales*, n°163, pp. 62-70.

Braion A., Quin G., 2012, « Quand sport et féminité ne font pas bon ménage », *Le Sociographe*, n°38, pp. 23-30.

Brousse C., 2015a., « La vie quotidienne en France depuis 1974. Les enseignements de l'enquête Emploi du temps », *Économie et Statistique*, n° 478-479-480, pp. 79-117.

Brousse C., 2015b., « Travail professionnel, tâches domestiques, temps "libre" : Quelques déterminants sociaux de la vie quotidienne », *Économie et Statistique*, n° 478-479-480., pp. 119-154.

Brugailles C., Sebille P., 2009, « L'influence des rapports sociaux de sexe entre les parents et entre les générations », *Politiques sociales et familiales*, n°95, pp. 19-32.

Brugailles C., Sebille P., 2013, « Le partage des tâches parentales : les pères, acteurs secondaires », *Informations sociales*, n°176, pp. 24-30.

Burricand C., Gleizes F., 2016, « Trente ans de vie associative. Une participation stable mais davantage féminine », *Insee Première*, n°1580, pp. 1-4.

Buscatto M., 2014, *Sociologies du genre*, Paris, Armand Colin.

C

Cadolle S., 2008, « La résidence alternée : ce qu'en disent les mères », *Informations sociales*, n°149, pp. 68-81.

Canguilhem G., 2013 (1966), *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France.

Cardi C., 2007, « "La mauvaise mère" » : figure féminine du danger », *Mouvements*, n°49, pp. 27-37.

Castel R., Enriquez E., Stevens H., 2008, « D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? », *Sociologies pratiques*, n°17, pp. 15-27.

Castelain-Meunier C., 2002, *La place des hommes et les métamorphoses de la famille*, Paris, Presses Universitaires de France.

Cayouette-Remblière J., 2016, « Du primaire au collège : ruptures sociales et scolaire », in **Cayouette-Remblière J.**, *L'école qui classe. 530 élèves du primaire au bac*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 75-95.

Céroux B., 2006, « L'enfant comme autrui significatif de ses parents. Excursus sur une théorie de la socialisation », *Dialogue*, vol.172, n°2, pp. 123-132.

Champagne C., Pailhé A., Solaz A., 2015, « Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : quels facteurs d'évolution en 25 ans », *Économie et statistique*, n°478-480, pp. 209-242.

Charrier P., Clavandier G., 2013, *Sociologie de la naissance*, Paris, Armand Colin, pp. 140-165.

Clair I., 2016, « La sexualité dans la relation d'enquête. Décryptage d'un tabou méthodologique », *Presses de Sciences Po, Revue française de sociologie*, vol.57, pp. 45-70.

Collet I., 2014, « Les garçons sont-ils des immatures chroniques ? », *Travail, Genre et Société*, n°23, pp. 157-162.

Coulmont B., 2022, *Sociologie des prénoms*, Paris, La Découverte.

Coum D., 2010, « Maman », in **Coum D.**, *Repères pour le placement familial*, Toulouse, Érès, pp. 185-188.

Cuin C-H., 2011, « Esquisse d'une théorie sociologique de l'adolescence », *Revue européenne des sciences sociales* [En ligne], 49-2, pp. 71-92.

D

Damon J., 2006, « La valeur "famille" en tendances. Un modèle en évolution », *Informations sociales*, n°136, pp. 112-120.

Darbus F., Legrand É., 2021, « Dispensé·e·s d'être malades. Les travailleur·euse·s des toutes petites entreprises (coiffure, restauration, bâtiment), des salarié·e·s jamais malades ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°239, pp. 66-81.

Darmon M., 2003, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, Paris, La Découverte.

Darmon M., 2021, *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, Paris, La Découverte.

Delpierre A., 2022, *Servir les riches. Les domestiques chez les grandes fortunes*, Paris, La Découverte.

Déplaud M-O., 2020, « L'allaitement au sein, une norme de maternité plurielle. Regards des sciences sociales nord-américaines », *Sciences sociales et santé*, vol.38, pp. 5-30.

Derbez B., Rollin Z., 2016, *Sociologie du cancer*, Paris, La Découverte.

Desjeux C., Chambon M., 2023, « Jeunes aidants. Formes d'aide et relations familiales », *Revue des Politiques Sociales et Familiales*, n°146-147, pp. 131-146.

De Souza Lobo A., 2021, *Si loin et si proche. Familles et « circulation » dans l'Île de Boa Vista au Cap-Vert*, Louvain-la-Neuve, Éditions Académia.

Détrez C., 2014, « Les loisirs à l'adolescence : une affaire sérieuse », *Informations sociales*, n°181, pp. 8-18.

Dolto F., 2014 (1976-1978), *Lorsque l'enfant paraît*, Paris, Éditions Points.

Donnat O., 2009, « Les passions culturelles, entre engagement total et jardin secret », *Réseaux*, n°153, pp. 79-127.

Donzelot J., 2005 (1977), *La police des familles*, Paris, Les éditions de minuit.

Du Canada Statistique Canada, G., 2014, « Tableau 1. Sexe, âge moyen au moment du diagnostic et répartition en pourcentage des cas selon le groupe d'âge » – disponible sur le lien : www.150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/20140002/article/11903/tb11/tbl11-fra.htm (date de dernière consultation : 11 septembre 2023).

Dumas A., Rubio V., Cailbault I., Blum V., Gonzalez De Quijano L., Amiel P., 2014, *Les professions indépendantes face au cancer : impact de la maladie sur les trajectoires professionnelles et prévention du risque socio-professionnel (IndepCan)*, Rapport de recherche, Villejuif, Presses de Gustave Roussy, 90 p.

Durkheim É., 1921, « La famille conjugale », *Revue philosophique*, n°90, pp. 2-14.

Durkheim É., 2007 (1897), *Le suicide*, Paris, Presses universitaires de France.

E

Ekert-Jaffé O., 2011, “Are the Real Time Costs of Children Equally Shared by Mothers and Fathers”, *Social Indicators Research*, n°101, pp. 243-147.

F

Fainzang S., 2015 (2006), *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France.

Ferrand M., 2004, *Féminin, Masculin*, Paris, La Découverte.

Fillod-Chabaud A., 2013, « Les groupes militants de pères séparés en France : assurer la visibilité de la lignée paternelle », *Informations sociales*, n°176, pp. 90-98.

Fondation ARC, s.d, « Le tabagisme » – disponible sur le lien : <https://www.fonsation-arc.org/facteurs-risque-cancer.tabac> (date de dernière consultation : 13 septembre 2023).

Freidson E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.

Furedi F., 2001, *Parents paranos. “Laissez tomber” votre culpabilité, vous êtes très bien !*, Paris, ALiAS e t c... .

G

Gagnon J-H., 2008 (1991), « L’utilisation explicite et implicite de la perspective des scripts dans les recherches sur la sexualité », in Gagnon J-H., *Les scripts de la sexualité. Essais sur les origines culturelles du désir*, Paris, Payot.

Galland O., 1993, *Les jeunes*, Paris, La Découverte.

Garcia S., 2011, *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, Paris, La Découverte.

Giraud C., 2017, *L’amour réaliste. La nouvelle expérience amoureuse des jeunes femmes*, Paris, Armand Colin.

Giraud C., 2020, « Relations non-cohabitantes après 50 ans et conjugalité », in **Oris M., Gnomou-Thiombiano B., Ciobanu R-O.**, Relations sociales dans la vieillesse, *Association Internationale des Démographes de Langue Française*, Paris, pp. 9-18.

Giraud O., Outin J-L., Rist B., 2019, « La place des aidants profanes dans les politiques sociales, entre libre choix, enrôlements, et revendications. Avant-propos », *Revue Française des Affaires Familiales*, n°1, pp. 7-16.

Goffman E., 1975 (1963), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Goussard L., Sibaud L., 2017, « L'articulation travail-famille chez les mères en activité continue et à temps plein : une question de distanciation subjective ? », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, pp. 169-186.

H

Hachet B., 2016, « Résidence alternée. Pratiques polémiques et normes ambivalentes », *Journal des anthropologues*, n°144-145, pp.191-219.

Héritier F., 2002, *Masculin/Féminin II. Dissoudre la hiérarchie*, Paris, Éditions Odile Jacob, pp. 123-153.

Hierzlich C., Pierret J., 1984, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot.

Horellou-Lafarge C., Segré M., 2016, *Sociologie de la lecture*, Paris, La Découverte.

I

Institut National du Cancer (INCa), s.d, « Effets indésirables possibles – radiothérapie externe » – disponible sur le lien : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Radiotherapie-externe/Effets-indesirables-possibles> (dernière consultation : 13 septembre 2023).

Institut National du Cancer (INCa), 2021, « Panorama des cancers en France – Édition 2021 », 17 p. – disponible sur le lien : [Panorama des cancers en France 2021.pdf \(e-cancer.fr\)](#) (dernière consultation : 13 septembre 2023).

Institut National du Cancer (INCa), 2023, « Panorama des cancers en France – Édition 2023 », 21 p. – disponible sur le lien : [Panorama des cancers en France - édition 2023 - Ref : PANOKFR2023B \(e-cancer.fr\)](#) (dernière consultation : 11 septembre 2023).

Institut National des Études Démographiques (INED), s.d, « Divorces » – disponible sur le lien : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mariages-divorces-pacs/divorces/> (dernière consultation : 13 septembre 2023).

J

Jaquet C., Bras G. (dir), 2018, *La fabrique des transclasses*, Paris, Presses Universitaires de France.

Joublin H., 2010, « Le proche, un acteur social méconnu », in **Joublin H.**, *Le proche de la personne malade dans l'univers des soins*, Toulouse, Érès, pp. 27-58.

K

Kaufmann J-C., 2016, *Piégée dans son couple*, Paris, Les liens qui libèrent.

Kellerhalls J., Widmer É., Levy R., 2008 (2004), *Mesure et démesure du couple*, Paris, Éditions Payot & Rivages.

L

La Convention internationale des droits de l'Enfant (CIDE) – UNICEF, 2023 – disponible sur le lien : <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants> (date de dernière consultation : 13 septembre 2023).

Lahire B., 2018, *L'interprétation sociologique des rêves*, Paris, La Découverte.

Lahire B., 2021, *La part rêvée*, Paris, La Découverte.

La Ligue Nationale Contre le Cancer, s.d, « Cancer et vie professionnelle : un besoin d'accompagnement des personnes malades et de sensibilisation des employeurs » – disponible sur le lien : [Cancer et vie professionnelle : un besoin d'accompagnement des personnes malades](#)

et de sensibilisation des employeurs | La Ligue Nationale Contre le Cancer (ligue-cancer.net)
(date de dernière consultation : 13 septembre 2023).

La Ligue Nationale Contre le Cancer, s.d, « Face au cancer, on est plus forts ensemble » – disponible sur le lien : [https://www.ligue-cancer.net /articles/face-au-cancer-est-plus-forts-ensemble](https://www.ligue-cancer.net/articles/face-au-cancer-est-plus-forts-ensemble) (date de dernière consultation : 13 septembre 2023).

Lebrun F., 1986, « La place de l'enfant dans la société française depuis le XVI^e siècle », *Communications*, n°44, pp. 247-257.

Leduc S., 2008, « Le non-recours et les logiques discriminatoires dans l'accès aux soins. Le rôle des agents de l'Assurance Maladie », *Vie Sociale*, n°1, pp. 69-93.

Lee S., s.d, « Pronostic et survie », *Société canadienne du cancer* – disponible sur le lien : <https://cancer.ca/fr.cancer-information/what-is-cancer/prognosis-and-survival> (date de dernière consultation : 13 septembre 2023).

Le Pape M-C., 2010, « Familles et école : un partenariat éducatif ? La prévention des conduites à risque juvéniles en milieu scolaire vue par les familles », *Agora Débats/Jeunesses*, n°54, pp. 47-59.

Le Pape M-C 2019, « Les familles populaires ne sont pas modernes à la maison », in **Masclet O., Misset S., Poullaouec T.**, *La France d'en bas ? Idées reçues sur les classes populaires*, Paris, Le Cavalier Bleu, pp. 83-91.

Loretti A., 2019, « “Guérir” : effets de l'appartenance de classe et du genre dans l'après-cancer », *Sociologie*, vol.10, pp. 267-283.

M

Mallon I., 2014, « Une sociologue et des résident(e)s en maison de retraite. Des relations d'intimité familiale et de séduction courtoise », in **Monjaret A., Pugeault C.**, *Le sexe de l'enquête. Approches sociologiques et anthropologiques*, Lyon, ENS Éditions.

Maison D., 2006, *Grandeurs et servitudes domestiques. Expériences sociales des femmes au foyer*, thèse de doctorat, Bordeaux, Université de Bordeaux-2.

Mardon A., 2010, « Sociabilités et travail de l'apparence au collègue », *Ethnologie Française*, vol. 40, pp. 39-48.

- Marquet J., Merla L.**, 2018, « L'espace un objet central de la sociologie de la famille », in Lenel E. (dir), *L'espace des sociologues. Recherches contemporaines en compagnie de Jean Rémy*, Érès, Toulouse, pp. 139-166.
- Martial A.**, 2013a, « Une paternité réinventée ? Le vécu parental des pères isolés », *Informations sociales*, n°176, pp. 62-69.
- Martial A.**, 2013b, « Des pères "absents" au pères "quotidiens" : représentations et discours sur la paternité dans l'après-divorce », *Informations sociales*, n°176, pp. 36-43.
- Martin O.**, 2017 (2005), *L'analyse quantitative des données*, Paris, Armand Colin.
- Martuccelli D., Singly (de) F.**, 2012 (2^e édition), *Les sociologies de l'individu*, Paris, Armand Colin.
- Mary A.**, 2019, « Assurer les tâches parentales pendant un cancer : un moyen de rester maîtresse de son existence », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°4, pp. 49-71.
- Mary A.**, 2022, « Réinvestir son foyer lors d'un cancer : une menace pour l'individualisation des adolescent-e-s ? Retours d'expériences maternelles », *Enfances, Familles, Générations*, n°39 [En ligne].
- Masclat O.**, 2018, *L'invité permanent. La réception de la télévision dans les familles populaires*, Paris, Armand Colin.
- Maurice A.**, 2015, « Manger à la maison sous le poids des normes. Les négociations familiales autour de l'alimentation », *La revue internationale de l'éducation familiale*, n°37, pp. 115-136.
- Maurin É.**, 2014, « La mobilité sociale des nouvelles classes moyennes », *Idées économiques et sociales*, n°175, pp. 25-35.
- Mead M.**, 1971, *Le fossé des générations. Les nouvelles relations entre les générations dans les années 1970*, Paris, Denoël/Gonthier.
- Meidani A., Alessandrin A.**, 2019, « Quand le cancer rencontre le genre », *Revue française de sociologie*, vol.60, pp. 201-224.
- Meidani A., Alessandrin A., Madranges N.**, 2020, « Cancérologues et interactions de soins : quand le genre s'en mêle », *Cancers & Psys*, pp. 113-134.
- Ménard E., Le Bihan-Benjamin C., Cocuau V., Lafay L., Bousquet P-J.**, 2019, « Activité de cancérologie pour les résidents des départements et régions d'Outre-Mer. Période 2011-2014 », Rapport pour l'Institut National du Cancer, 14 p.

Ménoiret M., 1999, *Les temps du cancer*, Paris, CNRS Éditions.

Minot J-C., Lefève C., 2016, *Vivre après un cancer. Favoriser le soin de soi.*, Paris, Dunod.

Murcier N., 2006, « Les savoirs dans le champ de l'accueil des enfants. Idéologies, mots d'ordre, modes », *Informations sociales*, n°133, pp. 30-37.

Muxel A., 2007, « La famille à table », in **Wievorka M.** (dir), *Se nourrir. L'alimentation en question*, Auxerre, Éditions Sciences Humaines, pp. 75-94.

N

Neyrand G., 2011, *L'enfant, la mère et la question du père*, Paris, Presses Universitaires de France.

O

Obradovic I., 2017, « Tabac, alcool et drogues illicites à l'adolescence. Évolution des consommations et enjeux », *Revue des Politiques Sociales et Familiales*, n°125, pp. 73-79.

Octobre S., 2004, « Les 6-14 ans et la lecture », in *Les loisirs culturels des 6-14 ans*, Rapport pour le Ministère de la Culture – DEPS, pp. 199-236.

P

Pailhé A., Solaz A., 2010, « Concilier, organiser, renoncer : quel genre d'arrangements ? », *Travail, genre et sociétés*, n°24, pp. 29-46.

Paraponaris A., Sagaon Teyssier L., Seror V., Tison A., 2014, « L'impact du cancer sur le revenu du ménage », in **Ben-Diane M-K., Chauvet C., Peretti-Wattel P.** (dir), *La vie deux ans après un diagnostic de cancer. De l'annonce à l'après cancer*, Collection Études et enquêtes, INCa.

Parsons T., 1975, "The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered", *Health and Society*, n°53 (3), pp. 257-278.

Pinçon M., Pinçon-Charlot M., 1991, « Pratiques d'enquête dans l'aristocratie et la grande bourgeoisie : distance sociale et conditions spécifiques de l'entretien semi-directifs », *Genèses*, 3, La construction du syndicalisme, pp. 120-133.

Préau M., Bouhnik A-D., Rey D., Mancini J., 2014, « Les conséquences du cancer sur la vie privée. Le devenir de la vie de couple », Rapport pour *l'Institut National du Cancer*, pp. 290-246.

R

Ramos E., 2001, « La maison familiale comme lieu d'expérimentation identitaire pour le jeune adulte », in Singly (de) F. (dir), *Être soi d'un âge à un autre. Famille et individualisation (Tome 2)*, Paris, L'Harmattan, pp. 143-154.

Ramos E., 2002, *Rester enfant, devenir adulte. La cohabitation des étudiants chez leurs parents*, Paris, L'Harmattan.

Ramos E., 2010, « On va traîner devant le collège. Enfin pas traîner... », in **Singly (de) F., Giraud C., Martin O.**, *Nouveau manuel de sociologie*, Paris, Armand Colin, pp. 216-224.

Ramos E., 2015, *L'entretien compréhensif en sociologie. Usages, pratiques, analyses*, Paris, Armand Colin.

Rault W., Régnier-Loilier A., 2020, « Continuer à vivre ensemble sous le même toit après une séparation », *Populations & Sociétés*, n°582, pp. 1-4.

Régnier-Loilier A., 2022, « Séparations conjugales et reconfigurations familiales », *Informations sociales*, n°207, pp. 12-18.

Reynard R., 2020, « En 30 ans, les disparités de revenu fiscal diminuent entre l'Île-de-France et la province, mais augmentent entre les départements d'Île-de-France », *Insee Première*, n°1825, pp. 1-4.

Rousseau J-J., 2009 (1762), *Émile ou de l'éducation*, Paris, Éditions Flammarion.

Roy D., 2006, « L'argent du "ménage" : qui paie quoi ? », *Travail, genre et sociétés*, n°15, pp. 101-119.

S

- Sautory O., Zilloniz S.**, 2015, « De l'organisation des journées à l'organisation de la semaine : Des rythmes de travail socialement différenciés », *Économie et Statistique*, n° 478-479-480, pp. 155-188.
- Sauvayre R.**, 2013, *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*, Paris, Dunod.
- Scholl S.**, 2021, « La mère en sacrifice. Normes d'allaitement et construction de la maternité à l'époque contemporaine », *Nouvelles Questions Féministes*, vol.40, pp. 18-43.
- Schwartz O.**, 2012 (1990), *Le monde privé des ouvriers*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Serre D.**, 1998, « Le bébé "superbe" : la construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance », *Sociétés contemporaines*, n°31, pp. 107-127.
- Singly (de) F.**, 1996, *Le soi, le couple et la famille*, Paris, Armand Colin.
- Singly (de) F.**, 2003, « Les tensions normatives de la modernité », *Éducation et sociétés*, n°11, pp. 11-33.
- Singly (de) F.**, 2006, *Les adonaissants*, Paris, Armand Colin.
- Singly (de) F., Ramos E.**, 2010, « Moments communs en famille », *Ethnologie Française*, vol.40, pp. 11-18.
- Singly (de) F.**, 2012 (1993), *Sociologie de la famille*, Paris, Armand Colin.
- Singly (de) F.**, 2012 « Postface. Sur la socialisation secondaire par François de Singly », in Berger P., Luckmann T., *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin, pp. 293-319.
- Sirota R.**, 2004, « Le gâteau d'anniversaire. De la célébration de l'enfant à son inscription sociale », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n°55, pp. 53-66.
- Skeggs B.**, 2014, *Des femmes respectables. Classe et genre en milieu populaire*, Agone, Marseille.
- Solaz A.**, 2021, « La hausse des ruptures et des remises en couple chez les cinquante ans et plus », *Population & Sociétés*, n°586, pp. 1-4.

T

Tarantini C., Gallardo L., Peretti-Watel P., 2014, « Travailler après un cancer du sein. Enjeux, contraintes et perspectives », *Sociologie*, vol.5, pp. 139-155.

V

Van Zanten A., 2009, *Choisir son école. Stratégies familiales et médiations locales*, Paris, Presses Universitaires de France.

W

Weber F., 2005, *Le sang, le nom, le quotidien. Une sociologie de la parenté pratique*, Paris, Éditions Aux lieux d'être.

Weber F., 2010, « Les rapports familiaux reconfigurés par la dépendance », *Regards croisés sur l'économie*, n°7, pp. 139-151.

Weber F., Béliard A., Billaud S., Perrin-Heredia A., 2012, « Circulation de l'enquêteur, relations familiales et aide informelle : Post-enquête qualitative sur les situations de handicap, la santé et l'aide aux personnes en situation de handicap » », *DREES-CNSA*, 226 p.

Weber F., 2013, *Penser la parenté aujourd'hui. La force du quotidien*, Paris, Éditions Rue d'Ulm.

Wendland J., Boujut É., Saïas T. (dir.), 2017, *La parentalité à l'épreuve de la maladie ou du handicap : quel impact pour les enfants ?*, Nîmes, Champ social éditions.

Woolf V., 2012 (1929), *Une pièce bien à soi*, Paris, Éditions Payot & Rivages.

Annexes

Annexe 1. Demande de diffusion des entretiens envoyée aux comités départementaux franciliens de la Ligue contre le cancer

Anaïs MARY

Courriel : anais.mary@hotmail.fr

Téléphone : 06-07-54-65-85

Institutions de rattachement : Université de Paris, Centre de recherche sur les liens sociaux (CERLIS), Ligue contre le cancer (novembre 2017-novembre 2020)

Direction de thèse : Elsa Ramos, Maîtresse de conférences en sociologie habilitée à diriger des recherches, Université de Paris, CERLIS

Dans le cadre d'une thèse en sociologie financée par *La ligue contre le cancer* de novembre 2017 à novembre 2020, je suis à la recherche de femmes qui accepteraient de m'accorder des entretiens.

Sujet des entretiens

L'évolution des pratiques parentales et des relations mères/enfants après la survenue d'un cancer (tous types).

Durée

Environ 1h30

Lieu

Afin de veiller au respect des conditions sanitaires, les entretiens auront lieu en distanciel, sur Skype, Messenger ou sur Zoom selon la volonté des personnes interrogées.

S'ils se déroulent sur Zoom, un lien sera généré par mes soins et envoyé la veille de l'entretien.

Qui peut participer à la recherche ?

Je suis actuellement à la recherche d'environ quinze témoignages (dernière vague d'entretiens).

Population ciblée

- Des femmes qui ont été traitées pour un cancer (tous types)

- **ET** qui ont terminé leurs traitements par chimiothérapie et/ou radiothérapie depuis au moins un an ;
- **ET** qui vivaient avec leurs enfants âgés de quelques mois à dix-huit ans lors de ces traitements.

Utilisation des entretiens

Les entretiens feront l'objet d'une analyse très détaillée dans le cadre d'un travail doctoral initié en novembre 2017 dont l'objectif est de comprendre comment les pratiques parentales et les relations entretenues entre les mères qui ont été touchées par un cancer et leurs enfants évoluent (ou non) sous l'effet de la maladie.

Les analyses réalisées peuvent être restituées oralement à l'occasion d'évènements scientifiques (séminaires, colloques, congrès etc.) ou par écrit dans des articles¹ et/ou dans le manuscrit de thèse final qui fera l'objet d'une soutenance publique en vue de l'obtention du grade de Docteur.

Autres informations

Afin de mener les analyses en veillant au respect scrupuleux des propos tenus par les personnes interrogées, les entretiens sont retranscrits intégralement, ce qui implique qu'ils soient enregistrés par dictaphone.

Une fois les entretiens retranscrits, les enregistrements vocaux sont détruits.

Les personnes interrogées peuvent demander à relire les retranscriptions textuelles et la suppression de certains passages.

Afin de respecter l'anonymat des participantes, tous les prénoms et noms mentionnés sont transformés (*ex : Anaïs devient Marion*). Les noms des lieux (villes, hôpitaux etc.) sont tronqués de toutes leurs lettres sauf la première (*ex : Versailles devient V.*).

À tout moment, avant et/ou pendant l'entretien, les participantes peuvent manifester par écrit ou oralement leur volonté de ne pas aborder certains thèmes et/ou de ne pas répondre à certaines des questions posées. Tous les choix portés à ma connaissance seront respectés.

Contact :

Si des personnes qui répondent aux critères élaborés dans cet appel désirent me faire part de leur expérience, merci de prendre contact par mail : anais.mary@hotmail.fr ou par téléphone : **06-07-54-65-85** afin que soit fixé un créneau pendant lequel sera réalisé l'entretien.

Annexe 2. Guide d'entretien

Nota bene :

- 1) *Seule la dernière version du guide utilisée apparait dans ces annexes.*
- 2) *Dans un souci de lisibilité, les questions semblent être posées pour l'ensemble des enfants d'une fratrie sans distinction individuelle opérée par la sociologue. Dans les faits, lorsque les enquêtées avaient au moins deux enfants, les questions ont été posées distinctement pour chacun d'entre eux.*

Consigne : Comment le cancer a changé votre quotidien avec vos enfants ?

Thème 1 : Les relations entre les mères et leurs enfants

Pendant les traitements

Pouvez-vous me parler de vos relations avec vos enfants pendant le cancer ?

Qu'aimiez-vous faire avec vos enfants pendant le cancer ?

Pouvez-vous me parler de choses que vous auriez aimées faire avec vos enfants mais que vous ne pouviez pas faire pendant le cancer ?

Comment le viviez-vous ?

Et vos enfants, comment diriez-vous qu'ils le vivaient ?

Pouvez-vous me parler de choses que vous avez pu faire avec vos enfants pendant le cancer que vous n'aviez jamais eu l'occasion de faire avant ?

Comment l'avez-vous vécu ?

Et vos enfants, comment diriez-vous qu'ils l'ont vécu ?

Pouvez-vous me parler des principes éducatifs qui étaient importants pour vous pendant le cancer ?

Comment ont-ils été instaurés ?

Qui les a instaurés ?

Si tierce personne dans instauration des principes éducatifs : que pensiez-vous des principes éducatifs instaurés par [personne mentionnée] ?

Comment viviez-vous qu'une autre personne que vous fasse appliquer ces principes auprès de vos enfants ?

Avant le cancer

Pouvez-vous me parler de vos relations avec vos enfants avant le cancer ?

Qu'aimiez-vous faire avec vos enfants avant le cancer ?

Pouvez-vous me parler des principes éducatifs qui étaient importants pour vous avant le cancer ?

Comment avaient-ils été instaurés ?

Après les traitements

Pouvez-vous me parler de vos relations avec vos enfants depuis que les traitements sont terminés ?

Pouvez-vous me parler d'activités que vous ne faisiez pas avec vos enfants avant le cancer et que vous faites (ou refaites) depuis que les traitements sont terminés ?

Comment l'expliquez-vous ?

Pouvez-vous me parler d'activités que vous faisiez pendant le cancer avec vos enfants mais que vous ne faites plus depuis que les traitements sont terminés ?

Comment l'expliquez-vous ?

Et depuis que les traitements sont terminés, pouvez-vous me parler principes éducatifs que vous appliquez auprès de vos enfants ?

Comment ont-ils été instaurés ?

Qui les a instaurés ?

Si tierce personne dans instauration des principes éducatifs : que pensez-vous des principes éducatifs instaurés par [personne mentionnée] ?

Comment vivez-vous qu'une autre personne que vous fasse appliquer ces principes auprès de vos enfants ?

Thème 2 : Le quotidien des mères sous le spectre des tâches parentales

Pendant les traitements

Pendant le cancer, comment faisiez-vous pour :

Habiller vos enfants [pour enfants en bas-âge] ?

Laver vos enfants [pour enfants en bas-âge] ?

Faire à manger à vos enfants ?

Suivre la scolarité (accompagner à l'école/crèche, aide dans les devoirs, réunions parents/professeurs, inscriptions cantine/centre aéré etc.) de vos enfants ?

Leurs activités extra-scolaires ?

Pendant le cancer, pouvez-vous me parler des aides que vous avez reçues pour [activités prévues ci-dessus] ? Quelles étaient-elles ?

De la part de qui avez-vous reçues [aides mentionnées] ?

Comment avez-vous vécu de vous faire aider pour [activités mentionnées] ?

Et la personne qui vous a aidée, d'après vous, comment vivait-elle de [aide mentionnée] ?

Si pas d'aide : comment expliquez-vous que vous n'avez pas reçu d'aide pendant le cancer ?

Avant le cancer

Et avant le cancer, comment faisiez-vous pour [*cf. liste d'activités prévue ci-dessus*] ?

Avant le cancer, pouvez-vous me parler des aides que vous receviez [*cf. liste d'activités prévue ci-dessus*] ? Quelles étaient-elles ?

De la part de qui receviez-vous de l'aide pour [activités mentionnées] ?

Comment viviez-vous d'être aidée pour [activités mentionnées] ?

Et la personne qui vous aidait, d'après vous, comment vivait-elle de [aide mentionnée] ?

Si pas d'aide : comment expliquez-vous que vous ne receviez pas d'aide avant le cancer ?

Après les traitements

Et depuis que les traitements sont terminés, comment faites-vous pour [*cf. liste d'activités prévue ci-dessus*] ?

Pouvez-vous me parler des aides que vous continuez de recevoir pour [*cf. liste d'activités prévue ci-dessus*] ? Quelles sont-elles ?

De la part de qui continuez-vous à recevoir de l'aide pour [activités mentionnées] ?

Comment vivez-vous d'être aidée aujourd'hui pour [activités mentionnées] ?

Et la personne qui vous aide, d'après vous, comment vit-elle de [aide mentionnée] ?

Si plus d'aide : comment expliquez-vous que vous ne recevez plus d'aide depuis que les traitements sont terminés ?

Thème 3 : Dire le cancer aux enfants

Comment vos enfants ont-ils entendu parler du cancer/de votre cancer pour la première fois ?

Qui leur en a parlé ?

Comment vous expliquez que ce soit [personne mentionnée] qui leur en ait parlé ?

À quel moment ?

Comment expliquez-vous que [personne mentionnée] leur ait dit à ce moment-là ?

Quels sont les mots qui ont été utilisés ?

Comment expliquez-vous l'utilisation de ces mots ?

Pouvez-vous me parler de choses que vous saviez mais que vous n'avez volontairement pas dites à vos enfants ?

Comment expliquez-vous que vous ne leur ayez pas dit ?

Pouvez-vous me parler de choses dont vous avez parlé à vos enfants de façon volontairement inexacte ?

Comment l'expliquez-vous ?

Pouvez-vous me parler d'éventuels conseils que vous avez reçus pour parler du cancer à vos enfants ?

Qui/quoi vous a donné ces conseils ?

À quelle(s) occasion(s) ces conseils vous ont-ils été donnés ?

Quels sont les conseils que vous avez suivis / pas suivis ?

Comment expliquez-vous que vous ayez suivi/pas suivi [conseil(s) mentionné(s)] ?

Et mis à part quand vos enfants ont appris pour le cancer, pouvez-vous me parler d'autres discussions engagées avec eux ou par eux sur le cancer pendant les traitements ?

- Sur les traitements ?
- Les effets secondaires des traitements ?
- Les évolutions du cancer ?
- Les issues possibles du cancer (rémission, guérison, mort...) ?

Et depuis que les traitements sont terminés, pouvez-vous me parler de discussions qui ont été engagées avec vos enfants ou par eux sur le cancer ?

Thème 4 : Aides apportées par les enfants pendant les traitements

Pendant les traitements, comment vos enfants ont-ils pu vous apporter de l'aide ?

Quelles sont les aides que vos enfants vous ont apportées pendant les traitements ?

Comment expliquez-vous qu'ils vous aient apporté [aide mentionnée] ? N'aient pas apporté d'aide ?

Et depuis que les traitements sont terminés, comment peuvent-ils encore vous aider ? Quelles aides vos enfants vous apportent-ils actuellement ?

Comment expliquez-vous qu'ils vous apportent [aide mentionnée] aujourd'hui ? Ne vous apportent plus d'aide aujourd'hui ?

Thème 5 : Point de vue maternel sur le vécu du cancer par les enfants

Comment diriez-vous que vos enfants ont vécu le cancer pendant les traitements ?

Pouvez-vous me parler d'éventuelles difficultés qu'ils auraient eu en lien avec le cancer pendant celui-ci ?

Quel lien faites-vous entre [difficulté(s) mentionnée(s)] et le cancer ?

Comment expliquez-vous qu'ils aient eu [difficulté(s) mentionnée(s)] ?

Comment ont-ils surmonté [difficulté(s) mentionnée(s)] ?

Avant le cancer, avaient-ils déjà pu avoir ce genre de difficultés ? Vous pouvez m'en parler ?

Pouvez-vous me parler de difficultés en lien avec le cancer que vos enfants ont eu (ou ont toujours) une fois les traitements terminés ?

Comment expliquez-vous qu'ils aient eu / aient encore [difficulté(s) mentionnée(s)] ?

Pouvez-vous me dire comment ces [difficultés] sont (ou pourraient être) surmontées ?

Si pas de difficulté(s) mentionnées : comment expliquez-vous que vos enfants n'aient pas eu de difficultés particulières pendant les traitements ? Et Après ?

Thème 6 : Le cancer, ses traitements et ses effets secondaires

Pouvez-vous me parler du cancer que vous avez eu ?

Quel(s) organe(s) a/ont été touché(s) ?

Comment en êtes-vous venue à avoir le diagnostic ?

Pouvez-vous me parler du diagnostic qui a été fait par les médecins ?

À quel stade était le cancer lors de ce diagnostic ? À quel grade ?

Lorsque vous avez eu ce diagnostic, quelles ont été vos pensées pour vos enfants ?

Pouvez-vous me parler de vos traitements ? Quels protocoles ont été mis en place ?

Quand les avez-vous commencés ?

Quand les avez-vous terminés ?

Comment avez-vous réagi quand les médecins vous ont dit que vous alliez avoir [protocoles mentionnés] ?

Comment les avez-vous vécus ?

Pouvez-vous me parler des effets secondaires des traitements ? Quels sont ceux que vous avez eus ?

Comment avez-vous vécu [effets secondaires mentionnés] vis-à-vis de vos enfants ?

Et eux, comment diriez-vous qu'ils les ont vécus ?

En dehors des explications médicales données au cancer, pouvez-vous me parler de celles que vous auriez pu avoir, vous, personnellement ?

Signalétique

Sexe

- Enquêtée :
- Conjoint(e) :
- Enfant(s) (1 ; 2 ; 3 etc.) :

Âge

Diagnostic	Entretien
<ul style="list-style-type: none">- Enquêtée :- Conjoint(e) :- Enfant(s) (1 ; 2 ; 3 etc.) :	

Niveau scolaire des enfants (le cas échéant : leur situation professionnelle)

Diagnostic	Entretien
<ul style="list-style-type: none">- Enfant(s) (1 ; 2 ; 3 etc.)	

Situation professionnelle

Diagnostic	Entretien
<ul style="list-style-type: none">- Enquêtée :- Conjoint(e) :	

Situation conjugale de l'enquêtée

Diagnostic	Entretien

Date de fin des traitements (avant hormonothérapie à interroger distinctement si nécessaire) :

Statut du cancer (premier cancer en cours, récurrence, rémission, guérison, autre...) :

Annexe 3. Portrait des enquêtées

Nota bene : les informations données à gauche des points-virgules correspondent à la situation de l'enquêtée au moment du diagnostic de cancer et à droite du signe de ponctuation, à ce qu'elle est au moment des entretiens.

Première vague d'entretiens réalisée entre décembre 2017 et avril 2018

Annie

Âge : 48 ans ; 58 ans - Profession : Informaticienne ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem ; Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2008 - Profession du père des enfants : Banquier ; idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 22 et 32 ans (aîné) ; 17 et 27 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h32.

Lorsque nous nous rencontrons en janvier 2018, Annie est sous traitements contre un cancer du sein après en avoir eu deux autres depuis 1992.

Aurélie

Âge : 38 ans ; 40 ans - Profession : Biostatisticienne ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem ; Type de cancer : Cerveau - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Ingénieur ; Idem - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et F - Âge des enfants : 11 et 13 ans (aîné) ; 9 et 11 ans (cadette) ; 7 et 9 ans (benjamine).

Protocole : Radiothérapie combinée à de la chimiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face dans un café de la région parisienne – durée : 1h55.

Bernadette

Âge : 37 ans ; 62 ans - Profession : Assistante de direction ; Retraitée - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 1992 - Profession du père

des enfants : Ingénieur ; Retraité - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 15 et 40 ans (aîné) ; 11 et 36 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de radiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 2h01.

Lorsque nous nous rencontrons (janvier 2018), Bernadette suit un traitement contre un cancer des os après avoir vécu un deuxième cancer du sein en 2005.

Esther

Âge : 49 ans ; 52 ans - Profession : Ingénieure ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Avril 2016 - Profession du père des enfants : Ingénieur ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 17 et 20 ans (aîné) ; 11 et 14 ans (cadette)

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h43.

Floriane

Âge : 29 ans ; 29 ans - Profession : Infirmière en dialyse ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Concubinage - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : En cours - Profession du père des enfants : Agriculteur ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 1,5 et 2 ans.

Protocole : Chimiothérapie combinée à une thérapie ciblée et à de la radiothérapie puis à de l'hormonothérapie.

Entretien réalisé via Skype, l'enquêtée habitant en province – durée : 1h32.

Lorsque nous nous rencontrons en décembre 2017, le protocole est en cours ; une mastectomie est alors envisagée de façon incertaine.

Francine ❁

Âge : 32 ans ; 49 ans - Profession : Auxiliaire de puériculture ; Arrêt longue maladie - Situation conjugale : Concubinage (avec un autre homme que le père de son fils) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Février 2006 - Profession du père des enfants :

Cadre EDF - Profession du compagnon (pendant le cancer) : Technicien base spatiale - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 7 et 21 ans.

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de la nièce de l'enquêtée – durée : 1h53.

Lorsque nous nous rencontrons en décembre 2017, Francine est sous traitements contre un cancer du poumon. Nous avons appris son décès survenu en 2021 par sa nièce.

Gaëlle

Âge : 33 ans ; 41 ans - Profession : Professeure des écoles ; Idem - Situation conjugale : Concubinage (père de ses deux filles) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mai 2016 - Profession du père des enfants : Commercial (père des deux filles) - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et F - Âge des enfants : 10 et 18 ans (aîné) ; 7 et 15 ans (cadette) ; 4 et 12 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h59.

Hélène

Âge : 34 ans ; 40 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Divorcée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Octobre 2013 - Profession du père des enfants : NC - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 6 et 11 ans (aînée) ; 3 et 8 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie précédée d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h36.

Jessica

Âge : 39 ans ; 44 ans - Profession : Acheteuse industrielle ; Responsable achat - Situation conjugale : Pacsée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : août 2014 - Profession du père des enfants : Responsable informatique ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 8 et 13 ans (aîné) ; 2 mois et 5 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h27.

Katia

Âge : 43 ans ; 45 ans - Profession : Directrice promotion ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Février 2017 - Profession du père des enfants : Ingénieur informatique ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 13 et 15 ans.

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h38.

Laure

Âge : 35 ans ; 37 ans - Profession : Infirmière ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Technicien électroménager ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 8 et 10 ans (aîné) ; 4 et 6 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face sur le lieu de travail de l'enquêtée – durée : 1h46.

Laurence

Âge : 48 ans ; 53 ans - Profession : Ingénieure ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Fin 2015 - Profession du père des enfants : Ingénieur - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et M - Âge des enfants : 18 et 23 ans (aîné) ; 14 et 19 ans (cadette) et 9 et 14 ans (benjamin).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie combinée à une thérapie ciblée et à de la radiothérapie puis à de l'hormonothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h54.

Leïla

Âge : 33 ans ; 35 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Septembre 2016 - Profession du père des enfants : Missions intérimaires ponctuelles ; Plombier - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 6 et 8 ans (aînée) ; 21 mois et 3,5 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie puis hormonothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h53.

Lucie

Âge : 40 ans ; 44 ans - Profession : Assistante de direction ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2016 - Profession du père des enfants : Commercial ; Directeur commercial - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 2 et 6 ans.

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face dans un café de la région parisienne – durée : 1h51.

Maëva

Âge : 49 ans ; 51 ans - Profession : Cheffe d'entreprise (bâtiment) - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Fin 2016 - Profession du père des enfants : Chef d'entreprise (bâtiment) - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et M - Âge des enfants : 25 et 27 ans (aînée) ; 18 et 20 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie puis hormonothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face sur le lieu de travail de l'enquêtée – durée : 1h40.

Myriam

Âge : 45 ans ; 47 ans - Profession : Cheffe d'agence (location de voiture) ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mars 2017 - Profession du père des enfants : Menuisier ; Plombier-chauffagiste - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 18 et 20 ans (aîné) ; 12 et 14 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie combinée à une thérapie ciblée et à de la radiothérapie puis à de l'hormonothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 2h02.

Nabila

Âge : 43 ans ; 46 ans - Profession : Assistante de gestion ; Idem - Situation conjugale : Mariée
- Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mai 2016 - Profession du père des
enfants : Pharmacien ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des
enfants : 12 et 15 ans (aîné) ; 9,5 et 12,5 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et
d'hormonothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée entretien 1 : 2h29 ; durée
entretien 2 : 2h27.

*N'ayant pas réussi à obtenir toutes les informations souhaitées dans le cadre d'un premier
entretien d'une durée de deux heures et demie, nous en avons effectué un autre la semaine
suivante d'un temps équivalent.*

Nicole

Âge : 36 ans ; 39 ans - Profession : Infirmière ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ;
Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : visites de contrôle en cours -
Profession du père des enfants : Ingénieur aéronautique ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe
des enfants : M et M - Âge des enfants : 3 et 6 ans (aîné) ; 1 et 4 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 2h07.

*Nicole est revenue vers nous dans le cadre de notre ultime vague d'entretiens. Nous l'avons
donc rencontrée à une deuxième reprise en mai 2021 :*

Âge : 43 ans - Profession : En congé parental - Situation conjugale : Mariée - Profession du
père des enfants : Manager chez Thales - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, M et F
- Âge des enfants : 10 ans (aîné) ; 8 ans (cadet) ; 10 mois (benjamine).

Entretien réalisé via Zoom – durée : 1h18.

Sonia

Âge : 43 ans ; 46 ans - Profession : Avocate libérale ; Idem - Situation conjugale : Mariée ;
Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Octobre 2015 - Profession du père
des enfants : Directeur grands comptes ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et
F - Âge des enfants : 11 et 13 ans (aîné) ; 8 et 10 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h08.

Sylvie

Âge : 45 ans ; 56 ans - Profession : Responsable marketing ; Directrice industrielle - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2006 - Profession du père des enfants : Responsable marketing ; Directeur d'entreprise - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 17 et 28 ans (aînée) ; 14 et 25 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h48.

Victoria

Âge : 49 ans ; 58 ans - Profession : Cheffe d'entreprise (organisation de mariage) ; Gestionnaire immobilier & Assistante maternelle - Situation conjugale : En instance de divorce ; Célibataire - Type de cancer : Peau - Date de fin des traitements : Fin 2013 - Profession du père des enfants : Dirigeant d'entreprise ; sans activité - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 24 et 30 ans (aînée) et 20 et 27 ans (cadette – atteinte de handicaps physique et mental)

Protocole : Tumorectomie suivie de sept mois d'hospitalisation pendant lesquels a lieu la radiothérapie pendant six semaines qui ont précédé un séjour en centre de rééducation pour réacquérir la marche.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h53.

Au total, l'enquêtée a subi deux années d'hospitalisation en continu.

Deuxième vague d'entretiens réalisée en décembre 2018 et février 2019

Sabine

Âge : 35 ans ; 37 ans - Profession : Assistante de direction ; Idem - Situation conjugale : Concubinage (avec un autre homme que le père de sa fille) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mars 2018 - Profession du père des enfants : Chef de rang ; Idem - Profession du compagnon (si différent) : N.C - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 7 et 8 ans.

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h21.

Zoé

Âge : 34 ans ; 38 ans - Profession : Assistante de direction ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Mariée - Type de cancer : Peau - Date de fin des traitements : Septembre 2017 - Profession du père des enfants : Technicien automobile : Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 2 et 6 ans.

Protocole : Tumorectomie (curage ganglionnaire) suivie d'une immunothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 2h06.

Troisième vague d'entretiens réalisée entre janvier 2020 et mars 2020

Audrey

Âge : 42 ans ; 43 ans - Profession : Cadre : Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juillet 2019 - Profession du père des enfants : Cadre ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 14 et 15 ans.

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h55.

Corinne

Âge : 41 ans ; 42 ans - Profession : Secrétaire médicale ; arrêt maladie - Situation conjugale : Divorcée ; Idem - Type de cancer : Peau - Date de fin des traitements : En cours - Profession

du père des enfants : Agent technique ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M -
Âge des enfants : 12 et 13 ans.

Protocole : tumorectomie suivie de visites de contrôle régulières.

Entretien réalisé en face-à-face dans les bureaux du comité des Yvelines de la Ligue contre le cancer – durée : 1h20.

Déborah

Âge : 51 ans ; 52 ans - Profession : Sans emploi ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem -
Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juin 2019 - Profession du père des enfants :
Chasseur de tête ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants :
19 et 20 ans (aînée) ; 14 et 15 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie de radiothérapie suivie d'hormonothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h36.

Diane

Âge : 31 ans ; 48 ans - Profession : Infirmière ; Jardinière - Situation conjugale : Mariée avec
le père des enfants ; Mariée avec un autre homme - Type de cancer : Sein - Date de fin des
traitements : Juin 2003 – Profession du père des enfants : Designer ; Idem - Profession du
compagnon (si différent) : Directeur financier ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants :
M et F - Âge des enfants : 4 et 22 ans (aîné) ; 2 et 20 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h42.

Lorsque nous nous rencontrons (janvier 2020), Diane suit un traitement contre un nouveau cancer.

Jeanne

Âge : 40 ans ; 47 ans - Profession : Infirmière ; Invalidité - Situation conjugale : Mariée ; Idem
- Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2015 - Profession du père des enfants :
Gendarme mobile ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants :
9 et 15 ans (aîné) ; 3 et 9 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h43.

Lorsque nous nous rencontrons (mars 2020), Jeanne suit un traitement contre un nouveau cancer dont le stade est très avancé.

Marielle

Âge : 47 ans ; 51 ans - Profession : Professeure des écoles - Situation conjugale : Concubinage (avec un autre homme que le père de sa fille) ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mars 2018 - Profession du père des enfants : Sans profession ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : F - Âge des enfants : 14 et 18 ans.

Protocole premier cancer : Tumorectomie sans mastectomie suivie de radiothérapie.

Protocole deuxième cancer : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face dans un café de la région parisienne – durée : 1h56.

Nathalie

Âge : 50 ans ; 52 ans – Profession : Ressources Humaines ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mai 2019 - Profession du père des enfants : Directeur informatique ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et M - Âge des enfants : 17 et 18 ans (aînée) ; 14 et 15 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie de chimiothérapie, de radiothérapie et hormonothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face dans un café de la région parisienne en présence d'une étudiante de deuxième année de licence Sciences humaines et sociales de l'Université de Paris dans le cadre d'un dispositif d'initiation à la recherche – durée : 1h32.

Nelly

Âge : 49 ans ; 52 ans - Profession : Employée de mairie ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein ; Idem - Date de fin des traitements : 2016 - Profession du père des enfants : Directeur social ; Idem - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, M et F - Âge des enfants : 23 et 21 ans (aîné) ; 20 et 18 ans (cadet) ; 13 et 16 ans (benjamine).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie de radiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h47.

Nina

Âge : 37 ans ; 39 ans - Profession : Assistante juridique ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Août 2018 - Profession du père des enfants : Parquetier ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 2 et 3,5 ans.

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face dans un café situé dans un centre commercial de la région parisienne – durée : 1h37.

Patricia

Âge : 49 ans ; 54 ans - Profession : Responsable commerciale ; Idem - Situation conjugale : Mariée - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Octobre 2016 - Profession du père des enfants : Commercial ; Retraité - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 16 et 21 ans (aîné) ; 13 et 17 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie, de radiothérapie et d'hormonothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h07.

Roxanne

Âge : 35 ans ; 38 ans - Profession : Chargée de communication ; Cheffe de production - Situation conjugale : Pacsée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2018 - Profession du père des enfants : Ingénieur informatique ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 4,5 et 8 ans (aîné) ; Grossesse et 3 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie sans mastectomie suivie d'une chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien réalisé dans un café situé à Paris – durée : 1h26.

Samia

Âge : 32 ans ; 35 ans - Profession : Cadre ; Invalidité - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Ovaires - Date de fin des traitements : Mars 2017 - Profession du père des enfants : Cadre ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 3 et 5 ans (aîné) ; Grossesse et 2,5 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie suivie de chimiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h57.

Valentine

Âge : 55 ans ; 56,5 ans - Profession : Directrice des ressources humaines ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Leucémie - Date de fin des traitements : Janvier 2020 - Profession du père des enfants : Ingénieur ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et M - Âge des enfants : 25 et 27 ans (aînée) ; 17 et 18,5 ans (cadet).

Protocole : Chimiothérapie permanente pendant dix jours en chambre stérile suivie de cures de chimiothérapie espacées de deux semaines et d'immunothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h43.

Quatrième vague d'entretiens réalisée entre avril et mai 2021

Alexia

Âge : 40 ans ; 42 ans - Profession : Professeure des écoles ; Idem - Situation conjugale : Pacsée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Février 2020 - Profession du père des enfants : Ingénieur chimiste ; Idem - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, M et M - Âge des enfants : 12 et 14 ans (aîné) ; 9 et 11 ans (cadet) ; 3,5 et 5,5 ans (benjamin).

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de chimiothérapie pendant quatre mois puis de la radiothérapie. Au moment de l'entretien, l'enquêtée est sous hormonothérapie.

Entretien réalisé via Zoom – durée : 1h06.

Alexie

Âge : 45 ans ; 47 ans - Profession : Indépendante ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mars 2019 - Profession du père des enfants : Architecte d'intérieur ; Idem - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : F, M et M - Âge des enfants : 15 et 17 ans (aînée) ; 10 et 12 ans (cadet) ; 7 et 9 ans (benjamin).

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de douze séances de chimiothérapie et de la radiothérapie.

Entretien réalisé via Zoom – durée : 1h29.

Alicia

Âge : 43 ans ; 44 ans - Profession : Directrice d'une crèche familiale ; Arrêt longue maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juin 2020 - Profession du père des enfants : Conducteur d'engins travaux publics ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et M - Âge des enfants : 16 et 17 ans (aînée) ; 13 et 14 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie suivie d'une opération de mastectomie et d'une reconstruction du sein « retiré ». Au moment de l'entretien, l'enquêtée s'apprête à avoir une deuxième opération de reconstruction consistant en un transfert graisseux dans le sein touché par le cancer et d'une réduction mammaire de l'autre.

Entretien réalisé via Zoom – durée : 1h52.

Amélie

Âge : 35 ans ; 48 ans - Profession : Professeure des écoles ; Idem à la Direction académique - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Lymphome de Hodgkin - Date de fin des traitements : Fin août 2016 - Profession du père des enfants : Chef de projet informatique ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et F - Âge des enfants : 7 ; 15 et 19 ans (aîné) ; 5 ; 12 et 17 ans (cadette).

Protocole Lymphome (2008) : Chimiothérapies en ambulatoire pendant quatre mois.

Protocole Lymphome (2015) : Pendant quatre mois, chimiothérapies avec hospitalisation pendant cinq jours suivies d'un retour à domicile pendant six jours et de périodes d'hospitalisation qui pouvaient durer jusqu'à cinq jours pour effectuer des transfusions sanguines.

Après ce protocole, l'enquêtée a été hospitalisée pendant un mois en chambre stérile pour une chimiothérapie dite d'intensification qui a précédé une greffe de moëlle osseuse.

Entretien réalisé via Zoom – durée : 1h55.

Anne-Marie

Âge : 42 ans ; 54 ans - Profession : Responsable communication ; Chargée de communication en formation internationale - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date

de fin des traitements : Décembre 2008 ; En cours dans le cadre d'une troisième récurrence - Profession du père des enfants : Channel MEA manager ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 8 et 21 ans.

Protocole : Chimiothérapies toutes les trois semaines pendant six mois suivies d'une tumorectomie avec mastectomie et de la radiothérapie.

Entretien réalisé via Zoom – durée : 1h43.

Chantal

Âge : 58 ans ; 65 ans - Profession : Professeure ; Retraitée - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2013 - Profession du père des enfants : Professeur ; Retraité - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et F - Âge des enfants : 28 et 35 ans ; 20 et 27 ans ; 18 et 25 ans.

Protocole : Tumorectomie suivie de six séances de chimiothérapie puis d'une deuxième opération pour mastectomie, de la radiothérapie et de l'hormonothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face au domicile de l'enquêtée – durée : 1h48.

Élise

Âge : 40 ans ; 48 ans - Profession : Conseillère insertion emploi ; AVS dans une école maternelle - Situation conjugale : Divorcée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juillet 2014 - Profession du père des enfants : N.C - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 12 et 20 ans (aînée) ; 9 et 18 ans (cadette).

Protocole : Opération avec mastectomie du sein gauche et ablation de quinze ganglions de la chaîne axillaire suivie de séances de chimiothérapie durant quatre mois et demi puis de trente séances de radiothérapie qui ont précédé cinq années d'hormonothérapie.

Entretien réalisé par téléphone – durée : 1h28.

Fabienne

Âge : 44 ans ; 47 ans - Profession : Cheffe de projet informatique ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Décembre 2018 - Profession du père des enfants : Chef de projet informatique ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 4,5 et 7,5 ans ; 3 et 6 ans.

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie du sein gauche suivie de la suppression de la chaîne ganglionnaire qui a précédé de six séances de chimiothérapie et de la radiothérapie pendant un mois et demi.

À l'issue de ce protocole, l'enquêtée a eu une ablation de son deuxième sein (en raison de la présence du gène BRAC dans son organisme qui augmente les risques de développer un cancer du sein, des ovaires ou des trompes) qui a découlé sur une hospitalisation qui a duré un mois pour traiter une nécrose. Lorsque nous faisons l'entretien, l'enquêtée vient juste d'achever les opérations de reconstruction mammaire.

Durant ses chimiothérapies que Fabienne vivait mal (dépression avec ce qu'elle nomme des « pulsions suicidaires »), l'interrogée a été hospitalisée un mois en structure psychiatrique.

Cet entretien a été réalisé en deux parties. La première a eu lieu en mai 2021 via Zoom (vidéo) et par téléphone en raison d'un problème de microphone. La deuxième a été effectuée en juin 2021 par téléphone en raison de l'interruption de l'entrevue lors de la première rencontre (départ en vacances de l'enquêtée) – durée totale : 1h34.

Ian

Âge : 45 ans ; 47 ans - Profession : Analyste en TVA ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Célibataire ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : En cours dans le cadre d'une récurrence ; traitements à vie - Profession du père des enfants : NC - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et F - Âge des enfants : 17 et 19 ans (aînée) ; 13 et 16 ans (cadette).

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de chimiothérapies à hauteur d'une fois par semaine pendant six mois et d'hormonothérapie.

Entretien réalisé via Zoom – durée : 1h49.

Ilana

Âge : 31 ans ; 33 ans - Profession : Responsable ADV ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juin 2020 - Profession du père des enfants : Chef de chantier ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 3 mois et 2 ans.

Protocole : Mastectomie suivie de séances de chimiothérapie pendant six mois. Au cours de ce protocole, Ilana a été hospitalisée pendant dix jours à la suite de complications cardiaques en

lien avec les traitements. Au moment de l'entretien, elle est sous hormonothérapie pour une durée de cinq ans.

Entretien réalisé via Zoom – durée : 2h05.

Lila

Âge : 41 ans ; 47 ans - Profession : Professeure de mathématiques ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : 2015 - Profession du père des enfants : Fonctionnaire dans l'Enseignement supérieur ; Fonctionnaire dans l'Éducation nationale - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : M et M - Âge des enfants : 9 et 14 ans (aîné) ; 5 et 11 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie suivie de séances de kinésithérapie puis un mois de radiothérapie et de l'hormonothérapie toujours en cours lors de l'entretien.

Entretien réalisé via Zoom – durée : 1h58.

Lina

Âge : 47 ans ; 48 ans - Profession : Directrice d'hôpital ; Congé maladie - Situation conjugale : En couple avec le père de sa dernière fille ; Célibataire - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Juillet 2021 - Profession du père des enfants : Docteur en géographie (père de la benjamine) - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : F, F et F - Âge des enfants : 9 et 10 ans ; 8,5 et 9,5 ans ; 5 mois et 19 mois.

Protocole : Tumorectomie avec mastectomie suivie de séances de chimiothérapie et de radiothérapie.

Entretien réalisé en face-à-face – durée : 1h08.

Nadège

Âge : 44 ans ; 46 ans - Profession : Professeure des écoles ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Mai 2020 - Profession du père des enfants : Ingénieur agronome ; Idem - Nombre d'enfants : 3 - Sexe des enfants : M, F et F - Âge des enfants : 13 et 15 ans (aîné) ; 7 et 9 ans (cadette) ; 4 et 6 ans (benjamine).

Protocole : Six mois de chimiothérapie puis tumorectomie avec mastectomie suivie de séances de radiothérapie et de l'hormonothérapie.

Entretien réalisé via Zoom – durée : 1h24.

Priscille

Âge : 47 ans ; 48 ans - Profession : Chômage ; Arrêt maladie - Situation conjugale : Célibataire ; Idem - Type de cancer : Ovaires - Date de fin des traitements : En cours (prévue pour fin septembre 2021) - Profession du père des enfants : NC - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : 24 ; 25 ans.

Protocole : Six séances de chimiothérapie qui ont été suivies par l'opération de tumorectomie qui a précédé trois dernières cures de chimiothérapie. Au moment de l'entretien, l'enquêtée est sous *Avastin*. Selon les informations à notre disposition, il s'agit d'un anticorps qui vise à empêcher la croissance des tumeurs afin de pallier les risques de récurrence.

Entretien réalisé via Zoom – durée : 1h04.

Sandrine

Âge : 43 ans ; 48 ans - Profession : Militaire ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Octobre 2017 - Profession du père des enfants : Militaire ; Idem - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et M - Âge des enfants : 16 et 20 ans (aînée) ; 14 et 18 ans (cadet).

Protocole : Six mois de chimiothérapie qui ont été suivis pas une tumorectomie sans mastectomie avant d'entamer un mois de radiothérapie (de septembre à octobre 2017).

Entretien réalisé via Zoom – durée : 1h08.

Sophie

Âge : 38 ans ; 40 ans - Profession : Infirmière aux urgences ; Idem - Situation conjugale : Concubinage ; Idem - Type de cancer : Sein - Date de fin des traitements : Août 2019 - Profession du père des enfants : Infirmier ; Idem - Nombre d'enfants : 1 - Sexe des enfants : M - Âge des enfants : Grossesse et 2 ans trois quarts.

Protocole : Un premier protocole de chimiothérapie est mis en place en juin 2018 alors qu'elle est enceinte. Celui-ci restant sans effet, décision est prise de faire accoucher l'enquêtée. Elle débute alors un deuxième protocole de chimiothérapie d'une durée de quatre mois. Elle subit une mastectomie avec curage ganglionnaire avant d'entamer des séances de radiothérapie à la suite desquelles elle aura de nouveau de la chimiothérapie en intraveineuse pendant six mois.

Entretien réalisé via Messenger – durée : 1h16.

Nous avons appris son décès survenu en 2022 par les réseaux sociaux.

Vanessa

Âge : 44 ans ; 45 ans - Profession : Gestionnaire marques ; Idem - Situation conjugale : Mariée ; Mariée - Type de cancer : Sein (triple négatif) - Date de fin des traitements : Novembre 2020 - Profession du père des enfants : Comptable - Nombre d'enfants : 2 - Sexe des enfants : F et M - Âge des enfants : 17 et 18 ans (aînée) ; 14 et 15 ans (cadet).

Protocole : Tumorectomie suivie de séances de chimiothérapie puis de la radiothérapie.

Entretien réalisé via Zoom – durée : 1h30.

