

Reconstructions féminines après un cancer du sein : normes de genre renégociées et mobilités thérapeutiques de femmes au Cambodge

En 2020, plus de 2 millions de cancers du sein (2,26 millions) ont été diagnostiqués dans le monde (Globocan, 2020). Il s'agit du cancer le plus fréquent (Globocan, 2020). Malgré cela, le cancer du sein est insuffisamment inscrit à l'agenda politique global (Black et Richmond, 2019 ; Ginsburg et al., 2017). Si l'on a longtemps pensé que le cancer concernait presque exclusivement les pays du Nord (Frieden, Graber et M'Zoughi, 2018), l'on observe depuis quelques années une augmentation très rapide du nombre de nouveaux cas par an (incidence) du cancer du sein dans les pays du Sud. Le traitement de ce type de cancers implique souvent l'ablation d'un ou des deux seins, recouvrant alors des enjeux autour des questions de genre, des mobilités thérapeutiques de patientes, et des processus de « reconstruction » aux plans corporel et psychique à la suite de cette « altération » corporelle (section I, II). Le cas du Cambodge, peu documenté sur ces procédures médicales reconstructrices, semble alors particulièrement heuristique pour aborder ces thématiques de par ses spécificités historiques, médicales et sociologiques (section III).

Mobilités thérapeutiques et reconstructions mammaires : enjeux du tourisme thérapeutique

La mondialisation et la globalisation aux plans économique, politique, culturel amènent à poser depuis plusieurs décennies la question de la circulation des savoirs et des pratiques. La médecine n'échappe pas à ce processus mondialisé d'échanges de savoirs et de confrontations des techniques, voire d'une standardisation des pratiques en tension avec des déclinaisons locales.

En effet, les pratiques de santé, désormais comprises dans une interdépendance mondiale, nous permettent de penser le corps autrement, c'est-à-dire pris dans « des enjeux mercantiles proches de ceux d'une économie globale » (Gobatto, 2003). Plus précisément, depuis les années 2000, le monde médical témoigne d'une intensification des mobilités thérapeutiques entre pays. Au-delà de la circulation de patient·es en demande de traitement, on observe également des modes divers de circulation des soignants et des médicaments (Kangas, 2010 ; Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010). Ces mobilités thérapeutiques transnationales soulèvent de nombreux enjeux sanitaires, économiques et sociaux. A la fois les circulations de patient·es révèlent les inégalités globales de santé sous-jacentes et contribuent en retour à la reproduction et à l'augmentation des inégalités (Sakoyan, 2012 ; Kaspar, Walton-Roberts et Bochaton, 2019). Une littérature abondante décrit les implications en termes d'économie et de ressources de santé de ces mobilités thérapeutiques, la demande et l'offre du commerce, l'implication de l'État, ainsi que les avantages et les inconvénients de sa promotion et son rôle dans le développement économique (Callahan 1999 ; Mair 2005 ; Smith 2004 ; Chee 2007 ; Bookman et Bookman 2007 ; Sobo 2009). Le tableau est complexe, car les pays peuvent à la fois " envoyer " et " recevoir " des patient·es, des professionnel·les et des produits, les hôpitaux peuvent être détenus par des étranger·es, ou leur propriété peut être dissimulée par des " actionnaires désigné·es " ou gérée par des sociétés étrangères (Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010). Les soins transnationaux contre les cancers constituent, par exemple, un cas instructif des fortes disparités géographiques relatives à la disponibilité des thérapies. Les parcours de soins de santé ont de nombreux effets sur les patient·es et leurs familles, ils s'avèrent à la fois une quête d'espoir et un chemin rendu très difficile par le coût élevé de la prise en charge dans un contexte de marchandisation de la santé (Kaspar, 2019).

Les chirurgies mammaires représentent dans le monde biomédical un marché lucratif désormais incontournable, s'inscrivant au carrefour de chirurgies dites « reconstructives » et esthétiques (Greco, 2016b). Les enjeux économiques constituent donc un des moteurs de ces circulations, et notamment des mobilités thérapeutiques des patientes qui cherchent à contourner le manque d'offre de proximité ou le trop fort coût d'une chirurgie mammaire et/ou d'une prise en charge reconstructive plus générale (accès à des associations de patientes, suivi psychologique, etc).

Médecine et reconstructions chirurgicales mammaires

Par de multiples procédures, la médecine se propose de « reconstruire » les corps féminins, ce qui interroge les standards médicaux du « normal » anatomique, les dimensions prescriptives et normatives des techniques médicales, ainsi que le rôle endossé par la médecine dans les constructions des normes genrées corporelles et les parcours individuels de reconstruction des patientes. S'interroger sur les reconstructions médicalisées des corps féminins semble alors particulièrement heuristique pour appréhender les processus sociaux – impliquant des interventions complexes au niveau physique et des démarches d'élaboration psychique et individuelle - à l'œuvre derrière la réalisation et la demande de certaines chirurgies, telles que la reconstruction mammaire dans le traitement du cancer du sein.

La mise en place du dépistage mammographique et des thérapeutiques néo-adjuvantes¹ a profondément modifié la chirurgie du cancer du sein, la rendant moins invasive et « mutilante » (Henry, Baas et Mathelin, 2010). Malgré ces progrès, des mastectomies² doivent être réalisées dans plus de 20% des cas de cancer du sein dans les contextes européens (Henry et al, 2010). Selon les données épidémiologiques provenant du programme de médicalisation des systèmes

¹ Un traitement néo-adjuvant est toujours employé avant le traitement principal d'une lésion maligne, généralement chirurgical, pour réduire la taille de la tumeur : par la radiothérapie ou la chimiothérapie par exemple.

² Chirurgie mammaire consistant à retirer la totalité de la glande mammaire (souvent également l'aréole et le mamelon) de l'un ou des deux seins, réalisée dans le cadre du traitement de certains cancers du sein.

d'information (PMSI), les taux de mastectomie ont beaucoup déclinés en Europe et aux Etats-Unis (Morrow et al., 2001). En revanche, l'incidence augmentant dans les pays du Sud, le taux de mastectomie semble y être assez élevé, en raison de la fréquence des diagnostics tardifs (Ley et al., 2016).

Peu de littérature existe à ce jour sur ce cas d'étude en Asie du Sud-Est. L'enjeu est donc de comprendre dans cet espace géographique, notamment au Cambodge en raison de son histoire médicale oncologique (voir ci-dessous), les représentations du corps que ces mastectomies occasionnent chez les patientes. Les cancers du sein sont mal connus dans le contexte cambodgien (M'zoughi, 2021a) et leur irruption dans la vie des femmes et des couples intervient toujours de façon brutale. Il affecte le corps féminin dans ses usages biologiques et sociaux. Après une « amputation » mammaire, les questions sont nombreuses et les réponses sont rares. Ce projet postdoctoral se propose donc d'explorer les répercussions sociales d'une « amputation » du sein dans l'image de soi des patientes, en tant que rupture biographique et dans la relation conjugale (Coulibaly, 2022).

Genre et reconstruction du cancer du sein

Par ailleurs, la littérature médicale pointe de nombreux troubles psychologiques consécutifs à la mastectomie (Méry et al., 2015), qui entraînent des altérations diverses de l'estime de soi, de la féminité et de la sexualité. Au plan sociologique, cette procédure peut amener à une perte identitaire - en tant que femme - et symbolique, en termes de capital corporel attaché aux représentations de soi. Plusieurs stratégies sont alors adoptées par les patientes pour se « reconstruire » physiquement et physiologiquement après cette intervention mammaire. Dans la plupart des cas, le cancer du sein marque finalement un " avant " et un " après " dans le positionnement des femmes face à la différenciation genrée binaire comme modèle hérité et structurant. En cela, la maladie occasionne une rupture biographique chez les patientes en matière de représentation corporelle de soi (Sarradon, 2009). Cet événement appelle également une reconstruction identitaire qui prône la continuité et implique des questions de genre (Greco, 2016b ; Meidani et Alessandrin, 2019). Par ailleurs, des recherches menées en France ont montré la forte présence de normes et de stéréotypes de genre dans les parcours de soins en cancérologie, et la dimension fortement genrée du corps traité. Meidani et Alessandrin notent que dans les rapports au corps, aux proches, aux questions sexuelles et esthétiques, le genre est toujours présent (Meidani et Alessandrin, 2019). Les auteurs suggèrent ainsi que le genre est présent à toutes les étapes de la lutte contre la maladie, notamment dans la reconstruction identitaire : le rétablissement de normes de genre structurés peut être rassurant.

Dans certains cas, la chirurgie reconstructive du sein s'avèrerait alors bénéfique pour remédier à ces troubles psychologiques « qui acceptent le deuil du sein et s'approprient leur sein reconstruit » (Henry et al, 2010). Cette solution chirurgicale est complexe³. Selon la littérature médicale, elle serait partie intégrante des traitements du cancer du sein dans les services d'oncologie en France (Rouanet, 2002). Néanmoins, peu de femmes, relativement au nombre de patientes en Europe, choisiraient la chirurgie comme recours à ces divers « troubles » relatifs à l'image de soin, en tant que moyen de s'inscrire dans la différenciation genrée relative à l'apparence des corps sexués. En France, seules 28% des femmes ayant une mastectomie choisissent de se faire reconstruire chirurgicalement après (INCa, 2021). Certaines femmes choisiraient de reconstruire leur image de féminité par la définition d'une nouvelle norme mammaire féminine en renonçant au sein comme attribut féminin, revendiquant parfois l'absence de sein, voire une asymétrie « d'Amazone⁴ » (Fortier, 2021 ; Greco, 2016a).

Le Cambodge, un cas d'étude heuristique

Comme dans d'autres pays, les cancers du sein au Cambodge semblent toucher des femmes jeunes qui ne sont diagnostiquées qu'à un stade avancé de la maladie, ce qui engage leur pronostic vital. On estime que 1877 femmes ont été atteintes d'un cancer du sein au Cambodge en 2020 ; il s'agit du cancer le plus fréquent chez les femmes dans le pays, ce qui le place avant le cancer du col de l'utérus en termes d'incidence (le cancer du col représente 11,4% des cancers chez les femmes contre 18,9% pour les cancers du sein). 793 femmes seraient décédées des suites d'un cancer du sein au Cambodge en 2020 (Globocan, 2020c). Par ailleurs, une recherche menée entre 2008 et 2011 auprès de 215 femmes atteintes d'un cancer du sein à Phnom Penh a révélé un âge médian de 47 ans. 42% de ces femmes ont été diagnostiquées à un stade très avancé⁵. Toutes les femmes ayant pu avoir recours à une chirurgie (79%), ont eu une mastectomie. Les 21% restantes n'ont pas pu être opérées (Ley et al., 2016).

L'oncologie est une discipline récente au Cambodge (Eav et al., 2012) et la France a joué un rôle majeur dans la formation des premiers oncologues cambodgiens. Après les années de guerre qui ont entraîné des blessures sociales

³ Elle va de l'implantation de masses graisseuses, de lambeaux, au recours à des prothèses internes en passant parfois par des finitions consistant en des tatouages de la plaque aréolo-mammelonnaire, qui relèvent aussi de la procédure chirurgicale (Riot et al., 2016)

⁴ Les amazones se coupaient traditionnellement un sein, afin de pouvoir plus facilement tirer à l'arc et comme signe de leur identité guerrière.

⁵ T4 avec atteinte cutanée et/ou la paroi thoracique.

profondes, il a fallu attendre 2003 pour que le département de radiothérapie de l'hôpital de l'Amitié Khméro-soviétique soit réhabilité. En 2022, la prise en charge des cancers est centralisée exclusivement dans la capitale Phnom Penh, principalement dans deux hôpitaux : l'hôpital de l'Amitié Khméro-Soviétique (HAKS) et l'hôpital Calmette. A ce titre, le 15 janvier 2018, l'inauguration du centre national d'oncologie à l'hôpital Calmette a marqué le signe d'un investissement étatique important dans la prise en charge des cancers. Ce centre est équipé de médecine nucléaire, curiethérapie, chimiothérapie, soins palliatifs et oncologie pédiatrique. Des partenaires internationaux ont soutenu le projet, dont l'Agence Internationale de l'Energie Atomique (AIEA) ainsi que des groupes d'experts français.

Etudier la question du cancer en général, et le cancer du sein en particulier, répond à un besoin de recherche urgent au Cambodge, exprimé aussi bien par des données préliminaires (projet SENOVIE, voir ci-dessous) qu'au plus haut niveau décisionnel. L'approche anthropologique développée par Meriem M'Zoughi (M'Zoughi, 2017 ; M'zoughi, 2017, 2021b) est utile pour comprendre les représentations corporelles et cosmologiques associées à cette pathologie. Mon approche, au croisement entre sociologie du genre, de la santé et du corps, viendra ainsi compléter ces travaux.

Imbrication du postdoctorat dans le projet collectif SENOVIE multidisciplinaire, intersectoriel et international

Le projet SENOVIE⁶ documente les expériences et vécus de femmes atteintes d'un cancer du sein dans plusieurs pays, s'inscrivant dans une vision globale des circulations des femmes et des ressources thérapeutiques. La particularité de ce projet SENOVIE est sa dimension internationale (Bénin, France, Mali, Cambodge) et sa démarche intersectorielle (avec des chercheur·es universitaires venant de différentes disciplines, mais aussi des professionnel·les de santé, et des associations de patientes). Le volet concernant la recherche au Cambodge (2022-2025) recouvre des activités de recherche financées par l'Institut Convergences et Migrations (ICM) et l'Institut National du Cancer (INCa), en partenariat avec plusieurs collaborateur·trices de recherche sur le terrain : Dr Pech Sothy, GO, deputy au National Mother and Child Hospital Center (NMCHC), Dr Rath Bota (Beauta), oncologue, chef de service d'oncologie à Calmette, Dr Touch Soheat, oncologue, chef de service oncologie hôpital de l'amitié khméro-soviétique (HAKH), Dr Lay Sanine, gynécologue obstétricien à l'Hopital Calmette, Dr Tineke Water, Directrice de recherche, CamTech, Phnom Penh.

Ce volet de recherche au Cambodge s'insère plus largement dans le projet de recherche SENOVIE constitué des chercheur·es et professionnel·les de santé français, béninois et maliens. C'est donc dans ce cadre collectif que ce projet postdoctoral sera mené. Il viendra enrichir, de manière complémentaire, les thématiques de recherche et les dimensions multiples de l'étude du cancer du sein. Il bénéficiera en retour d'une entrée rapide et facilitée sur le terrain et d'un accès à une grande variété interdisciplinaire de spécialistes. Enfin, Clémence Schantz, qui sera référente du suivi de ce projet postdoctoral au sein du Centre population et développement (Ceped) de l'Université Paris-Cité, est la responsable scientifique du projet SENOVIE. Clémence Schantz a suivi mes travaux doctoraux durant plusieurs années, en tant que membre de mon comité de suivi (scientifique et individuel) de thèse. Nous sommes par ailleurs toutes les deux *fellows* à l'Institut Convergences et Migrations (ICM), au sein du département HEALTH, dont les axes de recherche structurent nos travaux respectifs.

Méthodologie

Ma démarche de recherche sera qualitative ; elle prolongera le volet exploratoire de la recherche SENOVIE au Cambodge. Il s'agira de réaliser une microsociologie des patient·es atteintes de cancer du sein à Phnom Penh - capitale du pays, et lieu des principales unités oncologiques - au prime de la reconstruction post cancérologique, afin de comprendre leur motivation à la reconstruction médicale, l'accès différencié au traitement selon leur statut social, ainsi que les mobilités thérapeutiques qu'elles mettent en œuvre lors de leur demande – que ce soit pour des raisons économiques ou en raison de l'accès spatial aux soins.

La langue utilisée pour accéder à ces milieux médicaux, souvent par l'intermédiaire de professionnel·les de santé partenaires du projet collectif sera le français – langue étrangère la plus parlée au Cambodge en lien avec l'histoire coloniale du pays et encore une des langues de référence de l'enseignement de la médecine dans le pays (Schantz, 2016, p. 243) – et l'anglais. Les entretiens réalisés avec les femmes se feront pour leur part en binôme avec une traductrice (Tararath Bun) en Khmer afin de permettre aux femmes de s'exprimer plus librement dans leur langue maternelle. Tararath Bun a été l'assistante de recherche de Clémence Schantz au cours de sa recherche doctorale au Cambodge (2013-2016). Elle a l'habitude de mener des entretiens semi-directifs et d'aborder des thématiques sensibles telles que le rapport au corps et la sexualité.

Je ciblerai des femmes en rémission, en fin de traitement après une mastectomie, et se questionnant sur de possibles « reconstructions » chirurgicales, mais également psychiques et symboliques. Comme le soulignent plusieurs sociologues

⁶ Plus d'information sur la page web du projet : <https://www.ceped.org/fr/Projets/Projets-Axe-1/senovie>

et anthropologues travaillant sur cette thématique en Asie du Sud-Est, les femmes réinterprètent leur maladie à l'aune de normes culturelles, religieuses et d'enjeux sociaux-économiques propres à leur contexte social (Liamputtong et Suwankhong, 2015, 2016 ; M'zoughi, 2021a).

L'objectif sera de réaliser 25 entretiens biographiques avec des patientes, amenant au suivi sur deux mois de certaines patientes dans leur démarche reconstructive (suivi des rendez-vous, plusieurs discussions informelles et entretiens). Cette démarche biographique, historiquement propre aux enquêtes démographiques, cherchera à dévoiler en ce sens la structure diachronique des parcours de vie de patientes dans leurs aspects à la fois objectifs (données factuelles), subjectifs (représentations, mémoire, ressentis) et dans leur dimension temporelle. Je m'inspirerai pour cela des propositions méthodologiques de Robin Cavagnoud amenant à mobiliser le format des fiches Ageven⁷ dans l'analyse qualitative de données biographiques et notamment pour mieux comprendre les « ruptures biographiques » des récits de vie (Cavagnoud, Baillet et Cosío Zavala, 2020). Le recrutement des femmes se fera de façon opportuniste (Palinkas et al., 2015), auprès d'associations de lutte contre les cancers ou lors d'observations dans les hôpitaux, ainsi que des lieux d'échange et d'entraide de patientes. Les entretiens seront réalisés à domicile ou dans les structures sanitaires. Différentes thématiques seront alors abordées avec les patientes. La première partie sera consacrée au rapport au corps et aux représentations de la « féminité » dans le contexte d'une mastectomie : les effets des traitements sur le corps, le vécu de l'amputation, l'image de soi, la sexualité, la conjugalité, les discriminations perçues, le dévoilement du corps, le rapport aux autres femmes. La deuxième partie des entretiens retracera leur parcours de reconstruction : si elles souhaitent ou non se faire reconstruire chirurgicalement, les informations détenues sur cette pratique, les différents recours (formels et informels), les coûts, les personnes ressources, les difficultés, les relations avec les professionnel·les de santé, ainsi que les mobilités éventuelles réalisées ou envisagées dans ce cadre. De façon transversale à ces deux thèmes majeurs, la question des ruptures biographiques sera explorée (ruptures conjugales, professionnelles, sociales).

Les entretiens seront enregistrés, anonymisés et retranscrits, puis analysés avec une démarche compréhensive qui vise à analyser les expériences telles qu'elles ont été vécues par ces femmes. L'analyse se fera de façon thématique, permettant de dégager des sujets principaux et sous-thèmes.

Enfin des observations ethnographiques seront réalisées dans les structures médicales lors de consultations chirurgicales, dans les salles d'attentes, ainsi que dans des groupes de parole de patientes et associations de patientes et de lutte contre le cancer du sein – à l'exemple de la WCF⁸ Cambodia de Phnom Penh organisant ce type d'événements. Au total, 10 jours d'observations seront réalisés (Figure 1).

Figure 1 – Calendrier prévisionnel du projet de postdoctorat 2023-2024

Activités	Dates	Durée	Mois												Lieu		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
Préparation au terrain	oct-23	1 mois															CEPED - Paris
Terrain ethnographique à Phnom Penh	nov-23 - fév-24	3 mois															Phnom Penh (Cambodge)
Observations ethnographiques	nov-23 - fév-24	10 jours															Lieux multiples à Phnom Penh
Prise de contact et recrutement des premières patientes	nov-23 - fév-24	2 semaines															Phnom Penh (Cambodge)
Réalisation d'entretiens avec des patientes	nov-23 - fév-24	3 mois															Phnom Penh (Cambodge)
Deux restitutions orales à Phnom Penh	févr-24	2 jours															Deux hôpitaux enquêtés
Capitalisation (retranscription, synthèse) et analyses préliminaires des données	janv - mars-24	3 mois															CEPED - Paris
Valorisation des résultats (2 publications et 2 communications scientifiques)	mars - sept-24	7 mois															CEPED - Paris

Ce terrain sera réparti sur trois mois au début du projet (novembre 2023 – février 2024) puisqu'un grand nombre de contacts aura déjà été pris par l'intermédiaire du projet SENOVIE. Le reste du postdoctorat sera consacré à l'analyse des données et la valorisation de la recherche, notamment par l'écriture de deux articles scientifiques et la réalisation de deux communications dans un événement scientifique international. Une restitution auprès des unités oncologiques enquêtées aura également lieu à la fin de terrain de recherche.

Considérations éthiques

Le protocole de recherche SENOVIE, dans lequel je m'inscrirai, a été soumis au ministère de la Santé au Cambodge en janvier 2023 et les démarches sont en cours auprès du comité d'éthique (National Ethics Committee for Health Research in Cambodia). Je serai particulièrement attentive à respecter l'anonymat des femmes et la confidentialité des données personnelles. Les considérations éthiques standards seront appliquées dans le cadre de cette recherche.

⁷ Outil méthodologique originellement dans les enquêtes démographiques par questionnaire, permettant, par son format en tableau, de replacer les événements dans le temps soit par la datation directe, soit relativement les uns par rapport aux autres.

⁸ Women Cancer Foundation.

Faisabilité et contexte de la recherche postdoctorale

Cette recherche a été pensée sur la base courte de 12 mois de postdoctorat en conformité avec l'appel proposé et sera réalisable sur le principe de la bonne connaissance et entente avec la responsable du projet SENOVIE, Clémence Schantz avec qui nous échangeons sur nos travaux respectifs depuis plusieurs années, comme mentionné ci-dessus. L'accueil au sein du Ceped sera par ailleurs très stimulant, en lien avec les nombreux projets de doctorat et postdoctorats qui s'y mènent, pour la réalisation de cette recherche. A ce titre, plusieurs collègues du Ceped sont impliqués dans le projet SENOVIE, ce qui constituera un atout pour l'avancement rapide de l'élaboration scientifique de ce postdoctorat. De plus, mon entrée sur le terrain sera grandement facilitée par le fait que le projet SENOVIE est déjà implanté au Cambodge. Enfin la mission de terrain (avion, logement, assistante de recherche) sera financée par le projet SENOVIE.

Bibliographie

- BLACK E., RICHMOND R., 2019, « Improving early detection of breast cancer in sub-Saharan Africa: why mammography may not be the way forward », *Globalization and Health*, 15(1), p. 3
- CAVAGNOUD R., BAILLET J., COSIO ZAVALA M. E., 2020, « Vers un usage renouvelé de la fiche Ageven dans l'analyse qualitative des biographies », *Cahiers québécois de démographie*, 48(1), p. 27-51.
- EAV S., SCHRAUB S., DUFOUR P., TAISANT D., RA C., BUNDA P., 2012, « Oncology in Cambodia », *Oncology*, 82(5), p. 269-274.
- FORTIER C., 2021, « Seins, reconstruction, et féminité. Quand les Amazones s'exposent », *Droit et cultures. Revue internationale interdisciplinaire*, 80.
- FRIEDEN M.-C., GRABER N., M'ZOUGH M., 2018, « Les maladies chroniques dans les Suds. Expériences, savoirs et politiques aux marges de la santé globale », 27, p. 10.
- GINSBURG O., BADWE R., BOYLE P., DERRICKS G., DARE A., EVANS T., ENIU A., JIMENEZ J., KUTLUK T., LOPES G., MOHAMMED S. I., QIAO Y.-L., RASHID S. F., SUMMERS D., SARFATI D., TEMMERMAN M., TRIMBLE E. L., PADELA A. I., AGGARWAL A., SULLIVAN R., 2017, « Changing global policy to deliver safe, equitable, and affordable care for women's cancers », *The Lancet*, 389(10071), p. 871-880.
- GLOBOCAN, 2020a, « Breast », The Global Cancer Observatory./ GLOBOCAN, 2020b, « All cancers ». The Global Cancer Observatory. / GLOBOCAN, 2020c, « Cambodia ». The Global Cancer Observatory.
- GRECO C., 2016a, « Vivre avec un corps asymétrique. Mastectomie, résistances et réappropriation », *Cahiers du Genre*, 60(1), p. 81-99.
- GRECO C., 2016b, *La reconstruction du sein en cancérologie et en chirurgie esthétique : une analyse sociologique comparée*, These de doctorat, Paris, EHESS.
- HENRY M., BAAS C., MATHELIN C., 2010, « Reconstruction mammaire après cancer du sein : les motifs du refus », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 38(3), p. 217-223.
- INCA, 2021, « Pratique de la reconstruction et réparation mammaire en France, une analyse des données en vie réelle. », *Fiche analyse. Les données.*, INCa.
- KANGAS B., 2010, « Traveling for Medical Care in a Global World », *Medical Anthropology*, 29(4), p. 344-362.
- KASPAR H., 2019, « Searching for therapies, seeking for hope: transnational cancer care in Asia », *Mobilities*, 14(1), p. 120-136.
- KASPAR H., WALTON-ROBERTS M., BOCHATON A., 2019, « Therapeutic mobilities », *Mobilities*, 14(1), p. 1-19. doi:10.1080/17450101.2019.1565305
- LEY P., HONG C., VARUGHESE J., CAMP L., BOUY S., MALING E., 2016, « Challenges in the Management of Breast Cancer in a Low Resource Setting in South East Asia », *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 17(7), p. 3459-3463.
- LIAMPUTTONG P., SUWANKHONG D., 2015, « Breast cancer diagnosis: biographical disruption, emotional experiences and strategic management in Thai women with breast cancer », *Sociology of Health & Illness*, 37(7), p. 1086-1101.
- LIAMPUTTONG P., SUWANKHONG D., 2016, « Living with breast cancer: the experiences and meaning-making among women in Southern Thailand », *European Journal of Cancer Care*, 25(3), p. 371-380.
- MEIDANI A., ALESSANDRIN A., 2019, « Quand le cancer rencontre le genre »: *Revue française de sociologie*, Vol. 60(2), p. 201-224. doi:10.3917/rfs.602.0201
- MERY B., FROISSART G.-D., VALLARD A., LALLICH S., ESPENEL S., JOUAN S., LANGRAND-ESCURIE J., BAGUR J., CHAUVIN F., BEN MRAD M., HO M., BOURDIS M., DUTILLEUX M., KILENDO P., MICHAUD P., DE LAROCHE G., MASSOUBRE C., MAGNE N., 2015, « Dépistage de la détresse psychologique chez les patientes en cours de traitement du cancer du sein », *Bulletin du Cancer*, 102(10), p. 845-853.
- MORROW M., SCOTT S. K., MENCK H. R., MUSTOE T. A., WINCHESTER D. P., 2001, « Factors influencing the use of breast reconstruction postmastectomy: a national cancer database study11No competing interests declared. », *Journal of the American College of Surgeons*, 192(1), p. 1-8.
- M'ZOUGH M., 2017, « Exhiber les malades et susciter les dons. La générosité médiatisée à l'attention des enfants atteints par le cancer au Cambodge », *Ethnographiques.org*, 34, p. 26.
- M'ZOUGH M., 2017, « Des conduites alimentaires régulées, des substances « nocives » évincées. Le cas des malades du cancer au Cambodge », *Anthropology of food*, 12.
- M'ZOUGH M., 2021a, « Bricolage médical. Savoirs et pratiques des oncologues cambodgiens », *Moussons*, 38, p. 137-165.
- M'ZOUGH M., 2021b, « Bricolage médical. Savoirs et pratiques des oncologues cambodgiens », *Moussons*, 38, p. 137-165.
- PALINKAS L. A., HORWITZ S. M., GREEN C. A., WISDOM J. P., DUAN N., HOAGWOOD K., 2015, « Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research », *Administration and policy in mental health*, 42(5), p. 533-544.
- ROUANET P., 2002, « Place actuelle de la reconstruction mammaire en oncologie », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 30(12), p. 985-993.
- SAKOYAN J., 2012, « Les mobilités thérapeutiques. Bilan et perspectives depuis les Comores », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 5.
- SARRADON A., 2009, « Le cancer comme inscription d'une rupture biographique dans le corps », in *Faire Face au cancer Image du corps, Image de soi. Tikinagan*, p. 285-311.
- SCHANTZ C., 2016, *Construire le corps féminin à travers les pratiques obstétricales à Phnom Penh, Cambodge*, These de doctorat, Sorbonne Paris Cité.
- WHITTAKER A., MANDERSON L., CARTWRIGHT E., 2010, « Patients without Borders: Understanding Medical Travel », *Medical Anthropology*, 29(4), p. 336-343.