

## SCHÉMAS ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES : LEUR RÔLE DANS LE VÉCU DU CANCER DU SEIN

[Pauline Roux](#), [Nikos Kalampalakis](#), [Christine Durif-Bruckert](#)

Presses universitaires de Liège | « [Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale](#) »

2016/2 Numéro 110 | pages 159 à 176

ISSN 0777-0707

ISBN 9782875621085

DOI 10.3917/cips.110.0159

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2016-2-page-159.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Presses universitaires de Liège.

© Presses universitaires de Liège. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

“ Schémas et représentations sociales :  
leur rôle dans le vécu du cancer du sein ”

*Schemas and social  
representations: Their role  
in the experience of breast  
cancer*

Pauline ROUX, Nikos KALAMPALIKIS et  
Christine DURIF-BRUCKERT

*Laboratoire Groupe de Recherche en Psychologie Sociale  
(GRePS, EA 4163), Université Lyon 2, France*

### **Schémas et représentations sociales : leur rôle dans le vécu du cancer du sein**

*Le rôle des schémas utilisés dans les consultations en cancérologie a été peu étudié en psychologie sociale. S'appuyant sur un recueil de données qualitatives au sein d'une institution de soin, nous postulons que les schémas produits lors de la consultation chirurgicale permettent aux patientes traitées pour un cancer du sein d'objectiver leur connaissance de la maladie. Nous analysons leur rôle grâce aux trois phases du processus d'objectivation dans l'étude des représentations sociales que nous articulons au concept du schéma. Mots-clés : schémas, objectivation, représentations sociales, cancer du sein.*

### **Schemas and social representations: their role in the experience of breast cancer**

*The role of schemas used in oncology consultations has been rarely studied in social psychology. Based on a collection of qualitative data within a health care institution, we postulate that the schemas produced during the surgical consultation allow patients treated for breast cancer to objectify their knowledge of the disease. We analyse their role through the three phases of the process of objectification in the study of social representations that we articulate to the concept of schema. Keywords: schemas, objectification, social representations, breast cancer.*

### **Schemata und soziale Repräsentation : Ihre Rolle beim Erleben von Brustkrebs**

*Die Rolle von Konzepten (Schemata), die in Beratungen bei Vorliegen von Brustkrebs vermittelt werden, sind in der Sozialpsychologie wenig untersucht worden. Wir stützen uns auf eine Sammlung qualitativer Daten aus dem Umfeld einer Betreuungseinrichtung und postulieren, dass die während der chirurgischen Beratung vermittelten Konzepte (Schemata), es den wegen Brustkrebs behandelten Patienten gestatten, die Kenntnisse um ihre Erkrankung zu objektivieren. Wir analysieren ihre Rolle an Hand dreier Phasen im Ablauf der Objektivierung im Rahmen einer Studie zur sozialen Repräsentation, die wir in Zusammenhang mit dem Konzept „Schema“ bringen möchten.*

### **Esquemas y representaciones sociales: su rol en la vivencia del cáncer de seno**

*El rol de los esquemas utilizados en las consultas en cancerología ha sido poco estudiado en psicología social. Apoyándose en una colecta de datos cualitativos dentro de una institución de salud, proponemos que los esquemas producidos en la consulta quirúrgica permiten a los pacientes tratados por cáncer de seno de objetivar sus conocimientos de la enfermedad. Analizamos su rol gracias a las tres fases del proceso de objetivación en el estudio de las representaciones sociales que articulamos al concepto de esquema.*

### **Esquemas e representações sociais: O seu papel na vivência do câncer de mama**

*O papel dos esquemas utilizados nas consultas em Oncologia tem sido pouco estudado em Psicologia Social. Tendo como base uma coleção de dados qualitativos numa instituição de cuidados, podemos postular que os esquemas produzidos durante a consulta cirúrgica permitem que as pacientes tratadas de um cancro de mama objetivem o seu conhecimento da doença. Analisamos o seu papel através de três fases do processo de objetivação no estudo das representações sociais que articulamos com o conceito do esquema.*

## **Schemi e rappresentazioni sociali: il loro ruolo nel vissuto del cancro al seno**

*Il ruolo degli schemi utilizzati nelle consultazioni relative al trattamento del cancro è stato poco studiato in psicologia sociale. Sulla base di una raccolta di dati qualitativi effettuata all'interno di un centro di cura, postuliamo che gli schemi prodotti durante la consultazione chirurgica permettano ai pazienti trattati per un cancro al seno di oggettivare la loro conoscenza della malattia. Ne analizziamo il ruolo basandoci sulle tre fasi del processo di oggettivazione individuate nello studio delle rappresentazioni sociali, fasi che mettiamo in articolazione con il concetto di schema.*

---

La correspondance pour cet article doit être adressée à Pauline Roux, Laboratoire GREPS (EA 4163), Institut de Psychologie, Université Lyon 2, 5 avenue Pierre Mendès-France, 69676 Bron CEDEX, France ou par courriel <p.roux@univ-lyon2.fr>.

Contribution des auteurs : Pauline Roux a réalisé les opérations de recherche, analysé les données ; Pauline Roux et Christine Durif-Bruckert ont construit le protocole de la recherche ; Pauline Roux, Nikos Kalampalakis et Christine Durif-Bruckert ont participé à l'écriture de l'article.

La recherche sur laquelle cet article s'appuie a bénéficié d'une allocation « Jeunes Chercheurs » de la Fondation de France.

## Introduction

La consultation médicale est un espace-temps très spécifique au sein duquel les interactions entre médecin et patient véhiculent et transforment les significations associées à la maladie. Ceci d'autant plus quand la maladie dont il est question est de nature grave et menaçante, telle que le cancer. Si la littérature traitant des enjeux liés à l'information du patient dans la consultation en cancérologie est abondante, l'impact des images présentes dans ce contexte a été peu étudié en dehors de l'imagerie médicale (radiographies, mammographies) (Dutier, 2008 ; Estival, 2009, 2010). Pourtant, les images de la maladie contiennent des messages implicites et peuvent impacter les significations associées à l'expérience de la maladie.

La psychologie sociale et la psychologie de la santé ont en revanche largement recours au concept d'image, à travers la notion d'image corporelle. Dans le champ d'étude des représentations sociales, dès les premiers travaux sur le corps (Jodelet, 2015), elle est analysée comme étayage symbolique et culturel des prescriptions sociales. Elle est appréhendée également comme un opérateur identitaire puissant et multidimensionnel des perceptions subjectives et affectives (Bruchon-Schweitzer, 1990 ; Dany & Morin, 2010). Plus récemment, dans le champ de la cancérologie, Dany et al. (2009) l'envisagent comme moyen d'investigation de l'expérience de la maladie cancéreuse. Plusieurs travaux se sont par ailleurs focalisés sur les remaniements de l'image corporelle pendant la maladie et sur l'impact que pouvaient avoir différentes thérapies sur celle-ci. Parmi ces études, certaines ont interrogé le recours au dessin comme voie de reconstruction de l'image du corps (Bouak & Bouteyre, 2010 ; Öster et al., 2007). Dans ces différents travaux, le terme image recouvre d'une part des objets iconographiques, tels que les dessins des femmes touchées par un cancer du sein, d'autre part des constructions figuratives, subjectives et sociales, telle que l'image corporelle.

Dans cet article, nous utilisons ces deux acceptions de la notion d'image pour interroger les schémas utilisés par les chirurgiens au cours des consultations avec des patientes prises en charge pour un cancer du sein et à la manière dont ces schémas permettent aux patientes d'objectiver leur maladie. Nous questionnons spécifiquement les schémas ayant trait à la chirurgie curative du cancer du sein, représentant le corps de la femme transformé par le traitement chirurgical. Cette chirurgie, quelle que soit la technique utilisée, a un caractère invasif important : elle consiste en l'ablation de la tumeur (tumorectomie) ou de l'ensemble du sein (mastectomie).

Pour développer notre propos, nous avons recours à l'approche des représentations sociales (Moscovici, 2013 ; Jodelet, 2015 ; Moliner, 2008), qui intègre l'image dans sa construction, et à la notion de schéma telle qu'elle a été originellement développée chez Bartlett (1932, 1958).

## 1. Images et représentations sociales

Nous interrogeons ces images en nous appuyant principalement sur l'approche des représentations sociales qui, ces dernières années, investit de plus en plus le rôle et

la place des images dans la production et la circulation de la connaissance sociale (cf. p. ex. De Rosa & Farr, 2001 ; Jodelet, 2011 ; Moliner, 2008 ; Moscovici, 2013 ; Wagner & Hayes, 2005). Cette approche nous permet d'analyser les interactions entre différentes formes de savoir (médical-scientifique, vécu-corporel), à l'oeuvre dans le cadre d'un dispositif spécifique, la consultation médicale. Ainsi, lors d'une consultation, les images élaborées servent de support de transmission de significations mettant en forme l'étrangeté menaçante du corps malade. Il s'agit alors d'analyser comment sont intégrées les significations de ces images dans les processus de connaissance et de reconnaissance de soi à l'oeuvre pour les patientes. En effet, la place donnée aux images dans la constitution des représentations sociales est primordiale : « Poursuivons dans cette voie et penchons-nous sur ce dont est constituée une représentation. Nous pouvons tout d'abord remarquer qu'elle revêt un aspect conceptuel ou verbal, ainsi qu'un aspect iconique. Le premier aspect est celui que l'on retient généralement, et qui est considéré par rapport à la connaissance et au langage, tandis que le deuxième aspect n'est qu'un subalterne du premier. Souhaitable ou pas, nous ne pouvons tolérer cette situation si l'on tient compte du rôle que joue l'image dans la communication, la connaissance scientifique, le discours figuratif et même dans notre propre domaine » (Moscovici, 2013, p. 38). Cette co-constitution verbale/iconique peut être mise en rapport avec les deux processus fondamentaux qui contribuent à l'élaboration de toute représentation sociale, l'objectivation et l'ancrage. En effet, « le passage par l'image qui assure le caractère concret de la représentation garantit l'applicabilité de la connaissance que développent les volets pratiques des processus d'objectivation et d'ancrage » (Jodelet, 2011, p. 39). Fonctionnant de manière dialectique, ces deux processus font donc le lien entre la part abstraite et la part concrète d'une représentation, soit entre le concept et l'image qui est associée à ses significations.

## 2. Processus d'objectivation et schémas

Dans le cadre de cet article, nous nous focalisons sur un type d'image spécifique, les schémas. Nous postulons ici que les mécanismes à l'oeuvre dans les schémas produits par les soignants durant la consultation chirurgicale peuvent être interprétés à la lumière des différentes phases qui composent le processus d'objectivation. Rappelons ici que l'objectivation est définie comme une projection réifiante, incorporation de la pensée dans le réel (Jodelet, 2011) qui sert à transformer l'abstrait en concret prenant en compte l'intervention des cadres sociaux et des contraintes de la communication dans la sélection, l'organisation et l'orchestration des éléments de la représentation (cf. Marková, 2012 ; Viaud, 2000 ; Voelklein & Howarth, 2005 ; Wagner, Elejabarrieta & Lahnsteiner, 1995). Du point de vue processuel, elle se décompose classiquement en trois phases : a) sélection des éléments de la représentation en fonction de l'implication vis-à-vis de l'objet et du système de pertinences engagé dans la situation ; b) schématisation, consistant à lier les éléments retenus en une structure figurative dense et cohérente ; c) naturalisation, le nouvel objet devient objectif et réel avec un fort degré d'autonomie vis-à-vis de son référent initial.

Arrêtons-nous sur la deuxième phase de l'objectivation, la schématisation. Cette dernière donne lieu au noyau figuratif de la représentation qui a un rôle central dans l'appropriation de la connaissance. Au-delà de son histoire philosophique, le concept de schéma est une notion clé en psychologie au moins depuis les travaux de Bartlett (Augoustinos, Walker & Donaghue, 2006 ; Casson, 1983 ; Haas & Jodelet, 2007 ; Wagoner, 2013). Contrairement aux conceptualisations postérieures réductrices de ses premières intuitions (pour une revue de questions, cf. Wagoner, 2013), Bartlett (1932, 1958) a utilisé le schéma pour conceptualiser son approche dynamique et culturelle de la mémoire et de la pensée. Avec la notion de schéma, le rapport entre perception et représentation se complexifie. « Schemata are conceptual abstractions that mediate between stimuli received by the sense organs and behavioural responses » (Augoustinos et al., 2006, p. 68). Chez Bartlett, le schéma social est une structure de savoir déjà là, façonnée par les conventions sociales, qui guide les nouvelles expériences.

Bartlett a développé cette notion pour conceptualiser son approche dynamique de la mémoire et des autres processus cognitifs lui étant reliés. Il a mis en évidence lors de ses expériences classiques en 1932, à partir des transformations en groupe de supports figuratifs et narratifs observées, le processus de conventionnalisation sociale : le matériel va être transformé pour prendre une forme acceptable pour le groupe auquel appartient le sujet récepteur. La notion de schéma sert alors à Bartlett à désigner les structures de pensée préexistantes à suivant lesquelles le sujet va opérer les transformations. Cependant, chez Bartlett, les schémas ont également une nature active : ils peuvent subir des réorganisations pour traiter des situations spécifiques, ce que Bartlett désigne par l'expression « effort after meaning » (Brewer, 2003). Le processus de conventionnalisation sociale, selon Moscovici (2013), a largement nourri la réflexion sur le fonctionnement des représentations sociales et tout particulièrement sur le mécanisme de l'objectivation.

En nous focalisant sur le mécanisme d'objectivation, et à partir d'un recueil de données qualitatives au sein d'une institution de soin auprès d'une population de patientes prises en charge pour un cancer du sein, nous tenterons de montrer comment les schémas circulant dans la consultation chirurgicale interviennent dans la façon dont les patientes intègrent la connaissance de leur vécu de la maladie et de son traitement.

### 3. Terrain, protocole méthodologique, population

Cet article s'appuie sur des données issues d'une recherche que nous avons menée sur les images dans la consultation médicale en cancérologie. Cette dernière s'est appuyée sur une méthodologie qualitative (Flick, 2009), basée sur plusieurs recueils de données dans des institutions de soin spécialisées en cancérologie.

Nous avons réalisé des observations de consultations d'annonce<sup>1</sup>, des entretiens individuels et des focus groups avec des patientes prises en charge pour un cancer du sein. Le recours à ces trois méthodes avait pour objectif de repérer les différents types d'images utilisés au cours des consultations, recueillir les points de vue

et vécus des patientes face à ces différentes images, enfin, susciter des débats et confronter les réactions vis-à-vis des différentes images.

Dans cet article, nous faisons le choix de nous focaliser sur les schémas, en nous appuyant sur des données issues des observations et des entretiens individuels. En effet, ces données, qui ne sont qu'une partie de notre corpus, rendent compte de la pratique de schématisation qui est apparue au fil des observations de consultations chirurgicales.

### 3.1. *Population et modalités d'accès*

Nous avons observé 35 consultations d'annonce. La moyenne d'âge des patientes était de 60 ans (écart-type = 11 ; la patiente la plus jeune avait 35 ans, la patiente la plus âgée, 77 ans). Dans 65% des cas de notre population, les patientes avaient déjà reçu un diagnostic de la part de leur gynécologue ou médecin traitant, suite à une mammographie et étaient dirigées par ces professionnels vers un chirurgien sénologue dans un centre spécialisé. En revanche, c'était la première fois que les modalités de traitement, et en particulier la phase chirurgicale, leur étaient expliquées. Dans ce contexte, l'annonce porte plus souvent sur le traitement que sur le diagnostic en tant que tel. Ces consultations se caractérisent ainsi par leur statut hybride : le diagnostic de cancer y est établi ou confirmé par le chirurgien et le traitement chirurgical est présenté, le temps du diagnostic et celui du traitement étant ainsi superposés. L'enjeu est double pour les patientes dans cette première consultation avec un chirurgien : d'une part, entendre et intégrer le diagnostic de cancer et, de l'autre, se projeter dans les traitements à venir<sup>2</sup>.

En parallèle, nous avons interviewé 22 patientes. La moyenne d'âge des patientes interviewées était de 58 ans (écart-type = 9 ; la patiente la plus jeune avait 43 ans, la patiente la plus âgée, 82 ans)<sup>3</sup>. Toutes les patientes que nous avons observées et interviewées étaient atteintes d'un cancer du sein à un stade initial, opérable d'emblée<sup>4</sup>.

### 3.2. *Données*

Dans cet article, notre objectif est de rendre compte spécifiquement des schémas qui sont apparus dans les consultations observées et d'explorer les impressions qu'ils ont suscitées dans les entretiens. Ainsi, nous faisons le choix de sélectionner les éléments issus des observations et des entretiens qui traitent des schémas. Nous travaillons ainsi sur une quantité restreinte de données, afin de relever, de décrire et d'analyser une pratique qui est ressortie des observations et des entretiens. Les schémas sont apparus dans 8 consultations et ont été rapportés par les patientes dans 8 entretiens.

Les observations ont donné lieu à des relevés réalisés selon une grille d'observation préalablement établie, centrée sur la place, les usages des images et sur les interactions les impliquant (à quel moment de la consultation sont-elles utilisées, comment, accompagnées de quel discours). En ce qui concerne les schémas, nous avons été attentifs à des critères qui ressortent dans la littérature (couleur, taille,

formes représentées) (Bouak & Bouteyre, 2010). Nous avons reproduit le plus fidèlement possible les schémas réalisés par les chirurgiens et ainsi relevé les objets qu'ils représentent. Nous n'avons pas pu enregistrer les interactions.

Nous avons sélectionné les moments des entretiens au cours desquels les schémas étaient abordés et relevé la façon dont les patientes ont décrit l'épisode au cours duquel le chirurgien a dessiné et présenté des schémas et les interactions qui se sont produites, ainsi que les différentes expressions qu'elles ont utilisées pour décrire ces images. Tout d'abord, nous nous basons sur les observations pour saisir comment, dans le contexte « naturel » des consultations, se déroulent les interactions liées aux schémas. Nous voulons en particulier relever les usages réels des schémas au cours des consultations et les discours dans lesquels ils peuvent apparaître. Les entretiens nous permettent parallèlement d'accéder aux prises de position et récits de consultations des patientes quant aux schémas.

Notre proposition repose ainsi sur la mise en lien des schémas relevés et des discours produits par les patientes à leur sujet.

#### 4. Résultats

Les chirurgiens (2 sur les 3) ont dessiné des schémas devant les patientes au cours de 8 consultations sur les 35. Cette pratique n'est donc pas systématique, encore moins standardisée. Les schémas relèvent davantage du bricolage de chaque chirurgien, qui construit ses propres outils pour transmettre son message à la patiente. Tracés sur des morceaux de papier non prévus à cet effet (brouillons, mais aussi feuilles d'ordonnance ou encore dans un angle d'un document d'information), les chirurgiens tournaient la feuille dans le sens des patientes pour qu'elles puissent voir et suivre les étapes du dessin illustrant le type de cancer dont souffre la patiente, et/ou la tumorectomie. La mastectomie n'a jamais été dessinée par les chirurgiens. Ces schémas évoquent différents éléments : la tumeur et la zone qui l'entoure, le sein et le lieu de l'intervention, les ganglions axillaires. Ils représentent les contours de ces éléments, l'intérieur n'étant pas représenté. Les lignes et formes sont simples : traits droits et cercles. Nous relevons une schématisation minimaliste et géométrique du sein, représenté par un cercle. Ces formes géométriques ont des limites nettes reprises dans le tableau 1 (cf. page suivante).

Dans les observations de consultations, nous avons tenté de relever les réactions des patientes quand le chirurgien dessine et leur montre des schémas. Ces réactions, principalement comportementales, sont restreintes et parfois insaisissables au cours de la consultation. Nous n'avons pas relevé de discours de la part des patientes face aux schémas.

Les entretiens réalisés avec des patientes sont des récits de la consultation d'annonce avec le chirurgien. En ce sens, ils constituent des reconstructions de cette rencontre décisive. Les patientes formulent, dans ce cadre, leur expérience de cette situation. Nous nous sommes intéressés à la manière dont elles ont mis en récit le moment au cours duquel le chirurgien a montré des schémas au cours de la consultation.

**Tableau 1** : Schémas relevés lors des consultations et discours des patientes

Extraits d'entretien	Objets identifiés dans les schémas	Schémas dessinés
<p>1 « Et bien y avait un sein de profil avec la tumeur en dessous » (PChq T)</p>	<p>sein ; tumeur</p>	
<p>2 « (les schémas) c'est important parce que si vous voulez vous arrivez à situer les choses parce qu'une tumeur qui fait 1,2 cm ça ne veut pas dire grand-chose vous voyez 4 cm ça ne veut pas dire grand-chose » (PMar T)</p>	<p>tumeur</p>	
<p>3 « C'est quand même des détails qui comptent, puisque moi elle m'a dit ça va être juste dans le décolleté, puis elle m'a dessiné la cicatrice que je peux avoir. Elle enlève la peau. Elle fait une zone de, comment elle appelait ça ? (elle cherche le nom à voix haute) voyez les noms ? De sécurité ! Une zone de sécurité puisqu'elle dit que si elle enlève juste où il y a la tumeur, mais elle préfère enlever davantage de peau, faire une zone sécuritaire autour de la tumeur » (PTr T)</p>	<p>cicatrice ; peau enlevée ; zone de sécurité</p>	
<p>4 « J'ai eu un schéma à propos du découpage au niveau de la chirurgie il m'avait dit on va ouvrir l'aréole la retirer en fait ouvrir en T ou en ancre on va dire et voilà on vous replacera l'aréole et puis on fera une cicatrice à ce niveau-là et ensuite sous le sein » (P9 T)</p>	<p>découpage ; aréole ; cicatrice ; sein</p>	
<p>5 « Donc je lui ai posé la question sur comment elle allait s'y prendre... Comment, comment vous allez faire, bon voilà. Donc elle m'a expliqué qu'elle allait essayer de faire... l'ouverture autour du mamelon, mais si elle ne pouvait pas, elle irait chercher plus loin » (PRE T)</p>	<p>ouverture ; mamelon</p>	
<p>6 « Y avait le ganglion sentinelle plus grand que les autres et puis derrière une petite chemise avec des tas de petits ganglions qui se suivent en chaîne et donc elle expliquait le principe du ganglion sentinelle après l'injection du liquide par la lymphé qui s'écoule dans le ganglion, elle disait qu'effectivement d'après ce que j'ai compris, bleu, il était atteint également donc il y avait tout intérêt à l'enlever » (PChq T)</p>	<p>ganglion sentinelle ; chaîne de ganglions ; lymphé ; liquide bleu</p>	
<p>7 « Oui, mais des dessins pratiquement enfants. Que j'ai très bien compris voilà. Le sein en fait et la chaîne de ganglions voilà. Et là j'ai vraiment touché mon problème. Oui. » (PGr T)</p>	<p>sein ; chaîne de ganglions</p>	

Comment les patientes parlent-elles de ces schémas ? Rappelons que la terminologie associée à la chirurgie du cancer du sein et la technique chirurgicale en elle-même n'étaient pas familières pour les patientes avant la première consultation. À partir des entretiens post consultations, nous nous sommes focalisés sur leur façon d'évoquer ces schémas, de les décrire, de les interpréter. Nous tentons d'analyser en quoi ces derniers leur servent à construire la connaissance de leur vécu de la maladie. À partir des extraits issus des entretiens, centrés sur les schémas, que nous mettons en lien avec les relevés des observations de consultations, nous allons décrire les processus à l'oeuvre dans la construction d'un ensemble organisé de significations de la chirurgie du cancer du sein.

8 patientes ont parlé des schémas au cours de l'entretien. Elles allaient toutes subir une tumorectomie. Les patientes rapportent différents types de schémas : centrés sur la description de la tumeur, décrivant l'acte chirurgical et la cicatrice en résultant, enfin des schémas décrivant la technique du ganglion sentinelle. Là encore, nous retrouvons les éléments repérés dans l'analyse des observations. De prime abord, les patientes associent aux schémas une fonction pédagogique et leur attribuent une valeur positive. L'extrait suivant est représentatif d'un argument récurrent :

« C'est toujours mieux d'avoir un dessin que de s'imaginer quelque chose non ? ouais ouais ouais je pense. Parce qu'un dessin s'il est bien fait il est quand même plus parlant que des explications, vous voyez bien à l'école aussi quand on explique des choses et si ils ont un schéma à côté, enfin moi ça me parle plus. » (PTe T)<sup>5</sup>.

Notre grille d'analyse repose sur les étapes du processus d'objectivation que nous avons décrit dans l'introduction.

#### 4.1. Sélection : zones corporelles détachées

Dans les schémas, tels que les patientes les décrivent, seuls certains composants du sein sont représentés, seules certaines zones sont dessinées et ces éléments sont détachés du contexte auquel ils appartiennent. Le sein est détaché du corps, la zone malade est extraite du sein. À travers l'observation des schémas, les patientes focalisent leur attention sur certaines notions, des notions qui s'autonomisent d'un ensemble et qui acquièrent des contours. Les schémas les identifient comme des unités. Ainsi, les schémas trient l'information, segmentent le réel. Les informations qui les composent deviennent saillantes pour les patientes.

#### 4.2. Schématisation : donner de la forme à l'invisible nouveauté de la maladie

Les schémas concrétisent, pour les patientes, des éléments méconnus et étranges pour elles, mais aussi, des éléments « normalement » invisibles. Éléments méconnus tout d'abord : le cancer, qui fait irruption dans le corps, constitue une nouveauté menaçante pour les patientes. La tumeur est dessinée dans les schémas et représentée par un cercle net et identifiable. Les patientes précisent comment les soignants ont décrit et dessiné le ganglion sentinelle et la chaîne ganglionnaire. Elles l'expliquent, ces éléments sont, pour la majorité d'entre elles, nouveaux et

inconnus au début de leur prise en charge. Si elles avaient déjà entendu parler du cancer du sein, de l'ablation et de la conservation du sein, rares sont celles qui avaient connaissance du ganglion sentinelle. Les dessins du chirurgien participent alors au façonnage de ces éléments nouveaux pour les patientes (extrait 7). Éléments invisibles ensuite : les schémas rendent tangibles des éléments habituellement non perceptibles, appartenant à des zones du corps non visibles. Le sein, dans les schémas, est décomposé, en partie, en différents niveaux de profondeur. Il est représenté sous différents angles : de face, de profil, en coupe, angles de vue qui placent la patiente en position d'observatrice extérieure de son propre sein. Le sein intérieur et ses composantes apparaissent sur les schémas (extrait 1).

S'ils mettent en lumière des éléments et leur donnent forme, les schémas permettent également aux patientes de réaliser à quoi correspondent les mesures énoncées par les médecins, comme la taille de la tumeur, par la mise à l'échelle que permet le schéma (extrait 2). Comme cela apparaît très clairement dans les extraits (1) et (2), les schémas participent à la localisation, pour les patientes, des éléments qui figurent de façon centrale dans la maladie et son traitement : où se situe le cancer dans le sein, à quel endroit le chirurgien va ouvrir, où se situera la cicatrice. Par ce processus de spatialisation corporelle, les schémas organisent les rapports entre les dimensions intérieure et extérieure : les rapports entre les éléments de l'intérieur et de la surface du corps (la boule qui se voit à la surface du corps est localisée dans le sein sur le schéma (schéma a)), mais aussi les rapports entre les zones à l'intérieur du sein (rapport entre la tumeur et la zone de sécurité (schéma b)). Comme l'illustre le schéma b, la zone de sécurité, que le chirurgien enlève autour de la tumeur, et cette dernière, sont représentées par des cercles nets et très clairement délimités. Les schémas façonnent ainsi les liens qui existent entre les différentes zones du corps, mais surtout délimitent les entités qui ne doivent pas être en contact les unes avec les autres. C'est aussi avec les schémas que les patientes interprètent plus en détail la procédure d'ouverture du sein et d'extraction de la tumeur (extraits 4 et 5). À travers la phase de schématisation, les objets acquièrent des caractéristiques formelles comme la taille et les proportions. Les schémas matérialisent et spatialisent les éléments en jeu. Ils permettent aux patientes de saisir les concepts individuellement et dans leurs relations. Les objets sont à la fois autonomisés dans les schémas, pour qu'ils obtiennent des contours nets, et resitués dans un ensemble.

#### 4.3. *Naturalisation : objectiver et nommer la nouveauté*

Nous repérons enfin la phase de naturalisation à l'oeuvre dans la lecture que les patientes font des schémas. Ces derniers proposent des formes archétypiques du fonctionnement de la maladie et du traitement chirurgical. Les éléments représentés deviennent des êtres de nature, des choses. Le processus de naturalisation apparaît de façon saillante dans les discours des patientes à propos du découpage, du ganglion sentinelle et de la zone de sécurité. Dans l'extrait (4), la forme de l'ouverture chirurgicale, « en T » ou « en ancre » (schéma c), est retenue par la patiente. Dans l'extrait 6, la chaîne ganglionnaire s'anime en étant comparée à une chenille (schéma d). Les objets représentés reçoivent également un nom. Par ce processus

de nomination, il leur est transmis une signification et des attributs représentationnels incarnés. En recevant un nom, les éléments impliqués dans les schémas sont classés et acquièrent progressivement des traits personnifiés. Dans les extraits (6) et (3), les noms utilisés renvoient au champ lexical de la défense : « sentinelle », « zone de sécurité » transformée en « zone sécuritaire ». Les objets s'animent et deviennent des éléments vivants participant à la défense contre le cancer.

## 5. Discussion

Cet article propose une démarche exploratoire d'étude des schémas utilisés dans les consultations en cancérologie, à la lumière du processus d'objectivation tel qu'il est décrit dans la théorie des représentations sociales et de la notion de schéma proposée par Bartlett. L'approche qualitative de notre objet nous a permis de prendre en compte le contexte dans l'analyse des significations associées à la maladie et d'étudier la dimension figurative des représentations sociales *in vivo*.

Dans notre recherche, les schémas produits par les chirurgiens lors des consultations et l'analyse du discours des patientes à leur propos illustrent de manière saillante les phases qui composent l'objectivation : la sélection/décontextualisation, la schématisation et la naturalisation. À travers la schématisation, les chirurgiens introduisent progressivement les éléments sélectionnés et transformés en entités prenant des formes identifiables et reconnaissables par les patientes. Les schémas en résultant participent à la matérialisation, la spatialisation et la délimitation des objets impliqués dans la maladie cancéreuse et son traitement chirurgical.

Cette maladie révèle des dimensions invisibles du corps, situées dans le « corps du dedans » (Durif-Bruckert, 1994 ; Corbin, Courtine & Vigarello, 2005) ou relevant de l'échelle microscopique. L'intériorité est menacée par des mécanismes complexes et non identifiables sans le recours à des techniques très élaborées. Par ailleurs, l'enjeu des limites est central face au cancer. Cette maladie est représentée comme envahissante, faisant fi des limites entre organes, canaux et membres (Saillant, 1990 ; Pierron, 2007 ; Moulin 2005). En tant que métaphore, « le cancer exprime le désordre, l'anarchie, le conflit entre les forces de l'ordre et celles du désordre, la perte du contrôle par les processus de régulation sociale » (Sarradon-Eck, 2004, p. 3).

Le cancer concerne le corps dans son intériorité, dans sa profondeur, dans ses couches et ses reliefs, ses membres... Il constitue une menace invisible qui a pour caractéristique première d'être incontrôlable. Face à cela, les schémas permettent de mettre à plat, tout autant qu'ils constituent une voie de mise en forme et de mise en relief, mais aussi de délimitation du cancer dans le corps. Dans les schémas, le cancer est d'une certaine manière maîtrisé, circonscrit, délimité. Les chirurgiens, en les réalisant, construisent des entités discrètes et organisées, délimitées les unes par rapport aux autres. Les schémas offrent des ressources sociocognitives et figuratives pour délimiter des espaces, pour fixer des frontières, notamment entre les zones saines et les zones malades.

Dans une contribution récente, Jodelet (2014) se réfère à Francastel, sociologue de la peinture, et à sa notion de figurativité : « Francastel avance la notion de « figurativité » pour rendre compte de cette propriété de l'art d'aboutir à des schèmes institutionnels de pensée qui informent le réel. Cette notion (...) fait le lien avec celle de la représentation. Elle ajoute un aspect important, peu considéré dans les études sur la structuration des représentations sociales : le rôle de l'imagination dont relève le schéma d'organisation mettant en forme le réel. Cette perspective invite donc à considérer la dialectique entre le réel, le perçu et l'imaginaire » (p. 209).

Si les schémas des chirurgiens ne relèvent pas a priori du domaine de l'art, ils ont pour fonction, dans ce contexte du soin, de découper le réel en des ensembles organisés et de les communiquer à autrui. Ils constituent « des systèmes d'interprétation concrétisés intentionnellement dans des formes et porteurs de nouvelles attributions de valeur ». Ils participent ainsi à l'organisation de l'expérience des patientes.

Si l'observation des pratiques des chirurgiens fait ressortir le recours à la schématisation, cette dernière n'est pas abordée dans la littérature scientifique. Dans les écrits issus de la cancérologie, les dessins apparaissent dans la prise en charge des enfants, comme moyen de transmission d'informations aux enfants malades (Horstman, Aldiss, Richardson & Gibson, 2008 ; Rollins, 2005). Ils sont également utilisés auprès d'adultes à des fins thérapeutiques et mentionnés dans la littérature en psycho-oncologie, le dessin étant alors conçu comme un médiateur dans la relation thérapeutique. Mais dans ce dernier contexte, c'est le patient qui dessine, et non le soignant. Le recours au dessin et à la schématisation semble ainsi relever de l'évidence face à des enfants, mais ces représentations figurées sont beaucoup plus rarement intégrées dans des protocoles d'information pour adultes, si l'on se réfère à ce qui est rapporté dans la littérature. Comme si le dessin était un instrument trop simple pour un échange rationnel entre adultes, et réservé à l'enfant, ou à l'adulte pour l'expression d'un trouble inconscient.

Dans le champ d'étude des représentations sociales, les dessins d'enfants, mais aussi ceux d'adultes ont été utilisés dans différents travaux : Galli et Nigro (1987) ont étudié les représentations sociales de la radioactivité chez des enfants, après l'accident nucléaire de Tchernobyl, à partir de dessins. De Rosa a mené une étude sur les représentations de la folie, en faisant dessiner « le fou » à différents groupes d'âge (des enfants, des adolescents, des adultes) (De Rosa, 1987). Durif-Bruckert (1994) a demandé à des adultes, non sans les dérouter, de dessiner leur corps intérieur. Plus récemment, Le Moel, Moliner et Ramadier (2015) ont demandé à des adultes, des élus, de dessiner le territoire communal.

Dans ces différents contextes, l'analyse des dessins d'enfants et d'adultes a permis de repérer des dimensions archaïques de la représentation de la radioactivité, de la folie, du corps, d'un territoire, et des ancrages dans la mémoire sociale et collective. Ces études montrent que les images ne sont pas des reproductions de l'aspect visible de la réalité mais une voie de révélation de l'archaïque, de l'invisible, de l'inexprimable, d'opinions ou de croyances.

Cet article est le résultat d'un questionnement né au cours de nos recueils de données. Le recours au schéma par les chirurgiens n'a rien d'une pratique systématique. Cette pratique est libre. Une part de sa fonction est liée à son caractère « naïf », dans un contexte où la communication revêt des formes très standardisées et très encadrées par des protocoles préétablis. L'usage improvisé et non systématique des schémas par les chirurgiens dans les consultations a été décelé grâce aux observations. La mise en place d'un recueil de données systématique centré sur les schémas dans la consultation médicale permettrait d'approfondir notre approche exploratoire.

L'analyse psychosociale du rôle des schémas dans l'objectivation de la maladie par celles qui la vivent permet de renouer avec la dimension figurative des représentations sociales dans la constitution de la connaissance corporelle et de soi. De plus, de par son efficacité, cette dimension peut constituer une préconisation précieuse dans des dispositifs de consultation d'annonce du cancer du sein afin de faciliter la compréhension, acceptabilité et familiarisation progressive des patientes avec cette maladie menaçante.

## Notes

1. Le qualificatif « consultation d'annonce » vient des dispositions du Plan cancer 2003 et désigne la première consultation au cours de laquelle le diagnostic de cancer est annoncé ou confirmé au patient et les traitements présentés. Dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein, la consultation d'annonce est réalisée par un chirurgien, le traitement chirurgical étant, dans la majorité des cas, le premier type de traitement retenu face à cette forme de cancer.
2. Le traitement chirurgical consiste en l'ablation de la tumeur (tumorectomie) ou de tout le sein (mastectomie), à laquelle est associée la technique du ganglion sentinelle, consistant à prélever sous l'aisselle de la patiente le premier des ganglions lymphatiques (ou ganglions axillaires).
3. L'âge moyen au diagnostic de cancer du sein était de 61 ans en 2005 et de 63 ans en 2012 (Institut National du Cancer).
4. Pour les observations, tous les praticiens ont sollicité l'accord des patientes concernant notre présence durant les consultations, et précisé le caractère anonyme et confidentiel des informations recueillies. Les consultations ont duré en moyenne 30 minutes. Elles se sont déroulées dans la même salle de consultation du centre. Nous ne disposons pas des catégories socio-professionnelles des patientes étant donné que nous n'avons pas eu accès à leurs dossiers, mais seulement aux informations échangées entre elles et le médecin au cours de la consultation. Pour l'organisation des entretiens, les participantes ont été sollicitées au cours de la consultation d'annonce avec le chirurgien. Ce dernier informait la patiente à la fin de la consultation du déroulement d'une étude menée par des chercheurs en sciences humaines et sociales, à propos du vécu du parcours de soin pour un cancer du

sein. Nous avons rappelé aux patientes l'indépendance de la recherche vis-à-vis des soins et des soignants : ces derniers n'avaient pas accès aux entretiens de recherche, les chercheurs n'avaient pas de regard sur le dossier médical de la patiente. Un consentement, stipulant les différents points décrits précédemment, a été présenté et signé.

5. Nous citons des verbatims des entretiens en mentionnant les initiales de la patiente et le type de chirurgie décidé lors de la consultation (T : tumorectomie ; M : mastectomie).

## Bibliographie

- Apostolidis, T. (2003). Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques. In J.-C. Abric (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 13-35). Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Augoustinos, M., Walker, I., & Donaghue, N. (2006). *Social cognition*. London : Sage.
- Bartlett, F.C. (1932). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Bartlett, F.C. (1958). *Thinking. An experimental and social study*. London : Unwin.
- Bouak, J., & Bouteyre, E. (2010). Cancer et socio-esthétique: évaluation psychologique des changements de l'image du corps grâce au dessin de la personne. *Psycho-Oncologie*, 4(1), 38-46.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris : PUF.
- Casson, R.W. (1983). Schemata in cognitive anthropology. *Annual Review of Anthropology*, 12, 429-462.
- Corbin, A., Courtine, J.J., & Vigarello, G. (2005). *Histoire du corps*. Paris : Seuil.
- Dany, L., Apostolidis, T., Cannone, P., Suarez-Diaz, E., & Filipetto, F. (2009). Image corporelle et cancer: une analyse psychosociale. *Psycho-oncologie*, 3(2), 101-117.
- Dany, L. & Morin, M. (2010). Image corporelle et estime de soi: étude auprès de lycéens français. *Bulletin de Psychologie*, 63(5), 321-334.
- De Rosa, A. S. (1987). The social representations of mental illness in children and adults. In W. Doise & S. Moscovici (Eds.), *Current issues in social psychology* (pp. 47-138). Cambridge: Cambridge University Press
- De Rosa, A. S., & Farr, R. (2001). Icon and symbol: Two sides of the coin in the investigation of social representations. In F. Buschini & N. Kalampalikis (Eds.), *Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en hommage à Serge Moscovici* (pp. 237-256). Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Durif-Bruckert, C. (1994). *Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*. Paris : Metailié.
- Dutier, A. (2008). *La place de l'imagerie médicale dans la relation soignant/soigné lors de l'annonce en cancérologie*. Thèse en Éthique Médicale, Université Paris-Descartes.
- Estival, C. (2009). La visualisation des clichés d'imagerie médicale par les patients atteints d'un cancer. Analyse en début de trajectoire. *Sociétés*, 105, 9-20.
- Estival, C. (2010). Imagerie médicale et rapport au corps dans un centre de cancérologie. *Corps*, 8, 105-110.

- Flick, U. (2009). *Introduction to Qualitative Research*. London: Sage.
- Flick, U., Garms-Homolová, V., Herrmann, W.J., Kuck, J., & Röhnsch, G. (2012). "I Can't Prescribe Something Just Because Someone Asks for It . . ." : Using Mixed Methods in the Framework of Triangulation. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(2), 97-110.
- Galli, I., & Nigro, G. (1987). The social representation of radioactivity among Italian children. *Social Science Information/sur les sciences sociales*.
- Haas, V. & Jodelet, D. (2007). Pensée et mémoire sociales. In J.P. Pétard (Ed.), *Psychologie Sociale* (pp. 111-160). Paris : Bréal.
- Haas, V., & Kalampalikis, N. (2010). Triangulation méthodologique à partir de l'énigme du don de sperme. In E. Masson & E. Michel-Guillou (Eds.), *Les différentes facettes de l'objet en psychologie sociale : le cabinet de curiosités* (pp. 61-76). Paris : L'Harmattan.
- Horstman, M., Aldiss, S., Richardson, A., & Gibson, F. (2008). Methodological issues when using the draw and write technique with children aged 6 to 12 years. *Qualitative Health Research*, 18(7), 1001-1011.
- Jodelet, D. (2011). Returning to past features of Serge Moscovici's theory to feed the future. *Papers on Social Representations*, 20, 39.1-39.11.
- Jodelet, D. (2014). Sur les opérateurs visuels et sonores du partage de la pensée/About visual and sound operators for the sharing of thinking. *Psicologia e Saber Social*, 3(2), 207-219.
- Jodelet, D. (2015). *Représentations sociales et mondes de vie*. Paris : Editions des Archives contemporaines.
- Le Moel, B., Moliner, P., & Ramadier, T. (2015). Représentation sociale du milieu marin et iconographie du territoire chez des élus de communes littorales françaises. *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement*, 15(1).
- Marková, I. (2012). Objectification in common sense thinking. *Mind, Culture and Activity*, 19(3), 207-221.
- Moliner, P. (2008). Représentations sociales et iconographie. *Communication & Organisation*, 34, 12-23.
- Moulin, P. (2005). Imaginaire social et cancer. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4(4), 261-267.
- Moscovici, S. (2013). *Le scandale de la pensée sociale*. Paris : Éditions de l'Ehess.
- Öster, I., Magnusson, E., Thyme, K. E., Lindh, J., & Åström, S. (2007). Art therapy for women with breast cancer: The therapeutic consequences of boundary strengthening. *The Arts in Psychotherapy*, 34(3), 277-288.
- Pierron, J.-P. (2007). Représentations du corps malade et symbolique du mal : maladie, malheur, mal ? *Psycho-Oncologie*, 1(1), 31-40.
- Rollins, J. A. (2005). Tell me about it: drawing as a communication tool for children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 22(4), 203-221.
- Saillant, F. (1990). Fabriquer le sens : le réseau sémantique de la maladie. *Sciences Sociales et Santé*, 8(3), 5-40.
- Sarradon-Eck, A. (2004). Pour une anthropologie clinique : saisir le sens de l'expérience du cancer. In P. Ben Soussan (Ed.), *Le cancer, approche psychodynamique chez l'adulte* (pp. 31-45). Toulouse : Erès.

- Viaud, J. (2000). L'objectivation et la question de l'ancrage dans les représentations sociales. In N. Roussiau (Ed.), *Psychologie sociale* (pp. 89-100). Paris : In Press.
- Voelklein, C., & Howarth, C. (2005). A review of controversies about social representations theory: a British debate. *Culture & Psychology*, 11(4), 431-454.
- Wagoner, B. (2013). Bartlett's concept of schema in reconstruction. *Theory & Psychology*, 23(5), 553-575.
- Wagner, W., Elejabarrieta, F., & Lahnsteiner, I. (1995). How the sperm dominates the ovum: objectification by metaphor in the social representation of conception. *European Journal of Social Psychology*, 25(6), 671-688.
- Wagner, W., & Hayes, N. (2005). *Everyday discourse and common sense*. New York : Palgrave Macmillan.