



Le cancer dans les médias 1980-2007

COLLECTION
Études & expertises

OBSERVATION ET ANALYSE DES
REPRÉSENTATIONS DU CANCER
DANS LES DISCOURS MÉDIATIQUES
DE 1980 À 2007

LE CANCER À LA TÉLÉVISION

LE CANCER DANS LA PRESSE

L'Institut National du Cancer est l'agence nationale sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Ce document est téléchargeable sur le site : www.e-cancer.fr

CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN CANCER 2009-2013.

Mesure 6

Produire et communiquer annuellement des informations sur le cancer et la cancérologie.

Action 6.3 : Réaliser des enquêtes régulières sur les connaissances, les attitudes, le comportement et la perception des cancers et des facteurs de risques, notamment un baromètre cancers.

Tous droits réservés.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'INCa est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été édité en novembre 2010. Il peut être demandé à l'adresse suivante :

Institut National du Cancer (INCa)
52, avenue André Morizet - 92100 Boulogne-Billancourt
www.e-cancer.fr

© 2010. Institut National du Cancer (INCa)

Le cancer dans les médias 1980-2007

CONTRIBUTEURS

Cette étude a été réalisée au Céditec (Centre d'études des discours, images, textes, écrits et communication, E.A. 3119, Université Paris Est-Créteil) par :

- Maria POURCHET (postdoctorante)

avec la collaboration de :

- Caroline OLLIVIER-YANIV (professeur en sciences de l'information et de la communication),
Dominique DUCARD (maître de conférences en sciences du langage),
et Dominique DESMARCHELIER (maître de conférences en sciences du langage).

Elle a été coordonnée par l'agence Equancy&Co.

Ont également contribué à ce rapport les équipes de l'Institut National du Cancer :

- Chloé BUNGENER, Anne RAMON et Gaëlle VALLET de la direction de l'Information des publics, et Norbert AMSELLEM, du département Recherche en Sciences humaines et sociales, Épidémiologie et Santé publique
-

SOMMAIRE

PRÉFACE	07
INTRODUCTION	09
1980-2007 : un segment historique précieux pour l'analyse des représentations du cancer ...	09
Les médias, un vecteur d'analyse très opérant.....	11
Le corpus : télévision et presse	12
Une double approche.....	13
I. LE CANCER À LA TÉLÉVISION 1980-2007	15
Introduction	17
● Le corpus des émissions : un matériau d'analyse privilégié	17
● Trois événements structurants dans les JT de 1980 à 2007 : l'affaire Crozemarkie, le Plan Cancer I, la mise en place de l'INCa.....	18
● Les émissions de 1980 à 2007 : une progression seulement apparente du sujet cancer.....	19
● Trois décennies, trois récits chronologiques du cancer	21
A. Le Récit du cancer dans les années 1980 : le « fléau cancer », un sujet de société (1980-1987)	23
<i>Quelques éléments de cadrage avant d'entrer dans le détail ...</i>	23
I. Le vécu du cancer : le dire, en souffrir, en mourir	26
I.1 L'aveu et la vérité : le cancer indicible ?.....	27
I.2 Gérer la fatalité	30
I.3 Le cancer comme désordre social : la discrimination des malades	32
II. Un discours médical approximatif et hasardeux : le cancer mystérieux.....	33
II.1 La difficile médiation du cancer.	33
II.2 Médecines parallèles : le spectre du charlatanisme.....	37
B. Le Récit du cancer dans les années 1990 : « l'espoir cancer », un sujet médical et institutionnel (1987-1998).....	41
<i>Quelques éléments de cadrage avant d'entrer dans le détail ...</i>	41
I. L'espoir placé dans les traitements et les techniques opératoires	45
I.1 Un programme fondateur : <i>Médecine à la Une</i> sur TF1	45
I.2 La démonstration des moyens : l'évolution des traitements et des techniques opératoires.....	47
II. Du fléau au risque : les débuts de la prévention	49
II.1 Les trois fléaux ordinaires : la cigarette, le soleil et l'assiette	50
II.2 Un risque environnemental imposé par les catastrophes et les scandales sanitaires	51

C. Le Récit du cancer dans les années 2000 : le cancer entre technosciences, prévention et confessions intimes (1998-2007)	53
<i>Quelques éléments de cadrage avant d'entrer dans le détail ...</i>	53
I. Les promesses en images de la technoscience.....	57
II. Prévention, dépistage et hygiène de vie : la montée en exemplarité de l'individu sain.....	59
II.1 La précision du risque.....	59
II.2 Formation de la norme de la santé : l'individu sain comme figure concurrente du malade	61
III. Le témoignage : le malade séparé du collectif	61
III.1 Une présence limitée, circonscrite aux émissions de confessions	61
III.2 Trois invariants du témoignage : l'expérience privée (le couple, la famille, le soi).....	63
III.3 La maladie comme expérience sociale : une réalité évacuée	63
CONCLUSION sur la figure du malade à la télévision : une évolution erratique, un héroïsme ambivalent	65

II. LE CANCER DANS LA PRESSE 1980-2007 67

Introduction	69
● Un corpus d'analyse fragmenté.....	69
● Évolution du sujet « cancer » dans <i>Le Monde</i> depuis 1980 : une évolution tributaire de la médiatisation du sida et de l'action institutionnelle	69
● La PQN : une écriture entre science et société	72
● La PQR : un engagement dans le discours préventif.....	73
● Le cancer du sein : un cancer surreprésenté sur toute la période	73
● Le « récit » thématique comme modèle compréhensif.....	74
A. Le Récit du Dépistage des cancers (1985-2006) :	
la reformulation constante de la promesse	77
I. L'interpellation des pouvoirs publics et le débat sur les coûts.....	77
I.1 Une implication fondatrice du <i>Monde</i> dans l'interpellation des pouvoirs publics.....	77
I.2 Dépistage du cancer du sein : polémique sur la question des coûts	78
I.3 Une pression médiatique continue sur les pouvoirs publics	79
I.4 Le cancer du col de l'utérus profite du débat sur le dépistage.....	80
II. Les années 90 : les cancers du sein, du côlon et du col de l'utérus participent du débat sur le dépistage.....	81
II.1 Vers le dépistage « de masse » du cancer du sein : les campagnes pilotes.....	81
II.2 L'information sur le dépistage : le cancer du côlon concurrencé par le cancer du sein ?	83
II.3 Dépistage du cancer du col de l'utérus : l'examen toujours mis en question.....	84

SOMMAIRE

III. 2000-2007 : dernier rebondissement dans le dépistage organisé du cancer du sein et maintien du suspens autour de celui des cancers du côlon et du col de l'utérus	86
III.1 Dépistage organisé du cancer du sein : épilogue	86
III.2 Le dépistage généralisé du cancer du côlon : « la longue marche »	88
B. Le Récit des Institutions du cancer (1996-2006) : délégitimation et légitimation des acteurs du cancer	91
I. L'affaire Crozemarkie : « l'argent du cancer »	91
II. Le Plan cancer I : de l'annonce au bilan	93
II.1 L'annonce du Plan cancer I	94
II.2 L'application du Plan cancer I : une certaine sévérité de la presse	94
II.3 Le bilan en demi-teinte du Plan Cancer I	95
C. Le Récit de la Recherche (1980-2007) : du « cancer viral » à la carte génétique	97
I. L'information scientifique sur le cancer : une tradition d'écriture	97
II. L'intérêt pour le mode de développement des cancers	100
II.1 Virus et cancers : corriger le fantasme de la contagion	101
II.2 Cancers et prédisposition génétique	102
III. Les thérapies du cancer : une information essentiellement portée sur celles... qui n'existent pas encore	104
III.1 Les nombreuses pistes des années 80	104
III.2 Une information privilégiant la thérapie génique : la promesse du cancer contrôlable	105
D. Le tardif Récit de la Prévention (années 90 et 2000)	107
I. La prévention : une préoccupation tardive quasiment inexistante dans les années 80	107
II. Les années 90 : la prévention du cancer du sein	108
II.1 Ni alarmisme, ni formulation de la prescription	108
II.2 Le cancer du sein, premier objet de la prévention	109
III. Années 2000 : un éclatement du message préventif	111
III.1 Un discours préventif qui privilégie encore les cancers féminins	111
III.2 L'émergence du risque environnemental	114
CONCLUSION sur la figure du malade dans la presse quotidienne d'information : une représentation juridique, statistique ou « échantillonnée »	117
CONCLUSION GÉNÉRALE	119
BIBLIOGRAPHIE	122
ANNEXES MÉTHODOLOGIQUES	123

PRÉFACE

L'histoire du traitement médiatique du cancer commence dans l'entre-deux-guerres avec la mise en œuvre des premières campagnes de lutte contre le cancer menées conjointement par l'Office national d'hygiène sociale et la Ligue nationale contre le cancer. Ces campagnes utilisent la presse, la radio et, à un moindre degré, le cinéma pour diffuser un message visant à sensibiliser le public aux dangers du cancer et à promouvoir le diagnostic précoce de la maladie. Il s'agit alors, par une « pédagogie de la crainte salutaire », de « rompre le silence » pour mettre en lumière les ravages que cause une maladie sournoise qui non seulement frappe indistinctement toutes les classes de la société, mais s'attaque à toutes les formes de vie, humaine, animale et même végétale. La dramatisation sans nuance de ce « fléau des temps modernes » s'articule à un message d'espoir : le cancer peut être guéri s'il est traité à temps.

La stratégie des campagnes anticancéreuses vise simultanément deux objectifs complémentaires. Faire valoir que seuls les traitements mis au point par les spécialistes du cancer sont efficaces et pour cela, combattre les propagandes mensongères de tous les charlatans que malheureusement les patrons de presse accueillent trop souvent dans les colonnes de leurs journaux. Alerter le public sur les signes qui trahissent un cancer débutant : une petite boule au sein, des écoulements sanglants entre les règles, une toux persistante, une constipation chronique... Chacun doit apprendre à s'inquiéter de la présence de ces symptômes en apparence anodins et, s'il en repère un, ne doit pas hésiter à consulter son médecin traitant. Ainsi, le rôle attribué aux médias est double : conforter l'image d'une médecine scientifique comme seule capable de vaincre le cancer et mobiliser la population pour que chaque individu s'implique dans la lutte contre le cancer en devenant un « homo medicus » capable de surveiller son corps en portant sur lui un regard clinique. Mais les campagnes médiatiques produisent des effets inattendus, les médecins se plaignent d'être confrontés à une nouvelle pathologie sociale, la cancérophobie.

La contradiction inhérente à cette pédagogie où il s'agit de sensibiliser sur l'existence d'un danger et sur les moyens de le conjurer, est soulignée par les promoteurs des campagnes sur le cancer, et cela dès la fin des années quarante. Un nouvel impératif s'impose : informer et dédramatiser en même temps, convaincre que le danger est réel mais que les progrès de la médecine mettent en échec la puissance mortifère du fléau. Au moment où les stratégies de communication médicales se réorientent, les supports médiatiques évoluent et se diversifient. Et tandis qu'un journalisme médical spécialisé se construit et intègre les rédactions de la presse quotidienne et hebdomadaire, un nouveau média apparaît, la télévision, dont l'audience au départ confidentielle ne va cesser de s'étendre. Le discours médiatique sur le cancer se fait beaucoup plus complexe et hétérogène de par les transformations de l'espace médiatique. Le cancer devient un sujet de société et plus seulement un thème abordé lors des campagnes du mouvement de lutte contre le cancer. La télévision joue des rôles multiples, elle se fait pédagogique avec les émissions médicales d'Igor Barrère, elle « starifie » quelques figures de la cancérologie qu'elle transforme (avec leur assentiment) en vedettes médiatiques, elle met en scène la technologie médicale avec une fascination évidente pour les appareils de radio et cobalthérapie. Et puis progressivement les malades entrent en scène, comme objets des traitements, comme patients partenaires des médecins ou comme témoins d'une expérience limite.

Mais bien sûr, ces représentations du cancer, des médecins et des malades évoluent au fil des transformations de l'univers médiatique. Et c'est tout l'intérêt du travail de l'équipe du Ceditec que de nous faire voir sur les trente dernières années, à la fois au niveau de la télévision et de la presse écrite, ce qu'a été l'évolution des représentations de la maladie (un fléau qui a la vie dure), de la place respective des médecins et des journalistes dans la communication, de celle aussi des malades et, c'était inattendu, de « l'homme sain » comme figure concurrente du malade, un homme sain collant à l'idéal de l'« homo medicus ».

Patrice PINELL*

* Directeur de recherches au Centre de Sociologie Européenne, UMR CNRS/EHESS, Patrice Pinell est notamment l'auteur de *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris, éd. Métailié, 1992.

INTRODUCTION

Le cancer est une maladie et un objet politique et social, dont la publicisation et la reconnaissance en tant que problème de santé publique sont relativement anciennes¹. Il constitue aussi depuis longtemps un sujet de discours dans les médias. Dans la sphère publique, les médias de masse tels que la presse et la télévision constituent « des instances majeures du système symbolique »². Autrement dit, à travers les discours qu'ils élaborent et qu'ils véhiculent, ils indiquent l'état des perceptions collectives, tout en influençant la construction, et potentiellement la transformation, des représentations sociales. Ils sont à la fois des reflets et des prescripteurs de l'opinion publique. Ainsi, l'étude des récits médiatiques du cancer sur ces trois dernières décennies peut nous éclairer sur la nature des représentations en circulation sur cette maladie.

C'est dans cette perspective que l'Institut National du Cancer (INCa) a souhaité lancer une étude pluriannuelle sur l'observation et l'analyse des représentations sociales du cancer à travers les discours médiatiques, dans le cadre de son programme sur l'image sociale des cancers³. Menée pour l'INCa par le Céditec (Centre d'études des discours, images, textes, écrits et communication), laboratoire de recherche rattaché à l'Université Paris Est-Créteil, la présente étude se propose d'observer, d'évaluer et d'analyser rétrospectivement les places successives et les différents traitements accordés à la question du cancer à la télévision et dans la presse de 1980 à 2007⁴.

1980-2007 : UN SEGMENT HISTORIQUE PRÉCIEUX POUR L'ANALYSE DES REPRÉSENTATIONS DU CANCER

La profusion des médiations, représentations et interprétations du cancer par les médias généralistes ces trois dernières décennies pourrait paraître déroutante par sa diversité, son étendue et son instabilité apparente. Elle est pourtant extrêmement précieuse à l'analyse, dans la mesure où elle permet d'accéder à la manière dont les sociétés se « disent » dans leurs rapports à une dimension essentielle des sphères privées et collectives, la maladie, et dans un cadre spécifique, les médias. À ce titre, il est particulièrement intéressant d'isoler le segment 1980-2007 dans l'observation de la médiatisation du cancer en France. Tout d'abord, parce que dans l'histoire de la lutte contre le cancer, ces 27 années auront apporté un ensemble de conditions rendant possible, non

1. Pinell P., *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Métailié, 1992.

2. Coman M., *Pour une anthropologie des médias*, Grenoble, PUG, 2003.

3. C'est dans le cadre de ce programme sur l'image sociale des cancers qu'a été lancée en 2007 la campagne de communication « Nous sommes 2 Millions de héros ordinaires ».

4. Le choix d'arrêter en 2007 la période observée est lié au fait que la présente étude à visée rétrospective vient compléter et éclairer l'observation et l'analyse des discours médiatiques sur le cancer menée sur une base annuelle depuis 2008. Du fait de la plus grande disponibilité des sources sur la période récente, les études annuelles 2008, 2009 et 2010 sont fondées sur un corpus plus complet intégrant la télévision, les différents types de presse (quotidienne et magazine), ainsi que les médias radio et internet.

pas véritablement l'émergence – la publicisation du cancer est ancienne et s'ouvre dès le début du XX^e siècle –, mais une réelle évolution des représentations de la maladie. Entre 1980 et 2007, le cancer ne cessera de rencontrer des occasions de réaffirmer, d'une certaine façon, sa place dans la sphère publique. Ainsi, dès le début des années 80, le « fléau »⁵ est « concurrencé » par l'irruption d'un autre, le sida, ce qui ne peut que réorganiser la perception collective de la « maladie grave » jusque-là dominée par cette « vieille » pathologie « du désordre » (P. Pinell, 1992), le cancer. Dans les années 90, une actualité agitée – l'affaire Crozemarkie ou, à moindre niveau, la polémique autour du retard pris par le dépistage organisé du cancer du sein – obligera les institutions du champ du cancer à participer plus largement au dialogue avec la société civile et à établir publiquement les preuves de leur engagement pour le bien collectif (redéfinition des statuts des principales associations caritatives, organisation progressive du dépistage de certains cancers). Dans les années 2000 enfin, la lutte contre le cancer se politise, avec le lancement du Plan cancer et le projet d'une institution dédiée.

Ces trois décennies recouvrent également les étapes déterminantes de la structuration du paysage médiatique, en particulier audiovisuel. Ces étapes correspondent à des transformations dans les modes de discours servant les grands domaines d'information, dont celui de la santé. Si, par exemple, dans les années 80, les chaînes publiques de télévision offrent d'humbles dispositifs de parole où les aspects sociétaux du cancer sont longuement mis en palabres, les logiques de concurrence installées par la privatisation de TF1 (en septembre 1986), exigent des formats plus rentables. Dans ces émissions médicales à gros budget, nourries de reportages, le cancer devra alors se montrer sous des aspects spectaculaires, telles les avancées de la chirurgie, et non sous les plus ordinaires, comme le vécu du malade. Dans les années 2000, l'extension du temps d'antenne, la spécialisation des formats (étiquetage générique « santé », « culture », « actualité », « people »...), les procédés de multidiffusion auront banalisé, entre autres, le discours sur la santé. De plus, du fait de la thématization de certaines chaînes, le discours se localisera davantage sur celles relevant d'une vocation pédagogique (telle que France 5), dans le cadre de programmes à caractère éducatif qui infléchiront l'information sur le cancer vers des modes prescriptifs et démonstratifs. Le propos relatif au vécu de la maladie, parce qu'isolé dans le cadre du discours télévisuel dédié au « vécu », se verra lui infléchi vers le mode compassionnel.

5. P. Pinell retient 5 critères pour définir une maladie « fléau ». Le fléau suppose : 1) une progression régulière de l'incidence (pas de reflux). 2) une distribution qui ignore les différences sociales (il n'est pas de ces pathologies qui s'alimentent surtout de la misère). 3) des dilemmes moraux chez les malades : question du suicide, de l'euthanasie. 4) des dégradations corporelles et des souffrances intenses. 5) une extension aux différentes espèces vivantes (hommes, plantes et animaux).

Les conditions médiatiques constituent un éclairage parmi d'autres. Les formes prises par l'information sur le cancer résultent de nombreux facteurs sociaux, politiques, culturels caractérisant l'actualité dans laquelle émerge cette information. Les représentations du cancer telles qu'elles se manifestent à la télévision ou dans la presse ne sont pas seulement dépendantes de l'état des mentalités à un moment donné sur un sujet donné, mais également d'une série de faits tangibles contemporains à cette médiatisation. L'étude veillera à signaler ces faits à chaque fois qu'ils seront identifiés.

LES MÉDIAS, UN VECTEUR D'ANALYSE TRÈS OPÉRANT

Si les médias ne font que jouer leur rôle dans un ensemble de transformations dont ils ne sont pas l'unique moteur, ils font toutefois beaucoup plus qu'offrir une fenêtre sur les perceptions relatives au cancer.

Ils permettent tout d'abord de mesurer assez précisément l'impact des événements sur les représentations, voire de corriger certaines appréciations spontanées. Typiquement, on observera le caractère relatif de l'effet du premier Plan cancer tant sur le volume du discours que sur sa nature. Si le Plan cancer est relayé au sommaire des journaux télévisés et dans les colonnes de la presse d'information au titre des opérations institutionnelles, les axes qu'il propose (notamment la revalorisation de la place du malade) n'ont pas constitué de nouveaux « chapitres », de nouvelles priorités dans le discours médiatique sur le cancer.

Par ailleurs, même si ce niveau n'est pas toujours mobilisable, le média (plus particulièrement la télévision) fournit avec les indicateurs d'audience des informations précises permettant de prendre une première mesure de la préoccupation du public vis-à-vis du cancer. Ainsi peut-on inférer l'intensité actuelle de cette préoccupation à partir de l'audience record affichée par les deux derniers programmes exceptionnels⁶ consacrés à la maladie : plus de 3 700 000 téléspectateurs⁷ pour *Le cancer sort de l'ombre* en 2007 et à peu près autant pour *Cancer vos questions en direct* en 2006. En observant que ces audiences sont équivalentes à celles de la dernière émission « spéciale cancer » diffusée auparavant (à savoir *La Marche du Siècle* « Cancer la vie quand même » en janvier 1996 : près de 3 800 000 téléspectateurs), on peut même postuler que l'intérêt du public pour la maladie est élevé depuis déjà 10 ans et n'a subi aucun fléchissement⁸.

6. *Le cancer sort de l'ombre*, émission spéciale de Jean-Luc Delarue (France 2, 5/3/2007) et *Cancer, vos questions en direct*, émission spéciale préparée par la rédaction du *Magazine de la Santé* (France 5) mais exceptionnellement programmée sur France 3 en première partie de soirée (18/4/2006).

7. Sources Médiamétrie – France Télévisions.

8. Il faut de toutefois se garder de faire excessivement « parler » des chiffres qui exigeraient bien d'autres niveaux de lecture (prise en compte des paramètres de programmation notamment) pour être correctement appréciés.

Enfin, comme évoqué précédemment, les médias de masse tels que la presse et la télévision sont aujourd'hui acceptés par les sciences sociales comme des instances indiquant pour partie l'état des perceptions collectives, tout en affectant notre compréhension des réalités sociales. À cet égard, la présente étude a permis d'identifier un aspect de ce travail compréhensif : régulièrement, le discours médiatique met lui-même explicitement en perspective les représentations du cancer. Il prend alors pour objet ces représentations et revient régulièrement sur leur évolution. Par exemple, en 1996, dans un numéro de *La Marche du Siècle* « Cancer la vie quand même » (France 3, 17/01/1996), Jean-Marie Cavada auditionne ses invités (malades et médecins) et le public en salle sur la question suivante : « *Une question me paraît importante ce soir, nous pouvons avoir plusieurs points de vue (...) Avez vous observé une évolution des mentalités concernant le cancer ces 15 dernières années ? Une évolution de l'image dans les médias ? Est-il plus facile d'en parler, et là je m'adresse aux malades, à leurs familles, aux médecins, plus facile aujourd'hui que dans les années 1980 ?* ». Dans la même émission, le professeur Jasmin, cancérologue, exprime en quelques phrases le bond fait dans l'acceptation de la maladie, mais il rappelle aussi le chemin qui reste à parcourir : « *Nous avons, dans le corps médical et la société en général, d'énormes complexes (...) quand j'ai commencé à travailler à Villejuif il y a 15, 20 ans, on ne pouvait pas prononcer le mot cancer, on ne pouvait pas dire qu'on donnait de la morphine, sinon c'était assimiler les cancéreux à des toxicos, etc. (...) on était dans la négation (...) aujourd'hui on peut parler comme ça ici, car la médecine a plus confiance en elle et surtout les patients nous ont beaucoup appris (...) maintenant il faut que les malades soient plus présents socialement, et pour ça, pour qu'ils puissent obtenir des choses, ils devront se solidariser comme les malades du sida. Je leur souhaite d'y parvenir* ».

LE CORPUS : TÉLÉVISION ET PRESSE

Cette étude se fonde sur l'analyse de deux corpus : un corpus télévision et un corpus presse⁹, constitués selon des critères différents pour chacun et dans des limites matérielles imposées par la disponibilité des données.

Concernant la télévision, l'analyse porte sur un corpus à deux niveaux. D'une part, l'ensemble des magazines consacrés au sujet cancer (magazines de santé, d'actualité et d'information, de société, magazines pratiques et féminins, magazines scientifiques, talk-shows), diffusés entre 1980 et 2007 sur les quatre chaînes hertziennes généralistes suivantes : TF1 (première chaîne) ; France 2 (A2) ; France 3 (FR3) ; France 5 (La Cinquième, La Cinq). D'autre part, l'ensemble des sujets des journaux télévisés (JT) diffusés entre 1980 et 2007 sur les trois chaînes hertziennes généralistes TF1 (première chaîne) ; France 2 (A2) ; France 3 (FR3).

9. La rareté des données radiophoniques disponibles pour la décennie 80, leur grande disparité et l'inégal référencement des données pour les années 90, nous ont conduit à exclure la radio de cette analyse historique. De même pour internet. Ces médias ont en revanche été intégrés au corpus des études annuelles à partir de 2008.

Concernant la presse, le corpus, imposé par la disponibilité inégale des sources, intègre les deux titres de presse quotidienne nationale (PQN) et les deux titres de presse quotidienne régionale (PQR) suivants, sur les périodes pour lesquelles il existe des données numérisées¹⁰ : *Le Monde* (1980-2007) ; *Libération* (1990-2007) ; *Ouest France* (2000-2007) ; *Le Parisien/Aujourd'hui en France* (2005-2007). L'intégration de deux titres de PQR grand public sur les années 2000 avait pour objectif d'augmenter le corpus d'une autre dimension du discours de presse et d'analyser plus finement dans quelle mesure la mise en œuvre du premier Plan cancer a contribué à transformer les représentations médiatiques de la maladie.

Le détail de la constitution de chacun de ces deux corpus est consultable en annexe.

UNE DOUBLE APPROCHE

Les deux corpus médias presse et télévision ont été étudiés avec une même méthode d'analyse à la fois quantitative et qualitative (voir le détail en annexes). En complément d'une première approche statistique permettant de dégager les grandes masses et tendances sur la base de variables et d'indicateurs prédéfinis, l'exploration des discours médiatiques a été menée selon un modèle compréhensif fondé sur une distribution en grands « Récits », structurés différemment pour chacun des deux corpus :

- le discours de télévision invite à une lecture chronologique et successive où les changements de décennies rythment les grandes transformations dans la représentation de la maladie : Récit des années 80, Récit des années 90, Récit des années 2000 ;
- le discours de presse porte plutôt à adopter une approche thématique, beaucoup moins soumise au principe chronologique, avec le Récit du Dépistage, le Récit des Institutions du cancer, le Récit de la Recherche ou encore le Récit de la Prévention. L'importance accordée respectivement à ces différents « Récits » dans le corps de cette étude est fonction de leur représentativité au sein des discours médiatiques sur le cancer.

Les résultats commentés dans cette étude ont été retenus en fonction de leur récurrence et de leur valeur statistique. Ils éclairent des tendances observées comme significatives. En d'autres termes, cette étude ne met pas en perspective des aspects identifiés comme anecdotiques et accidentels dans les discours médiatiques. S'il arrive toutefois que soient mentionnés, aux côtés des aspects structurants, certains aspects émergents (donc peu représentés), ils sont signalés comme tels.

10. Excepté pour *Le Monde* sur la période 1980-1987 pour laquelle une recherche a été effectuée dans les fonds papier.



PARTIE I

LE CANCER À LA TÉLÉVISION 1980-2007

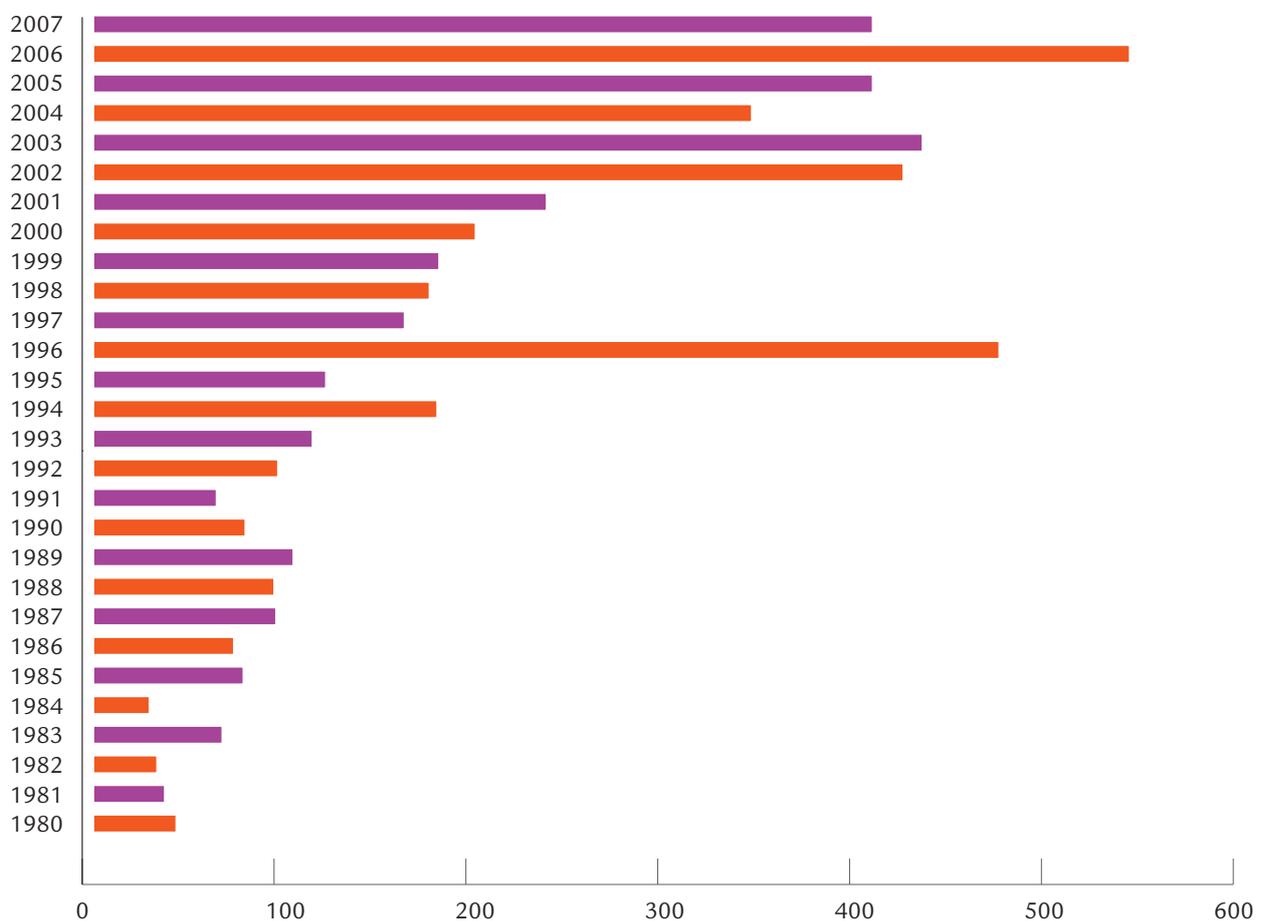


INTRODUCTION

LE CORPUS DES ÉMISSIONS : UN MATÉRIAU D'ANALYSE PRIVILÉGIÉ

On distinguera dans le chapitre suivant le discours informatif des journaux télévisés (JT) et le discours des émissions – émissions de société, de santé, d'info/actualité, émissions féminines/pratiques et émissions de confessions – consacrées au cancer. Le premier, qui s'avère le moins riche pour l'analyse, a peu évolué. Comme le souligne Hélène Romeyer (2005)¹¹, il est « routinier », marqué par une « sur-représentation de l'action publique » et n'intègre

FIGURE 1 : ÉVOLUTION DES SUJETS DES JT 1980-2007



11. Romeyer H., 2005, *La publicisation de la lutte contre le cancer en France entre 2000 et 2005*.

quasiment jamais les aspects sociaux et sociétaux de la maladie, encore moins les aspects liés au vécu personnel de la maladie. Le discours distribué dans les différents programmes en revanche est plus à même de traduire des permanences et des glissements dans l'appréhension médiatique de la maladie. Le corpus « émissions » constituera donc le matériau d'analyse premier de cette étude. Le corpus JT sera convoqué à titre d'éclairage complémentaire.

TROIS ÉVÉNEMENTS STRUCTURANTS DANS LES JT DE 1980 À 2007 : L'AFFAIRE CROZEMARIE, LE PLAN CANCER I, LA MISE EN PLACE DE L'INCA

D'un point de vue simplement quantitatif, l'observation des données relatives à la médiatisation télévisuelle du cancer laisse apparaître une progression lente mais continue du sujet sur la période analysée (1980-2007), témoignant de seulement trois envolées : la première, essentiellement visible dans les JT, concerne l'année 1996 et correspond avant tout à l'affaire Crozemarkie puis à la publication du livre du docteur Gubler sur l'état de santé de François Mitterrand¹². La seconde, matérialisée au niveau des JT et dans une moindre mesure au niveau des émissions (voir figure 2), concerne les années 2002-2003 et correspond à l'annonce (le 14 juillet 2002) et à la mise en place du Plan cancer I (2003-2007) par Jacques Chirac, président de la République. La dernière, en 2005-2006, correspond à la mise en place de l'Institut National du Cancer. Ces trois variations de volumes confirment le lien étroit entre les sommaires des JT et l'agenda politique. Hélène Romeyer (2005) note que l'ancienneté et la lente montée en puissance de la thématique « cancer » dans les JT jusqu'à 2003 constituent, « par effet de sédimentation », un « socle d'actualité et de connaissances sur lequel le discours du Président vient prendre appui : le discours devient dicible ».

Toutefois, il serait hasardeux de déduire que le média télévision s'engage tout particulièrement dans ces années 1996 et 2003 dans la construction d'un discours sur le cancer. La compréhension de ces pics doit être relativisée par l'analyse du type d'information qui les alimente : concernant les JT, près de 90 % des sujets en 1996 relèvent d'annonces de plateau ou de brèves de moins d'une minute (mentionnant le décès ou la polémique). Même constat pour l'année 2003 : il pourrait sembler, à observer la courbe des JT, que l'annonce du chantier présidentiel ait considérablement accru le discours informatif sur le cancer. Or, l'analyse laisse apparaître que 80 % des sujets cancers en 2003 tiennent de brèves (ramassées sur le premier semestre 2003)

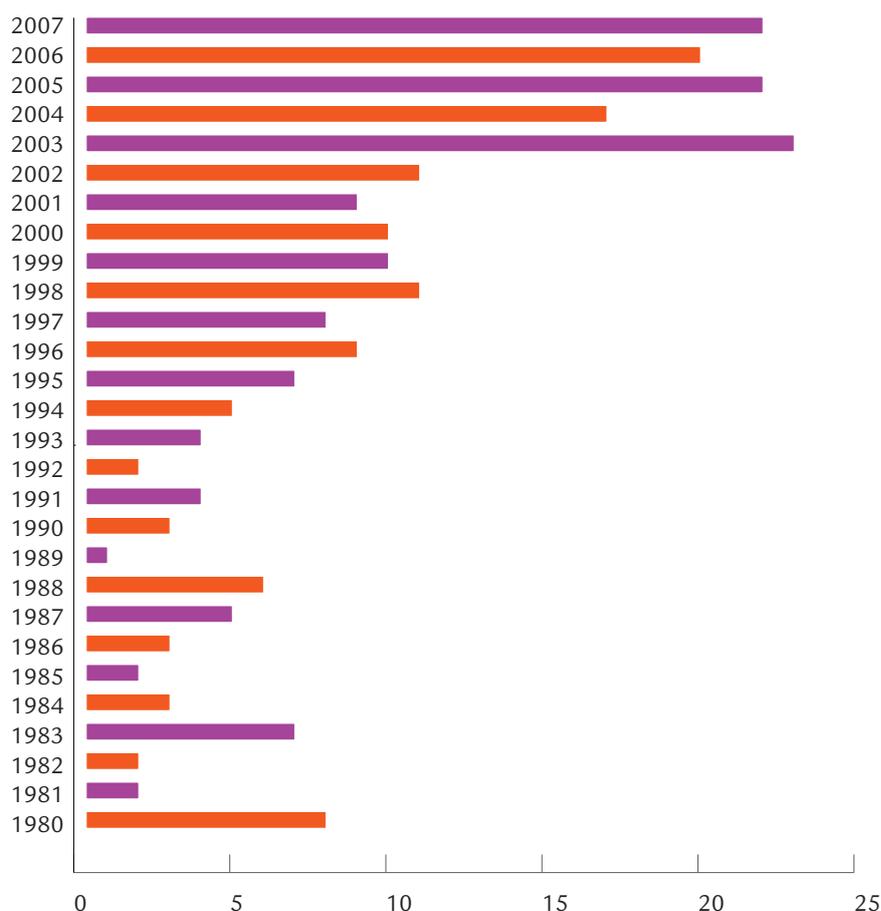
12. Gubler C., *Le grand secret*, Plon, janvier 1996.

répétées à l'identique au fil des éditions. On remarque que l'effet Plan cancer I s'essouffle rapidement, sur le second semestre 2004. En d'autres termes, les JT français ont avant tout relayé les termes de la politique de santé publique, la plupart du temps brut d'analyse, et sans s'engager dans une information proprement liée à la maladie. Hélène Romeyer (2005) conclut à ce sujet que « la hausse des sujets en brèves ne profite pas aux acteurs de la lutte contre le cancer, médecins, malades mais à des aspects institutionnels ».

Le reste du temps (c'est-à-dire hors de ces événements structurants), l'information sur le cancer dans les JT est d'ailleurs soumise aux mêmes caractéristiques : une majorité de brèves chronométrées correspondant à des annonces scientifiques, des informations publiques, des annonces de décès.

LES ÉMISSIONS DE 1980 À 2007 : UNE PROGRESSION SEULEMENT APPARENTE DU SUJET CANCER

FIGURE 2 : LES ÉMISSIONS CONSACRÉES AU CANCER



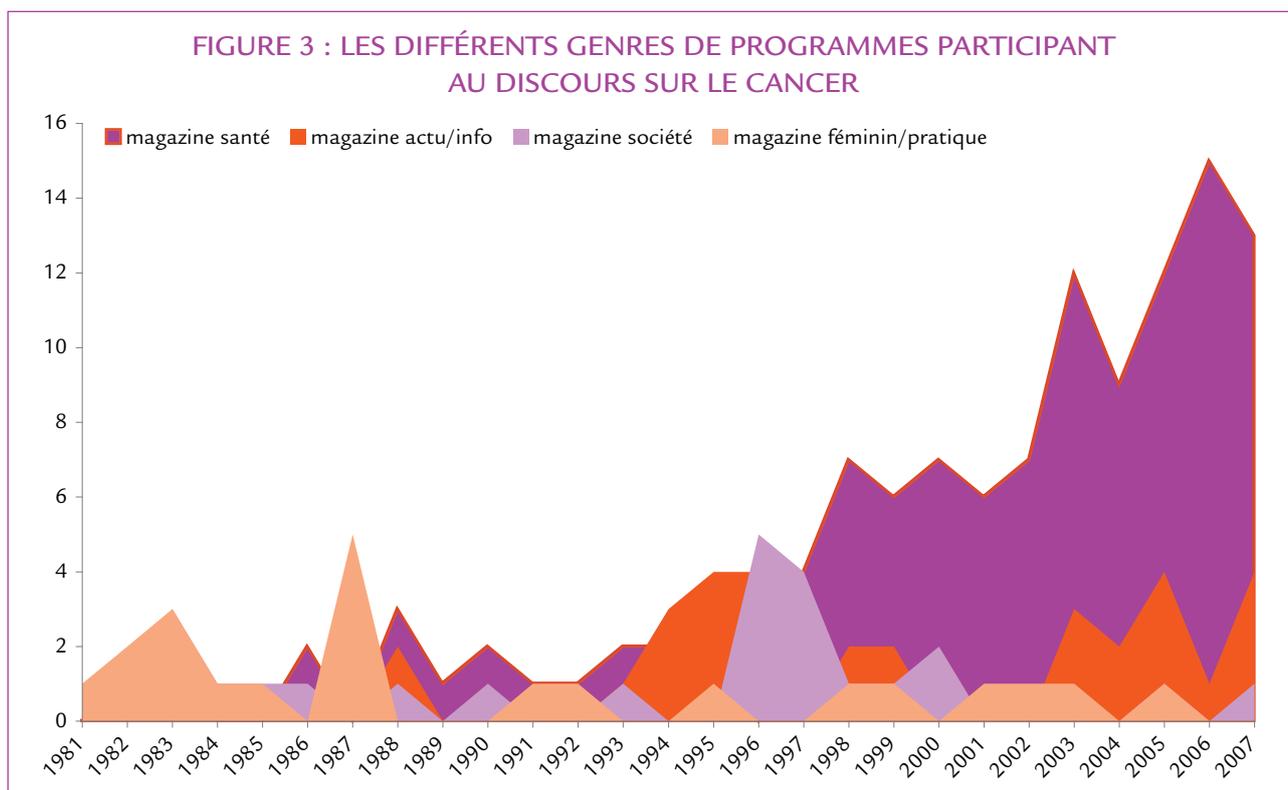
Là encore, la progression matérialisée par le graphique des émissions consacrées au cancer entre 1980 et 2007 (voir figure 2) ne peut être lue qu'en fonction de données techniques et historiques liées à l'histoire du média lui-même. En d'autres termes, il faut se garder à nouveau de conclure trop facilement à un intérêt toujours plus nourri de la part de la télévision pour la thématique «cancer», mais rapporter les volumes indiqués au nombre de chaînes disponibles, au nombre de programmes, à leur durée, au temps d'antenne, à la nature des formats selon les époques. Le constat alors s'inverse. Pour les années 80 par exemple, les volumes semblent de prime abord particulièrement indigents. Mais on observe qu'une pluralité de titres s'investissent dans le traitement du sujet, que la forme d'échange dominante est le débat (dispositif qui convoque une pluralité d'acteurs) et qu'enfin le temps global consacré au cancer est sensiblement élastique dans une proposition de trois chaînes où le temps d'antenne est compté. Les années 2000 pourraient se signaler par un engagement singulièrement plus important dans le traitement du sujet cancer. Mais l'hypothèse ne résiste pas à l'analyse : plus d'occurrences, mais beaucoup moins de temps consacré. Le discours sur le cancer privilégie une approche par reportages courts excluant le débat. Une seule émission assure à elle seule le discours, dans un paysage audiovisuel pourtant multipolaire. À titre indicatif, totalisons les heures consacrées au sujet cancer en 1980, rapportons-les au nombre de titres d'émissions et de numéros, et comparons, par exemple, avec l'année 1994 et l'année 2000. L'équation est éloquente :

- Janvier-décembre 1980 = environ 10 heures de programmes (débat) consacrées au cancer pour seulement 6 numéros dans 6 titres d'émissions différents.
- Janvier-décembre 1994 = environ 3 h 40 de programmes (reportages) pour 5 numéros correspondant à 3 titres d'émissions différents.
- Janvier-décembre 2000 = moins de 3 heures de programmes (reportages et chroniques) distribués dans 10 numéros représentant essentiellement 2 titres d'émissions (*Le magazine de la Santé* sur France 5 et *Savoir plus santé* sur France 2).

Ainsi, si l'on dépasse l'artefact que constitue le graphique et l'effet d'optique créé par la multiplication des occurrences, on constate qu'en réalité, la préoccupation des journalistes de télévision pour le cancer est importante jusqu'à la fin des années 80 et qu'elle faiblit par la suite dès le début des années 90. Les observations à venir préciseront et enrichiront ces constats.

TROIS DÉCENNIES, TROIS RÉCITS CHRONOLOGIQUES DU CANCER

Le corpus « émissions » nous permet de saisir dans un premier temps les différents univers du discours qui ont pu, depuis les années 80, encadrer la convocation du sujet cancer. La figure 3 (représentant la répartition des différents genres impliqués dans le discours sur le cancer) montre que pour la décennie 1980, le cancer relève presque exclusivement d'un sujet de société et d'un sujet, pour ainsi dire, « quotidien » : il émerge essentiellement aux magazines de société et aux magazines féminins.



Les années 90 sont marquées par les magazines de santé (un « nouveau » genre amorcé à la fin des années 80, et qui reste encore très proche du format magazine de société), les magazines d'information et les magazines de société. Quant aux années 2000, elles placent la préoccupation « cancer » aux sommaires des seuls magazines de santé (selon le format que ces derniers connaissent alors, porté sur la dimension scientifique et technique des maladies et sur la prévention).

Sur la base de ces résultats, éprouvés par une suite d'analyses qualitatives, on peut considérer que l'écriture télévisuelle du cancer connaît trois stades successifs :

- un discours sociétal intégrant les préoccupations des malades (qui correspondrait aux années 80) ;
- un discours médical répercutant l'action publique liée à la lutte contre le cancer (qui correspondrait aux années 90) ;
- un discours à dominante scientifique ayant intégré par ailleurs la dimension Prévention (qui correspondrait aux années 2000).

L'analyse qualitative confirme la pertinence de cette tripartition et le matériau invite à une étude chronologique du récit télévisuel du cancer. On parlera donc du Récit du cancer dans les années 80, du Récit du cancer dans les années 90, du Récit du cancer dans les années 2000, récits chronologiques donc, et non pas thématiques. Précisons que les bornes temporelles que manifestent ces trois récits ne suivent pas exactement le système décimal (1980, 1990, 2000) : les ruptures interviennent à deux ou trois années près et renvoient à des événements précis de l'histoire de la télévision, qui ont vraisemblablement induit un réaménagement du discours.

Ainsi :

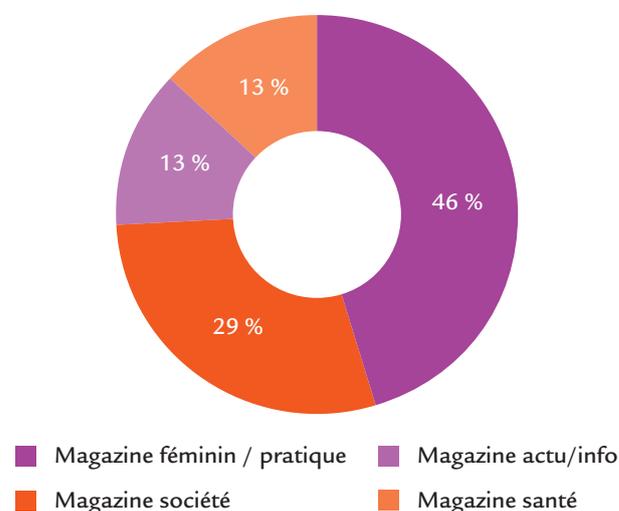
- la décennie dite 1980 s'ouvre effectivement en 1980 mais se clôt et se transforme dès 1987 sous l'effet de la privatisation de TF1 et de la profonde réorganisation du paysage audiovisuel qui s'ensuit ;
 - la décennie dite 1990 s'ouvre donc en réalité vers 1987 et trouve ses limites en 1998. En effet, l'année 1998 est fondatrice pour le discours de santé : s'installe en effet sur une chaîne de service public, aux côtés des magazines de santé qui lui préexistaient, *Le journal de la santé*, devenu *Magazine de la santé*, qui ne cessera d'étendre sa diffusion ;
 - inaugurée donc, en ce qui concerne le discours sur la santé, en 1998, la décennie 2000 localise le discours sur le cancer presque exclusivement au sommaire de ce genre spécifique : le magazine de santé. Les modalités et les objets du discours s'en trouvent profondément modifiés.
-

A. LE RÉCIT DU CANCER DANS LES ANNÉES 1980 : LE « FLÉAU CANCER », UN SUJET DE SOCIÉTÉ (1980-1987)

QUELQUES ÉLÉMENTS DE CADRAGE AVANT D'ENTRER DANS LE DÉTAIL...

■ **En termes de programmes**, les années 1980-87 sont marquées par un genre spécifique qui tendra par la suite à disparaître : le magazine féminin d'après-midi¹³. Il tient en même temps du talk-show et du magazine pratique, tout en intégrant des préoccupations sociétales. Le sujet cancer trouve, dans ces formats longs privilégiant le débat et l'interview, un important (et régulier) vecteur de médiatisation : 46 % des programmes consacrés au cancer entre 1980 et 1987 relèvent de ce genre. La maladie y est représentée essentiellement par des femmes (public cible de ces émissions) en rémission d'un cancer. Hasard du casting ou volonté de représenter des cancers répandus, il s'agit la plupart du temps de cancers du sein ou du poumon. Les témoins peuvent également recouvrir le statut de représentants des malades : la mère ou l'épouse d'un malade retenu par les soins. Il faudra attendre la fin des années 90 et les talk-shows de J.-L. Delarue pour retrouver une présence testimoniale équivalente.

FIGURE 4 : PART DES GENRES DE PROGRAMMES CONSACRÉS AU CANCER DANS LES ANNÉES 80



Les magazines de société¹⁴ (diffusion de fin de journée ou de première partie de soirée) représentent 29 % des programmes consacrés au cancer entre 1980 et 1987. Ils travaillent à la construction du sujet cancer dans des débats étirés (parfois deux heures) convoquant, aux côtés des malades, différents acteurs sociaux appartenant tant à la sphère médicale, juridique, que civile, ainsi que le public par le biais de l'interactivité téléphonique. Ici, l'étiquette « société » s'applique alors essentiellement aux aspects humains, aux problématiques quotidiennes (de type administrative, vie sociale du malade, et non aux macro-tendances, aux événements qui travaillent la sphère sociale). On remarquera d'ailleurs, dans les intitulés de ces émissions, la récurrence du terme « vie ».

13. Pour la période observée, il s'agit de *Aujourd'hui Madame* (Antenne 2), *Féminin Présent* (TF1), *Vendredi* (FR3), *Regard de femmes* (TF1), *Samedi et demi* (Antenne 2).

14. Pour la période observée, il s'agit de *C'est la vie* (Antenne 2), *Forum du mardi* (TF1), *La vie en face* (FR3), *Les jours de notre vie* (Antenne 2).

Dans l'ensemble, quel que soit le genre, ces programmes sont monothématiques et ne sont pas séquencés : le numéro entier est consacré au sujet cancer. Le régime de parole tient majoritairement du débat de plateau (les émissions de flux intègrent les chroniques et les reportages seulement à partir des années 90). Cependant dans l'absolu, la couverture du sujet cancer par ces émissions hebdomadaires peut paraître peu étendue : le magazine hebdo *Aujourd'hui Madame* ne lui consacre jamais qu'un à deux numéros par an, de même que *Féminin Présent*. Le magazine de société *C'est la vie*, un par an également. En moyenne pour ces années 80, tous programmes et chaînes confondus, on obtient par an quatre numéros de 120 minutes minimum (féminins ou société) entièrement consacrés au cancer. Mais dès lors que l'on constate que sur les dix dernières années de notre corpus, seules trois émissions de société de plateau ont été consacrées au cancer sur les chaînes généralistes (en 1996, 2006 et 2007), les mêmes chiffres prennent des proportions toutes différentes.

■ **Le registre dominant**, dont témoignent les échanges au sujet du cancer, est assez sombre. En effet, le débat sur le cancer ne connaît pas la notion d'espoir, la maladie est littéralement dramatisée, presque systématiquement apparentée à l'idée de mort. Un discours emprunt de fatalisme que suggère le champ lexical mobilisé pour qualifier le cancer : le fléau, le fossoyeur, l'ennemi. Dans l'introduction de *Naissance d'un fléau*, Patrice Pinell rappelle d'ailleurs qu'au début des années 80, « une peur excessive et incontrôlée s'attache encore à l'image du cancer » (1992 ; p.13).

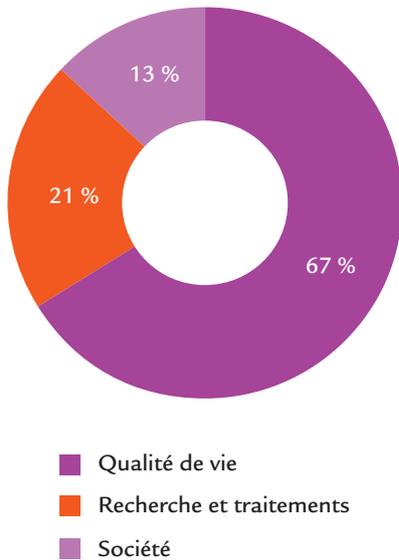
■ **La fonction purement documentaire des débats** – précisément l'information sur le(s) cancer(s) – dans les années 80 est somme toute assez pauvre. Le sujet cancer fait l'objet de grandes déclarations, de témoignages douloureux, de vœux pieux, de formules pathétiques, d'un propos globalisant où « le » cancer semble incarner un fléau unique et indistinct. On n'approche pas le cancer dans sa diversité, seul le cancer du poumon fait occasionnellement l'objet d'un discours spécifique, voire de numéros spéciaux (*Médicale* TF1, 08/07/1980, « D'un fléau à l'autre, de la tuberculose au cancer du poumon »). On ne trouve pas, dans le discours télévisé des années 80, d'information spécifique et circonstanciée, pédagogique sur les différentes formes de cancer, sur l'actualité des recherches en cours, sur les données épidémiologiques ou sur les modalités de prévention. Mais cette absence est à mettre en lien avec l'état des connaissances scientifiques de l'époque, encore limitées notamment sur les modalités et les facteurs de développement des cancers.

■ **La figure du malade** telle qu'elle est représentée, est anonyme et particulièrement réservée au genre féminin : sur l'année 1983 par exemple (année riche avec 6 programmes thématiques cancer convoquant tous plusieurs malades en plateau), seules deux émissions accueillent des hommes. Il s'agit en général de malades en rémission, et rarement de malades encore inscrits dans un protocole de soin. Mais en accord avec l'axe dramatisant du discours qui voudrait que « l'on meure du cancer », ces témoins sont invariablement présentés comme des « chanceux » sinon des « miraculés ». On précise qu'ils étaient atteints d'un « cancer curable ». En effet, si le discours n'intègre pas la diversité des cancers, il opère souvent une distinction curable/incurable. Distinction sommaire qui contribue tout autant au caractère sous-documenté du discours. Citons à ce titre Patrice Pinell, évaluant la non-pertinence de ce classement introduit dans le discours institutionnel dès les années 20 et étonnamment prégnant dans les années 80 : « l'opposition curable/incurable ne permet pas de rendre compte de la réalité de nombreuses situations faites de rémissions temporaires » (1992 ; p.322).

Si sur les plateaux, les représentants du cancer présentent peu les stigmates d'une maladie encore honteuse, on voit apparaître, dans les émissions de société de la fin des années 80, une figure autrement moins supportable. Dans des reportages en hôpitaux exempts de cette esthétisation de l'image propre au régime spectaculaire actuel, le cancer apparaît dans une réalité qui paraît insoutenable au téléspectateur d'aujourd'hui. Des malades sur leur lit en soins palliatifs, décharnés et perclus de perfusions, n'ayant pas toujours la force de répondre aux sollicitations des journalistes, dans des lumières naturelles qui ne pardonnent rien au caractère sinistre et parfois vétuste des lieux. L'association mort/cancer qui préside, surtout au début des années 80, à la médiatisation de la maladie y est clairement illustrée.

Présent sur les plateaux, occasionnellement filmé à domicile, jouissant d'un temps de parole important dans les débats (même s'il n'est pas tout à fait équivalent à celui de l'expert), de prime abord, le malade apparaît comme une catégorie d'énonciateur privilégiée. Mais une observation précise montre que sa parole est encadrée par le dispositif de communication et par l'autorité médicale présente qui lui fait subir une procédure de correction quand elle ne lui dicte pas littéralement son propos.

FIGURE 5 : THÉMATIQUES STRUCTURANT
LE DISCOURS SUR LE CANCER
DANS LES ANNÉES 80



■ **La figure du soignant** correspond à une catégorie spécifique : celle des quelques professeurs reconnus de la cancérologie française et appartenant à différentes institutions notoires du champ (l'Institut Gustave Roussy (IGR), l'Institut Curie, l'Institut du Cancer et d'Immunogénétique (ICIG) à l'hôpital Paul Brousse...). Une catégorie à ce point étroite et identifiable dans les années 80 que l'on peut en nommer chacun des membres : les professeurs Claude Jasmin, Georges Mathé, Henri Pujol, Léon Schwarzenberg et Maurice Tubiana. Sur les plateaux où ils interviennent (en général seuls et successivement, afin de ne pas orchestrer les oppositions), leur parole est donnée comme incontestable et incontestée. Nous identifierons un fléchissement de cette « starification » du cancérologue à partir de la seconde moitié des années 90.

■ **La thématique principale** qui structure le discours sur le cancer dans les années 80 renvoie,

comme le laisse supposer la nature des programmes représentés et la présence importante des malades, à la *Qualité de vie*¹⁵. Elle concerne près de 70 % des programmes consacrés au cancer.

L'actualité de la *Recherche et des traitements* (voir en annexe la définition des variables) concerne 21 % des programmes. Le reste relève de la thématique dite *Société* (typiquement les sujets comme la discrimination professionnelle des malades).

I. LE VÉCU DU CANCER : LE DIRE, EN SOUFFRIR, EN MOURIR

Spécifiquement, quelles conversations, quels témoignages, quels objets de débat recouvrent cette thématique *Qualité de vie* et la thématique *Société*? On observe que le discours (dans les magazines de société comme dans les magazines spécifiquement féminins) appréhende le vécu de la maladie sous trois aspects, qui semblent avoir aujourd'hui (surtout pour les deux premiers) déserté le discours médiatique sur le cancer :

- le fait de dire la vérité au malade (à savoir « vous allez mourir ») et de dire soi-même la vérité sur son cancer ;

15. Attention, ici le terme de « qualité » n'a rien de qualificatif. On entend par « Qualité de vie », la nature du vécu du malade, y compris dans ses aspects les plus critiques.

- la façon d'appréhender la fin de vie des malades : la question de l'acharnement thérapeutique et le traitement de la douleur ;
- certaines formes de discrimination professionnelle subies par les malades.

Ces trois « appréciations » du vécu du cancer font l'objet de controverses de plateau et convoquent autour des malades, des médecins experts scientifiques (principalement le professeur Jasmin), des sociologues, des avocats et des médecins du travail (ces derniers au sujet de la discrimination professionnelle).

I.1. L'aveu et la vérité : le cancer indicible ?

Il est frappant de constater que l'un des premiers problèmes à propos duquel le malade est invité à témoigner est celui de la vérité, de l'épreuve que représente le fait de la dire. Tout d'abord la vérité relative à l'annonce de la maladie. Celle qui place le médecin face à la responsabilité de dire « vous allez mourir », puisque le fait que le cancer soit mortel, sauf miracle, domine la représentation de la maladie. Cette question de l'annonce est manifestement brûlante : elle est amenée dans les débats, à un moment ou à un autre, dans l'ensemble des émissions de société et des émissions féminines consacrées au cancer entre 1980 et 1986. « *Raconter l'histoire de Jocelyne c'est d'abord, et cela va nous permettre d'aborder un sujet d'actualité, parler de l'honnêteté, enfin de la sincérité des médecins, parce que Jocelyne n'a rien su de sa véritable maladie pendant des mois* » (*Aujourd'hui Madame*, A2, présentation du numéro du 13/10/1982 « Jocelyne ou les années cancer »). « *Avec le cancer, toute la difficulté n'est-elle pas de dire la vérité sans la dire, professeur ? Parce qu'elle peut faire plus de mal que de bien, n'est ce pas ?* » (Question de l'animatrice au professeur Jasmin, *Féminin Présent*, TF1, 07/12/1982 « Médecins : un dialogue différent »).

Cette question de la vérité fait en outre l'objet de reportages en hôpital. Le reportage intégré étant alors un exercice fort rare, on peut en déduire l'importance accordée à cet aspect du rapport soignant/malade. Parmi ces reportages, une enquête auprès de cancérologues (*La vie en face*, FR3, 08/11/1983, « L'ennemi intérieur ») entreprend de définir les positions de chacun quant à la vérité et aboutit à opposer diamétralement les notions d'honnêteté et d'espoir, voire d'honnêteté et de survie. La position la plus défendue par la communauté médicale est la suivante : on ne peut escompter une combativité du malade (nécessaire à la bonne marche du protocole) que si on lui dissimule la gravité, sinon la nature exacte, de son état.

Dans un cadre choisi – alternativement universitaire (amphithéâtre) et médical – qui vient opportunément cautionner leur propos, sont ainsi successivement interrogés ceux qui apparaissent par le prisme du média comme les cinq « grands » de la cancérologie française : les professeurs Jasmin, Mathé, Pujol, Schwartzberg et Tubiana. Excepté l'un d'entre eux qui affirme qu'annoncer le cancer au moment où on l'identifie est un devoir moral, tous les autres défendent une position plus modérée.

Ce reportage et d'autres du même genre permettent en outre de définir les oppositions qui structurent le champ de la cancérologie. On remarque que les médecins déterminent leur position en regard de celles de leurs confrères : l'un affirme que « *la volonté systématique de dire la vérité au patient tient du vice et de la méchanceté* », s'opposant nommément à l'autre qui critique les « lâches » craignant de prononcer le mot cancer. Un troisième déporte la responsabilité vers le patient : « *L'annonce n'a pas tant d'importance dans la mesure où le patient la plupart du temps le sait déjà (...) et nous simplement mettons un nom sur le monstre qu'il a identifié et parfois ça peut le soulager, paradoxalement* ».

Dans le cadre d'une étude sur les représentations, il est au passage intéressant de constater que certains des médecins interviewés dénoncent – tout en reconnaissant qu'elle est fondée – la puissance d'une représentation sociale qui associe le cancer à la mort et compromet grandement les ressources morales du malade.

De fait, les interviews de malades et de personnes du public dans de nombreux débats témoignent justement d'une peur consécutive à cette position tenue par certains médecins : la peur de ne pas être informé. « *C'est une question pour le professeur Jasmin (...) Quelqu'un de proche, de très proche, est mort d'un cancer il y a 8 mois (...) on ne l'a su qu'à la fin et le pire c'est que lui non plus, il ne l'a su que tard, il était sûr de traîner un virus parce qu'on a vécu en Nouvelle Calédonie (...) On aurait pu le faire soigner à Paris c'est sûr, mais à Montpellier, comme ils ne nous disaient rien (...) Depuis, c'est une angoisse de se dire : on me dira rien, si un médecin le voit, il me dira rien, a fortiori il me dira pas quoi faire avec un cancer, et moi je suis exposée aussi peut-être (...) alors ma question c'est : est-ce qu'on peut exiger, je ne sais pas, juridiquement même, d'être informé ?* » (un intervenant dans le public, *Forum du mardi*, TF1, « Le silence du corps », 21/11/1983).

Cette crainte venant directement s'opposer à une autre, la peur de ne pas avoir la possibilité d'espérer : « *Moi, on m'a dit les choses comme ça comme un chien, vous allez crever, c'est pas exactement dit comme ça mais ça fait pareil hein (...) mais on aurait dû me dire, bien sûr me le dire, mais alors me donner un placebo pour me faire croire que c'était possible, que c'était pas si grave, j'aurais pas perdu tout ce temps parce que maintenant j'ai compris que je peux essayer mais si c'est trop tard ?* » (un malade atteint d'un cancer généralisé filmé à l'hôpital, *La vie en face*, FR3, « L'ennemi intérieur », 08/11/1983).

La vérité est ensuite celle que le malade averti de son cancer choisit de confier ou non à son entourage direct et à la société. Là encore, persistance d'une représentation ancienne de la santé¹⁶, on constate que cet acte de formulation n'a rien d'évident. Les malades font preuve d'une réserve sinon d'un sentiment de honte identiques à ceux que l'on a pu observer dans les années 90 chez les malades du sida. Cependant, le fait qu'ils expriment sur un plateau de télévision une réflexion sur leur choix de révéler ou de taire leur maladie semble indiquer que cette représentation du cancer est déjà en cours de restructuration. « *J'ai senti d'abord une zone un peu dure au sein gauche, c'est devenu une boule, j'ai rien dit pendant des mois (...) après je voyais bien c'était noir et rouge autour, je savais très bien ce que c'était, je voulais pas voir (...) j'ai enlevé le miroir de la salle de bain, j'essayais de ne pas le toucher sous ma douche (...) non je n'ai rien dit à mon médecin traitant (...) Je ne sais pas, j'avais tellement honte, l'impression d'être comme... pourrie. Et puis j'ai été obligée d'aller à l'hôpital pour autre chose, une infection, sinon je crois pas que je serais allée me faire soigner.* » (une malade atteinte d'un cancer du sein récidivant, *Aujourd'hui la vie*, A2, « Cancer et vie normale pourquoi pas ? », 08/02/1984). Ou encore : « *On a décidé d'abord de ne rien dire à la famille. Moi je n'aurais rien dit à mon mari, j'ai l'habitude je ne suis pas quelqu'un qui se plaint et j'ai pas appris à parler de ces choses là (...) mais mon médecin a insisté pour voir Bernard également (...) pour l'opération, Bernard a dit à ma mère « c'est une péritonite » parce qu'il fallait quelqu'un pour garder les filles (...) on en a parlé seulement quand c'était fini et encore (...), ça m'aurait peut-être facilité les choses si les gens avaient su, avaient su pendant. Ou pas, je sais pas.* » (*Les jours de notre vie*, A2, « Cancer du sein, paroles de femmes », 12/01/1983).

Notons que la récurrence de cette thématique et sa mise en discussion témoignent, au-delà de l'information, d'une volonté collective de sortir le cancer d'une forme de tradition du silence. On assiste ainsi à un exercice proprement médiatique, caractéristique du discours télévisuel sur le cancer dans

16. Jusqu'au milieu du XX^e siècle, souffrir est une disgrâce privée, que l'on tait au delà du tête-à-tête praticien/patient (Laplantine, 1996).

les années 80 : la télévision révèle la prégnance d'une représentation (le tabou autour du cancer) tout en mettant en œuvre des opérations propres à faire évoluer cette représentation (la mise en discussion de ce tabou dans des émissions et la sollicitation d'un regard réflexif des malades sur leur choix de taire ou de révéler leur cancer).

1.2 Gérer la fatalité

Au titre des objets du discours sur le cancer, la question de la fin de vie des malades intervient directement après la question de la vérité. Cet objet en recouvre plusieurs, et au premier chef :

■ **la question de l'acharnement thérapeutique** dans les cas où l'état du malade semble désespéré. Cette question est extrêmement sensible et suscite, chez les malades comme chez les médecins, des prises de position passionnées. Elle révèle à l'occasion des lignes de tension malades/corps médical. Dans la décennie 80, on la retrouve posée dans la majorité des débats réunissant des malades et des médecins.

Jusqu'en 1983-1984, cette question est posée en plateau de façon aléatoire et souvent sous la responsabilité des malades et des proches de malades invités dans le public : en d'autres termes, les anonymes sollicitent d'eux-mêmes les médecins présents en plateau sur ce problème. Citons une veuve, présente dans le public de *Vendredi* : « *Mon mari est décédé il y a deux ans d'un cancer des intestins (...) on m'a empêchée de le ramener à la maison alors que lui aussi voulait, il savait que c'était fini, il voulait être avec nous mais eux ils ont tout fait pour me persuader, ils voulaient essayer quelque chose, je ne sais même plus quoi vous voyez, et c'est tout ce qui comptait, et mon mari est mort à l'hôpital avec une infection du sang (...) j'en veux beaucoup aux médecins pour ça* » (*Vendredi*, FR3, 05/10/1984, « La longue marche vers le traitement du cancer »).

Le sentiment d'« à quoi bon », la conviction que la lutte est ou sera désespérée dont témoignent les questions sur l'acharnement thérapeutique (au départ profanes et spontanées), soulignent encore le caractère fataliste qui semble alors dominer dans la perception collective du cancer.

Les émissions de société et les émissions féminines qui constituent notre observatoire ont ceci de particulier qu'elles privilégient fortement l'interactivité postale et téléphonique en plateau (une séquence par numéro est consa-

créé au courrier des lecteurs et à recevoir des appels relatifs à la thématique de l'émission). Le sujet de l'acharnement thérapeutique surgit alors et revient sans arrêt dans les questions des téléspectateurs (souvent proches d'un malade). À tel point que, par exemple dans ce numéro, l'animatrice décrète : « *On a tellement d'appels à propos de l'acharnement thérapeutique, très nombreuses questions, des gens qui vivent parfois ces choses de près aussi, on demande pourquoi faire souffrir le patient lorsqu'il est au bout, pourquoi ne pas laisser le corps en paix, etc. alors je propose, plutôt que de poser toutes vos questions qui sont très intéressantes, je propose de poser une question générale au professeur Jasmin sur l'acharnement thérapeutique. Tout d'abord professeur, à partir de quand parle-t-on d'acharnement thérapeutique ?* ». Notons d'ailleurs que les médecins récusent systématiquement le terme d'acharnement.

À partir du milieu des années 80 (1985), le contrat de communication des émissions semble avoir pris acte de cette préoccupation collective : la question est désormais, parmi d'autres, aux sommaires des émissions sur le cancer.

■ **La question de la douleur et de la fin de vie** : intervenant souvent à la suite ou dans le même cadre que les questions sur l'acharnement thérapeutique, les questions de la douleur et de la fin de vie font partie des inquiétudes régulièrement discutées sur les plateaux des émissions consacrées au cancer. On note que ces deux thématiques sont étroitement associées, comme si la souffrance du malade – et donc la question de son traitement en soins palliatifs – était une réalité tardive qui ne survenait qu'avec la perspective de la mort.

Le fait que, parmi les rares reportages intégrés (encore une fois, l'économie des émissions de flux avant 1987 ne prévoit qu'exceptionnellement d'intégrer des sujets montés), 3 des 6 sujets que l'on dénombre entre 1980 et 1986 soient consacrés à la fin de vie et au traitement de la douleur, témoigne de la prégnance de ces sujets. Il s'agit en l'occurrence de reportages effectués en soins palliatifs, la plupart du temps à l'hôpital de Villejuif. Particulièrement exemplaire, ce reportage du mensuel *Voyage au bout de la vie* (TF1, « Le temps des ultimes caresses », 05/11/1986), dans lequel un homme atteint d'un cancer en phase terminale (le reportage ne précise pas de quel cancer il s'agit) est filmé occupé à prendre, sur son lit d'hôpital, ses dispositions pré-mortem. On le voit téléphoner à ses enfants, parapher des documents, des images pieuses représentant la Vierge Marie sont collées sur les montants de son lit.

Parmi les préoccupations débattues dans les émissions de société, la question de la fin de vie ouvre directement sur celle du recours aux médecines parallèles (abordée dans le chapitre suivant).

1.3 Le cancer comme désordre social : la discrimination des malades

De manière plus accidentelle, le cancer est appréhendé dans ses effets sur la vie professionnelle du malade. On dénombre cinq programmes abordant cette question entre 1980 et 1987 et, programmation inimaginable aujourd'hui, un numéro exceptionnel y est entièrement consacré (*Aujourd'hui Madame*, A2, « Guéris et sans lendemain », 18/05/1988).

En général, le sujet réunit différents acteurs : sont présents sur les plateaux quelques anciens malades et un oncologue, mais on peut aussi voir à leurs côtés des représentants de la médecine du travail et du droit civil. Le numéro exceptionnel d'*Aujourd'hui Madame* « Guéris et sans lendemain » est assez représentatif du type d'échanges que crée le thème de la discrimination professionnelle des malades. L'animatrice ouvre les échanges ainsi : « *Il peut arriver maintenant que l'on guérisse d'un cancer, et si l'on guérit il faut bien reprendre le contact avec le travail* ». La suite de l'émission, à l'image des quatre autres, consiste en :

■ une succession d'appels à la responsabilité des pouvoirs publics :

- les médecins souhaiteraient que soit prévu (et remboursé) un encadrement psychologique pour les malades en réinsertion sociale ;
- les médecins souhaiteraient que les modalités de la sécurité sociale prévoient l'indemnisation des malades guéris mais ne pouvant pour autant pas travailler : « *Il y a un tel vide, on n'a pas prévu la guérison (...) il m'est arrivé d'admettre à l'hôpital des gens qui n'en avaient pas besoin pour que l'épouse touche des indemnités journalières, sinon ils ne pouvaient pas s'en sortir sans le salaire du mari* ». (*Aujourd'hui Madame*, « Guéris et sans lendemain », 18/05/1988) ;
- les avocats quant à eux déplorent que le code du travail n'ait effectivement rien prévu pour ces cas et appellent les entreprises à intégrer ces éventualités dans leurs conventions collectives.

■ **des témoignages relatifs aux difficultés administratives** rencontrées à l'occasion du retour à la vie active : « *Je ne peux pas encore retravailler tout de suite, mais en attendant il n'y pas de statut pour moi, ni ANPE, ni COTOREP, j'ai 40 ans et je suis à la charge de mes parents* » (une malade atteinte d'un cancer des os, *Aujourd'hui la vie*, A2, « Cancer et vie normale, pourquoi pas ? », 08/02/1984).

Ou encore : « *Le problème c'est surtout la sécurité sociale sinon ça va (...) À la sécu on me dit madame, pour nous vous comprenez Michel, c'est quelque chose de pas très sûr* » (la mère d'un malade en rémission d'une tumeur au cerveau, *Aujourd'hui Madame*, « Guéris et sans lendemain », 18/05/1988).

Parfois des témoignages plus durs se font entendre : « *Même guéris, pour le monde extérieur nous sommes les lépreux du XX^e siècle* » dit une malade guérie d'un cancer de la peau (*Aujourd'hui Madame*, « Guéris et sans lendemain », 18/05/1988).

■ **un effet de classement des différents secteurs professionnels** selon l'accueil qu'ils réservent aux malades au moment de la reprise de leur activité. Les témoins appartenant à la fonction publique ne déclarent que peu d'ennuis, ils affirment « *être certainement mieux traités qu'ailleurs* ». En revanche, les salariés du privé énumèrent les obstacles liés aux lacunes des conventions collectives des entreprises.

II. UN DISCOURS MÉDICAL APPROXIMATIF ET HASARDEUX : LE CANCER MYSTÉRIeux

II.1 La difficile médiation du cancer

Ainsi que l'illustre la figure 5, une faible partie des sujets télévisés est consacrée, dans les années 80, à la question de la recherche et des traitements (la thématique marque en effet essentiellement le discours à partir de 1987). Avant 1987, la dimension médicale et scientifique du cancer se voit majoritairement évoquée sous l'angle des thérapies disponibles (officielles ou non) et des facteurs de développement des cancers, ce dans le cadre des mêmes émissions de société et émissions féminines.

Jusqu'en 1986, on ne trouve qu'une seule émission sur le cancer consacrée à la recherche. Elle revêt d'ailleurs dans sa programmation (première partie de soirée, temps d'antenne allongé) et dans sa réalisation, un caractère exceptionnel. Pour le reste, le propos sur la recherche (actualité des traitements, diverses avancées scientifiques) est distribué dans les programmes que l'on a déjà eu l'occasion de citer, souvent au rythme des questions de téléspectateurs ou d'invités. Là encore, la problématique intervient dans le débat sous l'effet d'un besoin collectif d'information. L'ouverture du numéro exceptionnel d'*Aujourd'hui Madame* « Cancer, la recherche et le quotidien » 26/08/1983 est à cet égard symptomatique : l'animatrice explique que la

rédaction avait envisagé un programme consacré à l'actualité de la recherche médicale en général et avait, dans cette perspective, envoyé un « appel à questions » auprès des téléspectateurs d'Antenne 2, afin de définir un sommaire au plus près de leurs attentes. Or, la majorité des courriers reçus, une partie émanant de proches de malades, interrogeait le sujet cancer. Aussi, annonce l'animatrice, « *la thématique cancer de ce numéro nous a été, en quelque sorte, imposée par les téléspectateurs* ». Là encore, le fait que les échanges soient rythmés et incités par les questions des téléspectateurs, permet d'approcher la nature des préoccupations à l'époque. Dans l'ensemble des occurrences étudiées, on retrouve les problématiques suivantes :

■ **une information médicale parcellaire** : les questions ne réclament pas tant un éclairage précis sur un point particulier, elles interrogent, plus en amont, l'existence et la valeur de la médiation en matière d'information sur l'actualité de la recherche sur le cancer : « *Je voulais féliciter les gens qui ont décidé de faire cette émission (...) Avec toutes les, pardonnez moi, toutes les stupidités que l'on entend à la télévision (...) est-ce que vos patrons ne pourraient pas faire plus de place, au journal du soir par exemple, au problème du cancer ? (...) il y a de plus en plus de gens qui en meurent dans les familles, alors les gens auraient besoin de savoir (...) et il y a vraiment un manque d'information* » (Aujourd'hui Madame, « Cancer, la recherche et le quotidien », 26/08/1983).

Ou encore : « *Nous avons un enfant, notre deuxième enfant, qui souffre d'une leucémie (...) le docteur Henry qui s'occupe de lui est vraiment formidable (...) il a pris le temps de nous recevoir, de bien nous expliquer à chaque fois, mais je dis ça en général, pas forcément pour moi, ça reste très difficile à comprendre, je pense qu'il y a des parents qui auraient été noyés (...) je me disais peut être que ce sont des choses que l'on pourrait un peu voir pendant la scolarité, au lycée.* » (Aujourd'hui la vie, « Danger de mort, leçon de vie », 29/09/1982).

Dans l'ensemble, le sentiment que la communauté scientifique retient l'information semble très présent dans l'opinion publique et confine quelquefois à la théorie du complot : peur de ne pas profiter des avancées de la recherche, peur décuplée du fait qu'on ignore tout des dites avancées, peur que cette dissimulation soit délibérée et serve à préparer une médecine à deux vitesses partageant ceux qui seront sauvés par les techniques modernes et les autres. Il est intéressant de constater que ces inquiétudes émanent autant des intervenants anonymes que des malades. Au hasard

des rares reportages en unité de soins – où la parole des malades est autrement plus libérée qu'en plateau –, on peut recueillir ce genre de propos : « *Moi pourtant j'étais à Roussy, vous savez Gustave Roussy, le Hilton de la cancérologie attention. Ben ça veut rien dire, c'est pas pour ça qu'on fait plus attention à vous, si vous êtes monsieur X vous restez monsieur X (...) j'avais dû argumenter pour qu'on me dise la vérité, tu penses ça les arrangeait et après ils ont réussi à me faire croire qu'il n'y avait rien à faire, pas moyen de savoir, puis un client comme moi bon c'est sûr, je pouvais pas exiger (...) la seule chose qu'ils m'ont dit c'est si vous souffrez trop on pourra faire quelque chose. Vous imaginez (...) Mais là heureusement j'ai atterri ici (...) ici je peux profiter de la science comme si j'étais quelqu'un, merci, mille fois merci (...) Alors moi aujourd'hui, même si je vais peut être y rester, à l'heure actuelle je suis soigné, j'ai ma place dans le train mais c'est pour les autres que je me mets en colère, ceux qui n'auront pas ma chance* » (Malade atteint d'un cancer des voies digestives, interviewé dans *La vie en face*, FR3, « L'ennemi intérieur », 08/11/1983).

À ce genre d'interpellation et lorsque le dispositif le permet, le médecin répond que le savoir n'est pas toujours souhaitable, notamment pour le malade. Une conclusion qui renvoie le malade à une position de dominé, d'objet de la science, qui peut certes discuter des aspects du quotidien mais dont la compétence à la discussion s'arrêterait au seuil de la question médicale. Un contrôle de la parole qui préfigure largement les futures modalités d'expression médiatique des malades pour la décennie suivante.

■ **le mystère du développement des cancers** : c'est au hasard d'autres questions que celle du défaut ou de la rétention de l'information médicale trouve peut-être sa véritable réponse : ce n'est pas tant que la communauté scientifique dissimule, c'est peut-être qu'elle a peu à dire. En effet, une question (émanant essentiellement du public) revient presque aussi fréquemment que celle de l'information : comment les cancers se forment-ils ? L'explication est confuse quand la question n'est pas proprement éludée. Elle semble se partager entre la thèse de l'hérédité, souvent évoquée, et l'aveu d'une incertitude totale sur ce sujet qui s'apparenterait presque à la thèse naturaliste sinon créationniste : « *C'est un mystère de la nature, un fléau de notre temps* », résume un médecin sur le plateau du *Regard des Femmes* (TF1, 12/02/1980, numéro évoquant le cancer du sein). Parfois, l'explication se fait plus scientifique : « *Pour le dire rapidement, le cancer vient d'un désordre des cellules* », explique le professeur Tubiana (*L'invité du Jeudi*, A2, 12/02/1981).

Dans toutes ces explications, le facteur environnemental ou individuel (hygiène de vie) n'est jamais mentionné, en dehors du tabac, présenté comme la plus grande certitude que l'on ait quant à la formation des cancers du poumon. Le discours préventif n'existe pas encore, même à l'état embryonnaire, et il ne manifesterait ses premiers signes qu'à la fin des années 80.

■ **les souffrances liées aux traitements, notamment à la chimiothérapie :**

la troisième question récurrente débattue sur les plateaux concerne la chimiothérapie. Précisément : le bénéfice de la chimiothérapie est-il proportionnel à la douleur qu'elle provoque ? La question, souvent liée à celle de l'acharnement thérapeutique, est aussi bien le fait des proches des malades, que celui des non-malades qui semblent réagir à une sorte de « rumeur » diabolisant la chimiothérapie.

Tout en avouant qu'effectivement, la chimiothérapie est encore à un stade qui n'exclut pas des souffrances importantes et en promettant de grandes améliorations pour la décennie à venir, le corps médical représenté sur les plateaux prend à témoin les malades présents quant à l'efficacité du traitement. « *La chimiothérapie est la seule arme dont nous disposons actuellement pour faire reculer le cancer chez les malades, les effets nous le savons peuvent être intolérables, mais les personnes présentes sur ce plateau sont là pour dire que cette souffrance n'est pas inutile* » (Aujourd'hui Madame, « Cancer, la recherche et le quotidien », 26/08/1983). Précisément, le médecin témoigne à la place des malades, puisque, on l'a dit, ceux-ci ne sont plus invités à s'exprimer dès l'instant où il s'agit de commenter leur traitement. Dans ce cas précis, la contribution des malades relève le plus souvent de la validation.

On retrouve aussi, de la part des médecins, un discours psychosocial (c'est à dire un discours sur les représentations qu'ils ont l'occasion d'identifier) dans lequel ils font part des différentes représentations du soin, des imaginaires qu'ils ont identifiés chez leurs patients et leur entourage : « *Il y a aussi une représentation des traitements chez les malades à laquelle on se heurte (...) il y a des patients qui pensent par exemple que ce sont les rayons qu'on leur administre qui donnent le cancer.* » (Aujourd'hui Madame, « Cancer, la recherche et le quotidien », 26/08/1983).

Ou encore : « *Les malades se font certaines idées sur leur maladie (...) c'est difficile de leur faire comprendre que la souffrance ne correspond pas à la progression du can-*

cer, qu'avoir mal ne signifie pas forcément que le cancer gagne, mais parfois l'inverse, le signe que la tumeur quelque part souffre (...) pour eux la souffrance c'est la fin. » (Vendredi, FR3 « La longue marche vers le traitement du cancer », 05/10/1984).

Si ces représentations sont intéressantes pour ce qu'elles indiquent de l'état des mentalités, leur mention publique tend à reconduire l'image d'un malade infantile, en proie à des représentations confuses que le médecin doit pardonner.

II.2 Médecines parallèles : le spectre du charlatanisme

L'infantilisation du malade s'accomplit à l'occasion des débats sur les médecines parallèles susceptibles de s'adjoindre ou de se substituer aux médecines traditionnelles. La question est passagèrement abordée par une grande partie des débats consacrés au cancer, et tout comme la question de la discrimination sociale, les médecines parallèles anticancer font l'objet d'un numéro exceptionnel : *Vendredi*, 28/09/1984 « Cancer : médecines parallèles ou charlatans ? ».

Toutes ces préoccupations – celles-ci et les précédentes – sont évidemment liées. Et on comprend aisément que l'intérêt pour les médecines parallèles naît d'un manque d'information chez le grand public, voire qu'elles compensent un corpus scientifique encore trop étroit.

Concernant la question des médecines parallèles pour le cancer, la construction des sujets est relativement invariable : un reportage en image auprès de malades soignés à domicile par des médecines non reconnues, et/ou auprès de médecins généralistes (intermédiaires entre les personnes malades et les médecines parallèles), et/ou auprès de « thérapeutes » dispensant les médecines en question. Il s'agit alors essentiellement de soins par les plantes, et plus particulièrement des produits Solomides (voir ci-après). Le reportage enchaîne les témoignages à caractère spectaculaire : « *On m'avait condamnée, on m'avait dit "madame, rentrez chez vous", c'était une question de semaines (...) mon fils s'était renseigné sur les produits du docteur Solomides, c'est cette perfusion que j'ai là (...) et là vous me voyez, je suis bien, je ne suis pas maquillée, et surtout je remange, je ne mangeais plus depuis des mois* » (une malade atteinte d'un cancer – sans précision du type de cancer – interviewée dans son lit, entourée de sa famille, *Vendredi*, 28/09/1984 « Médecines parallèles ou charlatans ? »).

Ces reportages sont en outre l'occasion de désigner l'implication singulière d'une catégorie de soignants dont on ne retrouvera plus beaucoup la trace par la suite : le médecin généraliste. On voit ici se dessiner un antagonisme frappant entre la médecine généraliste et les oncologues. Les premiers, se sentant peut-être dépossédés d'une partie de leurs « droits » à soigner les malades par cette spécialité à la reconnaissance tardive, l'oncologie (P. Pinell, 1992 ; p. 77), revendiquent une compétence à aider eux aussi les malades. Et cette aide passerait chez certains, tout du moins dans ce qui est montré, par une orientation vers des médecines complémentaires qui n'ont rien à voir avec l'oncologie.

Mais à la suite de ces reportages, on revient généralement en plateau où les cancérologues prennent la parole sur le registre soit de la correction amusée : « *Si elles ne font pas forcément de bien, ces médecines dites complémentaires, souvent naturelles, ne font pas de mal non plus* » (Vendredi, « Médecines parallèles ou charlatans ? », 28/09/1984) ; soit sur celui de la colère : « *Ce qu'on appelle médecine douce en matière de cancer, c'est à dire l'exploitation de la crédulité de ceux qui souffrent, est un crime !* » Aujourd'hui la vie, « Médecins ou moralistes ? », 17/10/1985).

La parathérapie anticancer qui fait converger l'attention et les interrogations, est celle développée par le docteur Solomides¹⁷ : « *une brèche dans le pouvoir pharmaceutique et médical* », ainsi que la présente l'animatrice du numéro spécial « Médecines parallèles ou charlatans ? » (Vendredi, 28/09/1984). On apprend dans les reportages que la médecine lui fait subir un véritable procès en sorcellerie. Ce procès a pour effet de nourrir encore cette figure du malade propre aux années 80 : un malade que sa crédulité porte à s'administrer quelque « *poudre de perlimpinpin* » (un oncologue interviewé dans les couloirs de l'IGR, Aujourd'hui la vie, 17/10/1985) et qui, parce qu'inapte à saisir toute la complexité des traitements proposés par le spécialiste, douterait de ce dernier. Attitude gentiment subversive, que le médecin semble paternellement, encore une fois, pardonner.

Sur le plateau, la question du charlatanisme convoque également, aux côtés des médecins, des représentants de la Ligue nationale contre le cancer, habituellement rares dans les débats télévisés sur le cancer à cette époque. La lutte contre le charlatanisme semble alors constituer un front de leur combat qui les fait se joindre aux médecins pour appeler à « *l'éradication de ce genre*

17. Jean Solomides (28 février 1911-28 mai 1979), est un médecin et biologiste français d'origine chypriote, ayant travaillé à l'Institut Pasteur à partir de 1938. A partir de 1947, il développe une thérapie sélective contre le cancer, à base de peroxydases synthétiques, et qu'il appellera "physiatrons synthétiques", communiquée le 4 mars 1949 devant la Société française de microbiologie, et publiée dans les Annales de l'Institut Pasteur. Après avoir annoncé avoir guéri du cancer son père sur qui il a d'abord essayé ce procédé, et aussi pour son zèle à contester l'efficacité des vaccinations promues par l'Institut Pasteur, il en est licencié à la fin de 1949. Sa vie sera alors une lutte infructueuse pour faire reconnaître officiellement l'efficacité des "physiatrons synthétiques" contre le cancer. Il fera face à de nombreux procès pour avoir soigné illégalement une quinzaine de milliers de malades. Ses traitements sont encore fabriqués et administrés en Belgique et en Italie.

de parasites ». Ce qu'écrit Patrice Pinell (1992 ; p. 275) de la position de l'institution vis-à-vis des médecines parallèles en 1924 reprend ici toute son actualité : « Pour un mouvement (la Ligue) qui fait de l'orientation précoce des malades vers les structures de traitement spécialisé un axe essentiel de sa politique, le charlatan est un ennemi qu'il convient de combattre avec la plus grande détermination. Il détourne de la seule voie efficace un public perçu comme naïf, volontiers crédule, porté à se laisser bercer par toutes les illusions, l'attirant à lui par des "recettes de bonnes femmes", des remèdes miracles qui lui font miroiter une guérison sans peine et sans douleur. Conjointement à la mise en route d'une politique de lutte contre le cancer, "il est indispensable, écrit Regaud¹⁸ en 1924, d'engager une guerre vigoureuse contre toute forme de charlatanisme qui fait grand mal aux cancéreux" ».

18. Regaud C., « Le rôle du médecin sans spécialité dans le diagnostic du cancer », LCC, 1925, 10, pp.111-121



B. LE RÉCIT DU CANCER DANS LES ANNÉES 1990 : « L'ESPOIR CANCER », UN SUJET MÉDICAL ET INSTITUTIONNEL (1987-1998)

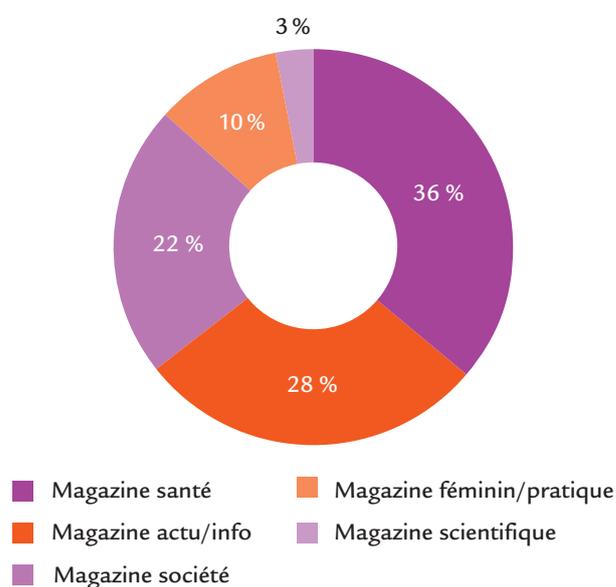
QUELQUES ÉLÉMENTS DE CADRAGE AVANT D'ENTRER DANS LE DÉTAIL...

■ **En termes de programmes** : les années 90 (plus précisément la période 1987-1998) sont d'abord marquées par les effets de la privatisation de TF1. Le paysage audiovisuel désormais structuré par la concurrence privé/public, donc davantage soumis aux critères d'audience et de rentabilité, développe de nouveaux formats. Parmi ceux-ci, le magazine d'information et surtout le magazine de santé.

Les programmes consacrés au cancer illustrent assez bien ce réaménagement. Ainsi qu'en témoigne la figure 6, 36 % des émissions thématiques cancer correspondent désormais à des magazines de santé (*Savoir plus santé* A2, *Médecine à la une* TF1, *Santé à la une* TF1, *Viva la vie* TF1, *Comment ça va ?* FR3), et la part des magazines féminins et des magazines de société se restreint. Toutefois, cela ne représente pas réellement une rupture au regard de la décennie précédente. En effet, au début des années 90 tout du moins, ces magazines de santé (dits alors magazines « médicaux »), tels *Médecine à la une* et *Santé à la une* sur TF1, n'ont rien de commun avec les formats actuels et partagent encore les caractéristiques du magazine de société.

À savoir : des plateaux constitués de personnalités du monde scientifique (toujours les mêmes grands oncologues), des débats de première partie de soirée intégrant des reportages, ainsi qu'une interactivité téléphonique et surtout minitel, caractéristique des émissions des années 90. Le changement réside surtout dans le fait qu'à l'inverse des années 80, les débats ne sont plus guère cadrés par les questions des téléspectateurs, mais répondent à celles qui sont posées en début d'émission. Le véritable tournant a lieu à partir de 1996 avec le magazine *Savoir plus santé* (A2), qui introduit

FIGURE 6 : PART DES GENRES DE PROGRAMMES CONSACRÉS AU CANCER DANS LES ANNÉES 90



une forme séquencée privilégiant les sujets montés : le cancer fera alors l'objet de courtes séquences illustrées, ménageant bien moins de place à l'intervenant (malade comme soignant).

Quant au genre dit « magazine d'actualité ou d'information », il correspond au seul *Envoyé Spécial* (diffusé depuis janvier 1990) qui, sans consacrer à proprement parler de reportage au cancer, l'évoque une fois par an (à partir de 1993) sous des thématiques périphériques.

Enfin, on compte parmi les débats de société, quelques émissions bilan (*La Marche du siècle*, FR3) qui ont le mérite de tenter parfois un inventaire des représentations : « *Est-il plus facile de parler de sa maladie aujourd'hui qu'il y a 15 ans ?* » demande par exemple J.-M. Cavada aux malades présents dans le public le 26/09/1990.

■ **Le registre dominant** du discours enregistre une rupture au regard de la décennie précédente : progressivement à partir de la fin des années 80, les propos des journalistes comme des experts médicaux témoignent d'une volonté d'associer le cancer à la notion d'espoir. Celle-ci colore profondément le discours et se manifeste avant tout dans le lexique : le terme de « guérison » est désormais récurrent (notons qu'il sera par la suite – fin des années 90, début 2000 – évacué du discours au profit du terme « rémission »). Le lexique morbide du cancer disparaît peu à peu. Si le cancer n'est plus évoqué comme un fléau, le qualificatif est toujours exploité, mais pour identifier d'autres phénomènes. D'autres fléaux donc, dont l'éradication semble conditionner celle du cancer : au premier chef, sous l'effet de la mise en débat de la loi Évin, le tabac.

■ **La fonction documentaire** : sous l'effet surtout des magazines de santé (principalement à partir de 1995), commence à circuler un savoir spécifique d'ordre médical sur la palette de traitements disponibles et sur « les » différents cancers. Au cours de la décennie, la précision dans la désignation des différents cancers ne cesse de croître.

■ **La figure du malade** évolue également beaucoup sous l'effet de la nécessité de l'audience qui pousse au spectaculaire : le malade célèbre ou la personnalité du show-biz guérie d'un cancer (Eddy Barclay, Dany Carrel et d'autres) prennent sur les plateaux la place du malade anonyme. Sympto-

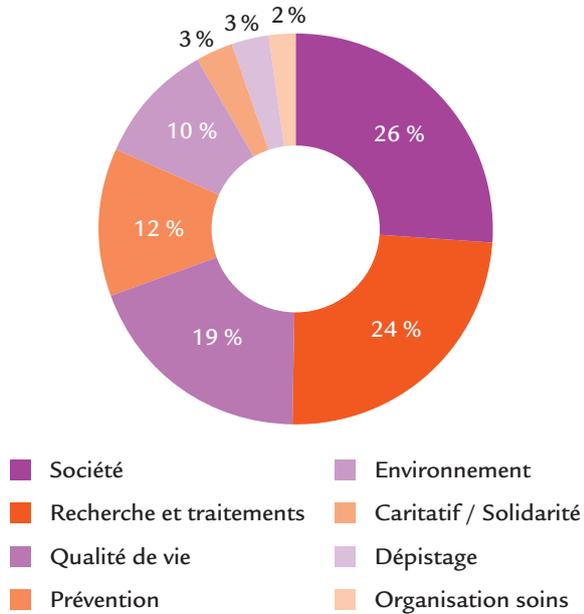
matiquement, le malade « ordinaire » qui siégeait jusqu'alors à la table des débats, se retrouve désormais le plus souvent dans les gradins, parmi les spectateurs figurants, attendant qu'au hasard des échanges, on fasse monter le micro vers lui. Il est intégré, voire absorbé par le public.

Il est tentant de considérer que, si les stars sont en mesure d'assumer tranquillement (parfois même avec humour et détachement) le récit de leur cancer, c'est en vertu du travail de « dicibilité » entrepris durant la décennie précédente par les malades anonymes. On peut faire l'hypothèse que c'est par la force des témoignages et la dimension psychosociale du discours télévisuel dans les années 80, que la maladie, tout du moins telle qu'elle se dit à l'écran, a perdu toute connotation d'interdit, de honte ou de responsabilité. Si jusqu'à présent les malades-témoignants n'apparaissaient pas à proprement parler comme des héros (du fait notamment de leur pudeur), l'apparition de ces malades « spectaculaires » semble entraîner une nouvelle appréciation de l'épreuve cancer en termes d'héroïsme. Autrement dit, les malades célèbres apparaissent plus admirables que les autres, comme s'ils représentaient plus sûrement la victoire sur le cancer. La célébration des gagnants s'accompagne de la dissimulation des perdants : les reportages sur la fin de vie et les malades filmés sur leur lit de douleur n'apparaissent plus aux sommaires des émissions.

■ **La figure médicale** est, en termes de personnalités, inchangée : les mêmes cinq cancérologues (les professeurs Jasmin, Mathé, Pujol, Schwartzberg et Tubiana), experts consacrés de la maladie, président à tous les débats. Sur les plateaux, cette figure gagne en autorité (c'est-à-dire en temps de parole, en fréquence et en nombre d'invités), à mesure que le malade perd, lui, en expression. Autre aspect de la position privilégiée que ces professeurs occupent dans le champ du cancer : ils sont les seuls à être accueillis sur le plateau des JT de 20 heures lorsqu'il s'agit de commenter quelque chiffre ou quelque nouvelle scientifique liés à la recherche sur le cancer, ou encore l'affaire Crozemaire.

■ **Les thématiques dominantes** (voir figure 7) des émissions sont, en accord avec les genres de programmes les plus représentés, les thématiques *Société* et *Recherche et traitements*. Les deux sont largement présentes dans les magazines de santé. Notons que les angles d'approche du sujet cancer se sont multipliés depuis les années 80, même si certaines thématiques (*Organisation*

FIGURE 7 : THÉMATIQUES STRUCTURANT
LE DISCOURS SUR LE CANCER
DANS LES ANNÉES 90



des soins, Dépistage, Caritatif-solidarité) n'apparaissent qu'exceptionnellement (entre 2 et 3 % des occurrences). La thématique *Qualité de vie* est quant à elle relativement présente, avec pas loin de 20 % des occurrences. Ce chiffre témoigne d'une persistance des modalités de discours des années 80 (à savoir le vécu ordinaire de la maladie) et se situe majoritairement sur les seules années 1988-90.

Parmi les cancers évoqués (sachant que les sujets traitant d'un cancer en particulier apparaissent seulement dans la seconde moitié des années 90), le plus fréquemment cité est le cancer du poumon.

Enfin, en dépit de la prédominance de la thématique *Société*, certains sujets tels que l'affaire Crozemarkie ou le cancer de François Mitterrand ne sont pas retenus au sommaire des émissions ou des reportages consacrés au cancer. Ces programmes privilégient en effet à l'actualité immédiate un discours de fond et, surtout à partir de 1995, un discours à dominante médicale.

Les deux événements liés au cancer qui ont marqué la décennie 90 n'enregistrent ainsi quasiment aucune retombée dans les émissions. En revanche, des effets sont mesurables sur les sommaires des JT : en 1996, le volume de sujets double littéralement suite principalement à l'affaire Crozemarkie et secondairement au décès de François Mitterrand (voir figure 1). Pour autant, le constat s'arrête à ce résultat quantitatif : le visionnage révèle qu'il s'agit essentiellement d'annonces en plateau (info-titres de quelques secondes) ou de brèves de moins de 2 minutes. Seule l'affaire Crozemarkie fait l'objet d'interviews en plateau (avec des experts issus du champ de la cancérologie) ou de portraits en images de Jacques Crozemarkie.

I. L'ESPOIR PLACÉ DANS LES TRAITEMENTS ET LES TECHNIQUES OPÉRATOIRES

I.1 Un programme fondateur : *Médecine à la Une* sur TF1

Le début des années de TF1 comme chaîne privée est marqué par un type de programme inédit : le magazine médical de première partie de soirée. Sous ce format, TF1 lance en 1987 la première émission de santé à caractère interactif : *Médecine à la Une*, rapidement suivie de *Santé à la Une*. Les succès d'audience des premiers numéros encouragent le service public à imiter le modèle avec notamment *Objectifs médecine* sur la 2. Ainsi la santé ou plutôt la médecine gagne, dès la fin des années 80, un temps d'antenne particulièrement étendu.

Les deux premiers numéros de *Médecine à la Une* (soit 6 heures de programmes) en septembre 1987 sont consacrés au cancer, « le plus grand défi de la médecine de notre temps », affirme le présentateur Robert Namias en ouverture du premier numéro « Cancer : traitements et avenir, qui sera suivi 8 jours plus tard du numéro « Cancer : connaissances et diagnostic ». Un défi donc, et non plus un fléau. Par ailleurs, la composition des plateaux signale que ce défi est moins celui des malades que celui des institutions et des chercheurs. En invitant les différents représentants des structures importantes du champ de la cancérologie (l'Institut Gustave Roussy, à travers les professeurs Tubiana et Schwartzberg, l'association *Vaincre le cancer* et l'hôpital Paul Brousse à travers le professeur Jasmin, l'ARC à travers Jacques Crozemarie et même le National Cancer Institute avec le professeur Rosenberg) aux côtés des institutionnels de la Ligue et de malades célèbres, le dispositif de ces émissions *Médecine à la une* semble vouloir mettre en scène la cohésion institutions/chercheurs pour mieux promouvoir la lutte contre le cancer.

Ce numéro « Cancer : traitements et avenir » de *Médecine à la Une* peut être considéré comme un énoncé fondateur dans l'évolution du discours télévisuel sur le cancer : Robert Namias décrète que « *désormais, à l'aube des années 90, le cancer est synonyme d'espoir* ». Le ton est donné, la consigne sera respectée. Même s'ils sont très nombreux sur les plateaux (comme pour signaler le volume des guérisons), les malades n'ont pas forcément la parole. Une dramaturgie entoure ces déclarations, ce « défi » lancé à l'avenir : musique de Beethoven, public étendu, aréopage de scientifiques, réalisation mobilisant toutes les techniques modernes (plongées et contre-plongées...).

Face à cette injonction à l'optimisme, se pose la question de savoir ce qui autorise un journaliste à imposer l'angle (« l'espoir désormais ») de la perception de ce phénomène social qu'est le cancer. On peut considérer, au niveau du média, que le lent travail de mise en perspective des représentations sociales du cancer opéré par le discours télévisuel depuis le début des années 80 a préparé cette évolution. Par ailleurs, au niveau social, de telles déclarations ne sont pas indépendantes de certaines transformations : la loi Évin relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme par exemple, qui sera votée en 1991, et dont on semble attendre à l'époque un effet spectaculaire sur le volume de cas de cancers du poumon, est mise en discussion dès la fin des années 80. Ou encore le lancement des campagnes de dépistage du cancer du sein à partir de 1987 ou, à plus grande échelle, le programme « l'Europe contre le cancer » lancé en janvier 1986 par les chefs d'État des Douze et mis en application en octobre 1987 avec la diffusion du « code européen contre le cancer »¹⁹. Autant d'événements dont on retrouve la trace au même moment dans les sommaires des JT.

Mais c'est surtout au niveau du champ du soin que certains résultats semblent autoriser la proclamation d'un relatif optimisme. Les « raisons d'espérer » sont explicites dans les programmes : elles concernent avant tout l'évolution et l'optimisation des traitements et des techniques opératoires. Ainsi, les raisons d'espérer données par Robert Namias dans les deux numéros de *Médecine à la une* cités ci-dessus vont être également énoncées dans l'émission spéciale *En finir avec le cancer*²⁰ (FR3, mars 1988), dans *l'Heure de vérité* (A2) du 05/09/1988, dans la *Marche du Siècle* du 26/09/1990 (« Cancer : menace et espoirs ») et dans le numéro de *Santé à la une* du 05/11/1990 (« Cancer : pour l'éviter »).

Paradoxalement, l'augmentation des cas de cancers, et particulièrement des cancers de l'enfant, qui fait l'objet de quantité de brèves alarmantes au JT à la fin des années 80, est présentée par Robert Namias sur le plateau de *Médecine à la Une* comme la preuve que « l'on ne peut se permettre de se priver de l'espoir, moteur de toutes les découvertes ». Patrice Pinell nous permet de dissiper l'effet de contradiction attaché à cette formule en rappelant que dans l'histoire de la lutte contre le cancer, c'est précisément lorsque le « péril cancéreux » est le plus évident que se développe le fantasme d'une victoire médicale définitive. Car « le fléau, dit-il, est porteur de toutes les idéologies scientistes » (Pinell 1992 ; pp. 293-297). Certains

19. Il s'agit d'un programme commun de prévention des cancers visant à diminuer la mortalité par cancer en Europe. Il est orchestré à partir de janvier 1986 par le Comité des Cancérologues de la Communauté européenne, présidé par le professeur Maurice Tubiana (directeur de l'Institut Gustave-Roussy, Villejuif), qui élabore un « code européen contre le cancer » destiné à être diffusé dans les pays de la CEE et édictant un ensemble de prescriptions préventives, parmi lesquelles : le frot-tis régulier, la consommation limitée d'alcool et de tabac.

20. Emission spéciale de variétés et d'information, réalisée au profit de l'ARC (Association pour la Recherche contre le Cancer). Avec la participation de nombreux médecins, professeurs, chercheurs auxquels le public pose des questions, et celle d'artistes venus participer au spectacle ou lancer des appels en faveur de l'ARC.

signes, résidus de l'ancien paradigme du cancer, témoignent toutefois du caractère un peu « forcé » de ce positionnement optimiste. Après avoir annoncé le titre et invité à espérer, Robert Namias pose ainsi aux téléspectateurs la question minitel suivante : « *Que pensez-vous du fait de persister à soigner un cancéreux en fin de vie ?* ».

1.2 La démonstration des moyens : l'évolution des traitements et des techniques opératoires

On découvre les premières manifestations d'une tendance qui ne cessera par la suite de se manifester dans le discours scientifique sur le cancer : la démonstration enchantée des moyens disponibles. Techniques de diagnostics, techniques opératoires, traitements médicamenteux, les armes anti-cancer éternellement nouvelles et porteuses de toutes les espérances sont aux sommaires des quelques 13 émissions consacrées à l'actualité du cancer²¹ diffusées pendant les années 90. La plupart reproduisent étonnamment la même liste de « nouveaux traitements », de « nouvelles découvertes ». Ce qui était « nouveau » et porteur d'espoir en 1992 l'est encore en 1995 et ensuite. Les évolutions et nouveautés régulièrement mises en avant sont les suivantes :

■ **les avancées de la chimiothérapie** désormais plus efficace et moins douloureuse. La grande nouveauté mise en avant réside dans le fait qu'elle peut être injectée localement. Des reportages à caractère démonstratif exposent le principe de la pompe implantable qui permet d'injecter le produit directement dans l'organe concerné sans toucher les parties saines. Par exemple, ce reportage de *Médecine à la Une* où l'on filme un médecin au cours d'une opération. Il pose, sous anesthésie péridurale, un cathéter puis une pompe qui sera par la suite remplie de médicaments. « *Ces pompes, dit-il tout en opérant, sont recommandées en cas de métastases hépatiques et le patient ne ressent aucune gêne. Un progrès inouï.* ».

■ **la greffe et l'autogreffe** est en termes de chirurgie le dernier geste maîtrisé dont le corps médical se dit fier. Des reportages du même type que celui cité précédemment viennent l'illustrer.

■ **la radiothérapie** : les avancées évoquées en la matière concernent surtout le cancer du rectum. Plusieurs reportages (*Médecine à la Une*, *Savoir plus santé* ou *La marche du siècle*) mettent en scène le professeur Jean Papillon expli-

21. *Médecine à la une* : « le cancer : traitements et avenir » et « le cancer : connaissances et diagnostics » (septembre 1987) - *En finir avec le cancer* (mars 1988) - *L'heure de Vérité* « Léon Schwartzberg » (septembre 1988) - *La marche du siècle* « cancer : menaces et espoirs » (septembre 1990) - *Santé à la une* « cancer : pour mieux l'éviter » (novembre 1990) - *La marche du siècle* « enfants cancéreux : la vie d'abord » (mars 1993) - *Savoir plus santé* « le cancer que l'on guérit » (mai 1993) - *Savoir plus santé* « les nouveaux traitements du cancer » (septembre 1995) - « cancer : la vie quand même » (janvier 1996) - *Savoir plus santé* « cancer et nouveaux traitements » (mai 1997) - *Vivre avec* « le cancer » (novembre 1997).

quant le traitement du cancer du rectum par radiothérapie, évitant ainsi la pose d'un anus artificiel. On assiste notamment à une de ses consultations avec un patient en radiothérapie.

■ **l'oncopédiatrie**, pour laquelle on parle de « formidables avancées », de « succès inespérés ». Les reportages, présentés dans des émissions médicales, ne traitent pas des techniques opératoires. Ils s'attachent d'abord à montrer que l'enfance continue à l'hôpital (invariablement l'Institut Curie ou l'Institut Gustave Roussy) : des scènes où le personnel soignant (pour une fois médiatisé) accompagne les enfants dans leurs devoirs scolaires, des discussions parents-enfants sur le sens de la vie autour d'une tasse de chocolat, des expositions de dessins d'enfants malades dans les couloirs du service.

■ **la génétique** quant à elle est présentée – sans aucune pédagogie et dans des formes absconnes – comme la permission de tous les espoirs à l'horizon 2000. Date à laquelle la promesse sera reconduite exactement dans les mêmes termes au cours de l'émission *La marche du siècle* « santé parlons-en » du 07/06/2000. L'apport de la génétique en matière de cancer constitue un horizon d'autant plus magique qu'il est entouré de l'aura des États-Unis : c'est en effet le professeur américain D. Rosenberg (régulièrement interviewé en duplex sur les plateaux) qui est présenté comme la référence en matière de travail sur le gène.

On notera que rien, en revanche, ne concerne les techniques de dépistage. Ce sera l'objet des années 2000.

Enfin, ultime raison d'espérer, figurant au sommaire de nombreuses émissions : l'existence, réconfortante, de l'Institut Gustave Roussy (IGR). Il n'est pas excessif de dire que le discours télévisé en fait un véritable temple, l'autel où seront exaucés tous les espoirs de l'oncologie. Le lexique religieux marque d'ailleurs les commentaires : « *Dans ce que l'on peut considérer comme le temple de la cancérologie en France, les plus grands chercheurs se penchent nuit et jour sur le plus grand fléau de notre époque, le cancer* » commente une voix dans un reportage intégré à *Médecine à la Une* « Cancer, traitements et avenir ». La caméra entre de nuit dans des lieux étonnamment vides et en filme un à un les appareils qui, dans le mystère du clair-obscur, prennent des proportions spectaculaires. On interviewe quelques médecins qui font la démonstration du fonctionnement d'une machine de radiothérapie, « *du dernier cri* ». Sympto-

matiquement, aucun malade n'est filmé dans ces lieux qui ont pourtant vocation à les accueillir. Réceptacle de toutes les techniques de pointe, et des talents les plus reconnus, la présentation de l'IGR vient souvent couronner les débats sur l'état de la recherche, participant progressivement à le constituer en métaphore du combat contre le cancer. On trouvera aussi régulièrement des versions courtes de ces reportages sur l'IGR dans les JT.

II. DU FLÉAU AU RISQUE : LES DÉBUTS DE LA PRÉVENTION

Ainsi que le montre la figure 7 présentant les différentes thématiques sous lesquelles se placent les programmes, 12 % d'entre eux répondent à la thématique *Prévention*, alors que cette préoccupation n'apparaissait pour ainsi dire pas aux sommaires des émissions des années 80. Outre ces 12 % de programmes spécifiquement consacrés à la prévention, cette thématique fait régulièrement l'objet, à partir de la fin des années 80, d'une question ou d'un échange au hasard des débats des grandes émissions médicales.

Ce n'est que vers la fin des années 90 que le discours médiatique approche résolument le cancer sous l'angle de la prévention. Auparavant, il semble que le problème ne se pose même pas puisque, ainsi que le résume le professeur Jasmin sur le plateau de la *Marche du Siècle* en septembre 1990, « *on ne connaît pas, en vérité, les facteurs extérieurs de la formation et de la progression des cancers* ». Or, c'est en effet un préalable incontournable à tout discours préventif que de savoir sur quoi faire porter la prescription.

On pouvait toutefois depuis les années 80 déjà, identifier un propos assimilable à la prévention à travers les différents sujets consacrés au tabagisme. Le corps médical y affirmait que le tabagisme constituait sans risque d'erreur le premier facteur de risque de cancers. Pour autant, le terme de prévention n'a guère été prononcé, dans le corpus étudié, avant 1995.

À partir de la seconde moitié des années 90, en revanche, on observe au sommaire des émissions une récurrence de la thématique *Prévention*. Par la suite, elle interviendra de plus en plus dans le discours. La préoccupation est le fait des magazines de santé de seconde génération (à savoir les formats séquencés enrichis de reportages) et des magazines d'information et de reportages tels qu'*Envoyé Spécial*. Toutefois, les objets du discours préventif sont encore peu nombreux (principalement le tabac, le soleil et l'alimentation) et tout à fait désolidarisés, par exemple, de la question du dépistage.

II.1 Les trois fléaux ordinaires : la cigarette, le soleil et l'assiette

■ **Le tabagisme** : le thème est routinier depuis le début des années 80 et se voit convoqué au rythme de l'installation de la loi Évin de 1991. Si l'on mesure un accroissement des sujets liés au tabagisme dans les JT, on remarque que ceux-ci ne font pas référence au cancer du poumon.

■ **L'exposition au soleil** : le sujet intervient tardivement à partir de 1995 et essentiellement dans les magazines pratiques et de santé. On en trouve alors aussi des expressions dans les JT, à proximité des vacances scolaires. On reste toutefois loin du propos très prescriptif d'aujourd'hui. Le discours semble même douter de ses sources : « *Et si les crèmes solaires étaient plus cancérigènes que le soleil ?* » interroge un reportage au 13 heures de France 2 (mars 1995). Il faudra plusieurs années pour parvenir à dépasser la représentation « santé bien être » durablement attachée au soleil.

■ **L'alimentation** : le lien alimentation/cancer est surtout développé dans les chroniques de magazines féminins ou de santé (programmation d'après-midi, public féminin). Là encore le discours n'est guère alarmiste, on ne dispose pas alors de données épidémiologiques propres à faire de la prévention alimentaire un front de la lutte contre le cancer. Sous la formule « le manger juste » (identifiée dans la presse également), les journalistes rassemblent des conseils, pour l'occasion spécifiés « anticancer », mais néanmoins tout à fait généralistes : privilégier les cuissons vapeur, ne pas faire cuire les graisses, limiter la consommation de viande, etc.

Toute transformation dans les modalités discursives du cancer étant à renvoyer aux événements intervenus dans le champ social, politique ou scientifique, il est clair ici qu'une certaine actualité politique et institutionnelle a pu favoriser l'ouverture à la prévention du discours sur le cancer : la loi antitabac, l'application du programme européen de prévention cité plus haut et, potentiellement, l'inscription du « principe de précaution » dans la Constitution en 1995.

II.2 Un risque environnemental imposé par les catastrophes et les scandales sanitaires

Directement liée à la prévention, la question du risque environnemental apparaît au même moment, dans les mêmes proportions et souvent dans les mêmes dispositifs, accompagnée des mêmes réserves. Dans les débats sur l'origine des cancers, le facteur « environnement » remplace peu à peu le facteur « hérédité », sujet cher aux années 80.

Là encore, on constate que le traitement médiatique du risque environnemental est directement lié aux événements. Il recouvre trois actualités :

- les effets du nuage de Tchernobyl sont pour la première fois mentionnés en 1996, en lien avec les cancers de la thyroïde ;
- les risques de cancers liés à l'amiante sont évoqués la même année, à l'occasion des premiers rapports d'expertise sur les dangers de l'amiante ;
- les effets des essais nucléaires sur le développement de certains cancers sont commentés, essentiellement au JT, dans le cadre de la polémique qui fait suite à la décision du président de la République de réaliser une dernière campagne d'essais nucléaires dans le Pacifique (juin 1995). Ils sont à nouveau évoqués à l'occasion de la signature en 1996 du Traité d'interdiction complète des essais nucléaires. Ces deux événements induisent une légère hausse des brèves citant le lien cancer/environnement dans les JT en 1995 et 1996.

Ainsi donc, les émissions de la décennie 90 (1988-1998) privilégient un propos-bilan célébrant les promesses de la recherche. Mais si cela produisait en 1988 le magique effet de la surprise, les sommaires invariablement identiques des numéros « recherche et traitements » de *Médecine à la Une*, *Santé à la Une*, *Savoir plus santé*, *Objectifs santé...* laissent le sentiment que la recherche présentée comme messianique au début des années 90 n'avance pas vraiment. Les mêmes promesses sont éternellement renouvelées, les techniques opératoires semblent plafonner, le discours scientifique s'épuise. Force est pourtant de maintenir le paradigme de l'espoir, si nécessaire, semble nous dire la télévision, au malade et au chercheur. La prévention, comme acte collectif et individuel, est par définition le moyen d'espérer, puisqu'elle préserve du fléau. Aussi, timidement annoncée à la fin des années 90, elle deviendra, à l'écran, la notion cardinale de la fin des années 2000.



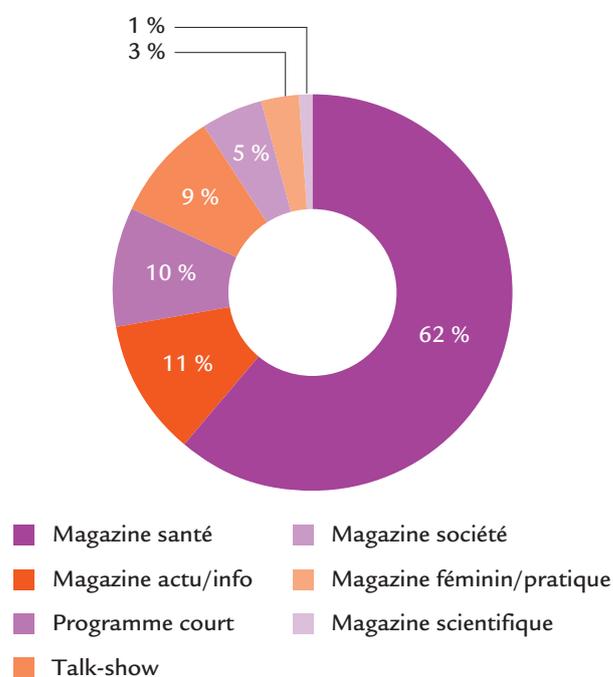
C. LE RÉCIT DU CANCER DANS LES ANNÉES 2000 : LE CANCER ENTRE TECHNOSCIENCES, PRÉVENTION ET CONFESSIONS INTIMES (1998-2007)

QUELQUES ÉLÉMENTS DE CADRAGE AVANT D'ENTRER DANS LE DÉTAIL...

■ **En termes de programmes** : à la fin des années 90 (1998), la chaîne publique France 5, souscrivant en ceci à son cahier des charges²², lance le premier quotidien d'information dédié à la santé, *Le journal de la santé*. Le rendez-vous vient s'ajouter à l'hebdo santé de France 2, *Savoir plus santé* (diffusé le samedi, de 1994 à 2006). Ainsi la santé se voit offrir, tout du moins sur le service public, un temps d'antenne sans précédent. La suppression de l'émission *Savoir plus santé* en 2006 sera largement compensée par le passage du *Magazine de la santé* (France 5) d'une diffusion hebdomadaire à une diffusion quotidienne.

Mais si la santé a désormais ses appartements, elle ne peut plus prétendre à occuper les sommaires de magazines de société ou de reportages comme au début des années 90. Caractéristiques de la télévision des années 2000, les lieux du débat (à savoir les émissions de plateau de seconde partie de soirée) sont réservés à la culture et à la politique. Cette nouvelle répartition réaménage largement le discours sur le cancer : celui-ci ne fera plus l'objet d'émissions de société intégrales (la dernière en date est la *Marche du siècle* du 17/01/1996), outre deux programmations exceptionnelles en 2006 et 2007²³. Si le cancer est encore, de temps à autre à la fin des années 2000, un sujet pour un magazine de reportage (plus précisément une mention dans un sujet de *Complément d'enquête* ou d'*Envoyé spécial*), ce sera exclusivement dans le cadre de scandales écologiques liés à la maladie (amiante, découverte de la nocivité des pesticides dans l'agroalimentaire).

FIGURE 8 : PART DES GENRES DE PROGRAMMES CONSACRÉS AU CANCER DANS LES ANNÉES 2000



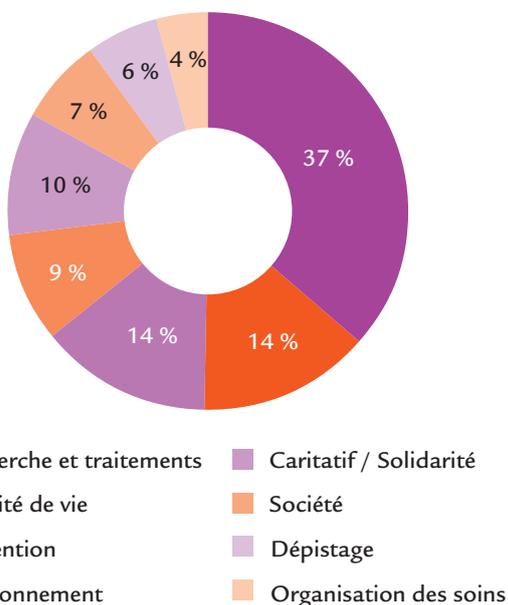
22. « La chaîne s'engage à assurer quotidiennement une information relative à la santé sous des formats définis », Cahier des charges France Télévisions-France 5, CSA, version 1997 (Source : France Télévisions).

23. « Cancer : vos questions en direct » (18/04/2006), un programme hors grille proposé par la rédaction du *Magazine de la Santé*, exceptionnellement diffusé sur France 3 et en première partie de soirée ; « Le cancer sort de l'ombre » (5/03/2007), un programme hors grille proposé par Jean-Luc Delarue, exceptionnellement diffusé sur France 2 en première partie de soirée.

En vertu de ce cloisonnement des genres propre aux années 2000, on observe que près de 65 % de l'ensemble des émissions consacrées au cancer entre 1998 et 2007 sont des magazines de santé. Bien sûr, l'écriture des formats diffère largement de celle des magazines des années 80 : plus question, sauf rares exceptions, de consacrer un numéro entier à un sujet. Les magazines sont multiséquencés et le cancer est à la même enseigne que les maladies infantiles ou les mycoses : un sujet de 5 à 10 minutes dans un programme qui en développe quatre ou cinq. Par ailleurs, on constate qu'au regard de la fréquence importante et de la durée de ces programmes, l'attention portée au cancer reste limitée : entre 2000 et 2007, soit 1 443 numéros, *Le Magazine de la santé* consacre seulement deux programmes au cancer : « Spécial cancer : ce qui doit changer » (29/03/2003) et le numéro exceptionnel hors programmation sur France 3 « Cancer : vos questions en direct » (18/04/2006). Il consacre environ 300 sujets au cancer sur les quelques 8 650 sujets « santé » que recouvrent ces 1 443 numéros. Soit moins de 4 % du total des sujets en 7 ans. Notons, toutefois, que si l'attention est faible, elle reste stable.

Enfin, ainsi que l'indique la figure 8, environ 10 % des programmes consacrés au cancer relèvent de la catégorie talk-show. Il s'agit en majorité des émissions de Jean-Luc Delarue (*Ça se discute* et *Toute une histoire*). Avec en moyenne deux numéros par an consacrés au cancer, les plateaux assurent une certaine visibilité du malade anonyme et ce faisant, un accès aux réalités quotidiennes du cancer. Ceci venant compléter les irrégulières séquences « témoignages » des magazines de santé.

FIGURE 9 : THÉMATIQUES STRUCTURANT LE DISCOURS SUR LE CANCER DANS LES ANNÉES 2000



■ **Les thématiques** : ainsi localisé dans les programmes étiquetés « santé », évacué des magazines de société et exceptionnellement mentionné au hasard d'un magazine de reportages, le discours sur le cancer n'apparaît plus dans les années 2000 comme un fait de société. Il est principalement appréhendé en fonction de trois thématiques (voir figure 9).

- Dans près de 40 % des cas, le discours sur le cancer relève de la seule dimension médicale et technoscientifique (thématique *Recherche et traitements*).

- Dans près de 15 % des cas, le cancer est l'objet d'un discours préventif (en majorité de messages à caractère institutionnel).
- Dans près de 15 % des cas également, il relève de la thématique *Qualité de vie* qui recouvre l'ensemble des sujets liés au vécu de la maladie, aux réactions individuelles des malades et aux effets psychologiques, pendant et après la maladie.

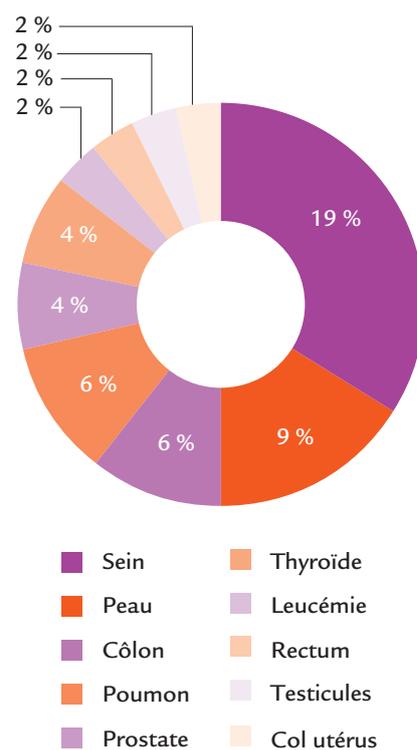
■ **Le registre dominant** : de la même façon qu'il se partage entre magazine de santé et talk-show, le discours emprunte deux registres :

- un registre pédagogique et scientifique qui est le fait des journalistes de santé dans le cadre des sujets médicaux. Sur la fin des années 2000, avec le développement des messages de prévention, il évoluera vers l'incitatif et le prescriptif ;
- un registre testimonial et compassionnel qui est principalement le fait des émissions de confessions, mais aussi des magazines de santé pour son caractère essentiellement illustratif. Dès la fin des années 90, le magazine *Savoir plus santé* (France 2) installe ainsi le témoignage parmi ses procédés d'information. On notera toutefois que le temps de parole des malades reste très inférieur à celui des scientifiques et des médecins, ainsi qu'à celui des journalistes eux-mêmes.

■ **La fonction documentaire** : le cancer n'étant plus un sujet de société mais un sujet médical, il fait l'objet d'une approche plus spécifique et documentée de la part des journalistes de santé, d'une pluralité d'expertises et de reportages à caractère démonstratif. Les cancers étant maintenant évoqués dans leur diversité, il devient alors possible de calculer le volume d'attention dévolu à chacun d'entre eux.

Sans surprise, il apparaît que le cancer du sein est bien l'objet privilégié des sujets sur le cancer, tous programmes confondus (20 % de l'ensemble des sujets). Précisons que le cancer du sein est aussi le premier évoqué pour l'ensemble des thématiques principales : premier juste devant le cancer de la prostate des sujets *Recherche et traitements*, et premier des sujets *Qualité de vie* (les témoins invités dans les émissions de confessions étant souvent des femmes atteintes d'un cancer du sein).

FIGURE 10 : ÉVOCACTION
DES DIFFÉRENTS CANCERS
À LA TÉLÉVISION



44 % restants : autres localisations

■ **La figure du malade** : le malade, on l'a dit, a accès aux moyens d'expression publique par le biais des émissions de confessions ou, de façon plus sobre et plus cadrée, sur les plateaux des magazines de santé. Il s'agit la plupart du temps de malades en rémission. Cette participation contribue à former en lisière du discours (le volume de ces témoignages restant étroit) une figure singulière : un individu combatif, résistant et nécessairement victorieux.

Parallèlement, se dessine et prend définitivement corps vers les années 2004-2005, à mesure que se développent les sujets prévention dans les magazines de santé comme dans les JT, une figure qui lui est concurrente : le non-malade ou l'individu sain. En effet, en accord avec l'étiquette santé, les programmes s'adressent avant tout à ceux qui sont en bonne santé dans un but éducatif : diffuser les moyens de le rester. Bien sûr, dans le discours de la prévention, la figure du malade reste implicitement présente, mais en creux, uniquement comme figure repoussoir attestant la réalité du risque. L'objet de la prévention du cancer est un individu sain, mais exposé et dont l'éducation sanitaire est urgente, un *homo medicus* en puissance. Mais pas exactement l'*homo medicus* défini par Patrice Pinell quand il retrace l'historique de ce personnage clé de la lutte contre le cancer (à savoir une sentinelle de la lutte anticancer sensée percevoir son corps comme un objet clinique dans la perspective d'un diagnostic précoce). Celui des années 2000 serait, sur la base du même modèle, un *homo medicus* « enrichi » qui scruterait, outre son corps, son assiette, son atmosphère, son mode de vie tout entier. Une évolution que résumant et éclairent P. Peretti-Watel et J.-P. Moati²⁴ : « La prévention contemporaine (...) continue de s'adresser à un *homo medicus* idéal en éduquant les masses pour que ce personnage imaginaire finisse par habiter les individus en chair et en os que nous sommes. S'il faut toujours scruter son corps à la recherche de signes menaçants, il faut désormais par surcroît sacrifier à beaucoup d'autres injonctions préventives (...) naturellement cette multiplication d'injonctions est liée à la prolifération des facteurs de risque et des conduites à risque à l'intérieur de la *black box epidemiology* contemporaine. » (2009 ; p.57).

■ **La figure médicale** : la représentation du soignant évolue entre 1998 et 2007. Si le médecin oncologue est convoqué au sein des magazines de santé afin d'y fournir un propos à caractère savant, la montée en expertise des journalistes de santé a des effets sur son rôle médiatique : le médecin est ainsi de moins en moins sollicité au titre de contributeur sur le plateau, mais relégué

24. Peretti Watel P. et Moati JP., 2009, *Le principe de prévention, le culte de la santé et ses dérives*, Paris, La République des idées.

dans les reportages afin d'y témoigner de son exercice. En résumé, les émissions de santé prennent progressivement acte qu'un geste opératoire bien filmé vaut mieux qu'un long discours. Par ailleurs, les effets de « starification » des oncologues identifiés pour les deux décennies précédentes ont plus ou moins disparu : soit que les figures tutélaires n'aient pas trouvé de remplaçants, soit – plus probablement – que dans l'imaginaire social, le capital symbolique dévolu à la figure du médecin ait fléchi.

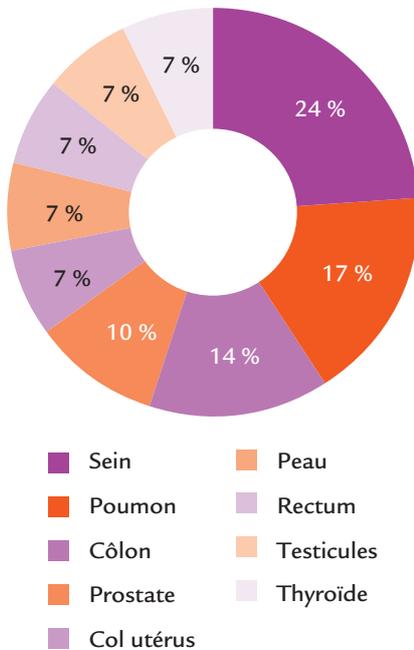
I. LES PROMESSES EN IMAGES DE LA TECHNOSCIENCE

La thématique *Recherche et Traitements* est indiscutablement prédominante dans les sujets titrés « cancer » pendant les années 2000. Sur cette période, le récit télévisuel du cancer emprunte les caractéristiques du discours médical et scientifique, installées par *Le journal de la santé* (France 5) et *Savoir plus santé* (France 2), puis quotidiennement imposées par *Le magazine de la santé* (France 5). Entre 1998 et 2007, la thématique *Recherche et traitements* recouvre principalement trois domaines de préoccupation :

■ L'explication sur le développement des cancers (40 % des sujets)

Les explications sur le développement des cancers – c'est-à-dire où et comment se forment les tumeurs, à quelle vitesse progressent les cellules cancéreuses, quels sont les effets sur l'organisme, pourquoi tel ou tel cancer est particulièrement dangereux – accompagnent systématiquement dans les premières années, le propos scientifique et médical. À grands renforts de schémas en deux puis trois dimensions, fixes puis animés (à mesure que les techniques de l'image de synthèse évoluent), de coupes transversales des organes, les journalistes dispensent une courte leçon de science du vivant. La vocation pédagogique propre à la cinquième chaîne s'y illustre parfaitement. Les éléments de langage suivants (*Magazine de la santé* 17/01/2004) sont exemplaires de ces opérations d'apprentissage : « *Il n'existe pas un seul type de cancer du sein et pour les distinguer, il faut d'abord savoir comment est fait un sein. Le sein est fait de plusieurs composantes [la coupe transversale d'un sein apparaît en image de synthèse] et parmi les grand types de cancers qui existent, la grande majorité se développe à partir des cellules dans ces canaux [indication des canaux sur le schéma]* ».

**FIGURE 11 : LES CANCERS
« EXPLIQUÉS » DANS LES MAGAZINES
DE SANTÉ DANS LES ANNÉES 2000**



Ainsi qu'en témoigne la figure 11, le cancer du sein fait l'objet de la majorité de ces démonstrations didactiques. Suivi de près par les cancers du poumon et du côlon.

■ La chirurgie : les techniques opératoires (35 % des sujets)

Les techniques opératoires concernent plus de 2/3 des sujets indexés sous la thématique *Recherche et Traitements*. Une évolution notoire au regard des décennies 80 et 90 où l'attention était davantage portée sur la chimiothérapie et la radiothérapie. Désormais, l'actualité des techniques opératoires en matière de cancer constitue le principal angle d'approche de la question des soins et de l'activité hospitalière.

Dans la représentation de cette dimension spécifique de la cancérologie qu'est la chirurgie, les modalités de mise en scène sont restreintes : pédagogiques, démonstratives et toujours plus spectaculaires. On voit ainsi des reportages où le sang atteste de la réalité de l'opération, où la nouveauté des techniques d'intervention est donnée comme un argument de fiabilité et une raison d'espérer. Le chirurgien y est présenté comme un technicien hautement spécialisé, équipé de l'arsenal classique, mais aussi (et de plus en plus à partir de 2003) d'un matériel informatique de pointe.

Loin du quotidien hospitalier, on assiste essentiellement à des « scoops opératoires » dont le commentaire signale le caractère exceptionnel. Le malade y est un figurant sous anesthésie, réduit à sa tumeur pour les besoins d'une information qui, en visant la dimension pédagogique, parvient surtout au spectaculaire.

■ Les avancées de la recherche (25 % des sujets)

De 1998 à 2007, le discours scientifique à propos de la recherche se tient dans une rhétorique des moyens et non du résultat : une rhétorique de l'innovation, de la « promesse », avec la mise en avant de nouveaux essais, de nouveaux tests, de nouveaux espoirs, désormais principalement associés à l'oncogénétique. D'année en année, *Le Magazine de la Santé* tient ainsi à jour l'état des nouveautés et des espérances scientifiques. Les représentants des équipes de recherche les plus reconnues sont interviewés, d'abord en plateau ou par téléphone, puis de plus en plus – sous l'effet de la générali-

sation du reportage en extérieur – dans le décor « naturel » des laboratoires, encerclés d'éprouvettes et de microscopes. Un arrière-fond qui a pour effet de cautionner la nature hautement scientifique du propos.

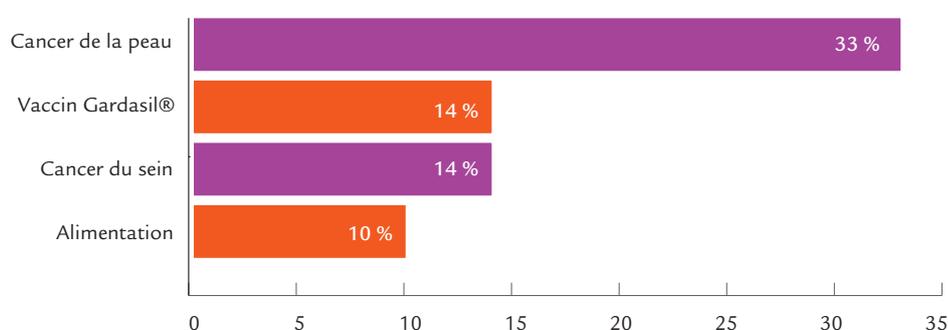
II. PRÉVENTION, DÉPISTAGE ET HYGIÈNE DE VIE : LA MONTÉE EN EXEMPLARITÉ DE L'INDIVIDU SAIN

II.1 La précision du risque

On observait dans la seconde moitié des années 90 une timide formation du discours de prévention. Peu formulé, ce discours était encore flottant, incertain, dans la mesure où il ne se prononçait sur aucun risque précis (excepté dans une certaine mesure le tabac et le risque environnemental lié à l'amiante ou aux essais nucléaires).

Or, la définition du risque est le préalable à toute action préventive. Dans les années 2000, des convictions s'établissent quant à la réalité de certains risques en matière de cancer, convictions qui autoriseront les journalistes de santé à s'ériger plus régulièrement en prescripteurs. Les sommaires du JT traduisent la même évolution : à partir du début des années 2000, on observe une montée significative de brèves mentionnant soit la sortie d'une étude spécifiant un risque, soit une information prescriptive relayant l'action institutionnelle. C'est surtout sur la période la plus récente du corpus étudié (les années 2006-2007) que ces manifestations du discours préventif dans les JT sont les plus nombreuses. En effet, si la prévention est un front ancien de la lutte contre le cancer (P. Pinell, 1992), elle correspond dans le discours télévisuel à une préoccupation récente. En outre, les domaines sur lesquels intervient le discours de prévention restent peu nombreux : il s'agit principalement, par ordre d'importance, de la prévention solaire, de la prévention du cancer du col de l'utérus (avec l'arrivée de la vaccination), de la prévention et du dépistage du cancer du sein, et de l'alimentation²⁵.

FIGURE 12 : LES 4 SUJETS LES PLUS ÉVOQUÉS SOUS LA THÉMATIQUE « PRÉVENTION » DANS LES ANNÉES 2000



25. On peut être surpris ici de l'absence du sujet « tabagisme » parmi les principaux thèmes du discours de prévention. L'explication est avant tout méthodologique. En effet, si le « tabac » est un thème important du discours médiatique sur la santé, il apparaît essentiellement dans le cadre de propos sociétaux (l'addiction précoce, le tabagisme passif, l'interdiction de fumer dans les lieux publics...) ou médicaux (les maladies respiratoires, les risques de ruptures d'anévrisme...). En revanche, le tabagisme est rarement lié à la problématique du cancer, et notamment rarement présenté comme un facteur de risque de cancer du poumon. En d'autres termes, les sujets portant sur le « tabac » ou le « tabagisme » ne citent pas (ou peu) le mot « cancer ». Notre veille ne répercutant que les occurrences affichant le terme « cancer », le sujet « tabac » se signale donc très faiblement au sein du discours médiatique consacré à la maladie.

Le discours le plus ancien et le plus représenté dans les années 2000 relève de la prévention solaire et signale les risques de cancer de la peau. Dans les magazines de santé (où se situe principalement le propos préventif), celle-ci fait d'abord l'objet d'une information sur les règles d'exposition au soleil. Progressivement, elle prend un caractère plus scientifique et bénéficie de la vocation éducative des émissions de santé : des reportages où l'on apprend au téléspectateur à reconnaître une lésion cancéreuse et où des dermatologues viennent exposer la différence entre mélanome et grain de beauté : « *C'est vraiment un réflexe qu'il faut avoir quotidiennement. Pour vous y aider vous pouvez retrouver sur notre site internet un dossier avec les photos de grains de beauté que nous avons montrés dans l'émission (...) elles vous permettront éventuellement de vous observer chez vous, si vous avez un doute (...)* » (*Savoir plus santé* du 15/03/2003).

Après le cancer de la peau, le discours préventif concerne le cancer du col de l'utérus et plus précisément le vaccin Gardasil® : à partir de la fin 2005, *Le magazine de la santé*, mais aussi les journaux télévisés, proposent des reportages et des interviews auprès de gynécologues afin d'expliquer l'action de ce nouveau vaccin.

Le discours préventif sur le cancer du sein s'attache quant à lui surtout à sensibiliser les femmes à l'importance des examens de dépistage. Mais il élargit par ailleurs la définition du risque en mentionnant d'autres facteurs : le non-allaitement, le stress et les premières grossesses tardives.

Enfin, jusqu'au milieu des années 2000, la prévention alimentaire reste relativement inchangée dans ses termes par rapport à ses premières manifestations dans les années 90 : elle prend la forme de prescriptions identiques à celles que l'on pourrait énoncer dans le cadre d'un simple régime diététique. Là encore, c'est à partir de 2006-2007 que la nature du risque semble se préciser à la télévision : les fruits et légumes traités, le sel et les acides gras « trans » sont des facteurs régulièrement cités dans les discours télévisuels.

Quelle que soit la thématique, le registre du discours préventif reste la plupart du temps incitatif et n'a pas encore évolué vers les formes plus injonctives et plus alarmistes que l'on peut identifier actuellement²⁶.

26. Formes identifiées dans le cadre des études annuelles 2008 et 2009.

II.2 Formation de la norme de la santé : l'individu sain comme figure concurrente du malade

Le discours de Prévention, tel qu'il a évolué dans les années 2000, édicte à l'usage de l'individu sain, potentiellement exposé au cancer, un programme distribué en trois propositions principales :

- la limitation du risque sanitaire par une activité d'autoprotection (se protéger du soleil, éviter certains aliments...);
- l'autosurveillance (reconnaître une lésion cutanée, examiner ses seins);
- la réponse aux messages institutionnels d'incitation au dépistage.

Loin de proposer une représentation de la maladie, ces trois invitations reconduisent la norme de la santé telle qu'on la connaît aujourd'hui : un patrimoine individuel engageant la responsabilité individuelle.

Évidemment, un discours énonçant la norme de la santé ne peut dans le même temps accueillir des éléments propres à altérer cette norme. Ainsi le malade, dans les sujets dédiés à la prévention, ne fait-il l'objet d'aucune désignation particulière, sinon en creux. En revanche, la contre-figure du malade, à savoir l'individu sain, fait lui l'objet d'une procédure de valorisation : il justifie la tenue du discours de prévention, sa santé et ses méthodes pour l'entretenir (affichées dans les reportages) en signalant l'efficacité.

Directement liée à la thématique de la *Prévention*, la thématique du *Dépistage* emprunte étonnamment peu le discours télévisuel des émissions de santé, au regard de la place qu'elle prend dans la presse au même moment. Si elle fait l'objet de brèves dans le journal télévisé, c'est presque uniquement en écho aux campagnes institutionnelles d'incitation au dépistage. De façon logique, cette thématique recouvre essentiellement les cancers du sein et du côlon, concernés par la mise en place d'un dépistage organisé. Le dépistage du cancer de la peau est en général rapidement évoqué dans les sujets consacrés à la prévention solaire.

III. LE TÉMOIGNAGE : LE MALADE SÉPARÉ DU COLLECTIF

III.1 Une présence limitée, circonscrite aux émissions de confessions

Si les malades apparaissent au gré des reportages ou au hasard des plateaux de magazines de santé, leur fonction y est plus que limitée : soit ils sont appelés à attester ou à exemplifier un propos médical sur les plateaux, soit – le plus souvent – ils fournissent aux démonstrations opératoires un

corps anesthésié. Le malade, alternativement traducteur ou « échantillon » du cancer, est en tout cas toujours figurant.

Pour trouver une expression plus individualisée et plus libérée du malade, il faut étudier une autre catégorie de programmes : les talk-shows et, au sein de cette catégorie, les émissions de confessions. Un genre essentiellement représenté par les émissions de Jean-Luc Delarue qui organise au début des années 2000 le retour du malade anonyme que la décennie 90 n'avait pas privilégié.

On dénombre ainsi quatre émissions entièrement consacrées au cancer sur la période étudiée :

- « Comment se défendre face au cancer », *Ça se discute* du 05/11/2003 ;
- « Comment mieux combattre le cancer », *Ça se discute* du 16/11/2005 ;
- « Le cancer sort de l'ombre », programme exceptionnel, 5/03/2007 ;
- « Le courage des enfants face au cancer », *Toute une histoire* du 24/05/2007.

On peut également créditer à cette liste le numéro « Avoir une maladie grave à 20 ans » (*Ça se discute* du 28/03/2001), dans la mesure où la majorité des maladies graves représentées étaient des cancers.

Hors des émissions dédiées, on trouve également des témoignages de personnes atteintes de cancers intervenant au hasard d'émissions consacrées à des thématiques périphériques : par exemple, dans le cadre d'un numéro sur la phobie (« j'ai la phobie du cancer »), sur les sectes (« j'ai déclaré un cancer lorsque j'étais au sein d'une secte et je n'ai pu être soignée »), sur la rupture (« je me suis séparée de mon conjoint car je ne supportais plus son cancer »), ou encore sur « l'image de soi », « la chirurgie esthétique », « le handicap accidentel », « vivre la mort d'un enfant »...

Au global cependant, au regard du volume des numéros appartenant aux deux émissions *Ça se discute* et *Toute une histoire*, force est d'admettre que l'attention portée au cancer est limitée :

- sur 393 numéros de *Ça se discute* diffusés entre 1995 et 2009, seuls 2 numéros sont consacrés au cancer. Et sur les quelques 2 400 témoignages que ces 393 numéros impliquent, environ 70 seulement relèvent du cancer, soit moins de 3 % de témoignages dans cette émission à vocation testimoniale ;
-

- sur 222 numéros de *Toute une histoire* (quotidienne) entre 2006 et 2007, seul un numéro est consacré au cancer (de l'enfant), et seulement 9 témoignages sur le millier d'interventions individuelles que recouvrent ces 222 numéros.

III.2 Trois invariants du témoignage : l'expérience privée (le couple, la famille, le soi)

Les témoignages sur le vécu du cancer dans ces émissions de confessions convergent invariablement sur :

- le rapport de couple (la sexualité, le dialogue, la séparation) ;
- le rapport à la famille (dire la vérité aux enfants, supporter l'attitude compassionnelle des proches) ;
- l'image de soi (les prothèses capillaires et mammaires, la transformation du corps).

Ces trois invariants du témoignage permettent de cerner en quelque sorte un fond commun de l'expérience de la maladie chez les personnes atteintes. Ces trois niveaux de l'expérience du cancer interviennent en effet successivement dans un même témoignage, quel que soit l'âge du témoin et le cancer dont il souffre. Ils émergent même parfois hors des sollicitations de l'animateur, ce qui témoigne de leur importance pour le malade : « *Je crois qu'on n'a pas dit quelque chose d'important, parce que là on est tous des gens qui s'en sont sortis alors on a tendance, pas à embellir, mais à se souvenir surtout des choses, disons des choses les moins difficiles peut être (...) on n'a pas dit que le pire dans le cancer c'est qu'on se déteste, y'a plus d'amour propre (...) on se regarde et on voit un cadavre, on se dit t'es plus un homme, t'es rien (...) il faut dire ce soir, s'il y a des malades qui regardent, il faut se battre contre cette impression, elle fait du mal à tout le monde, pas qu'à soi* ». (Ça se discute, 05/11/2003, malade en rémission d'un cancer du poumon).

III.3 La maladie comme expérience sociale : une réalité évacuée

Nous observons pour les années 80 que les témoignages tels qu'ils étaient suscités par les journalistes portaient avant tout sur les difficultés sociales ou administratives rencontrées pendant ou après un cancer. Pudeur des malades ou effet des préférences des journalistes, la confession portait avant tout sur ce que vivaient le malade et son entourage dans la sphère publique : typiquement, les problèmes avec les assurances ou les problèmes liés au retour à l'emploi.

Vingt ans après, l'expérience de la maladie se trouve, dans la confession, rapportée à la sphère privée, une tendance cohérente avec le type de contrat de communication présidant aux émissions qui accueillent les malades. L'expérience sociale et collective est ainsi naturellement évacuée : les thèmes de la discrimination, du retour à l'emploi, des difficultés administratives, bref la place du malade dans le collectif, réalité essentielle de la lutte contre le cancer et information indispensable à une juste perception sociale de la maladie, sont occultés. Le constat est d'autant plus embarrassant que cette lacune n'est pas « corrigée » par le travail d'autres programmes ou d'autres médias.

CONCLUSION SUR LA FIGURE DU MALADE À LA TÉLÉVISION : UNE ÉVOLUTION ERRATIQUE, UN HÉROÏSME AMBIVALENT

Cette exploration de trois décennies de représentations du cancer à la télévision nous autorise à ce stade à conclure sur l'un des aspects qui nous intéresse : l'évolution de la figure du malade. Une évolution toute relative et que l'on pourrait qualifier d'erratique, dans la mesure où, loin de suivre une progression cumulative sur le principe de l'enrichissement, la figure du malade ne gagne une dimension que pour en perdre une autre.

■ Les années 80

Le malade – qui est généralement une malade – est invité(e) sur le plateau d'émissions de débats où le « fléau » cancer est avant tout mis en discussion sous ses aspects sociétaux : le rapport au médecin, la difficulté du retour à l'emploi, les faiblesses du système d'assurance maladie. Le malade s'exprime comme témoin d'une expérience sociale, une source d'information relative à la confrontation entre la maladie et les différentes formes du collectif : l'hôpital, le corps médical, le monde du travail. Symptomatique de cette mise à distance de soi, le malade est régulièrement représenté par un médiateur (un proche de la famille qui se caractérise par une allure convenable et un propos convenu). L'intime (l'expérience de la douleur, de l'image de soi) reste maintenu dans un silence pudique. De prime abord, le malade apparaît comme un énonciateur privilégié : nombre des invités, caractère systématique de sa présence, temps de parole. De plus, le cancer étant associé à la mort, les malades sont naturellement drapés de la dignité de « ceux qui vont mourir ». Mais l'observation montre aussi que le poids de l'institution médiatique et les rituels de communication qui pèsent sur l'échange orchestrent, sinon contrôlent, la nature du propos. À tel point que le malade peut paraître infantilisé par le dispositif, notamment lorsque l'autorité médicale présente fait subir à sa parole une procédure de correction, quand elle ne lui dicte pas littéralement son propos.

■ Les années 90

La figure du malade se dédouble. Le « malade-star » apparaît en la personne de quelque célébrité guérie d'un cancer. Ce que sa convocation célèbre et atteste, sur le plateau de débats hybrides entre médical et social, c'est la possibilité de la victoire sur le cancer. Une victoire qu'à mesure de la publication

de chiffres alarmants d'augmentation du nombre de cas, on fantasme prochaine et totale. Une victoire que les stars mettent généreusement en récit, en glorifiant au passage la cancérologie française, au fil d'interviews ou de reportages-portraits que l'on offre beaucoup moins aux malades ordinaires. Le malade anonyme demeure, bien sûr. Symptomatiquement toutefois, lui qui siégeait à la table même des débats, se trouve désormais plus souvent dans les gradins du public, attendant qu'au hasard des échanges, on fasse monter le micro vers lui. Il est intégré, absorbé par le public, dans une égalisation qui paraît plus arbitraire que démocratique. L'infantilisation du malade, dont on observait les prémisses dans les années 80, s'accroît à un moment où les cancérologues sont en charge de relever le « défi » cancer : plus qu'un déséquilibre de temps de parole, plus qu'une correction de la parole de l'un (le malade) par l'autre (l'expert), c'est une véritable substitution qui s'opère. Le malade n'est plus considéré comme un expert. Dépossédé de son expérience, il devient un témoin oculaire de la puissance médicale.

■ Les années 2000

Du fait d'une présence du discours dans certains genres de programmes, le cancer se place majoritairement sous l'étiquette « santé ». Or, la santé exige des témoins propres à illustrer cette norme. Aussi le malade doit-il, dans l'accès à l'expression médiatique, affronter un concurrent singulier : l'*homo medicus*, c'est-à-dire l'individu sain exposé au risque de cancer et cible des actions « éducatives » de la lutte contre le cancer. Restent alors au malade deux modalités d'apparition. La première le renvoie aux tables d'opérations que scrutent les caméras des magazines de santé ou, plus étroit encore, aux éprouvettes des scientifiques de l'Institut Pasteur et de l'IGR : le malade, silencieux, est alors réduit à un organe, à un échantillon de sang ou de tissus. La seconde modalité d'apparition le redirige vers les émissions de confessions. Si les occasions sont rares (peu d'émissions nous l'avons vu), elles sont précieuses dans la mesure où elles accouchent de récits singuliers, témoignant de vécus intimes de la maladie, au plus proche des questionnements des malades. En découle une représentation très individualisée de la maladie, une expérience qu'on ne vivrait qu'avec soi, ou dans le cercle étroit du foyer. Le cancer n'est là ni social ni sociable.

PARTIE II

LE CANCER DANS LA PRESSE 1980-2007



INTRODUCTION

UN CORPUS D'ANALYSE FRAGMENTÉ

Comme indiqué dans l'introduction de cette étude, le corpus reconstitué pour l'analyse des représentations du cancer dans la presse se compose uniquement de quatre titres de presse (deux titres de PQN, deux titres de PQR). Ces quatre titres étant inégalement représentés selon les périodes – du fait d'une disponibilité inégale des données numérisées (voir détails en annexe) –, le corpus a été découpé en trois sous-corpus, qui ont été mobilisés alternativement :

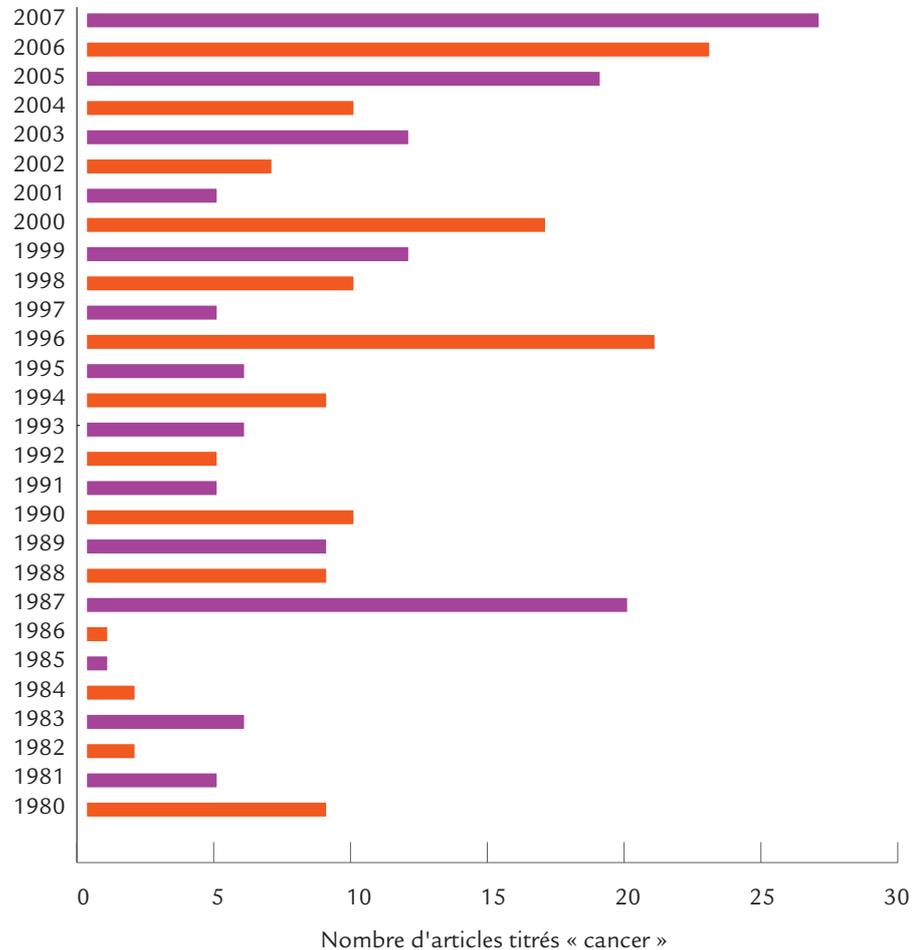
- pour l'ensemble de la période étudiée : sous-corpus *Le Monde* 1980-2007, le seul à offrir un segment d'analyse ininterrompu pour les trois décennies ;
- pour les années 90 et 2000 : sous-corpus PQN 1990-2007 alimenté par *Le Monde* et *Libération* ;
- pour les années 2000 uniquement : sous-corpus PQR *Ouest France* 2000-2007, enrichi sur les années 2005-2007 par *Le Parisien-Aujourd'hui en France*.

Les observations qui suivent seront donc toujours accompagnées de l'indication des échantillons qui les justifient.

LE SUJET « CANCER » DANS *LE MONDE* DEPUIS 1980 : UNE ÉVOLUTION TRIBUTAIRE DE LA MÉDIATISATION DU SIDA ET DE L'ACTION INSTITUTIONNELLE

L'évolution du sujet « cancer » dans *Le Monde* entre 1980 et 2007 (voir figure 13) ne correspond pas, quantitativement parlant, à une courbe régulière et progressive. Si cette irrégularité résulte des choix éditoriaux d'un seul titre, elle peut cependant constituer un indicateur relatif de l'attention portée au sujet « cancer » par la presse quotidienne à partir des années 80. Les principales variations dans les volumes d'articles peuvent s'expliquer comme suit :

- Le creux qui s'étend de 1984 à la fin 1986 s'éclaire à l'exploration des pages « Santé », « Médecine » et « Sciences » du *Monde*. La place accordée dans les éditoriaux à la maladie en général (en moyenne deux articles par mois dans les années 80) est presque exclusivement consacrée au sida. Ce sujet émergent capitalise l'information sur les maladies graves de 1983 à 1986, aucune autre n'étant, sauf exception, évoquée durant cette période. Le sujet cancer est à nouveau traité à partir du premier semestre 1987 et,
-

FIGURE 13 : ÉVOLUTION DU SUJET CANCER DANS *LE MONDE*


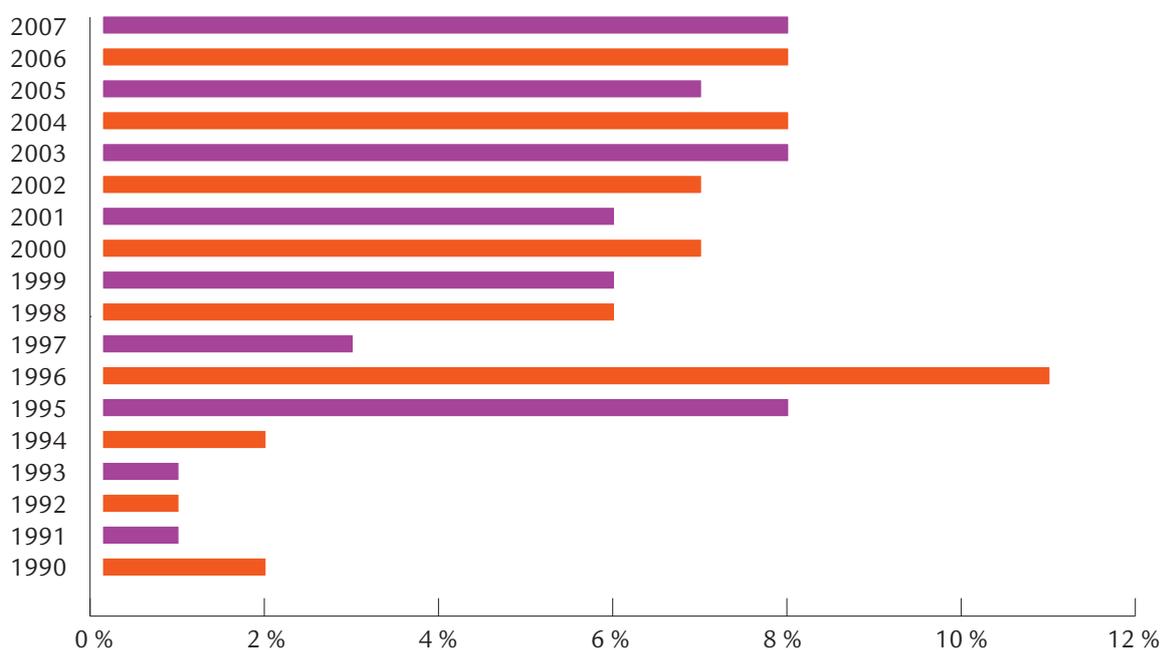
peut-être dans une perspective de « rattrapage », une attention particulière lui est alors portée (sans qu'aucun événement particulier dans l'agenda du cancer n'explique le volume élevé des articles cette année-là) ;

- Le pic de l'année 1996 s'explique presque exclusivement par la médiatisation de l'affaire Crozumarie. Le décès de François Mitterrand et la publication du livre du docteur Gubler n'apparaissent que très peu dans cette recherche indexée « cancer ».
- En 2000, l'agenda du cancer est marqué par un ensemble d'événements, en particulier le Sommet mondial contre le cancer, la signature de la Charte

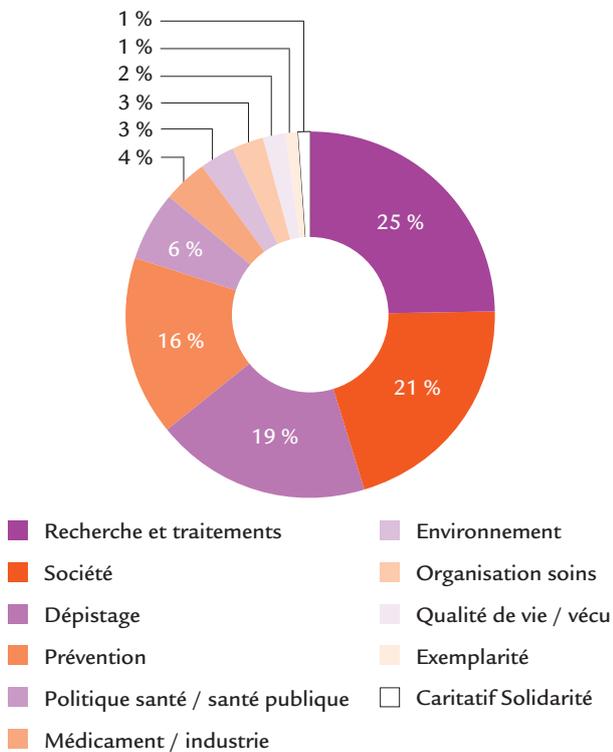
de Paris contre le cancer (4 février 2000) et les 2^e États généraux des malades atteints de cancer (mars 2000). Des événements dont les échos (principalement des brèves) vont, en s'additionnant, créer un effet de volume dans la presse et justifier le pic de l'année 2000.

- La hausse de 2003, année de mise en place du Plan cancer I, est très relative. Elle apparaît à peine plus significative si on l'observe au niveau des deux titres de PQN *Le Monde* et *Libération* (voir figure 14).

FIGURE 14 : ÉVOLUTION DU SUJET CANCER DANS LA PQN DE 1990 À 2007



- Le maintien d'un niveau élevé en 2004, significatif si on l'observe au niveau des deux titres de PQN *Le Monde* et *Libération* (voir figure 14), est lié au traitement accordé à la mise en place du dépistage organisé du cancer du sein.
- À partir de 2005 et jusqu'en 2007, la figure 13 laisse apparaître une progression continue du sujet cancer dans *Le Monde*. Durant l'année 2005 en effet, une actualité liée au dépistage du cancer du côlon provoque une légère hausse du volume d'articles. Cette hausse et son maintien sur les années 2005-2006 s'expliquent également par la mise en place de l'Institut National du Cancer. La PQR (observée uniquement dans les années 2000) traduit des variations identiques.

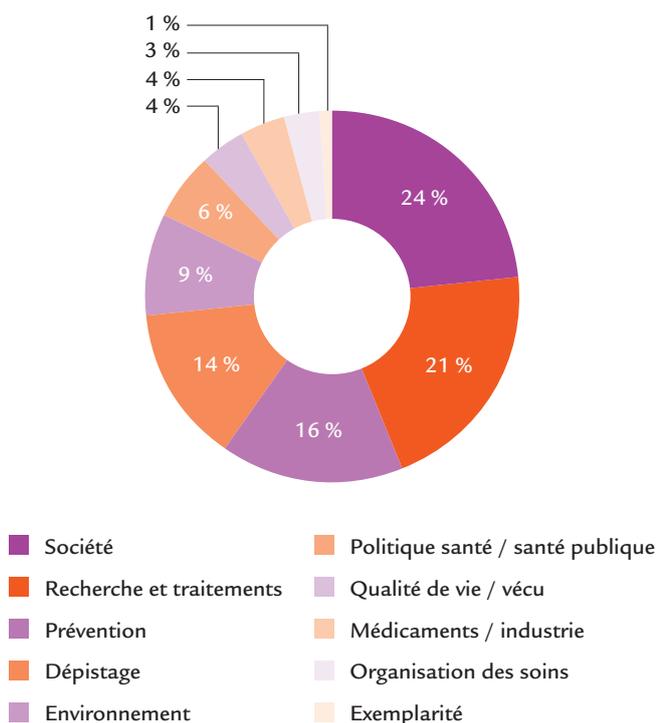
FIGURE 15 : PARTS DES DIFFÉRENTES
THÉMATIQUES TRAITÉES PAR LE MONDE
(1980-2007)


LA PQN : UNE ÉCRITURE ENTRE SCIENCE ET SOCIÉTÉ

Au-delà de ces indicateurs de volume, les figures 15 et 16 précisent sous quelles thématiques se place l'évocation du cancer dans les titres de PQN.

Observée sur le segment 1980-2007 dans *Le Monde*, la thématique dominante est sans conteste la thématique *Recherche et traitements* (1/4 des articles y renvoient), suivie de près par les thématiques *Société* puis *Prévention*. Cet équilibre se maintient tout au long des 27 années observées, à ceci près que la préoccupation *Prévention* apparaît surtout à partir du milieu des années 90.

Une observation plus précise montre que jusqu'au début des années 90, le cancer fait essentiellement l'objet d'articles analytiques ou de comptes rendus de recherche au sein des pages « Sciences » et « Médecine ». À partir des années 90, une redistribution s'opère : le cancer apparaît autant dans les pages « Société » que dans les pages « Santé » ou « Médecine ».

 FIGURE 16 : PARTS DES DIFFÉRENTES
THÉMATIQUES TRAITÉES
PAR LA PQN (1990-2007)


Si l'on enrichit l'observation avec les résultats issus du sous-corpus PQN (voir figure 16), on remarque que les priorités s'inversent légèrement : la thématique *Société* passe au premier plan, sous l'effet des articles « société » du journal *Libération* privilégiant le compte rendu et l'analyse de l'action institutionnelle.

LA PQR : UN ENGAGEMENT DANS LE DISCOURS PRÉVENTIF

Dans le corpus de PQR, que l'on observe seulement sur le segment 2000-2007, une majorité relative des articles (20 %) s'apparente à la thématique *Prévention*. Cette observation témoigne d'une écriture au plus près des actions institutionnelles liées à la prévention.

Si l'analyse laisse apparaître que la PQR prend effectivement plus en charge le discours préventif que la PQN, précisons que dans *Le Monde* et *Libération*, la préoccupation préventive est, sans devenir pour autant dominante, également plus forte dans les années 2000.

LE CANCER DU SEIN : UN CANCER SURREPRÉSENTÉ SUR TOUTE LA PÉRIODE

En PQR comme en PQN, le cancer du sein reste le plus évoqué, et ce sous l'ensemble des thématiques. Il est retenu pour illustrer aussi bien le propos sur la recherche, celui sur la prévention et le dépistage, que celui, très occasionnel, relatif à la qualité de vie des malades. Dans *Le Monde*, il illustre près de la moitié (43%) des articles citant un cancer en particulier (voir figure 18).

FIGURE 17 : PARTS DES DIFFÉRENTES THÉMATIQUES TRAITÉES PAR LA PQR (2000-2007)

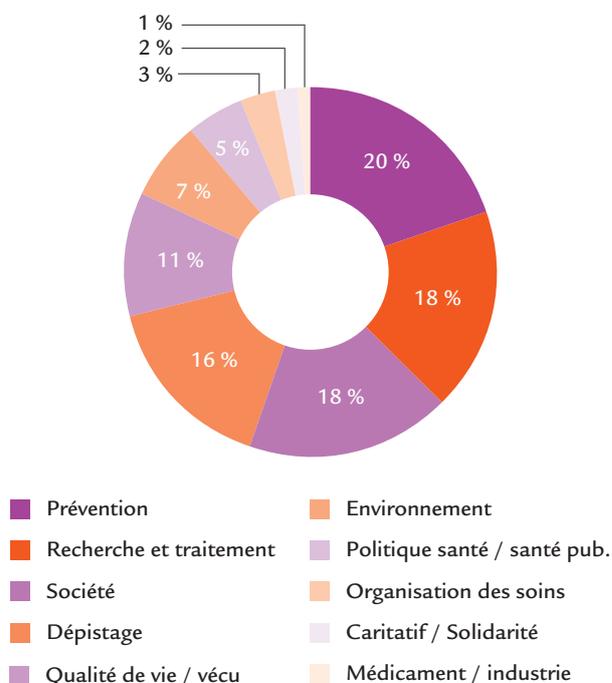


FIGURE 18 : REPRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS CANCERS DANS LE MONDE (1980-2007)

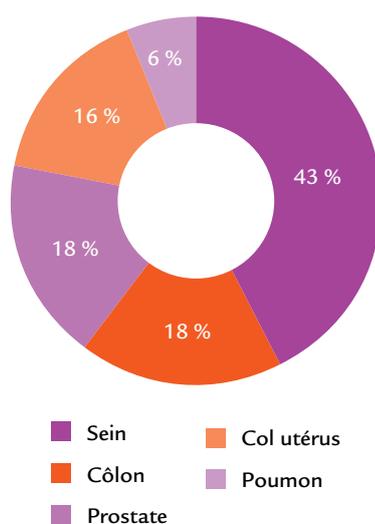
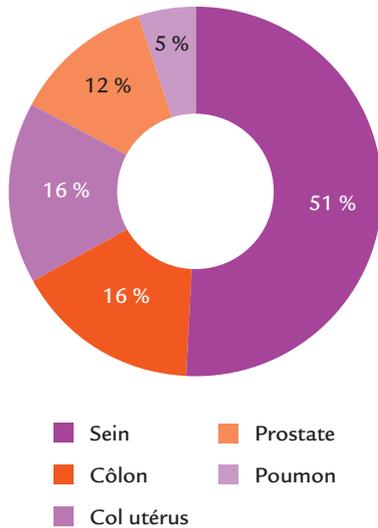
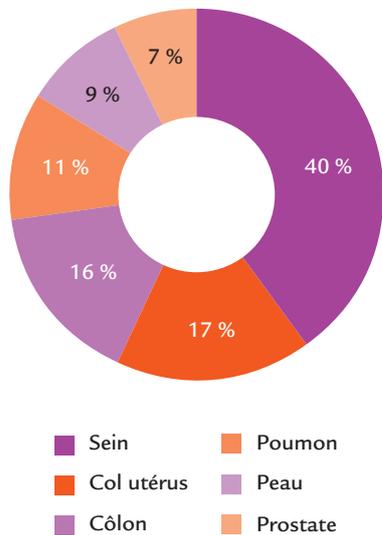


FIGURE 19 : REPRÉSENTATION
DES DIFFÉRENTS CANCERS
DANS LA PQN (1990-2007)


Cette répartition dans l'évocation des différents cancers se vérifie sur les deux titres de PQN retenus, avec au total 51 % des articles évoquant le cancer du sein (voir figure 19).

Lorsque l'on isole les années 2000, la part du cancer du sein demeure identique dans le corpus rassemblant la PQN et la PQR. L'analyse qualitative montre qu'il se distribue alors plus spécifiquement sous les thématiques *Dépistage* et *Prévention* (et moins sous la thématique *Recherche et Traitements*).

Dans la PQR enfin, c'est également le cancer du sein qui est privilégié au titre des « exemples » (35 % des articles), juste devant le cancer du col de l'utérus (20 % du total des articles) qui bénéficie d'une médiatisation très importante avec la mise en place de la vaccination en 2006.

 FIGURE 20 : REPRÉSENTATION
DES DIFFÉRENTS CANCERS
DANS LA PQN ET LA PQR (ANNÉES 2000)


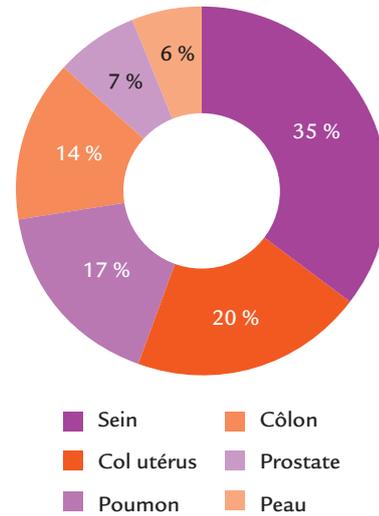
LE « RÉCIT » THÉMATIQUE COMME MODÈLE COMPRÉHENSIF

À la lumière de ces résultats quantitatifs, si on considère que les corpus sont représentatifs de l'engagement de la presse sur le sujet cancer, on peut supposer que l'écriture de la maladie se distribue entre trois approches que s'approprient différemment selon les époques les titres de PQN ou de PQR : une approche sociétale et institutionnelle, une approche scientifique, et une approche préventive. On peut alors être troublé par un constat qui se vérifiera à l'analyse qualitative : la sous-représentativité de la thématique *Qualité de vie*. En effet, les sujets « malades et vécu de la maladie » ne font l'objet d'aucune construction par la presse.

Contrairement au modèle privilégié pour la télévision, le discours de presse sur le cancer ne se prête guère à une lecture chronologique. L'analyse qua-

litative fait apparaître qu'il articule plusieurs récits, apparentés aux thématiques dominantes précédemment citées (*Société, Prévention, Dépistage, Recherche et Traitements*), dont la construction progressive peut s'étendre sur une à trois décennies. Ces récits, soumis à un principe de « feuilleton », sont par ordre d'importance : le dépistage des cancers, les institutions du cancer, la prévention des cancers et la recherche sur le cancer. Ils ne se proposent pas de manière successive, mais évoluent ensemble et parallèlement sur 27 ans, relativement isolément. Ils se donnent à lire, pour la plupart, épisode par épisode.

FIGURE 21 : VOLUME DE REPRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS CANCERS DANS LA PQR (2000-2007)





A. LE RÉCIT DU DÉPISTAGE DES CANCERS (1985-2006) : LA REFORMULATION CONSTANTE DE LA PROMESSE

Très peu présente à la télévision, la question du dépistage des cancers passionne la presse dès le milieu des années 80. Parmi le nombre conséquent d'articles qui y sont consacrés entre 1985 et 2007, deux sur trois concernent le dépistage du seul cancer du sein. Sous l'effet d'une actualité continue liée à la mise en place du dépistage organisé, le cancer du sein suscite en effet dans la presse jusqu'à la fin des années 2000 des débats passionnés où s'engagent différents acteurs du champ de la santé : les médecins spécialistes, les institutionnels, les journalistes eux-mêmes, voire occasionnellement les malades.

Si le dépistage généralisé du cancer du sein ne devient une réalité qu'en 2004, c'est depuis 1985 que la presse commente et parfois s'implique dans le lent processus décisionnel qui aura précédé la mise en place du programme à l'échelle nationale. Éditos, enquêtes, articles de fond : de 1985 à 2006, la presse (la PQN puis la PQR) privilégie la médiatisation des mouvements d'opinion et des prises de positions suscitées par le débat autour du dépistage du cancer du sein à une information à caractère préventif. Le discours reste pourtant localisé dans les pages « Santé » et non dans les pages « Société » et, concernant *Le Monde*, dans les pages dédiées type « Le Monde de la médecine ».

Cet intérêt ininterrompu semble profiter aux autres cancers dépistables, émergeant à différents instants du récit, sous l'effet de leur propre actualité : le cancer du côlon et le cancer du col de l'utérus en particulier. Ainsi, le Récit du Dépistage, intégrant trois cancers et en particulier le cancer du sein, se déploie sur trois épisodes, caractérisant successivement les trois décennies.

I. L'INTERPELLATION DES POUVOIRS PUBLICS ET LE DÉBAT SUR LES COÛTS

I.1 Une implication fondatrice du *Monde* dans l'interpellation des pouvoirs publics

En 1985, *Le Monde* relaie un appel des milieux médicaux spécialisés (*Le Monde* du 9 octobre 1985). Le nombre de décès annuels en France par cancer du sein y apparaît en lettres capitales. Des chiffres en vertu desquels la communauté médicale signataire exige l'attention du ministère de la Santé et « l'installation urgente d'un programme de dépistage de masse ».

Deux ans plus tard, plusieurs articles du *Monde* rendent compte de la première campagne de dépistage du cancer du sein, action pilote effectuée dans le département du Rhône : « Cette campagne s'inspire des méthodes suédoises et anglaises, qui ont montré que ce type d'action de prévention peut augmenter, dans des proportions spectaculaires, les taux de guérison de cancer du sein chez des populations régulièrement suivies, pour peu que les tumeurs soient décelées à temps. » (*Le Monde*, avril 1987, « Dépistage : le début de la campagne de prévention du cancer du sein »). Très positifs, ces articles figurent parmi les rares articles du Récit du Dépistage à ne pas s'inscrire dans un registre critique ou polémique. Cette action pilote est présentée par la presse comme le premier acte d'un « *dépistage systématique de masse* » dont la mise en place à échelle nationale devrait être l'affaire d'une année.

Mais à la fin de l'année 1987, le journal relaie un second appel, rédigé dans les mêmes termes que celui de 1985 témoignant de l'impatience de la communauté médicale vis-à-vis de la lenteur du processus. De son côté, la rédaction du *Monde* spécifie clairement son soutien à la démarche : « On pourrait réduire, en France, dans des proportions importantes le nombre de décès dus à un cancer du sein. Il suffirait pour cela d'organiser et de planifier le dépistage de ce cancer dans la population féminine concernée. Il faudrait également, il est vrai, décider qui, de la collectivité ou de l'individu, devrait prendre financièrement en charge un tel dépistage. Bien connues des spécialistes, ces questions viennent d'être une fois de plus brutalement posées au grand public. (...) Nous attendons la réponse. » (*Le Monde*, 18 novembre 1987, « Pour un dépistage de masse »).

1.2 Dépistage du cancer du sein : polémique sur la question des coûts

La perspective de la mise en place d'un tel programme (qui ne sera effective qu'en 2004) soulève différentes questions, que *Le Monde* qualifie de polémiques. La principale concerne le coût du dépistage organisé. Elle débute avec un article publié en janvier 1987 dans la *Revue médicale de l'assurance maladie* : reprenant les principales données épidémiologiques connues en matière de cancer du sein et les études menées en Suède et aux États-Unis, l'article estimait que le dépistage systématique du cancer du sein par mammographie chez les femmes de plus de 50 ans était « efficace mais très coûteux » et en appelait à une décision politique pour déterminer si ce coût devait être engagé. *Le Monde* reproduit cet article, ainsi que quelques-unes des réactions qu'il a suscitées. Se fait alors jour une opposition entre les représentants de la société civile et l'Assurance maladie, ou encore entre les gynécologues et l'Assurance

maladie : « *La santé, on le sait, n'a pas de prix mais elle a un coût. La prévention aussi. Peut-on l'évoquer ? Est-il légitime d'hésiter à prendre une mesure qui devrait logiquement sauver des vies, en raison de son coût ? C'est la question qu'a soulevée la CGT, le jeudi 6 novembre. Dénonçant au cours d'une conférence de presse à la fois le rapport des "sages" et la politique gouvernementale d'économies, qui "visent à transformer l'assurance-maladie en assurance-rationnement", les responsables de la CGT ont cité à l'appui un passage d'un article (...)* » (Le Monde, novembre 1987, « Polémique sur le dépistage médical systématique. Le coût de la prévention »).

I.3 Une pression médiatique continue sur les pouvoirs publics

Durant les années 1988 et 1989, *Le Monde* ne cesse de poser le débat, en des termes identiques à ceux de 1987. L'appel aux pouvoirs publics quant au dépistage dit « de masse » est relancé à la moindre occasion : bons résultats du dépistage en Suède, en Grande-Bretagne, publication des chiffres de la mortalité par cancer du sein en France. Régulièrement, la tribune ouvre ses colonnes à des professionnels de santé. Un exemple avec cet éditorial signé d'un professeur de santé publique (« Prendre le cancer de vitesse », *Le Monde* janvier 1989) qui élargit son indignation à l'ensemble des cancers dépistables : « *Il y a chaque année en France 540 000 décès. Dans 135 000 cas, la mort est la conséquence d'un cancer. (...) il y a encore une dizaine d'années, le dépistage des cancers était une affaire passionnelle. Depuis, fort heureusement, on dispose de données objectives, de nombreuses études ayant indiqué clairement quelles étaient les possibilités en ce domaine. En pratique trois cancers sont aujourd'hui dépistables (...) La technique est prête, les financements sont prêts, la profession médicale est prête. Les conditions sont donc mûres pour que puisse – enfin – être prise la décision politique qui permettra d'organiser le dépistage efficace des cancers en France et particulièrement du cancer du sein. Qu'attendons-nous ?* ».

On observe un net engagement des journalistes de santé vis-à-vis de cette problématique. On trouve ainsi dans *Le Monde* des articles d'opinion signés des journalistes santé de la rédaction, dont certains vont jusqu'à pointer la négligence des pouvoirs publics : « *C'est le plus fréquent et le plus meurtrier des cancers de la femme. Le cancer du sein, dont 25 000 cas sont découverts chaque année, tue 10 000 Françaises par an. Si rien n'est fait pour enrayer sa progression, on prévoit que, dans un proche avenir, une femme sur dix sera frappée par cette tumeur. Ce constat serait accablant s'il n'était possible, en instaurant une politique de dépistage, de réduire le nombre de ces décès. Le problème est, une fois de plus, à l'ordre du jour puisqu'un groupe d'experts vient de remettre au Ministre de la Santé un rapport qui propose*

l'organisation d'un dépistage systématique du cancer du sein en France. Les pouvoirs publics sauront-ils enfin répondre à cette nécessité ? Il le faut. » (Le Monde, juillet 1989, « Cancer du sein : la négligence maligne »).

Le ton des articles change à la fin des années 80 lorsque le ministère de la Santé donne des gages de sa combativité contre le cancer du sein : « *Le dépistage gratuit du cancer du sein par examen radiographique va enfin être mis en place rapidement dans différents départements et progressivement étendu à l'ensemble du territoire (...) cette mesure sera l'objet d'un prochain arrêté ministériel. Attendue depuis quelques années par les spécialistes de gynécologie et de cancérologie, elle devrait permettre d'éviter un millier de décès chaque année pour un coût de l'ordre de 200 millions de francs. » (Le Monde, septembre 1989, « Pour éviter un millier de décès chaque année en France, le cancer du sein sera enfin dépisté gratuitement »).*

I.4 Le cancer du col de l'utérus profite du débat sur le dépistage

Dans les années 1987-90, il n'est pas rare qu'un article sur le cancer du sein s'accompagne d'un court article consacré au cancer du col de l'utérus. Ces articles exploitent systématiquement un procédé récurrent dans le Récit du Dépistage, la comparaison internationale : « *Plusieurs études réalisées en particulier en Suède, en Islande et au Canada ont montré tout l'intérêt des programmes de dépistage systématique. Ainsi par exemple, en dix ans, la mortalité et la morbidité par cancer du col utérin ont-elles diminué de moitié en Islande. Hélas, tout indique que dans nombre de pays, et en France en particulier, le dépistage de ce cancer n'a qu'une faible efficacité préventive car la majorité des femmes dépistées sont jeunes, soit celles qui ont le plus faible risque de développer la maladie. » (Le Monde, juin 1987, « Cancer de l'utérus : l'âge critique »).*

Tout comme le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus est lui aussi présenté par la presse comme justifiant une interpellation des pouvoirs publics par la communauté médicale : absence de politique cohérente de dépistage, manque de fiabilité de l'examen sont régulièrement mises en cause. « *Doit-on remettre en question la pratique des frottis vaginaux ? Alors que la presse scientifique américaine met en cause la fiabilité du seul véritable test de dépistage du cancer du col utérin, des spécialistes français s'insurgent également contre ses incohérences. Cet examen, longtemps considéré comme infaillible, est-il réellement au-dessus de tout soupçon ? (...) Depuis quelques années déjà, les gynécologues dénoncent l'absence de politique cohérente de dépistage. Malgré un nombre considérable de frottis prati-*

qués chaque année en France, 20 % seulement des femmes – estime-t-on – bénéficient d'examens réguliers (...). Une situation dangereuse qui appelle une réaction des institutions de santé. » (*Le Monde*, septembre 1989, « Cancer du col de l'utérus, le frottis en question »).

II. LES ANNÉES 90 : LES CANCERS DU SEIN, DU CÔLON ET DU COL DE L'UTÉRUS PARTICIPENT DU DÉBAT SUR LE DÉPISTAGE

II.1 Vers le dépistage « de masse » du cancer du sein : les campagnes pilotes

À partir de 1989, la possibilité d'organiser le dépistage se précise avec quelques campagnes dites « pilotes » organisées dans différents départements sur le territoire. Le Récit du Dépistage au début des années 90 dans la presse est alors alimenté par un seul type d'articles : des formats courts d'opinion accusant le retard du processus à l'échelle nationale, la rétention des résultats issus des campagnes pilotes et mettant en cause la responsabilité des pouvoirs publics.

Le discours se maintient dans ce registre jusqu'à l'annonce, dans le courant de l'année 1993, des résultats concluants des dites campagnes pilotes, annonce qui s'accompagne de la part du ministère de la Santé de la reformulation de la promesse de mise en œuvre d'un dépistage organisé à l'échelle nationale. Dans des articles à caractère rétrospectif, les journalistes témoignent d'un optimisme assez inédit dans le Récit du Dépistage : « *En dépit de nombreuses demandes émanant des milieux médicaux spécialisés, ni les responsables sanitaires ni ceux du système de protection sociale ne semblaient désireux de mettre en place un dépistage systématique de ce cancer. Après plusieurs expériences menées à Lyon et à Strasbourg, il fallut attendre 1989 et la création du Fonds national de prévention pour que la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) lance enfin plusieurs expérimentations de dépistage de masse. C'est le bilan de ces expériences menées auprès de 820 000 femmes dans dix départements qui est aujourd'hui rendu public. Selon la CNAM, ce bilan est "suffisamment encourageant pour justifier une extension du programme." La victoire est proche.* » (*Le Monde*, septembre 1993).

Ou encore : « *On le critiquait, on le disait lent, inefficace, obsolète. Six ans après sa mise en route dans quinze départements, le programme français de dépistage du cancer du sein s'avère nettement plus satisfaisant que ne le prévoyaient les sceptiques.* » (*Libération*, octobre 1995, « Le dépistage de masse, un allié contre le cancer du sein. Bilan positif six ans après sa mise en route »).

Cependant, un an après ces annonces enthousiastes, la presse se fait l'écho d'un énième rebondissement dans le Récit du Dépistage. L'extension de l'opération à une vingtaine de départements supplémentaires est en effet l'occasion de souligner les difficultés entre la Sécurité sociale et les conseils généraux dans le financement du dépistage dit « de masse » : « *Philippe Douste-Blazy, Ministre délégué à la Santé, devait annoncer, mercredi 2 février, l'extension des campagnes de dépistage systématique du cancer du sein à une vingtaine de départements français, mais cette communication a dû être annulée à la suite d'une controverse opposant la Caisse nationale d'assurance maladie à l'assemblée des présidents des conseils généraux* (Le Monde, février 1994).

Une fois cet obstacle levé, *Le Monde* annonce en mars 1994, dans le cadre d'un dossier précisant les modalités du dépistage organisé, qu'« *au terme d'une controverse opposant les conseils généraux à la Sécurité sociale, un dépistage gratuit du cancer du sein va être proposé dans vingt et un départements.* » (Le Monde, mars 1994).

Pour autant le Récit du Dépistage est encore loin d'être clos. L'épisode des années 90 s'enrichit d'autres polémiques, au demeurant assez brèves : celle lancée par les départements déçus de ne pas avoir été retenus dans la liste des vingt et un départements pilotes, celle aussi provoquée par la question de la gratuité de l'acte de dépistage. Cette dernière prendra fin en 1998 avec une déclaration du ministre de la Santé : « *La Sécu remboursera à 100 % l'examen de dépistage du cancer du sein dès 1999* » titre *Libération* en septembre 1998 : « *Bernard Kouchner a annoncé, hier, « un nouveau cadre juridique et financier, pour arriver à une prise en charge à 100 % des examens de dépistage » du cancer du sein par la Sécurité sociale dès 1999. Jusqu'à présent, ce dépistage était financé par un fonds spécial de prévention* ».

Après que les pouvoirs publics ont témoigné de leur bonne volonté, l'attention journalistique se déporte à partir de 1994 sur la nature même de l'examen de dépistage, et particulièrement sur l'hypothèse d'un dépistage des formes génétiques de cancers, directement liée à l'actualité de la recherche sur le cancer : « *Certains examens permettent aujourd'hui de déterminer si un individu est porteur d'un exemplaire "défectueux" d'un gène déterminé et s'il est de la sorte plus exposé à tel ou tel risque pathologique. Quels seraient le coût et les bénéfices d'un dépistage de ce type organisé pour les porteuses potentielles d'un "gène de susceptibilité" au cancer du sein ?* » (« *Le dépistage ne résout pas toutes les inquiétudes* », *Le Monde*, février 1996).

Cette hypothèse séduisante suscite bon nombre d'articles, jusqu'à être finalement dénoncée comme un mirage. Elle resurgira à la fin des années 2000 à l'occasion d'articles sur l'identification des gènes de prédisposition au cancer du sein.

II.2 L'information sur le dépistage : le cancer du côlon concurrencé par le cancer du sein ?

Durant la même période, à la fin des années 90, le cancer du côlon participe plus largement qu'auparavant (dans des proportions qui restent toutefois faibles) au Récit du Dépistage. Là encore la presse évoque, pour expliquer les obstacles à la mise en place du dépistage organisé, les oppositions entre acteurs du champ de la santé. On retrouve logiquement le même registre à tendance polémique : « La Sécurité sociale décide de ne plus financer le dépistage du cancer du côlon et du rectum » titre *Le Monde* en février 1997 : « *La prévention permettrait pourtant d'éviter chaque année plusieurs milliers de morts. Un conflit opposant le Secrétariat à la Santé à la Caisse nationale d'assurance maladie vient de conduire à l'arrêt du financement par la Sécurité sociale des opérations pilotes de dépistage du cancer colorectal. Les conclusions d'un comité scientifique sont attendues pour le mois de juin. Cette situation illustre l'incohérence et les inégalités qui prévalent en France dans la politique de dépistage des cancers* ».

La médiatisation du dépistage du cancer du côlon ayant été jusque là elliptique, la presse annonce la reprise des actions en faveur de ce dépistage alors qu'elle n'avait que très peu relayé le lancement des expériences pilotes : « *La Caisse nationale d'assurance maladie a annoncé hier qu'elle allait reprendre le financement des expériences de dépistage du cancer du côlon, après les conclusions du comité scientifique. En décembre 1996, elle avait suspendu les dépistages effectués à partir du test dit Hémocult®, qui permet de déceler des traces de sang dans les selles. "Il y en a assez de ces expériences pilotes qui ne se terminent jamais", déclarait un responsable de la Cnam (...) les experts suggèrent de poursuivre uniquement dans les départements "où le cahier des charges est respecté."* » (*Libération*, juin 1996, « Cancer du côlon, reprise du dépistage »).

En effet, concurrencée par le cancer du sein, l'information sur le cancer du côlon ne semble pas avoir été très suivie pendant les années 80-90, tout du moins dans les deux titres retenus par l'analyse (*Le Monde* et *Libération*). On dénombre ainsi moins de 10 articles consacrés au dépistage du cancer du côlon en plus de 10 ans (entre 1985 et 1998).

L'écho plus important qu'en renvoie la PQN à partir de 1998, témoigne toujours des mêmes obstacles. Le registre se fait tout aussi polémique qu'il le fut à l'occasion des appels en faveur du dépistage organisé du cancer du sein. « Le dépistage du cancer du côlon ne peut toujours pas être généralisé en France », titre *Libération* en mars 1998 : « Cette action pourtant indispensable de santé publique se heurte à quantité d'obstacles. Combien de temps faudra-t-il encore patienter ? Vingt ans après les premières informations médicales laissant espérer que le combat du dépistage de l'un des cancers humains parmi les plus fréquents était une chose possible (*Le Monde* du 4 octobre 1978), il faut, une fois encore, déchanter ».

II.3 Dépistage du cancer du col de l'utérus :

L'examen toujours mis en question

À partir de 1995, le souhait d'un dépistage généralisé du cancer du col de l'utérus est plus nettement qu'auparavant formulé dans la presse, dans les mêmes termes que ceux employés 10 ans plus tôt dans le cadre de l'appel pour la mise en place d'un dépistage organisé du cancer du sein. Là encore, comme pour le dépistage du cancer du côlon, la presse signale « un recul » des pouvoirs publics sans qu'ait été réellement précisée la nature des avancées préalables. D'ailleurs, dans les articles eux-mêmes, il n'est pas rare que le discours associe dans la même indignation l'actualité du dépistage du cancer col de l'utérus et de celui du cancer du côlon. Un exemple : « De graves incohérences affectent le dépistage des cancers en France », titre *Le Monde* en février 1997 : « Plusieurs milliers de morts pourraient être évitées chaque année si une véritable politique de santé était effectivement mise en œuvre. Or le gouvernement recule en ce qui concerne le cancer du col de l'utérus (...) Sous la pression d'un groupe de médecins libéraux regroupés dans un "Comité national pour l'abrogation de la référence médicale opposable (RMO) limitant le remboursement par la Sécurité sociale du frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus", le gouvernement a décidé de "retirer" cette RMO et, ce faisant, de renoncer pour un temps à organiser un dépistage de masse de cette pathologie. Survenant quelques jours après la décision de la CNAM de renoncer, dans l'attente de nouvelles évaluations, à financer des expériences pilotes de dépistage du cancer colorectal, cet épisode souligne les incohérences, en France, en matière de dépistage et de prévention des cancers ». Le journal développe un propos équivalent en mars 1997 dans un article titré « Cancers : les lacunes fatales du dépistage ».

Principal argument mobilisé pour justifier l'appel à l'organisation d'un programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus, le fait que le frottis soit effectué « sans contrôle » et ne soit pas réalisé par les popula-

tions les plus à risque. Relayant la position des agences de santé, la presse appelle entre 1995 et 1997 à un renforcement des dispositifs déjà en place. « Le cancer du col de l'utérus, un cancer à dépister », titre *Libération* en décembre 1995 : « *L'Agence nationale d'évaluation médicale recommande un frottis tous les trois ans. En recommandant l'organisation d'un dépistage par frottis du cancer du col de l'utérus, l'Agence nationale d'évaluation médicale (Andem) transmet aux pouvoirs publics un dossier dont ils se seraient volontiers passés : l'État, qui souhaite réglementer la pratique anarchique des frottis du col, est invité à mettre en place une mesure plus efficace mais surtout plus coûteuse que le système actuel. Ça promet* ».

Là encore, les journalistes de santé ne reculent pas devant la mise en cause de certaines catégories d'acteurs : « *En France, 6 millions de frottis sont pratiqués chaque année sans contrôle. Cette situation, qui fait surtout la fortune des anatomopathologistes spécialisés, est en revanche un gâchis, en termes de finances comme de santé publique.* » (*Libération*, décembre 1995).

Les pouvoirs publics seront à leur tour interpellés en septembre 1997 lorsque le ministère de la Santé refusera de modifier les recommandations sur le rythme de dépistage de ce cancer. Une occasion supplémentaire de dénoncer les institutions, procédé récurrent du Récit de Dépistage. « Cancer de l'utérus : mille morts par an pourraient être évitées », titre *Libération* en octobre 1997 : « *Le dépistage en France est largement répandu mais mal organisé (...) Si le dépistage du cancer du col de l'utérus était effectué dans de bonnes conditions, on pourrait réduire le nombre de nouveaux cas en France de plus de 90 %. C'est-à-dire éviter mille morts (...) Reste que l'idée ne plaît pas à monsieur Bernard Kouchner* ».

À la fin des années 90, le débat s'essouffle et on observe une chute des occurrences relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus. Au début des années 2000, quelques rares titres témoignent bien de la persistance d'un certain malaise – « Cancer de l'utérus mal dépisté » (*Libération*, avril 2000) ; « Des femmes sont mortes pour avoir trop attendu » (*Le Parisien/Aujourd'hui en France*, 2005) –, mais ensuite le cancer du col de l'utérus ne réapparaîtra plus que dans le Récit de la Prévention, dans le cadre de l'information sur le vaccin contre les virus HPV.

III. 2000-2007 : DERNIER REBONDISSEMENT DANS LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN ET MAINTIEN DU SUSPENS AUTOUR DE CELUI DES CANCERS DU CÔLON ET DU COL DE L'UTÉRUS

III.1 Dépistage organisé du cancer du sein : épilogue

Dans la PQN comme dans la PQR, le début des années 2000 (2001-2004) voit une multiplication des articles sur le dépistage, toujours essentiellement consacrés à celui du cancer du sein. L'année 2001 semble en effet correspondre à l'aboutissement d'un combat pour le dépistage organisé du cancer du sein, dans lequel la presse s'est sensiblement investie. Aussi, les articles tendent naturellement vers un registre euphorique pour annoncer que « La France généralise le dépistage systématique du cancer du sein » (titre *Le Monde* en mai 2001) : « Dix ans que l'on demandait cela ! Dès cette année, il sera offert à toutes les Françaises de 50 à 74 ans pour détecter les cancers débutants et diminuer la mortalité de cette affection. Les bienfaits du dépistage du cancer du sein ne sont aujourd'hui plus à démontrer. Depuis dix ans, on sait qu'il permet d'abaisser la mortalité d'environ 30 % avec un bénéfice maximal dans la tranche d'âge des femmes entre 50 et 70 ans. Aujourd'hui, nous y sommes ».

Ou encore : « Le dépistage généralisé du cancer du sein : une réalité », titre *Ouest France* en juillet 2001. « Enfin ! Le dépistage généralisé du cancer du sein, pour les femmes âgées de 50 à 74 ans, va se mettre en place dans tous les départements. Les examens seront gratuits et répétés tous les deux ans ».

Les articles sont l'occasion de présenter les acteurs responsables de cette réussite et les partenaires de l'opération : sont systématiquement cités le ministère de la Santé, la Caisse nationale d'assurance maladie et la Fédération des radiologues. « Depuis dix ans, pas un ministre de la Santé qui ne l'avait annoncé. Le dépistage du cancer du sein va enfin se généraliser ! (...) Cette fois, on n'ose y croire, tout est en place. Élisabeth Guigou, ministre des Affaires sociales, et Bernard Kouchner, ministre de la Santé, l'ont annoncé, hier, avec à leurs côtés la Caisse nationale d'assurance maladie et la Fédération des radiologues » (*Libération*, juillet 2001, « Dépistage organisé du cancer du sein, cette fois c'est la bonne ? »).

L'euphorie passée, la presse (essentiellement *Le Monde*) précise la nature du défi qui se présente à l'État : « Attention, la réussite du programme national dépendra de trois critères : la capacité d'atteindre les femmes les moins suivies médicalement, la fiabilité du dépistage, et enfin la qualité de la prise en charge après la découverte d'une

image anormale. On ne dispose pas encore de résultats pour juger les performances du nouveau système, actuellement limité à quelques départements. Ne crions pas victoire trop tôt » (*Libération*, mai 2001, « Dépistage bientôt généralisé en France »).

Même si le dépistage organisé du cancer du sein ne prend véritablement effet qu'en 2004, seuls quelques articles de la PQN accusent tièdement ce retard entre 2001 et 2003. La mise en place du programme de dépistage du cancer du sein est en tout cas le premier atout porté au crédit du Plan cancer I. « Volontarisme affiché pour le programme de dépistage du cancer du sein », titre *Le Monde* en octobre 2003 : « *Dans l'esprit du ministère de la Santé, c'est l'exemple même d'une implication réussie de l'État dans une action de santé publique. Après des années de promesses ministérielles, le « programme national de dépistage systématique du cancer du sein », lancé en 1994, devient enfin une réalité (...) Il aura fallu le « Plan cancer », présenté par Jacques Chirac en mars 2003, et le budget qui y est associé, pour relancer et tenir l'engagement de « généraliser » le dépistage du cancer du sein (...) L'issue valait le combat* ».

Après la mise en place définitive et généralisée du dépistage du cancer du sein, la question n'apparaît plus que rarement dans les pages des journaux. Le dépistage du cancer du sein sera simplement mentionné au titre des applications concrètes du Plan cancer I ou à l'occasion du lancement des campagnes annuelles de sensibilisation « Octobre rose ».

Notons toutefois que le débat sur le dépistage du cancer du sein continue, à travers cette fois le Récit de la Recherche, avec la question des techniques de diagnostic, et précisément l'espoir du diagnostic sanguin, sujet toujours en débat dans les années 2008 et 2009 : « *C'est peut-être une étape déterminante qui vient d'être franchie dans l'histoire de la lutte contre le cancer du sein, affection responsable chaque année en France de quelque 11 000 décès. Il pourrait être en effet bientôt possible de détecter cette affection à partir d'une simple prise de sang* » (*Le Monde*, mai 2007, « Cancer du sein : un diagnostic à partir d'une prise de sang »).

Par ailleurs, des débats et questions sont relancés autour du problème du surdiagnostic dans la deuxième moitié des années 2000 : « *Une étude que vient de publier la revue « Prescrire » remet en cause la politique de dépistage systématique. Efficacité douteuse, erreurs de diagnostic, détection de « fausses » tumeurs : le consensus observé autour de cette mesure ne serait plus de mise* » (*Le Parisien/Aujourd'hui en France*, mai 2006 : « Cancer du sein : le dépistage est-il efficace ? »). Mais

cela n'entame pas le consensus du discours de la presse autour du dépistage organisé du cancer du sein, qui semble bel et bien installé. Plus tard (en 2009), la presse se fera même l'écho de la revendication de voir ce dépistage proposé à une tranche d'âge élargie, dès l'âge de 40 ans.

III.2 Le dépistage généralisé du cancer du côlon : « la longue marche »

Début 2000, la presse se fait l'écho de garanties ministérielles en faveur du dépistage organisé du cancer du côlon : « *Après des années d'hésitation, des campagnes de détection de cette maladie, qui tue plus de 15 000 personnes par an, pourraient être enfin engagées (...)* Le plan global de lutte contre le cancer présenté le 1^{er} février par la Secrétaire d'État à la Santé, Dominique Gillot, a donc prévu parmi ses principales mesures d'étudier les meilleures méthodes de dépistage du cancer colorectal avant de le proposer pour un dépistage systématique. » (*Le Monde*, février 2000, « La longue marche du dépistage du cancer colorectal »).

La réalisation de la promesse semble se préciser avec l'annonce de campagnes pilotes dans différents départements. Les titres de presse témoignent alors d'un certain optimisme : « Dépistage du cancer colorectal : vers le lancement d'une campagne », titre *Ouest France* en novembre 2000 ; ou encore « Début de dépistage de masse pour le cancer du côlon », titre *Libération* en février 2002. Un optimisme auquel participent également des articles à caractère scientifique : « Cancer colorectal : un test de dépistage prometteur pourrait voir le jour », titre *Le Monde* en février 2002 : « *Une équipe de biologistes américains vient d'effectuer une avancée dans la détection précoce des lésions cancéreuses de l'intestin. Ces techniques non invasives portent sur l'analyse, dans les selles des malades, des mutations de deux gènes* ».

Pourtant, deux ans après, en mars 2004, les journalistes de santé, relayant les recommandations de l'Académie de médecine, en sont toujours à appeler à « *la mise en œuvre dans les plus brefs délais de campagnes de dépistage de masse du cancer colorectal, un des plus fréquents avec 36 000 nouveaux cas chaque année en France.* » (*Le Monde*, mars 2004, « Cancer colorectal : urgence du Dépistage »).

La parenthèse optimiste de 2002 est fermée et le contenu des articles, soulignant le manquement des institutions aux promesses déjà anciennes, se fait à nouveau accusateur : « *Effectué tous les deux ans chez les 50 ans et plus, cet examen serait fait en deux temps et permettrait d'éviter 3 000 morts chaque année. Le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, a encore annoncé samedi 19 mars la « générali-*

sation prochaine » du dépistage du cancer colorectal. Cette maladie touche, chaque année en France, 35 000 personnes et est à l'origine de 16 000 morts prématurées. (...) Or, en dépit des recommandations officielles et de la volonté exprimée il y a près de trois ans par le président de la République Jacques Chirac d'intensifier la lutte contre le cancer, la France tarde à organiser un tel dépistage. » (Le Monde, mars 2005, « Le dépistage du cancer colorectal sera généralisé dans un avenir proche »).

En 2005, ce « procès » que fait d'année en année la presse aux institutions de santé trouvera une pièce irréfutable à verser au dossier de l'accusation : un malade atteint du cancer du côlon porte plainte contre les autorités sanitaires. Le fait est largement répercuté par la PQN : « *La première affaire opposant, devant la justice française, une personne souffrant d'un cancer du côlon aux autorités sanitaires devait arriver, mardi 15 mars, à l'audience du tribunal administratif de Paris. Elle oppose un chirurgien dentiste âgé de 63 ans au ministère de la Santé. Atteint d'un cancer colique depuis avril 2001, ce malade a subi différentes chimiothérapies et porte un anus artificiel. « L'homme dynamique et entreprenant que j'ai toujours été se promène désormais en couche-culotte et se sent totalement déstabilisé dans la vie de tous les jours, ainsi que dans sa vie professionnelle et sociale », explique-t-il. Il reproche au ministère de la Santé de ne pas avoir su organiser, à compter de l'année 1999, un dépistage du cancer colorectal dans tous les départements français comme il en avait les moyens. » (Libération, mars 2005, « Cancer du côlon, dépistage en souffrance »).*

En 2006, le retard pris par le dépistage du cancer colorectal sera cité au titre des manquements du Plan cancer dans une série d'articles consacrés au bilan du chantier présidentiel. Ensuite, le dépistage du cancer du côlon ne semble plus être un sujet pour la presse jusqu'à sa mise en place à l'échelle nationale en 2008.



B. LE RÉCIT DES INSTITUTIONS DU CANCER (1996-2006) : DÉLÉGITIMATION ET LÉGITIMATION DES ACTEURS DU CANCER

La fin des années 90 et la période qui s'ouvre ensuite sont marquées par un important glissement du sujet « cancer » hors des rubriques dédiées « santé » vers les rubriques assimilées « société ». À partir de 1996 plus précisément, la médiatisation de la maladie semble être soumise, bien plus qu'auparavant, aux mouvements internes au champ de la cancérologie et aux différentes étapes de sa restructuration. De 1996 à 2006, se matérialise ainsi dans l'espace du discours journalistique un « Récit des Institutions du cancer », qui se découpe en deux principaux épisodes. Tout d'abord, l'épisode de l'affaire Crozemarkie, premier événement dont la médiatisation révèle une partie de l'organisation du champ du cancer, notamment les modes de financement de la recherche et l'implication associative dans la lutte contre le cancer. Puis au début des années 2000, l'annonce du Plan cancer I (2003-2007), les étapes de sa mise en place et la création de l'Institut National du Cancer maintiennent encore pour un temps le sujet cancer dans les rubriques « société ».

I. L'AFFAIRE CROZEMARIE : « L'ARGENT DU CANCER »

Dans l'histoire des représentations médiatiques du cancer, l'affaire Crozemarkie apparaît comme l'événement le plus retentissant : 80 % des articles « société » entre 1988 et 1998 citent l'ARC. À titre de comparaison, l'effet structurant que cet épisode a en termes quantitatifs sur le discours est équivalent à celui identifié pour le dépistage généralisé du cancer du sein, sur un temps à peu près similaire. Notons que dès le départ, en dépit d'une publication en pages « société », ce sont souvent les journalistes de santé qui instruisent cette information, preuve que le sujet est totalement assimilé par la presse à l'actualité de la maladie.

Rapporté à la manière d'un feuilleton médiatique, cet épisode majeur du Récit des Institutions du cancer peut être considéré comme un récit dans le récit. Il s'ouvre dans les pages du *Monde* à la fin des années 80 et ne subit pas ensuite d'interruption dans la PQN, même si l'éclatement véritable du scandale et la mise en examen de Jacques Crozemarkie n'interviennent qu'en 1996. Le volume d'articles citant le cancer explose alors, l'affaire Crozemarkie se déplace vers les Unes, et elle sera suivie étape par étape comme un feuilleton par la presse jusqu'à la fin de l'année 1996. Chaque précision

apportée par le procès de Jacques Crozemarie correspond à un nouveau grade d'indignation des journalistes. Toutefois, on observe que dès le départ, le discours fait nettement la différence entre la responsabilité de Jacques Crozemarie et celle de l'association. L'une est nettement présentée comme la victime de l'autre, ce qui a pour effet dans le discours de préserver l'ensemble des acteurs liés à l'ARC.

Il est intéressant de noter que certaines métaphores exploitant le lexique de la maladie émaillent le discours de presse à partir de 1996. Ainsi par exemple : « *L'ARC et l'argent de l'ARC, cancer plus cancer. Jour après jour, les informations qui filtrent sur la gestion passée de cette association donnent à penser qu'il put y avoir abus de bienfaisance. Comme on dirait d'un abus de confiance. Sous-traitance. Surfacturations. Train de vie somptuaire. Argent de la recherche consacré pour bonne part à la recherche de l'argent. Si les enquêtes en cours devaient établir tout cela et malheureusement pour l'instant rien ne l'infirmes, ce serait tragique. La confirmation en tout cas que l'ARC aurait été rongée de l'intérieur par une métastase nommée fric.* » (*Le Monde*, février 1996, titré « Le cancer de l'argent »).

À de rares exceptions telles que l'article ci-dessus, on ne repère étonnamment que très peu d'articles d'opinion parmi les comptes rendus que fait la presse de l'affaire Crozemarie. Ces mêmes journalistes de santé qui n'hésitent pas à s'engager au même moment dans la polémique sur la question du dépistage organisé du cancer du sein, restent la plupart du temps dans les limites d'un registre informatif propre aux comptes rendus juridiques.

Au final, les multiples condamnations de Jaques Crozemarie ne soldent pas totalement l'épisode médiatique autour de l'ARC. Au sein du Récit du Cancer, cet épisode a convoqué la problématique de l'argent dans un discours qui d'ordinaire ne rend quasiment pas compte des activités caritatives et solidaires. Par effets de transposition et d'amalgame, la presse se fait notamment plus facilement polémiste (*via* des éditos) à propos des associations vivant des dons. Jusque dans les années 2000, l'affaire Crozemarie permet ainsi de générer et de nourrir un discours sur « l'argent du cancer » et la question de savoir d'où il vient ou comment il est distribué.

Notons que ce dernier instant du débat autour de l'ARC est l'occasion de voir apparaître au titre des énonciateurs du discours de presse, un acteur

plus qu'occasionnel : l'acteur associatif. On repère cinq articles dans *Libération* et *Le Monde*, interviews ou éditos, où l'énonciation est prise en charge par une personnalité du monde associatif²⁷. L'ambition de ces différentes prises de parole est souvent de définir une solution propre à éviter la récurrence dans le « cancer de l'argent » symbolisé par l'affaire Crozemarie : « Pour le cancer comme pour le sida, c'est à l'État de financer la recherche, toute la recherche : l'ARC qui cache la forêt », titre par exemple *Libération* en février 1997 : « *Jacques Crozemarie débusqué, justice est faite. Mais nous ne devons pas nous priver d'un débat qui dépasse largement le cadre pénal, sinon l'ancien président de l'ARC risque d'être l'arbre qui cache la forêt. Il y va de la bonne marche de la recherche et du mouvement associatif (...) Sans chercher à criminaliser à tout prix les égarements dans l'affaire de l'ARC, il serait préférable, pour la sérénité de l'action humanitaire ou sociale, de comprendre dans quel état d'esprit ce scandale a vu le jour. À nous militants associatifs et politiques, malades et familles de malades, donateurs et bénévoles d'interpeller l'État pour qu'il donne enfin au monde de la recherche les moyens de travailler sereinement et efficacement* ».

Neuf ans après l'affaire, en 2005, cet épisode de l'ARC sera définitivement refermé par un rapport de la Cour des comptes aux conclusions très positives sur la bonne gestion des fonds de l'association, dont quelques brèves se font l'écho dans la presse.

II. LE PLAN CANCER I : DE L'ANNONCE AU BILAN

À partir de 2002, le Plan cancer I (2003-2007) place la lutte contre le cancer dans une perspective politique, la maladie devient la préoccupation du gouvernement²⁸. S'ouvre ainsi le second épisode du Récit des Institutions du cancer.

D'un point de vue simplement quantitatif, les retombées du Plan cancer sont peu conséquentes dans la presse. Les articles relatifs au Plan cancer I (annonce, application, bilan) représentent 6 % des articles ayant trait au cancer pour les années 2000, toutes presses confondues. Si l'on isole la PQN, cela représente 7 % des articles sur la période allant de 2002 à 2006, ce qui place toutefois le Plan cancer au second rang des sujets les plus évoqués (mais tout de même largement derrière le premier, le cancer du sein)²⁹. Dans la PQR (essentiellement *Ouest France* ici), seuls 4 % des articles y sont consacrés pour la même période. Même si, ainsi que l'observe Hélène Romeyer³⁰ (2005), « à partir de 2002, la lutte contre le cancer profite d'une

27. Ce chiffre de 5 est à considérer comme très conséquent dès l'instant où l'on ne trouve pas dans la veille d'autres éditos signés par des associatifs, et seulement 3 interviews de dirigeants associatifs suscitées par l'actualité de la Ligue contre le cancer.

28. Voir Paillard, Strapazzon, 2007, p.19 : « La lutte contre le cancer aurait pu demeurer un enjeu latent (...) Or en 2002, l'État réaffirme son rôle de manière inédite. Soutenu par l'Association des cancérologues français, un acteur de poids – le président de la République – s'engage « personnellement » et « indéfectiblement » dans la lutte contre le cancer, maladie qu'il qualifiera successivement d'« épidémie », de « drame », de « fléau », voire de « drame national ». Les questions de santé apparaissent dès lors moins comme une prérogative de l'État que comme celle du Président lui-même (...) qui se donne comme objectif de diminuer la mortalité (et non pas la maladie) de 20 % en 5 ans ».

29. En effet, dans les années 2000, le nombre de sujets différents pour aborder le cancer explose mais pas l'espace dédié à la maladie. De fait, plus de sujets mais moins de place, chaque sujet ne peut pas capitaliser un trop grand nombre d'occurrences. Ceci relativise, en tout cas pour les années 2000, le caractère « dominant » de certaines entrées ou permet de réévaluer le taux a priori faible de certaines autres.

30. Romeyer H., 2005, *La publicisation de la lutte contre le cancer en France entre 2000 et 2005*.

plus grande visibilité », même si « le statut du porteur de ce Plan cancer a politisé le discours médiatique sur le cancer et légitimé le volume et la place de cette information dans les quotidiens », cette place et ce volume n'ont rien de réellement spectaculaire dans les titres observés.

D'un point de vue qualitatif, on peut identifier trois temps de médiatisation du Plan cancer I, qui correspondent à trois légères hausses du volume d'articles titrés « cancer » :

- l'annonce du Plan cancer I : 2002-2003 ;
- l'application du Plan cancer I : 2003- 2005 ;
- le bilan du Plan cancer I : 2006-2007.

On observe en outre que la presse accorde une attention privilégiée à un aspect particulier du Plan cancer I : la création de l'Institut National du Cancer (INCa). Il s'agit quasiment de la seule application du Plan à faire l'objet d'articles spécifiques et à ne pas être noyée dans les comptes rendus récapitulatifs et descriptifs qui assurent à 70 % l'information relative au Plan cancer I.

II.1 L'annonce du Plan cancer I

On remarque que l'annonce officielle du Plan Cancer I en juillet 2002 suscite trois types d'information, inégalement représentés :

- une série de brèves et de comptes rendus citant les termes mêmes de l'annonce (formes identiques aux brèves des JT au même moment), précisant les échéances de la prochaine mise en place, remplaçant le phénomène du cancer dans son actualité en privilégiant une information chiffrée. Ces brèves représentent environ 75 % des articles relatifs au lancement du Plan cancer I et apparaissent tant en PQN qu'en PQR ;
- des éditoriaux à caractère laudatif – essentiellement dans la PQN – signés de personnalités du champ de la santé et signifiant l'enthousiasme de celui-ci pour la démarche du président de la République, tout en rappelant la difficulté de la tâche. Ils représentent environ 18 % des articles relatifs au lancement du Plan cancer I et apparaissent essentiellement en PQN ;
- des articles d'opinion tendanciellement polémiques (on revient sur les promesses déjà faites à propos du cancer, notamment relatives au dépistage organisé du cancer du sein ; le cancer apparaît à nouveau pour l'occasion sous le terme de « fléau ») signés par les journalistes de santé émergeant le plus souvent à *Libération*. Ils représentent environ 7 % des articles relatifs au lancement du Plan cancer I et ils apparaissent uniquement en PQN.

II. 2 L'application du Plan cancer I : une certaine sévérité de la presse

Un an après son lancement, il est permis d'identifier un deuxième temps dans l'information, précisément au deuxième trimestre 2004 (le volume des articles relatifs au Plan cancer I avait progressivement fléchi entre mars 2003 et mars 2004). Il semble en effet que la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein soit l'occasion d'effectuer un bilan d'étape sur l'ensemble des points annoncés du plan présidentiel. Dans la PQN, le ton alors se durcit encore et préfigure le ton plus critique avec lequel elle dressera le bilan final en 2006. *Libération* inscrit ses expertises dans un cadre plus politique qu'auparavant en y faisant régulièrement contribuer des représentants de l'opposition. Quant à la PQR (représentée ici par le seul titre *Ouest France*), elle se limite comme en 2002-2003 à des brèves et à des comptes rendus descriptifs qui mobilisent des exemples régionaux.

Parmi les mesures du Plan, la création de l'Institut National du Cancer, qualifié par la presse de « vaisseau amiral du Plan cancer », cristallise l'attention médiatique en 2005-2006. Après une série d'articles en 2005 rendant compte des remous suscités par le choix de son lieu d'implantation, l'INCa réapparaît dans la presse en mars 2006 dans le cadre d'une polémique autour de son fonctionnement, qui s'étale sur quelques mois. On le voit, dans le Récit des Institutions du cancer comme dans le Récit du Dépistage, la presse va avant tout à ce qui fait polémique. Dans ces articles, l'enjeu et les fonctions de l'INCa ne sont jamais définis.

II.3 Le bilan en demi-teinte du Plan Cancer I

Le bilan du Plan cancer I suscite à peu près deux fois moins d'articles que son annonce. Il est publié surtout dans la PQR au cours de longs comptes rendus descriptifs. Au crédit du programme présidentiel, ces comptes rendus retiennent invariablement :

- le lancement en 2004 du dépistage organisé du cancer du sein pour toutes les femmes de 50 à 74 ans ;
 - l'entrée en vigueur le 6 janvier 2007 de la convention AERAS signée entre les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et les associations de patients, qui doit permettre aux malades ou anciens malades d'accéder à l'emprunt ;
 - l'interdiction du tabac dans les lieux publics.
-

Au titre des manquements, les articles mentionnent principalement :

- le retard pris par le dépistage du cancer du côlon maintes fois annoncé ;
- la quasi-inexistence de mesures visant la consommation de l'alcool ;
- l'absence d'études et de publication de données relatives au risque environnemental.

Notons que ces articles de comptes rendus ne citent généralement pas de sources pour étayer l'état des lieux qu'ils dressent des réalisations du Plan cancer : les journalistes ressortent par conséquent comme les seuls auteurs de cette expertise.

C. LE RÉCIT DE LA RECHERCHE (1980-2007) : DU « CANCER VIRAL » À LA CARTE GÉNÉTIQUE

La thématique *Recherche et Traitements* concerne, particulièrement en PQN, une part très importante des articles consacrés au cancer : un article sur quatre pour *Le Monde* sur l'ensemble de la période, mais aussi un article de PQN sur quatre pour la période 1990-2000 et près de 20 % des articles du corpus (PQN et PQR) pour les années 2000. Cette forte représentativité de la préoccupation scientifique et médicale dans le corpus justifie donc d'isoler et d'observer un Récit de la Recherche.

Au regard des autres récits, celui-ci se singularise par la grande stabilité de son évolution. Ainsi, dans le journal *Le Monde*, puis dans *Libération*, le volume des articles placés sous la thématique *Recherche et traitements* se maintient sur l'ensemble de la période (autrement dit, le nombre des occurrences est à peu près similaire pour les années 80, pour les années 90 et pour les années 2000).

I. L'INFORMATION SCIENTIFIQUE SUR LE CANCER : UNE TRADITION D'ÉCRITURE

Du point de vue de l'écriture, on n'observe là encore guère de rupture : les discours sur la recherche et la médecine témoignent dès les années 80 d'un ensemble de critères que l'on retrouve intacts dans les articles de la fin des années 2000. Pris dans une perspective historique, le Récit de la Recherche paraît ainsi répondre à une tradition d'écriture, dont les invariants seraient les suivants :

■ Les énonciateurs et les sources

Le Récit de la Recherche se signale en premier lieu par les sources de l'information affichées et partagées par tous : le CNRS, des équipes de recherche de l'Institut Gustave Roussy ou de l'Institut Pasteur, mais aussi souvent quelque anonyme « équipe de chercheurs américains », le qualificatif « américain » apparaissant comme une caution suffisante, économisant des précisions supplémentaires. Nous n'observons pas en revanche de « starification » individuelle : l'équipe de recherche est plus valorisée que tel chercheur en particulier.

En 27 ans, on n'observe ainsi pour la PQN que peu de variations au titre des sources et des cautions scientifiques citées, hormis l'apparition des laboratoires pharmaceutiques³¹ à partir du milieu des années 90.

31. Précisons que les articles ne font pas, dans le texte, la distinction entre recherche privée et recherche publique.

En termes d'énonciation proprement dite, le discours journalistique s'efface traditionnellement derrière celui des chercheurs. Comme le souligne Michel Mathien (1999 ; p.22)³² « Les chercheurs se substituent d'une façon ou d'une autre aux professionnels de l'information que sont les journalistes, ils leur apportent censément la garantie de la qualité du contenu qu'ils ne peuvent a priori assurer eux mêmes ».

■ Le genre d'articles

Le genre d'articles dominant est le compte rendu, souvent laudatif (envers les chercheurs cités) et euphorique (enthousiasme justifié par un caractère innovant ou prometteur du fait scientifique commenté). Un exemple : « *C'est une de ces aventures qui font la grandeur de la recherche médicale. La preuve qu'à force de passion et d'opiniâtreté il est possible de faire avancer les choses, fût-ce dans un domaine aussi difficile que le traitement du cancer. Car ce n'est pas moins que la découverte d'une nouvelle voie thérapeutique du cancer et la démonstration, in vivo, de la réversibilité de l'état malin d'une cellule que viennent d'obtenir le professeur Laurent Degos (INSERM, hôpital Saint-Louis, Paris) et toute son équipe.* » (Le Monde, avril 1990, « Cellules cancéreuses : guérir sans tuer »).

Dans la plupart des cas, force est de reconnaître que le travail journalistique consiste effectivement à reproduire les propos des experts (chercheurs et scientifiques) sur le mode assertif, sans en interroger ni la pertinence, ni le sens. Comme l'observe également Hélène Romeyer³³ (2005), « le discours journalistique sur le cancer semble vouloir légitimer sa présence par deux procédés : en citant fréquemment les publications scientifiques ou médicales pour faire état des progrès sur le sujet, en se référant aux études internationales ou à des rapports d'organismes publics ».

■ La nature de l'information

Le Récit de la Recherche informe essentiellement de la nouveauté. Les faits scientifiques apparaissant dans ce récit relèvent nécessairement de l'inédit : nouveaux essais cliniques, nouveaux résultats conduisant à de nouvelles perspectives ou de nouvelles conclusions. Cette tradition d'écriture scientifique axée sur l'inédit empêche d'une certaine façon le vieillissement de l'objet « cancer » puisqu'à travers le prisme de la recherche, il apparaîtra toujours neuf, toujours porteur d'un espoir différent. L'impératif de commenter l'inédit, l'exceptionnel et le prometteur fait apparaître des espoirs thérapeutiques réalisables seulement à très long terme (la thérapie génique

32. Mathien M., (dir.), 1999, *Médias, santé, politique*, Paris-Montréal, L'Harmattan.

33. Romeyer H., 2005, *La publicisation de la lutte contre le cancer en France entre 2000 et 2005*.

par exemple) ou ne concernant que des pathologies très singulières. Il laisse de fait en marge de l'information la recherche plus « ordinaire » : celle qui ne promet pas de prendre le contrôle sur les cellules mais trouve des applications immédiates dans les thérapies, celle qui n'entend pas procéder au miracle mais, par exemple, limiter l'inconfort du malade. Les émissions de télévision rendaient compte dès les années 1980 d'une préoccupation de la recherche pour le traitement de la douleur, pour optimiser les traitements existants et en favoriser l'acceptation par le malade. Mais l'information qui véhiculerait cette autre réalité de la recherche et ferait plus nettement apparaître la maladie et, ce faisant, le malade, ne trouve manifestement pas l'espace de se développer dans la presse généraliste.

■ Le registre

À l'égard des succès affichés ou promis par les équipes de recherche, le registre journalistique est, nous l'avons vu, souvent laudatif. Par ailleurs, le privilège accordé dans la forme au compte rendu de recherche n'incite que rarement les journalistes à une vulgarisation propre à assurer la transmission et l'appropriation du propos scientifique. Ceci installe un régime de parole expert, susceptible de créer des effets d'exclusion.

■ La représentation du malade et de la maladie

Dans la tradition d'information qui préside au Récit de la Recherche, le cancer est contenu dans une éprouvette, sous la lunette d'un microscope et il se prête docilement à tous les essais qui mèneront à sa fin. Qui plus est, dans le texte, le cancer est soumis à une formulation qui tendrait à en dissimuler la part effrayante : il n'est « que » « cellules tumorales » et « lésions cancéreuses ». On est loin du fléau. Loin du malade aussi. Si à de rares exceptions, le malade est cité dans le cadre d'essais sur quelque « groupe de patients atteints », il demeure, la plupart du temps, dans une sorte d'inversion du procédé de personnification, « représenté » par ce personnage extrêmement récurrent dans le Récit de la Recherche : la « souris cancéreuse » (citée dans un article sur trois).

Cette forme de déconsidération du malade dans le discours scientifique s'illustre également dans le fait suivant : si dans les articles « les procédés et évolutions techniques et scientifiques sont détaillés », il n'est jamais question « de leurs contraintes et effets violents sur les patients » (Azeddine, Blanchard, Poncin, 2007 ; p.114)³⁴.

34. Azeddine L., Blanchard G., Poncin C., 2007, « Le cancer dans la presse écrite d'information générale. Quelle place pour les malades ? », *Questions de communications* n°11, « Malades et maladies dans l'espace public », pp. 111-127.

■ Les cancers cités

Dans le Récit de la Recherche, deux cancers apparaissent majoritairement représentés : le cancer du sein d'abord, puis le cancer de la prostate. Précisons en outre que le Récit de la Recherche distingue beaucoup plus rapidement que les autres récits les différents cancers : LE cancer est un singulier encore un peu exploité au début des années 80, mais cet usage générique ne semble pas franchir la décennie pour ce qui est du Récit de la Recherche.

En dépit de la stabilité de ses formes décrites ci-dessus, le Récit de la Recherche progresse toutefois dans son contenu en fonction de l'actualité. On peut supposer que les évolutions renvoient aux étapes franchies par la science, et que les préférences affichées par le discours de presse (tout particulièrement pour la recherche en génétique) correspondent aux priorités de la recherche en cancérologie. Le Récit de la Recherche considéré sur 27 ans de 1980 à 2007 affiche ainsi deux ensembles de préoccupations, différemment représentées selon les époques :

- une préoccupation pour l'origine et le développement des cancers, recouvrant tout ce qui concerne la compréhension des processus cellulaires relatifs à la cancérogenèse et les moyens étudiés pour combattre ces processus. Cette préoccupation apparaît dominante sur l'ensemble de la période observée : elle correspond en moyenne à deux tiers des articles à caractère scientifique et médical ;
- une préoccupation pour les thérapies du cancer, recouvrant tout ce qui concerne les bénéfices thérapeutiques ouverts par la recherche. À l'inverse de ce que l'on observe à la télévision, le discours de presse sur les thérapies, quelle que soit la période, n'évoque que très peu les techniques opératoires, ce type d'information nécessitant souvent une démonstration passant par l'image.

Les articles traitant simultanément de ces deux sujets (la compréhension du phénomène biologique des cancers et les bénéfices thérapeutiques de la recherche) semblent quasi inexistantes.

II. L'INTÉRÊT POUR LE MODE DE DÉVELOPPEMENT DES CANCERS

Les articles les plus anciens apparaissant dans notre veille (début des années 80) traitent de la question du mode de développement des cancers. On identifie d'abord quelques rares articles à vocation didactique, véhiculant un « savoir savant », signés par de grands cancérologues exposant le processus de la cancérogenèse. Ainsi dans cet éditorial du *Monde* (janvier 1983) titré « La compréhension du puzzle moléculaire », le professeur Maurice Tubiana détaille les

« *étapes de la cancérisation* » en plusieurs points, matérialisés dans l'article par des puces et des numéros. Même si la forme témoigne d'une volonté pédagogique du média, le propos, dans sa rigueur et sa complexité scientifique, reste difficilement abordable pour le profane et l'article s'adresse manifestement à un public averti. Dans l'ensemble des articles de presse à caractère scientifique, que ce soit dans les années 80 ou plus tard, on ne trouve pas trace d'une explication réellement simplifiée et vulgarisée du mode de développement des cancers telle qu'elle peut être produite au même moment sur des plateaux de télévision.

Rapidement, la question de l'origine et du développement des cancers se spécialise et s'oriente vers deux thématiques précises : la question virale et les prédispositions génétiques. Si la première, surtout située dans les années 80, suscite des articles « lisibles » à tous points de vue, la seconde, à partir du début des années 90, enferme le sujet cancer dans une certaine complexité.

II.1 Virus et cancers : corriger le fantasme de la contagion

Tout au long des années 80, les pages « Le Monde de la médecine » ou « Le Monde des sciences » du *Monde* s'intéressent particulièrement au lien entre virus et cancer. De prime abord, le caractère générique et interrogatif des titres qui apparaissent dans la veille (« Vacciner contre le cancer ? » mai 1980 ; « De nouvelles preuves du lien virus/cancer » janvier 1984 ; « Virus et cancers féminins » octobre 1987 ; etc.) laisserait imaginer un débat portant sur le cancer en général. Mais ces articles traitent en réalité du lien entre virus et cancer tel qu'il est éprouvé sur deux cancers spécifiques : le cancer du foie et le cancer du col de l'utérus. Ce qui justifie ces articles, c'est la découverte intervenue au début de l'année 1980 et les avancées qu'elle permet dans les années qui suivent : « *Il semble aujourd'hui démontré que le cancer primitif du foie est dans 80 % des cas une conséquence lointaine d'une forme déterminée d'hépatite virale, l'hépatite B, endémique dans les mêmes zones géographiques que ce cancer (...) pour la première fois, il devient patent que certains cancers ont une origine virale directe, phénomène sur lequel on ne disposait jusqu'à présent que de présomptions.* » (« Vacciner contre un cancer », *Le Monde*, 8 mai 1980).

Or, si le cancer peut avoir indirectement une origine virale, et si le virus concerné est transmissible, le cancer ne pourrait-il pas être considéré comme contagieux ? Dès 1985, des articles témoignent de l'existence d'une psychose à cet égard dans l'opinion publique, suffisamment importante pour que les spécialistes interviennent dans la presse afin d'apaiser des alarmes par ailleurs alimentées par la progression du sida. Ainsi, dans cet éditorial

daté du 23 octobre 1985 au sein de la page « Le Monde de la Médecine », un directeur de recherche au CNRS vient corriger les perceptions sociales à cet égard. On retrouve d'une certaine façon ce travail médiatique de mise en perspective des représentations sociales de la maladie dont on avait déjà identifié les expressions à la télévision dans les années 80 (il n'y aura cependant pas d'autres exemples) : « *Depuis quelques temps, des déclarations fracassantes, alarmantes³⁵ se succèdent avec comme toile de fond le sexe, les virus, le cancer et le sida (...) Non, aucun cancer n'est contagieux même ceux où un virus infectieux est impliqué dans une étape de leur développement* ». L'article cite le cancer du col de l'utérus où intervient le virus HPV, le cancer du foie en lien avec le virus de l'hépatite et le cancer de la mâchoire en lien avec le virus Epstein Barr.

Invariablement, les articles promettent à plus ou moins long terme l'arrivée des vaccins correspondants. En attendant, ils appellent à la vigilance : « *Répétons que les cancers associés aux virus ne sont pas contagieux, mais comme au niveau des cancers il n'existe pas de drogue antivirale efficace, il faudra attendre les vaccins pour protéger définitivement les populations. En attendant, limitons au maximum la transmission et évitons à tout prix toute panique inutile et dangereuse.* », continue le chercheur du CNRS dans son éditorial du *Monde* (octobre 1985).

Par la suite, la presse donne régulièrement des nouvelles de la recherche sur le lien entre virus et cancer, mais pas dans les proportions que lui donnait *Le Monde* dans les années 80 (à savoir des articles de plusieurs colonnes ou des éditoriaux incluant les interventions de spécialistes reconnus). À partir des années 1990, ce lien virus/cancer est mentionné de façon brève, presque anecdotique et signale la plupart du temps les avancées dans la reconnaissance du virus responsable du cancer du col de l'utérus. « *Des virus, déjà responsables du cancer de l'utérus chez la femme, sont de plus impliqués dans des cancers de la gorge, estiment les spécialistes de la société française d'ORL. D'après plusieurs études, ils sont retrouvés dans plus de 50 % des cancers oropharyngés (...) La transmission des papillomavirus se ferait alors par la pratique du sexe oral.* » (« Des virus à l'origine de cancers de la gorge », *Ouest France*, octobre 2007).

II.2 Cancers et prédisposition génétique

Intervenant au début des années 90, la question de la prédisposition génétique est la plus abordée au titre du discours sur le mode de développement des cancers. Elle concerne la très grande majorité des articles relatifs aux facteurs biologiques à l'origine des cancers. Ces articles, pris sur 27 ans, ne citent que qua-

35. Les citations faites dans les comptes rendus du *Monde* de nombreux autres articles (de PQN ou de revues) signalent que cette préoccupation n'était pas le fait d'une seule tribune et laisse supposer l'existence d'un débat, même bref, dans l'espace public.

tre cancers : le cancer du sein en premier lieu, le cancer du col de l'utérus, le cancer de la prostate et le cancer du poumon.

Dans le discours de la presse, à l'inverse de ce que l'on a pu observer dans le discours de la télévision, la prédisposition génétique du cancer n'est que très rarement assimilée au caractère potentiellement héréditaire de la maladie. Le terme hérédité n'apparaît d'ailleurs que très occasionnellement. S'il est important en termes d'occurrences, le propos sur la prédisposition génétique n'évolue que très peu sur 20 ans, tant dans sa forme que dans son contenu : des brèves et de courts comptes rendus d'annonces scientifiques cautionnées par le nom d'une prestigieuse équipe de recherche spécifiant que certains « nouveaux gènes » responsables de l'un des quatre cancers suscités ont été identifiés. Le volume de gènes identifiés est nécessairement croissant au fil du temps. De sorte que sur la fin des années 2000, on voit apparaître des articles signalant la possibilité de dresser l'intégralité de la carte génétique d'un cancer.

Une chronologie des titres des brèves et des comptes rendus donne une idée claire de cette progression. On peut y vérifier que les éléments souscrivent tout particulièrement aux critères du discours scientifique sur le cancer décrits en introduction :

- « Découverte d'un second gène lié au cancer du sein. L'ensemble de la cancérologie devrait en tirer bénéfice » titre *Libération* en décembre 1995 : « Une collaboration européenne conduite par Michael Stratton de l'Institute of Cancer Research à Londres vient d'aboutir à l'identification d'un second gène de prédisposition au cancer du sein ».
 - « Les bases génétiques du cancer de la prostate ont été localisées » (*Le Monde*, novembre 1996) : « Un groupe de chercheurs américains et suédois annonce dans le numéro de l'hebdomadaire *Science* daté du 22 novembre avoir localisé une anomalie génétique impliquée dans le cancer de la prostate. Cette anomalie se situe dans une région déterminée du bras long du chromosome numéro un ».
 - « Localisation d'un gène responsable du cancer du col de l'utérus » (*Libération*, mars 1999) : « Le premier gène prédisposant à l'infection par les papillomavirus humains (PVH), responsables de maladies cutanées ainsi que du cancer du col de l'utérus, deuxième cause de mortalité féminine par cancer dans le monde, a été localisé par une unité Inserm de l'Institut Pasteur de Paris ».
 - « Genset découvre un troisième gène du cancer de la prostate » (*Le Monde*, avril 1999) : « La firme française confirme son avance. Numéro un français des biotechnologies, Genset a annoncé, jeudi 8 avril, la découverte d'un troisième gène asso-
-

cié au cancer de la prostate. Pour cette recherche, cette société est alliée au laboratoire pharmaceutique Synthélabo, filiale de L'Oréal en cours de fusion avec Sanofi ».

- « Les gènes du cancer » (*Libération*, juillet 2000) : « Les gènes seraient responsables de 25 % (en moyenne) de certains cancers, affirme une équipe de chercheurs scandinaves. Après avoir comparé 44 788 paires de vrais jumeaux (identiques génétiquement) et de faux jumeaux (proches mais différents), les chercheurs ont montré que les gènes étaient responsables de 42 % des cancers de la prostate, 35 % des cancers colorectaux et 27 % des cancers du sein ».
- « Quatre gènes impliqués dans le cancer du sein ont été identifiés. Les génomes de près de 50 000 femmes ont été étudiés » (*Le Monde* mai 2007).
- « Identification des anomalies génétiques impliquées dans un type de cancer du poumon » (*Le Monde*, novembre 2007).
- « La carte génétique du cancer du poumon décryptée » (*Ouest France*, novembre 2007).

Soulignons que les deux angles (identification des gènes responsables et thérapies géniques) ne sont pas associés à ce stade. La possibilité de bénéfices thérapeutiques est citée comme un horizon lointain. Par exemple, dans *Libération* : « Cancer de la prostate : un interrupteur génétique. Certains gènes, selon qu'ils sont "allumés" ou "éteints", déclenchent la maladie » (juin 2007) : « Le cancer de la prostate vient de livrer aux chercheurs un secret qui pourrait bien signifier la fin de cette menace pour les messieurs de plus de 50 ans. L'équipe du professeur Gary Pasternack, de l'institut Johns-Hopkins aux États-Unis, a mis en évidence une caractéristique génétique présente dans 90 % des cancers de ce type (...) Il faudra sans doute au moins dix ans avant que tous les mécanismes soient élucidés et des molécules thérapeutiques mises au point (...) Cette découverte, encore très fondamentale, représente un véritable espoir ».

III. LES THÉRAPIES DU CANCER : UNE INFORMATION ESSENTIELLEMENT PORTÉE SUR CELLES... QUI N'EXISTENT PAS ENCORE

III.1 Les nombreuses pistes des années 80

Tout au long des années 80, les articles relatifs aux traitements du cancer témoignent autant de la variété des pistes thérapeutiques que de la difficulté à en privilégier une, à ce stade de la connaissance scientifique. Aussi entre 1980 et 1988, le discours fait apparaître la diversité des possibilités pour parfois, à terme, devoir en démentir quelques-unes. Les plus évoquées sont : la probabilité d'un traitement préventif par le vaccin pour le cancer du col de l'utérus,

présentée alors comme un espoir à long terme ; les perspectives de traitement par interféron pour certains types de cancers, d'abord présentées comme prometteuses en janvier 1980, puis comme décevantes quelques années plus tard en 1983 ; l'espoir d'une nouvelle arme dans ce qu'un article appelle « le vaste arsenal chimiothérapique » : la thioproline, qui fait l'objet d'annonces enthousiastes en 1980 mais dont la presse ne donnera plus de nouvelles par la suite.

En marge de ces thérapeutiques, *Le Monde* explore les possibles bénéfiques de la médecine chinoise en matière de cancer (janvier 1980) et interroge des spécialistes sur la question de l'intervention des médecines complémentaires dans le traitement du cancer.

Par ailleurs, le journal confie en janvier 1983 au professeur Maurice Tubiana deux dossiers intitulés « l'année cancer I » et « l'année cancer II »³⁶ : les « progrès cliniques », où celui-ci expose en deux colonnes et dans un langage assez peu abordable au profane, l'état de la recherche clinique et fondamentale.

III.2 Une information privilégiant la thérapie génique : la promesse du cancer contrôlable

Au début des années 90, le discours scientifique relatif au traitement du cancer prend une orientation précise. Le premier article consacré aux promesses des bénéfiques thérapeutiques en cancérologie liées à la connaissance du gène apparaît dans notre veille en 1987. Les comptes rendus sur la question vont se multiplier à partir du début des années 90. Historiquement, cela correspond aux premiers essais cliniques de thérapie génique autorisés aux États-Unis : « *La Food and Drug administration (FDA) a autorisé, mardi 13 novembre à Washington, la mise en œuvre d'une première thérapie génique humaine dans le traitement du cancer. Cette expérimentation sera conduite chez des malades souffrant d'un mélanome (...) a annoncé le docteur Steven Rosenberg du National Cancer Institute.* » (*Le Monde*, novembre 1990, « Aux États-Unis, les thérapies géniques sont autorisées dans le traitement du cancer »).

On note qu'à partir de là, le Récit de la Recherche va fortement privilégier cet aspect de la recherche appliquée pour évoquer la dimension thérapeutique du cancer, laissant de côté les avancées en matière de chirurgie, de chimiothérapie et de radiothérapie, pourtant plus concrètes dans leurs applications. C'est la thérapie génique qui reçoit tous les honneurs de la presse dans le cadre de l'information sur les traitements : 8 articles sur 10 consacrés à la recherche appliquée concernent ainsi cette voie encore très étroite,

36. C'est l'année 1982 qui à cette occasion est rétrospectivement qualifiée d'« année cancer ». L'affirmation se justifierait par les progrès réalisés cette année-là par la communauté scientifique dans la compréhension du cancer et plus particulièrement du phénomène de transformation des cellules (« L'année cancer », 19 et 25 janvier 1983). Pour autant, on ne remarque ni en télévision, ni en presse, que cette « année cancer » ait eu une répercussion en termes de volume d'articles. Ne s'agit-il alors que d'une formule journalistique ?

les trois autres, tout particulièrement la chirurgie et la radiothérapie, étant quasiment ignorées.

Ce choix souscrit tout à fait aux impératifs du Récit de la Recherche qui consiste à informer, dans la rhétorique de la promesse, non pas sur ce qui « se fait » mais sur ce qui « pourrait se faire » (ou qui ne se fait qu'au stade d'essais cliniques ou précliniques). Par ailleurs, le discours journalistique se cale mécaniquement sur une sorte d'agenda scientifique : or, la thérapie génique correspond effectivement depuis le début des années 90 à une priorité de la recherche en cancérologie.

Dans l'ensemble, le discours sur la thérapie génique vient illustrer tous les procédés narratifs décrits en introduction. Ainsi dans le langage de la thérapie génique, le cancer apparaît soudain contrôlable, presque docile. Le fléau y serait à la merci de « l'ordre » donné par le gène, comme dans l'exemple suivant : « *Deux essais de thérapie génique sur des cancers jusqu'alors très difficiles à traiter viennent de donner des résultats encourageants, vient d'annoncer le professeur Jack Roth de Houston (Texas) (...) Les médecins savent depuis quelques années qu'un gène appelé P53 est impliqué dans plus de 50 % des cancers. Lorsqu'il fonctionne bien, ce gène ordonne littéralement aux cellules cancéreuses d'arrêter de se diviser.* » (Libération, mai 1997, « Un gène contre les tumeurs... Résultats encourageants aux États-Unis »).

Par ailleurs, on observe que l'information n'est pas « suivie » : les essais sont annoncés, mais la lecture de la presse ne permet pas ensuite de savoir s'ils ont été ou non concluants. Une sorte de limitation de l'information conduit encore à maintenir la rhétorique de la promesse : « *Des résultats prometteurs ont été obtenus à l'aide d'un "gène suicide". Des résultats expérimentaux obtenus par un groupe de chercheurs français ouvrent de nouvelles perspectives dans la thérapeutique du cancer du sein. Obtenus à partir d'un modèle expérimental animal de thérapie génique, ces travaux se poursuivront avec le lancement, dans quelques mois, du premier essai humain chez des femmes souffrant d'un cancer du sein métastaté.* » (Le Monde, août 1998, « La thérapie génique va être expérimentée contre le cancer du sein »).

Enfin, toujours en accord avec les critères du Récit de la Recherche, aucun des articles qui rendent compte des avancées de la thérapie génique ne donne une définition préalable de ce qu'est la thérapie génique. Un préalable pourtant indispensable à la compréhension (et à l'intérêt) du propos rapporté. Au final, le discours semble moins vouloir informer qu'assurer le lecteur que la recherche contre le cancer avance.

D. LE TARDIF RÉCIT DE LA PRÉVENTION (ANNÉES 90 ET 2000)

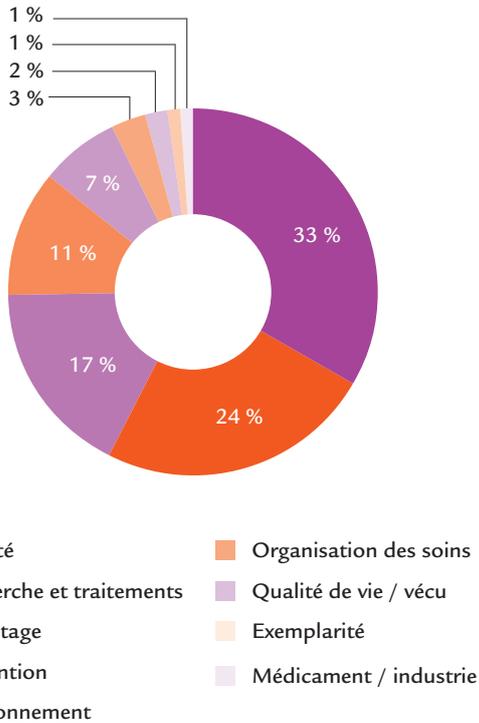
I. LA PRÉVENTION : UNE PRÉOCCUPATION TARDIVE QUASIMENT INEXISTANTE DANS LES ANNÉES 80

La thématique *Prévention*, si on la désolidarise de la thématique *Dépistage*, est globalement assez peu représentée dans l'ensemble du discours. Elle apparaît tardivement, au début des années 90, et est tout d'abord presque exclusivement liée à la prévention des cancers du sein. Les années 2000 verront surgir des alertes plus variées et plus précises, notamment quant au risque environnemental, et seront cette fois plus particulièrement dominées par la prévention du cancer du col de l'utérus. On peut donc reconnaître au Récit de la Prévention une évolution chronologique marquée par les changements de décennies.

Ainsi qu'on l'observait pour la télévision, la presse dans les années 80 ne relaye pratiquement aucun message de prévention. Tout comme le Récit de la Recherche, le Récit de la Prévention privilégie les formes courtes, peu développées, type brèves et comptes rendus. Seule la prévention des cancers féminins suscite quelques articles bilans (où l'on fait état des bénéfices et des retards de la prévention pour les cancers du sein et du col de l'utérus), disséminés sur toute la période.

Concernant les sources citées dans les articles, il est clair que le Récit de la Prévention ne renvoie pas aussi rigoureusement que le Récit de la Recherche aux informations produites par les institutions de santé. Bien sûr, l'OMS, l'INSERM, le ministère de la Santé, etc., sont cités quand cela est utile, mais le discours semble accorder la même légitimité à des sources bien moins identifiables, voire fantaisistes et exotiques, et ce dès le début des années 90 : tel magazine danois ou japonais, telle étude financée par une obscure enseigne de cosmétique peuvent, aussi bien que le CIRC ou le CNRS, se retrouver cités comme caution du propos.

FIGURE 22 : THÉMATIQUES STRUCTURANT LE DISCOURS DE LA PQN SUR LE CANCER DANS LES ANNÉES 90



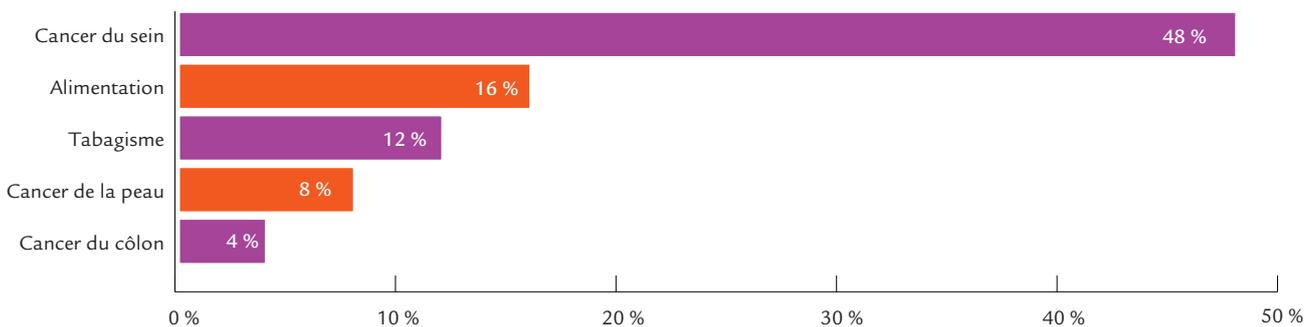
II. LES ANNÉES 90 : LA PRÉVENTION DU CANCER DU SEIN

II.1 Ni alarmisme, ni formulation de la prescription

Les données quantitatives apportent deux enseignements. Tout d'abord, on constate que, si la prévention des cancers fait partie des préoccupations du discours de presse à partir des années 90, la place qui lui est accordée est encore limitée : seulement 10% des articles consacrés au cancer véhiculent un message préventif (voir figure 22). Ensuite, il apparaît que dans le discours de prévention, un article sur deux (50 % de l'ensemble des articles consacrés à la prévention du cancer) concerne le seul cancer du sein (voir figure 23).

Pour le reste, on observe que le discours de prévention relaye une information relative à l'alimentation (16 % des articles prévention dans les années 90). Très peu axée sur les risques cancérogènes (la construction du « risque alimentaire » n'interviendra que dans les années 2000), cette information véhicule surtout les premières hypothèses de « vertus préventives » associées à certains

FIGURE 23 : PRINCIPAUX OBJETS DU DISCOURS DE PRÉVENTION DE LA PQN DANS LES ANNÉES 90



aliments en matière de cancer (nombre d'articles évoquent par exemple l'huile d'olive ou le thé vert).

Ensuite, 12 % des articles consacrés à la thématique *Prévention* rendent compte des dernières informations relatives à la dangerosité du tabac. Dans ce dernier cas, ce sont trois découvertes constatant différents aspects de la dangerosité du tabac qui rythment, au fil des années 90, la parution des messages préventifs dans la presse : en janvier 1995, une étude affirmant que le filtre des cigarettes ne limite pas leur risque cancérigène ; en mars 1997, une étude montrant que le caractère dit « light » des cigarettes ne limitait pas leur risque cancérigène ; en avril 1999 enfin, une étude concluant que le tabac conserve la même dangerosité, quel que soit son vecteur (pipe, cigarettes industrielles ou artisanales). Pour autant, il semble difficile de parler de véritable construction du risque tabagique dans la mesure où il s'agit de très courtes brèves signalant simplement les conclusions desdites études, sans y ajouter ni commentaire alarmiste ni prescription comportementale.

On peut d'ailleurs élargir cette observation à l'ensemble des articles de la PQN consacrés à la prévention : le discours de prévention ne semble jamais y prendre aucun caractère prescriptif ou incitatif. À la différence des programmes de télévision, le discours de presse s'adresse peu à l'individu dans une perspective d'éducation à la santé face aux risques de cancer.

II.2 Le cancer du sein, premier objet de la prévention

Le traitement par la presse de la thématique *Prévention* dans les années 90 porte majoritairement, on l'a vu, sur le cancer du sein. Au titre des attitudes préventives proposées par les articles de PQN (et garanties comme telles par la caution d'institutions de santé), on trouve alors : l'allaitement, la prise d'aspirine, le fait d'avoir plusieurs grossesses, de ne pas avoir subi de fausse couche ou d'avortement et le fait de se prémunir du stress.

Toutefois, à la fin des années 90, la presse se fait l'écho du démenti de certaines de ces hypothèses, notamment celle de l'avortement comme facteur de risque de cancer du sein : « *C'était une vieille polémique, près de quarante ans de controverse. On supposait que l'interruption volontaire de grossesse pouvait accroître le risque de cancer du sein, certains chercheurs mettant en avant le fait qu'au début de la grossesse, les cellules du sein se développent et changent. Une étude danoise, que*

vient de publier le *New England Journal of Medicine*, clôt définitivement le débat : aucun risque, aucun lien. » (*Libération*, février 1997, « Pas de lien entre avortement et cancer du sein »).

Le facteur stress est également remis en cause : « *C'est une idée reçue tenace : un élément traumatique ou encore le stress pourrait être à l'origine d'un cancer, en particulier du sein. Or, une étude publiée cette semaine dans le British Medical Journal indique le contraire. Après avoir suivi 399 femmes, âgées de 40 à 79 ans (...) ce travail a conclu « à l'absence de relation entre stress et survenue d'un cancer du sein ».* (*Libération*, octobre 1999, « Cancer du sein : le stress hors de cause »).

Notons à cet égard une particularité du Récit de la Prévention dans la presse : la représentation donnée du comportement préventif est en constante reformulation, perpétuellement corrigée ou enrichie à mesure qu'augmente la connaissance des facteurs de risque. Pour le cancer du sein, typiquement, la représentation de la prévention n'est jamais fixée que pour quelques années, voire quelques mois.

On observe par ailleurs que les gestes valorisés par les programmes de santé de télévision dans le cadre d'une attitude préventive individuelle ne le sont pas systématiquement dans la PQN. Tout particulièrement la pratique de l'autopalpation, à propos de laquelle on trouve même quelques articles de mise en garde : « *Attention, la palpation de leur poitrine par les femmes elles-mêmes ne permet pas de dépister efficacement le cancer du sein, ni de réduire la mortalité due à cette maladie, selon une étude publiée hier dans le journal de l'Institut américain du cancer.* » (*Libération*, octobre 2002, « L'autopalpation du sein peu efficace »).

Précisons enfin que si la presse se fait l'écho des rebondissements et attermoissements de l'organisation du dépistage du cancer du sein, elle ne produit pas pour autant un discours incitatif qui pourrait participer ici du Récit de la Prévention. Dans la PQN, la question du dépistage est uniquement observée dans son actualité institutionnelle. Certains éléments nous permettent en revanche de supposer que cette incitation au dépistage du cancer du sein était en revanche prise en charge dans ces années 90 par la presse féminine et la presse de santé³⁷.

37. Cet équilibre, si l'on peut dire, des tâches journalistiques est d'ailleurs toujours identifiable aujourd'hui.

III. ANNÉES 2000 : UN ÉCLATEMENT DU MESSAGE PRÉVENTIF

Ainsi qu'en témoigne la figure 24, le Récit de la Prévention enregistre une rupture entre les années 90 et 2000 : il devient désormais le discours dominant dans la presse.

Certes, pour les années 2000, notre corpus s'augmente de deux titres de PQR. Mais même si l'on considère uniquement le corpus PQN (*Le Monde* et *Libération*), on constate que le volume d'articles relevant de la thématique *Prévention* augmente d'environ 20 % entre 1998 et 2007.

III.1 Un discours préventif qui privilégie encore les cancers féminins

Comme le montre la figure 25 ci-dessous, le Récit de la Prévention témoigne dans les années 2000 de quatre préférences nettement identifiables³⁸, qui sont par ordre d'importance :

- la prévention du cancer du col de l'utérus (22 % des articles Prévention) ;
- la prévention du cancer du sein (20 % des articles Prévention) ;
- les bénéfices ou les risques alimentaires (18 % des articles Prévention) ;
- la prévention du cancer de la peau (13 % des articles Prévention).

FIGURE 24 : THÉMATIQUES STRUCTURANT
LE DISCOURS DE LA PQR ET DE LA PQN
DANS LES ANNÉES 2000

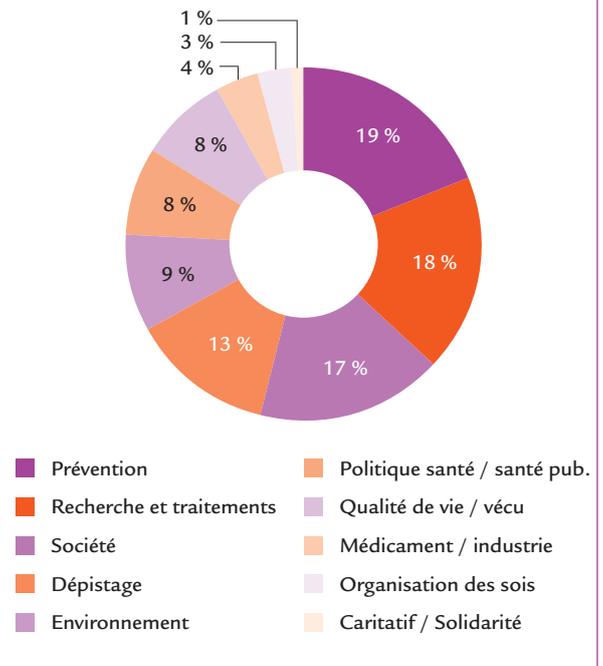
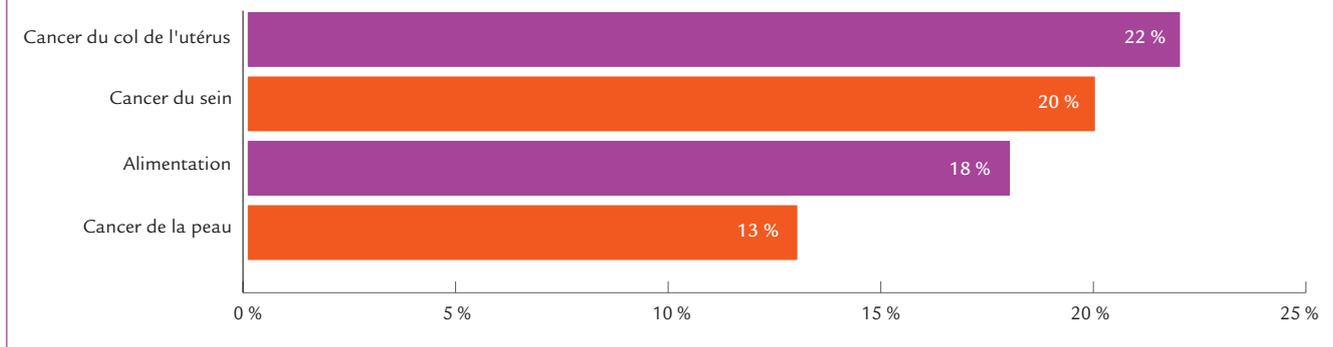


FIGURE 25 : PRINCIPAUX OBJETS DU DISCOURS DE PRÉVENTION DE LA PQN
ET DE LA PQR DANS LES ANNÉES 2000



38. Comme déjà indiqué pour la télévision, on peut être surpris ici de l'absence du sujet « tabagisme » parmi les principaux thèmes du discours de prévention. L'explication est avant tout méthodologique. En effet, si le « tabac » est un thème important du discours médiatique sur la santé, il apparaît essentiellement dans le cadre de propos sociétaux (l'addiction précoce, le tabagisme passif, l'interdiction de fumer dans les lieux publics ...) ou médicaux (les maladies respiratoires, les risques de ruptures d'anévrisme...). En revanche, le tabagisme est rarement lié à la problématique du cancer, et notamment rarement présenté comme un facteur de risque de cancer du poumon. En d'autres termes, les articles portant sur le « tabac » ou le « tabagisme » ne citent pas (ou peu) le mot « cancer ». Notre veille ne répercutant que les occurrences affichant le terme « cancer », le sujet « tabac » se signale donc très faiblement au sein du discours médiatique consacré à la maladie.

Le cancer du col de l'utérus est essentiellement cité par la presse entre 2005 et 2007, dans le cadre de l'annonce de la commercialisation du vaccin protégeant contre le papillomavirus : « *Les principaux responsables du cancer du col de l'utérus sont sur le point d'être neutralisés. Jeudi, le géant pharmaceutique américain Merck a annoncé que le Gardasil®, son vaccin expérimental, était capable de bloquer totalement les papillomavirus humains (HPV) numéros 16 et 18 à l'origine à eux seuls de 70 % des cancers du col.* » (*Libération*, octobre 2005, « Le cancer du col de l'utérus a du souci à se faire »). La mise sur le marché du vaccin Gardasil® et de son concurrent le Cervarix® suscitent de nombreux articles : « *Le Gardasil®, un vaccin préventif contre le cancer du col de l'utérus, a reçu son autorisation de mise sur le marché dans l'Union européenne.* (*Ouest France*, septembre 2006, « Cancer du col de l'utérus : vaccin autorisé »). Ou encore : « *Grâce aux vaccins, le nombre de lésions précancéreuses et surtout de décès par cancer du col devrait diminuer d'ici quelques années. Radicalement. Les deux vaccins, Gardasil® pour Sanofi et d'ici quelques mois Cervarix® de GSK, sont l'un et l'autre destinés aux jeunes filles qui n'ont pas encore eu de rapport sexuel.* » (*Ouest France*, janvier 2007, « Bientôt deux vaccins contre le cancer du col de l'utérus »).

La presse se fait ensuite l'écho du débat sur le mode d'administration du vaccin avant la publication des recommandations sanitaires officielles : « Faut-il vacciner les filles contre le cancer du col ? », enquête par exemple *Le Parisien/Aujourd'hui en France* en novembre 2007. C'est seulement après l'annonce des recommandations officielles que le discours s'engage dans une démarche prescriptive : « *Le conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPPF) a annoncé, jeudi 15 mars, qu'il recommandait la vaccination généralisée des jeunes filles âgées de 14 ans contre les infections virales sexuellement transmissibles dues à des papillomavirus humains de différents types.* » (*Le Monde*, mars 2007, « La vaccination dès 14 ans recommandée contre le cancer de l'utérus »). La prescription est alors plus précisément déléguée aux spécialistes. Les mois qui suivent constituent ainsi l'un des rares épisodes du Récit de la Prévention où les spécialistes de la santé, plus particulièrement les gynécologues, interviennent dans les journaux pour expliquer les bénéfices de la vaccination. Après quoi les publications relatives à la prévention du cancer du col de l'utérus se raréfient.

Second thème majoritaire du Récit de la Prévention, le cancer du sein est essentiellement cité dans le cadre du débat sur les risques cancérigènes des traitements hormonaux substitutifs, un débat déjà ouvert (mais timidement) à la fin des années 90 et qui ne se refermera qu'en 2006.

En voici quelques exemples sur la période :

- « Une vaste étude publiée, mercredi 26 janvier, dans le *Journal of The American Medical Association (JAMA)* montre que le risque de cancer du sein est accru de façon importante chez les femmes recevant, après la ménopause, un traitement hormonal à base d'œstrogènes et de progestérone. » (*Le Monde*, janvier 2000, Les traitements hormonaux de la ménopause augmentent le risque de cancer du sein).
- « L'augmentation du danger de développer un cancer du sein, observée par les chercheurs anglo-saxons, est vérifiée, sauf pour les utilisatrices de progestérone naturelle. » (*Le Monde*, novembre 2004, « Une étude française confirme les risques de certains traitements hormonaux substitutifs de la ménopause »).
- « Selon une étude américaine publiée lundi 8 mai dans *Archives of Internal Medicine* et menée sur 29 000 femmes hystérectomisées, l'usage d'œstrogènes, pendant au moins quinze ans, pour soulager les symptômes de la ménopause augmenterait le risque de développer un cancer du sein. » (*Le Monde*, mai 2006, « Risque de cancer accru pour les femmes sous œstrogènes »).

Le débat s'enrichit en 2006 d'une nouvelle alarme : le classement des contraceptifs en catégorie « cancérogènes » par le CIRC (Centre International de la Recherche sur le Cancer) : « *Sacrée pilule ! On connaissait ses qualités contraceptives, on savait aussi qu'elle avait quelques défauts, pouvant provoquer des contre-indications (...) Quant au risque de cancer, il était compliqué d'avoir une idée précise, les effets négatifs se mélangeant aux effets positifs. Il n'empêche, dans le monde plus de 100 millions de femmes l'utilisent. Et voilà que le CIRC vient de décider de classer les contraceptifs œstroprogestatifs après les traitements hormonaux de substitution pour la ménopause, comme cancérogènes.* » (*Libération*, août 2005, « L'ombre du cancer sur la pilule »). Dans les mois qui suivent l'annonce de cette classification, quelques brèves signalant les réactions de laboratoires fabriquant ou distribuant des contraceptifs paraissent en PQN et manifestent l'opposition de ces industriels à ce que la pilule soit considérée comme cancérogène. Après quoi on constate étonnement que ce qui aurait pu constituer une sérieuse polémique dans les médias disparaît totalement du Récit de la Prévention.

Le Récit de la Prévention s'engage ensuite dans une information plus prescriptive à propos du rôle des aliments. La plupart des articles sur cette thématique se concentrent en 2007 sous l'effet puissant de la parution, en septembre, du livre *Anticancer* de David Servan-Schreiber. Cet épisode du discours est l'occasion de convoquer des spécialistes émergeant d'ordinaire peu au Récit du Cancer : les nutritionnistes.

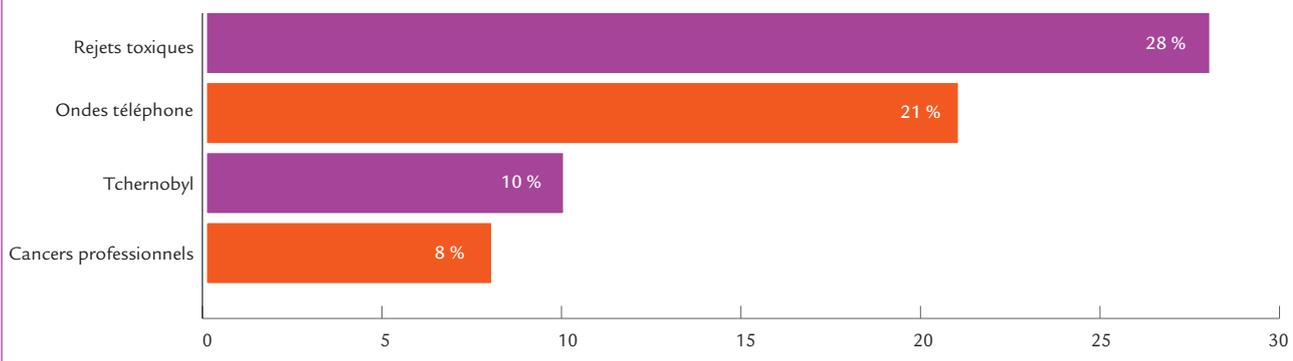
Enfin, le Récit de la Prévention cite le cancer de la peau uniquement dans le cadre des rappels de prescriptions des institutions de santé en matière d'exposition solaire, c'est-à-dire entre mars et juin dans des proportions équivalentes chaque année.

Outre ces quatre aspects très représentés, le discours de prévention dans les années 2000 concerne une pluralité d'objets et une pluralité de cancers : on voit même cités des cancers « inédits » au sein du discours (cancer du larynx, du rein, de l'œil, des voies urinaires...) et des gestes préventifs inattendus (heures de sommeil, sports d'endurance...). Mais cela correspond à quelques occurrences seulement, une brève en annulant une autre, et cette diversité apparente des objets ne signale pas autant de pistes réellement explorées par le Récit de la Prévention.

III.2 L'émergence du risque environnemental

Le discours de prévention prend de l'ampleur quand on l'étend aux propos relatifs au risque environnemental. Considérée isolément, la thématique environnementale concerne pour les années 2000-2007 moins de 10 % des sujets « cancer ». Ce qui constitue néanmoins une réelle progression au regard des décennies précédentes, où la thématique était quasiment inexistante³⁹. Timidement abordé à la fin des années 90 dans le cadre des premières suspicions de relation amiante/cancer, la thématique prend de l'ampleur dans les années 2000. Elle est essentiellement répercutée dans *Ouest France* puis dans *Libération* qui, à travers des formes brèves et non développées (à l'exception de rares articles bilans dressant l'état des connais-

FIGURE 26 : PRINCIPAUX SUJETS LIÉS AU RISQUE ENVIRONNEMENTAL DANS LA PQN ET LA PQR DANS LES ANNÉES 2000



39. Précisons toutefois que pour les années 2000, le risque environnemental est beaucoup abordé en PQR, laquelle ne figure pas au corpus des années 80 et 90.

sances en matière de risque environnemental et concluant invariablement à l'incertitude), privilégient le commentaire des pistes suivantes : les rejets toxiques, les ondes émises par les téléphones portables, les effets du nuage de Tchernobyl et les cancers professionnels.

La thématique des « rejets toxiques » recouvre les articles traitant de la pollution de l'air par différentes substances (fioul, nitrates, émanations chimiques diverses) et de ses effets supposés sur le développement de certains cancers. Il est à noter que ce propos, qui se diffuse à partir de 2002 surtout dans *Libération* et *Ouest France*, est presque invariablement légitimé par la référence aux prises de position du professeur Belpomme, cancérologue. Quand la plupart des sources institutionnelles (INSERM, CIRC, OMS...) n'évoquent la piste environnementale que comme une hypothèse dans le développement des cancers, on voit bien l'intérêt pour la presse de valoriser une position tranchée : émerge ainsi un message spectaculaire et unique dans le contexte d'un discours nécessairement complexe sur les causes multifactorielles du cancer.

La thématique « ondes/téléphone » apparaît avec le débat relatif à la toxicité des ondes émises par les téléphones portables. Malgré un effet feuilleton de l'information sur cette hypothèse cancérogène du téléphone mobile, on n'assiste toutefois pas à la construction d'un risque, l'alerte étant régulièrement démentie : « Une équipe danoise pilotée par l'épidémiologue Joachim Schüz s'est penchée sur pas moins de 420 095 utilisateurs de téléphone portable qui s'étaient abonnés entre 1982 et 1995 (...) "Nous n'avons trouvé aucune preuve d'un risque de tumeurs associé à l'usage du téléphone cellulaire, tant chez les récents que les anciens abonnés". » (*Libération*, décembre 2006, « Non, le téléphone mobile ne donne pas le cancer »).

On trouve par ailleurs en 2000 un certain nombre d'articles relayant un événement assez exceptionnel dans le champ du cancer (même si on en a vu d'autres exemples dans le Récit du Dépistage) : un malade portant plainte contre l'institution pour défaut de prévention lors du passage du nuage de Tchernobyl. « Un malade atteint d'un cancer de la thyroïde porte plainte contre trois anciens ministres » (*Le Monde*, mai 2000) : « Il leur reproche l'absence de mesures préventives lors du passage du nuage de Tchernobyl. La commission des requêtes de la Cour de justice de la République devrait se prononcer le 25 mai sur la recevabilité d'une plainte visant M. Pasqua, Mme Barzach et M. Carignon,

anciens ministres de l'Intérieur, de la Santé et de l'Environnement. Un malade atteint d'un cancer de la thyroïde leur reproche de ne pas avoir pris de mesures préventives lors du passage du nuage radioactif de Tchernobyl, au printemps 1986 ».

Enfin, quelques articles abordent les cancers professionnels, principalement en 2006 avec la mention d'une étude montrant que l'exposition aux pesticides participerait à la formation de cancers du cerveau chez les agriculteurs, ou encore une enquête auprès de salariés d'IBM atteints de cancers de la vessie et mettant en cause l'exposition aux éthers.

CONCLUSION SUR LA FIGURE DU MALADE DANS LA PRESSE QUOTIDIENNE D'INFORMATION : UNE REPRÉSENTATION JURIDIQUE, STATISTIQUE OU « ÉCHANTILLONNÉE »

Dans ses ambitions, le Plan cancer I (2003-2007) affichait la volonté de mieux prendre en compte le point de vue des malades dans la mise en place des politiques de santé publique. Comme l'affirmait alors la Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (citée par Azzedine, Blanchard, Poncin, 2007 ; p. 112)⁴⁰, « plusieurs centaines de milliers de patients souhaitent pouvoir être de véritables acteurs dans le combat contre la maladie ». Pour autant, le discours journalistique ne traduit pas cette importance du malade décrétée par les pouvoirs publics, dans un discours qui se consacre davantage aux acteurs dominants. Ainsi, dans les articles de la presse étudiée, ni avant ni après le Plan cancer I, le malade ne fait l'objet d'aucune désignation particulière, sinon par des représentations statistiques, juridiques, ou « échantillonnées ». Ces modes de convocation de la figure du malade relèvent manifestement d'un intemporel du discours, puisqu'on les voit intervenir tout au long de la période observée.

La représentation juridique – la seule à citer l'individu, le malade singulier – intervient dans les quelques articles qui commentent les mises en cause de l'institution par le malade (par exemple, les malades atteints d'un cancer du côlon ou d'un cancer de la thyroïde, qui attaquent le ministère de la Santé en justice pour défaut de prévention ou d'information). Cette dimension juridique « va de pair avec la reconnaissance de causes professionnelles et environnementales des cancers : amiante, pollutions » (Azzedine, Blanchard, Poncin, 2007 ; p. 120). C'est d'ailleurs l'un des seuls moments où les journaux mettent en évidence les associations, ici en tant que porte-parole des malades. Ceci conduit dans le discours à assimiler à un unique exercice la participation des associations à la lutte contre le cancer : susciter et soutenir les offensives des malades contre les forces institutionnelles ou industrielles. La représentation juridique a enfin pour effet, même si les journalistes l'expriment sur un mode relativement solidaire, de séparer le malade du collectif, en le plaçant dans un double statut d'isolé : la victime (atteinte d'un cancer) et l'opposant (celui qui s'attaque au pouvoir en place).

La représentation statistique, récurrente, correspond elle à la somme indifférenciante des cas de cancers ou des cas de décès, avérés ou probables, affichés par les nombreux articles dont la vocation est de cadrer brièvement

40. Azzedine L., Blanchard G., Poncin C., 2007, « Le cancer dans la presse écrite d'information générale. Quelle place pour les malades ? », *Questions de communications* n°11, « Malades et maladies dans l'espace public », pp. 111-127.

le phénomène en chiffres. Mode dominant de citation de la maladie dans la presse, elle a pour effet de reconduire l'image (finalement pas si archaïque) du cancer comme « fléau » : un macro-phénomène aux contours imprécis écrasant tout : la dimension individuelle, la spécificité des cas et toute autre distinction possible.

Quant à la représentation échantillonnée, dont on a déjà observé des expressions dans les émissions télévisées de santé, elle intervient essentiellement dans le propos scientifique. Elle correspond aux évocations des patients « cobayes » de tests cliniques, des cas expérimentaux, des échantillons de tissus, de sang ou d'organe ou, dans un déplacement de genre, de la souris inoculée par le cancer. Toutes ces métonymies de la maladie ne renvoient pas exactement au malade. Associée au fait que le Récit de la Recherche n'évoque pas les applications thérapeutiques réelles concrètes des recherches, la représentation échantillonnée a pour effet de dédramatiser le cancer, d'en temporiser le caractère d'urgence sanitaire et scientifique, puisque la recherche ne semble jamais s'exercer sur de « vrais » malades. Une réduction que le média emprunte simplement à la dimension qu'il valorise, la médecine de laboratoire : « dans la démarche propre à la médecine, la tendance au réductionnisme s'accroît encore. Au patient, cas clinique, est substituée une approche du corps comme ensemble cellulaire complexe, régi par des processus biochimiques dont il s'agit de mettre en évidence les altérations en s'appuyant sur les apports de l'expérimentation animale. De cette médecine, le malade (...) est exclu en tant que personne pour n'être que la source dont on prélève les échantillons pour les interroger. » (P. Pinell, 1992 ; p. 309).

Gardons-nous toutefois de conclure, à partir de l'observation de quelques titres, à un relatif effacement du malade dans la presse, un champ qui compte des dizaines de genres et des centaines de formats. Ces observations valent pour notre échantillon de quatre titres de PQN et de PQR et peuvent au maximum être généralisées à la presse quotidienne d'information.

CONCLUSION GÉNÉRALE

À ce stade, une fois circonscrits les contours et les étapes du discours médiatique depuis 1980, il devient possible de résumer les principales évolutions de la représentation du cancer. Comme le suggèrent nos résultats, cette représentation ne saurait être abordée de façon monolithique ; elle doit, pour être comprise, s'apprécier dans la succession des dimensions qui la constitue. En somme, la formule « représentation du cancer » ne prend sens que si on la scinde en « représentation de la maladie » et « représentation du malade ».

ÉVOLUTION DE LA REPRÉSENTATION DE LA MALADIE : DE L'INCONTRÔLABLE AU CONTRÔLABLE

Au début des années 80, dans les articles de presse comme dans les émissions de société, le cancer est encore assimilé à un fléau, une pathologie à tous points de vue incontrôlée. On évoque les différentes perturbations provoquées sur le lien social (entre le malade et son milieu professionnel, entre le malade et sa famille) et le retard pris dans la mise en place de structures pour y remédier (le code du travail, l'assurance maladie, l'information des malades, le dépistage organisé). L'expression du désordre se lit également dans la description scientifique et, surtout, médicale : si le processus de cancérogenèse est assez bien connu et si on dispose de stratégies thérapeutiques pour en traiter les effets, les cancérologues admettent dans les médias ne pas encore savoir comment réparer ce désordre cellulaire (« *pour le moment on ne sait pas comment intervenir, je dirais à la base, dans le fonctionnement de ce processus de destruction, même si on le comprend de mieux en mieux depuis quelques années* »⁴¹), et confessent être, en termes de moyens, « *encore assez démunis devant la douleur* »⁴². Symptomatiquement, on prononce alors LE cancer au singulier défini, un usage verbal partagé par les journalistes, les scientifiques et les institutionnels, qui signale le caractère entier, global de la menace impossible à renvoyer à la compréhension rassurante d'une typologie des cancers.

Les années 90 sont, à l'image des transitions, confuses. La représentation que donnent les médias de la maladie est instable, elle hérite encore des imaginaires des années 80 tout en forçant un discours de l'espoir et de la nouveauté. La transformation semble se jouer, dans l'image proposée par les médias, entre la fin des années 90 et le début des années 2000. Le champ du cancer, dont les médias peinaient à donner une photographie claire, devient plus « lisible » après la liquidation de l'affaire Crozemarkie puis sous l'effet des applications

41. Professeur Maurice Tubiana, « L'invité du Jeudi », A2, 12/2/81.

42. Professeur Claude Jasmin, « La recherche et le quotidien », *Aujourd'hui Madame*, A2, 26/8/83.

du Plan cancer I. Dans la seconde moitié des années 2000, les termes de la lutte contre le cancer ont gagné en clarté. La teneur des articles témoigne d'une appropriation plus évidente des aspects scientifiques et institutionnels du phénomène. On comprend qui fait quoi dans le champ du cancer, quels cancers sont soumis à un dépistage et les médias véhiculent une sorte de classification des principaux cancers en termes d'incidence, de mortalité, de taux de guérison. Bref, un savoir demi profane du cancer se développe, dont il est aisé de vérifier l'acquisition chez les usagers réguliers des médias. Participant de cette lisibilité, la lutte est désormais matérialisée dans des aspects tangibles : le dépistage organisé, l'Institut National du Cancer, la mise en œuvre des Plans cancer, la routinisation des actions de prévention... Pour le téléspectateur ou le lecteur, le désordre social peut sembler contenu, encadré. La prononciation du cancer a elle aussi été soumise à une opération de classification. Depuis quelques années, les différents cancers sont maintenant spécifiés dans la plupart des discours, même si ces derniers ne témoignent pas de l'exhaustivité des pathologies cancéreuses. Un exemple comparatif illustre bien cette évolution dans la perception de la réalité multiple de la maladie : en 2006 et 2007, les deux émissions spéciales consacrées au cancer⁴³ abordent chacune volontairement une trentaine de cancers. En 1984, l'émission « La longue marche vers le traitement du cancer » (*Vendredi*, 05/10/1984) stipulait à peine de quel cancer étaient respectivement atteints les trois malades présents en plateau.

Classé, compris, ordonné, le « désordre » initial n'est alors plus contenu que dans l'organisme malade. Mais là encore, le discours est tenté par la métaphore du contrôle : ainsi, la représentation médiatique de la recherche privilégie l'information sur les thérapies géniques, emblématiques de la possibilité de contrôler les cellules cancéreuses, voire d'« ordonner » au cancer de « cesser de se développer » (*Libération*, mai 1997, « Un gène contre les tumeurs »).

ÉVOLUTION DE LA REPRÉSENTATION DU MALADE

Nous rappellerons ici les principaux points de synthèse des deux conclusions intermédiaires déjà proposées sur cet aspect singulier. Si la représentation du malade évolue différemment selon les médias, l'impression domine pour l'ensemble d'un effacement progressif du malade, que les rares témoignages intervenant dans les émissions de Jean-Luc Delarue ou dans les rubriques de type « vécu » du *Magazine de la santé*, ne parviennent pas à corriger. Symptomatique à cet égard, le titre donné au programme testimonial « spécial cancer » de Jean-Luc Delarue en 2007 : *Le cancer sort de l'ombre*. Même si l'expression

43. *Le cancer sort de l'ombre* (5/03/2007) et *Cancer, vos questions en direct* (18/04/2006).

renvoie au point de vue d'une seule rédaction, elle signale sans ambiguïté que la maladie est encore maintenue dans une forme d'inavouable, ce qui peut éclairer pour partie la grande discrétion du malade dans les médias. Il semble pourtant que le malade soit parvenu, notamment grâce à l'action associative, à une certaine visibilité sociale. Par ailleurs, les forums internet où interviennent les malades ne témoignent pas de retenue particulière dans l'aveu de la maladie ou de ses affres, mais au contraire d'une réelle compétence à la discuter. La représentation véhiculée par la presse et la télévision, en ce qu'elle éclipse le malade et se prive de son appréciation dans les événements qu'elle médiatise, serait-elle alors aux limites de la déformation du social ? Et si tel est le cas, comment l'expliquer ? Seule une sociologie des professionnels, qui prendrait pour objets les intentions des journalistes eux-mêmes, les conditions singulières qui président aux choix éditoriaux, pourrait apporter un éclairage.

PRESSE ET TÉLÉVISION : LES LIMITES DE LA COMPARAISON

Replaçons enfin la question des représentations au niveau de la médiation. Nous avons, dans cette étude, tenté de qualifier la contribution de la télévision et de la presse à la médiatisation du cancer. Certes, une mise en regard des deux médias ne peut être que limitée dans la mesure où les corpus, du fait de leur mode de constitution, ne sont guère comparables. Reste que l'on peut repérer une inégalité structurelle importante au niveau des procédés narratifs, et plus précisément des modes de *transmission*. On observe en effet que, depuis les années 80 et plus encore aujourd'hui, la télévision place entre le sujet cancer et le public des procédures de vulgarisation propres à assurer une compréhension du fait scientifique, médical et individuel que constitue la maladie : explications pédagogiques des médecins en plateau sur la cancérogenèse dans les années 80, démonstrations didactiques des émissions de santé relatives à la formation des cancers ou aux modalités d'intervention chirurgicale (années 90 et 2000), ou encore récits de vie (magazines féminins et de société dans les années 80, talk shows et magazines de santé dans les années 2000) qui offrent un accès très abordable aux réalités de la maladie. En revanche, les titres de presse que nous avons observés, centrés sur le relais institutionnel et l'annonce scientifique, limitent la perception du phénomène à des angles précis et ne fournissent pas nécessairement les codes et l'appareil pédagogique nécessaires pour saisir les contenus qu'ils valorisent.

BIBLIOGRAPHIE

- Akrich M., Méadel C., Rebeharisoa V., 2009, *Se mobiliser pour la santé*, Paris, Presses de l'Ecole des Mines.
 - Azeddine L., Blanchard G., Poncin C., 2007, « Le cancer dans la presse écrite d'information générale. Quelle place pour les malades ? », *Questions de communications* n°11, « Malades et maladies dans l'espace public », pp. 111-127.
 - Babou I., 2001 « Science, télévision et rationalité », *Communication et langage*, 128, pp. 15-31.
 - Bourdieu P., 1980, *Quelques propriétés du champ*, Paris, Minuit.
 - Cardon D. et Heurtin JP. (dir.), 1999, « Science, malades et espace public », *Réseaux*, n° 95, Hermès Science publications.
 - Castel R., 1996, « L'expert et le sociologue » in Champagne P., (dir.) *Initiation à la pratique sociologique*, Paris, Dunod.
 - Coman M., 2003, *Pour une anthropologie des médias*, Grenoble, PUG.
 - Fassin D., 2000, *Les enjeux politiques de la santé*, Paris, PUF.
 - Foucault M., 1969, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard.
 - Jeanneret Y., 1994, *Écrire la science. Formes et enjeux de la vulgarisation*, Paris, PUF.
 - Laplantine F., 1986, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.
 - Mathien M., (dir.), 1999, *Médias, santé, politique*, Paris-Montréal, L'Harmattan.
 - Pailliant I., Strapazon G., 2007, « Les paradoxes de la prévention des cancers : publicisation et prévention », *Questions de communications* n°11, « Malades et maladies dans l'espace public » pp. 17-31.
 - Pailliant I., (dir.), 2005, *La publicisation de la science*, PUG, Grenoble.
 - Peretti Watel P., 2000, *Sociologie du risque*, Paris, Armand Colin.
 - Peretti Watel P. et Moati JP., 2009, *Le principe de prévention, le culte de la santé et ses dérives*, Paris, La République des idées.
 - Pinell P., 1992, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Métailié, Paris.
 - Romeyer H., 2007, « La santé à la télévision : émergence d'une question sociale », *Questions de communications* n°11, « Malades et maladies dans l'espace public », pp. 51-76.
 - Romeyer H., 2005, « La publicisation de la lutte contre le cancer en France entre 2000 et 2005 », étude menée dans le cadre d'un post doctorat soutenu par l'Institut National du Cancer (document non publié fourni par l'auteur).
-

ANNEXES MÉTHODOLOGIQUES

PRÉCISIONS SUR LA CONSTITUTION ET L'INDEXATION DES CORPUS D'ANALYSE

Cette étude a exigé la constitution de deux corpus de masse, l'un pour la télévision, l'autre pour la presse, selon des critères différents pour chacun et dans des limites matérielles imposées par la disponibilité des données.

La rareté des données radiophoniques disponibles pour la décennie 80, leur grande disparité et l'inégal référencement des données pour les années 90, nous ont conduit à exclure la radio de cette analyse historique. De même pour le média internet, dont les données ne sont accessibles que sur la période récente. Ces médias ont en revanche été intégrés au corpus des études annuelles à partir de 2008.

I. TÉLÉVISION

Le corpus d'analyse du discours télévisé sur le thème « cancer » a été constitué de la façon suivante, selon deux niveaux :

■ **Premier niveau de corpus** : sur la base des archives audiovisuelles de l'Inathèque, ont été identifiés la totalité des documents télévisuels répondant aux descripteurs « cancer » et « émissions » pour la période 1980-2007 sur l'ensemble des chaînes hertziennes suivantes : TF1 (première chaîne), France 2 (A2), France 3 (FR3), France 5 (La Cinquième).

Ce premier niveau de corpus ainsi obtenu est constitué de 237 occurrences (programmes intégraux ou rubriques intégrées consacrés au cancer) appartenant aux grandes catégories de programmes suivantes :

- *Information* ;
 - *Culture et Société* ;
 - *Divertissement*.
-

Ces catégories correspondent à 43 collections de magazines différentes, principalement des magazines de santé, d'actualité et d'information, de société, magazines pratiques et féminins, magazines scientifiques et talk-shows/magazines « de confessions » (voir plus loin le détail des catégories et l'intitulé des collections). L'ensemble des 237 références a été codé sous les grandes variables suivantes :

- *Type d'émission* ;
- *Type d'information* ;
- *Mois de diffusion* ;
- *Énonciateur* ;
- *Objet* ;
- *Catégorie de programme* ;
- *Canal* ;
- *Registre* ;
- *Thématique* ;
- *Cadre événementiel*.

Les deux tiers des émissions référencées ont été visionnées, et les notices descriptives de la base Inathèque ont permis de connaître le contenu et d'indexer le tiers restant.

Précisions que ce corpus recouvre réellement l'ensemble des émissions renvoyant au cancer et non pas seulement les programmes dits « thématiques » ou « exceptionnels ». Il apparaissait méthodologiquement contestable d'accorder une préférence aux « exceptions » du discours. En effet, leur caractère saillant prend un pouvoir de grossissement analogue à l'effet du microscope qui, s'agissant d'une étude sur les représentations dominantes (et donc sur un certain « ordinaire » du discours), aurait surtout constitué un effet déformant. Par ailleurs, seule la convocation de l'ensemble des genres cités ci-dessus peut permettre de situer le cancer dans la pluralité des dimensions dans les lesquelles il s'inscrit : la santé et la science, la société, le quotidien et le « pratique ».

Ce premier niveau du corpus s'est révélé hautement exploitable : il propose de façon claire et très documentée une chronologie des représentations dominantes du cancer de 1980 à 2007, des différents débats d'opinion qu'il a suscités et des enjeux successivement attachés à sa médiatisation. Bien plus lisible que la masse hétéroclite et souvent opaque des sujets de JT, il a permis de dégager les grands axes de l'étude.

■ **Second niveau de corpus** : il recouvre la totalité des documents télévisuels répondant aux descripteurs « cancer » et « journaux d'information » pour la période 1980-2007 sur l'ensemble des chaînes hertziennes suivantes : TF1 (première chaîne), France 2 (A2), France 3 (FR3).

Le corpus ainsi obtenu, une fois nettoyé des rediffusions et acceptations hors sujet du terme « cancer », est constitué de 1 800 occurrences correspondant majoritairement aux journaux d'information de 13 heures et de 20 heures des trois chaînes (voir plus loin les intitulés précis des journaux). Il s'agit pour l'essentiel de brèves de moins de 2 minutes et d'annonces de plateau. Un échantillon de 5 % a été visionné, les notices descriptives de la base Inathèque ayant permis de connaître le contenu et donc d'indexer la totalité des occurrences. L'ensemble des 1800 références a été codé sous les grandes variables suivantes :

- *Type d'émission ;*
- *Type d'information ;*
- *Mois de diffusion ;*
- *Catégorie de programme ;*
- *Canal ;*
- *Thématique.*

Bien que sa nature (ensemble de brèves multidiffusées, d'annonces de titres et de courtes interviews de plateaux) n'offre que peu de matière discursive à l'analyse des représentations, la mobilisation du JT est ici indispensable pour deux raisons. D'une part, ce programme grand public par excellence, généraliste d'un point de vue éditorial, balaie l'ensemble de l'actualité sociale, politique, économique et culturelle et donne donc la possibilité de saisir le sujet cancer dans cette pluralité d'acceptations. D'autre part, la couverture continue qu'il propose permet, du point de vue quantitatif, de produire une courbe de l'évolution du sujet cancer sur 27 ans, indiquant les volumes de retombées pour chaque événement.

II. PRESSE

Si le corpus télévisuel peut prétendre à un certain caractère d'exhaustivité, le corpus de presse répond, lui, à un autre mode de constitution imposé par la disponibilité inégale des sources. Ainsi, le corpus d'analyse du discours de presse de 1980 à 2007 est constitué des deux titres de PQN et des deux titres de PQR suivants, sur les périodes pour lesquelles il existe des données numérisées⁴⁴ :

- *Le Monde (1980-2007) ;*
- *Libération (1990-2007) ;*
- *Ouest France (2000-2007) ;*
- *Le Parisien/Aujourd'hui en France (2005-2007).*

La convocation du *Monde* à cette analyse va de soi : il est le seul titre à rendre accessible un archivage intégral de ses données sur une période aussi étendue. *Le Monde* présente une totale régularité de diffusion et donc une

44. Excepté pour *Le Monde* sur la période 1980-1987 pour laquelle une recherche a été effectuée dans les fonds papier.

couverture absolument constante de l'actualité de ces trente dernières années. Support d'information généraliste, il est en outre à la fois moins politisé et moins grand public dans le traitement de l'information que le titre homologue et concurrent : *Libération*, également convoqué tant à titre de contrepoint que d'enrichissement.

L'analyse intègre en outre deux titres de PQR grand public : *Ouest France* et *Le Parisien/Aujourd'hui en France*. Premier quotidien français, *Ouest France* présente une surface de diffusion inégale (12 départements). Tout en augmentant le corpus d'une autre dimension du discours de presse (la PQR), *Ouest France* évite le biais d'un « régionalisme » excessif de l'information dans la mesure où une grande partie de la publication est communautarisée, c'est-à-dire identique dans chaque département (l'étude ne porte que sur les pages « généralistes »). Cette diversification du corpus sur la période 2000-2007 permet notamment d'analyser plus finement dans quelle mesure la mise en œuvre du premier Plan cancer a contribué à transformer les représentations médiatiques de la maladie.

Pour chacun de ces quatre titres et pour les périodes indiquées, on a été indexés l'ensemble des articles laissant apparaître le mot « cancer » dans la titraille (sur titre, titre ou sous titre)⁴⁵. Cela correspond au total à 788 articles, qui tous ont fait l'objet d'une lecture consultative, un tiers ayant fait l'objet d'une lecture exhaustive.

Plus précisément pour chaque titre, le corpus a été constitué de la façon suivante :

- **Sur la base des archives numérisées du *Monde*** (CDROM du *Monde*, indexant la totalité des articles publiés par la rédaction depuis 1988), ont été identifiés 243 articles répondant au descripteur « cancer » (recherche dans le champ « titre »).
- **Sur la base des fonds papier du *Monde*** disponibles à la BPI pour les années 1980 à 1987, a été effectuée une recherche manuelle aléatoire à l'issue de laquelle ont été identifiés 30 articles traitant du cancer (pages société, médecine, science et santé).
- **Sur la base des archives numérisées de *Libération*** (disponibles pour la période 1990-2007), ont été identifiés 310 articles répondant au descripteur « cancer » (recherche dans le champ « titre »).

45. Il ne s'agit donc pas d'une recherche du mot « cancer » dans le corps du texte, ce qui limite les résultats aux articles spécifiquement consacrés au cancer et non pas à ceux qui le citent dans un cadre général.

■ **Sur la base des archives numérisées de *Ouest France*** (disponibles pour la période 2000-2007), ont été identifiés 126 articles répondant au descripteur « cancer » (recherche dans le champ « titre »).

■ **Sur la base des archives numérisées du *Parisien/Aujourd'hui en France*** (disponibles pour la période 2005-2007), ont été identifiés 71 articles répondant au descripteur « cancer » (recherche dans le champ « titre »).

L'ensemble des occurrences a été codé sous les grandes variables suivantes :

- *Support* ;
- *Type d'article* ;
- *Registre* ;
- *Thématique* ;
- *Cadre événementiel*.
- *Type de presse* ;
- *Mois de diffusion* ;
- *Énonciateur* ;
- *Objet* ;

III. UNE DOUBLE APPROCHE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

Les deux corpus médias presse et télévision ont été étudiés avec une même méthode d'analyse à la fois quantitative et qualitative.

■ **Chaque document référencé a été codé par une série de descripteurs renvoyant à des grandes variables de travail.** Les principales variables concernent le type de presse ou de programme, la thématique, l'objet, les catégories d'énonciateurs, la période de diffusion, la nature des éventuelles illustrations, la terminologie associée au cancer, etc. (voir le détail de ces variables ci-après).

■ **Une première phase d'analyse statistique a été effectuée sur la base des variables et descripteurs ainsi définis :** il s'agissait de dégager les grandes masses (principaux genres d'information, types de cancers les plus évoqués, thématiques dominantes, volume d'interventions des différents acteurs du champ de la cancérologie...) et de faire travailler les indicateurs afin de déterminer les principales tendances définissant les différents discours médiatiques sur le cancer.

■ **Cette analyse quantitative a été associée à une approche qualitative, fondée sur la lecture et le visionnage approfondis des documents.** L'analyse qualitative a consisté à explorer et à interpréter de manière préférentielle les régions du discours que l'approche quantitative avait indiquées comme singulièrement dominantes, au cœur desquelles ont été identifiés les grands « récits » qui gouvernent le discours sur le cancer. Ce modèle compréhensif fondé sur une dis-

tribution en grands « récits » a été appliqué aux deux corpus selon des modalités propres à chacun : récits chronologiques pour la télévision, récits thématiques pour la presse.

IV. VARIABLES ET DESCRIPTEURS UTILISÉS

En vue du traitement statistique, les deux corpus ont été codés sous une série de variables recouvrant elles-mêmes un ensemble de descripteurs.

Variables concernant uniquement la Presse

Variables concernant uniquement la Télévision

VARIABLES	DESCRIPTEURS
Type de presse	Presse quotidienne nationale Presse quotidienne régionale
Genre de l'article	<ul style="list-style-type: none"> ■ Témoignage ■ Article d'opinion ■ Entretien ■ Portrait ■ Brève ■ Questions des lecteurs ■ Compte rendu ■ Enquête et Dossier
Type d'émission	<ul style="list-style-type: none"> ■ Émissions exceptionnelles ■ Documentaires ■ Journaux d'information quotidiens ■ Magazines quotidiens, hebdo et mensuels
Catégorie de programme	<ul style="list-style-type: none"> ■ Information ■ Société ■ People ■ Actualité ■ Santé ■ Talk Show ■ Culture et connaissance ■ Féminin/Pratique ■ Divertissement/Variétés
Type d'information	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reportage ■ Compte rendu ■ Témoignage ■ Brève ■ Portrait ■ Entretien
Mois de diffusion	De janvier 1980 à décembre 2007
Thématique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prévention et Dépistage ■ Environnement ■ Médicaments ■ Société* ■ Caritatif et Solidarité ■ Recherche et traitements ■ Organisation des soins ■ Qualité de Vie ■ Santé publique et politique de santé <p><small>*Concerne toutes les problématiques sociales liées au cancer ne relevant pas des politiques de santé publique ou du vécu individuel du malade</small></p>
Registre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informatif ■ Euphorique ■ Prescriptif ■ Didactique ■ Compassionnel ■ Polémique ■ Alarmiste ■ Épique

VARIABLES	DESCRIPTEURS
Objet (ce dont on parle dans le cadre des thématiques suscitées)	Principaux descripteurs <ul style="list-style-type: none"> ■ Cancer du sein ■ Cancer de l'estomac ■ Cancer des ovaires ■ Cancer du côlon ■ Cancer de la peau ■ Cancer du cerveau ■ Cancer du rein ■ Lymphome
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cancer du col de l'utérus ■ Cancer du poumon ■ Cancer des voies aériennes ■ Cancer du sang ■ Cancer de la gorge ■ Cancer de la bouche ■ Cancer des testicules
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cancer du pancréas ■ Cancer de la prostate ■ Cancer des intestins ■ Cancer de la thyroïde ■ Cancer du foie ■ Cancer de la langue ■ Cancer du larynx
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cancer professionnel ■ Tabagisme ■ Pollution de l'air ■ Sport
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cancer de l'enfant ■ Alcool ■ Amiante ■ Dopage
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cancer multiple ■ Alimentation ■ Ondes magnétiques
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Maternité ■ Vie sexuelle du malade
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vie sociale et professionnelle du malade ■ Soutien/entourage du malade
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Taux de mortalité ■ Décès ■ Éthique médicale ■ Discrimination sociale et professionnelle
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Taux de survie ■ Guérison ■ Erreur médicale ■ Euthanasie ■ Coût des soins
Catégorie d'énonciateur (à laquelle appartient l'énonciateur principal dont se revendique directement ou indirectement le propos).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan cancer ■ Nouveaux traitements ■ Nouveaux vaccins ■ Lancement de campagne d'information
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appel aux dons ■ Nouveaux tests ■ Nouvelles structures de soin ■ Mobilisation des stars ■ Nouveaux médicaments ■ Chimiothérapie
Cadre événementiel	Événements propres à l'agenda du cancer (type campagnes d'information et de dépistage) susceptibles d'avoir un effet structurant sur le discours médiatique

V. COLLECTIONS DE MAGAZINES TÉLÉVISÉS INTÉGRÉS AU CORPUS D'ANALYSE TÉLÉVISION

ANNÉES 80			
TF1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Médicale ■ Féminin Présent ■ Médecine à la Une 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le regard des femmes ■ Forum du mardi ■ Ligne directe 	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'événement ■ Voyage au bout de la vie ■ Viva la vie
A2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Samedi et demi ■ Aujourd'hui madame ■ L'heure de vérité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ C'est la vie ■ Aujourd'hui la vie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'invité du jeudi ■ Les jours de notre vie
FR3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vendredi 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La vie en face 	
ANNÉES 90-2000			
TF1	<ul style="list-style-type: none"> ■ Santé à la Une 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sept à huit 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le droit de savoir
A2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objectif sciences 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objectif médecine 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Matin bonheur
France 2	<ul style="list-style-type: none"> ■ Polémiques ■ Argent public, argent privé ■ Complément d'enquête ■ Toute une histoire 	<ul style="list-style-type: none"> ■ D'un monde à l'autre ■ Ça se discute ■ Envoyé spécial ■ 100 minutes pour convaincre 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Savoir plus santé ■ C'est au programme ■ Savoir plus sciences
FR3	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vivre avec 		
France 3	<ul style="list-style-type: none"> ■ C'est mieux ensemble ■ On peut toujours s'entendre 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vie privée vie publique ■ La marche du siècle 	<ul style="list-style-type: none"> ■ À notre santé ■ Vos questions nos réponses
France 5	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le journal de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le Magazine de la santé 	

Pour plus d'informations
www.e-cancer.fr

Toutes les informations
sur le Plan cancer 2009-2013
www.plan-cancer.gouv.fr

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00
Fax +33 (1) 41 10 50 20
diffusion@institutcancer.fr

ETUCANMED10