



HAL
open science

Histoires de greffes : Permanence d'un récit télévisuel.

Philippe Chavot, Anne Masseran

► **To cite this version:**

Philippe Chavot, Anne Masseran. Histoires de greffes : Permanence d'un récit télévisuel.. Culture et Musées, 2012, Le récit dans la médiation des sciences et des techniques. Modalités, formes et enjeux, 18, pp.99-128. hal-01249087

HAL Id: hal-01249087

<https://hal.science/hal-01249087>

Submitted on 30 Jun 2016

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

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

Histoires de greffes : Permanence d'un récit télévisuel

Philippe Chavot, Anne Masseran

Citer ce document / Cite this document :

Chavot Philippe, Masseran Anne. Histoires de greffes : Permanence d'un récit télévisuel. In: Culture & Musées, n°18, 2011. Le récit dans la médiation des sciences et des techniques. pp. 99-128;

doi : 10.3406/pumus.2011.1630

http://www.persee.fr/doc/pumus_1766-2923_2011_num_18_1_1630

Document généré le 09/06/2016

Résumé

Si la transplantation apparaît aujourd'hui comme une technologie «de routine » , il ne s'agit pas d'une opération anodine, ni sur le plan médical ni sur le plan symbolique. Les récits télévisuels de la médecine des transplantations constituent ainsi un enjeu puisqu'il s'agit de rendre concrètement imaginable une opération qui repose sur des présupposés renversant des expériences et des savoirs culturels et intimes. Dans cet article, nous désirons explorer la dynamique qui combine et agence des éléments – représentations de la mort, de la maladie, de la chirurgie – en suivant des «histoires télévisuelles de greffes » . Ces histoires, telle est notre hypothèse, varient, certes, suivant les contextes télévisuels et technologiques, toutefois il est possible d'identifier un grand récit de l'opération, remarquablement stable des années 1950 à nos jours en France. Cette stabilité «normalise » et idéalise les présupposés médicaux, philosophiques, éthiques et sociétaux de la transplantation.

Titre : Histoires de greffes : Permanence d'un récit télévisuel.

Abstract

If organ transplant appears nowadays as a routine medical technology, it is not a trivial operation both at the medical and the symbolic levels. Hence, television stories on transplantation medicine may constitute an issue in the sense that they give concrete pictures of a medical operation that stands on presuppositions challenging cultural and intimate experience and knowledge. In this paper, we will explore the dynamics that combines elements – representations of death, disease, surgery – through analysing television stories about organ transplants. Our hypothesis is that if these stories may evolve according to the television and the medical contexts, they always fit with a master narrative of the operation, remarkably stable from the 50s. This stability « normalizes » and idealizes medical, philosophical, ethical and societal presuppositions as regards organ transplant.

Title : Organ transplant stories : Permanence of television narrative.

Resumen

El hecho de que el trasplante sea considerado en la actualidad como una tecnología rutinaria, no indica que ésta sea una operación anodina, tanto en el ámbito médico como en el simbólico. Los relatos televisivos de la medicina de trasplantes constituyen una apuesta, ya que se trata de transformar una operación que descansa en supuestos que invierten experiencias y saberes culturales e íntimos, en algo concretamente imaginable. En este artículo, queremos explorar la dinámica que combina y armoniza los elementos – representaciones de la muerte, de la enfermedad, de la cirugía–siguiendo «las historias televisivas de los trasplantes » . Nuestra hipótesis es que estas historias varían, siguiendo los contextos televisivos y tecnológicos, en la medida que sea posible identificar un gran relato de la operación, destacadamente estable, a partir de los años cincuenta hasta la actualidad en Francia. Dicha estabilidad «normaliza » e idealiza los supuestos médicos, filosóficos, éticos y sociales del trasplante.

Título : Historias de trasplantes : La permanencia de un relato televisivo.

HISTOIRES DE GREFFES : PERMANENCE D'UN RÉCIT TÉLÉVISUEL

Le 12 janvier 1968, l'Office de radiodiffusion télévision française (ORTF) diffuse un numéro de l'émission *Panorama* consacré à la greffe d'organes : l'un des reportages porte sur les premières greffes cardiaques réalisées sur l'homme par le professeur Christiaan Barnard au Cap (Bourget, 1968). En quelques minutes, le récit donne à voir les progrès et espoirs de la chirurgie de la transplantation ainsi que la solidarité entre donneur et receveur... et au centre de cette situation, l'organe, un cœur battant¹.

Le 15 novembre 2008, Arte diffuse un docufiction (Reams, 2006) relatant les premiers pas de la transplantation cardiaque. Christiaan Barnard en est l'un des héros, il se livre à une course contre ses concurrents pour être le premier à réussir une greffe cardiaque sur un être humain. Une salle d'opération, des chirurgiens, du personnel hospitalier, un cœur prélevé qui bat, replacé dans un corps humain.

Entre ces deux dates s'étire l'histoire télévisuelle de la greffe d'organes. Le récit s'est quelque peu transformé, mettant en évidence certains éléments, en excluant d'autres : ainsi, en 2008, sans doute en raison de la loi sur l'anonymat, le docufiction n'accorde qu'un rôle symbolique au donneur et à sa famille, glorifiant plus encore qu'en 1968 les progrès à venir de la médecine à travers le pouvoir reconstituteur du regard rétrospectif². Mais à bien y regarder, les acteurs sont inchangés, jouent le même rôle : le receveur, le chirurgien, la salle d'opération, l'organe. Les mêmes gestes sont reproduits, des significations identiques sont délivrées. Le noyau narratif résiste aux changements technologiques, juridiques, sociétaux, etc.

Sur le plan médical, la transplantation d'organes relève certes parfois de l'exploit – comme lors des premières greffes de cœur, ou plus récemment de visage – mais est une pratique relativement courante qui s'étend chaque année à plus de patients. Aussi la médecine des transplantations a-t-elle besoin d'un large soutien de la société pour accroître le nombre de donneurs. Or, force est de constater que le don d'organes ne constitue pas, quant à lui, une pratique acceptée de tous, comme le montrent les statistiques portant sur les taux de prélèvement³. Approfondissant ces données quantitatives, nous avons organisé des *focus groups* (FG) en 2005 : ils donnaient à voir concrètement toute une série de résistances, de réticences, de mises sous condition du don de ses propres organes ou de ceux d'un proche – cf. infra. La mise en place, depuis les années 1990 au moins, de dispositifs organisationnels, juridiques, communicationnels visant à assurer la transparence et le bon fonctionnement du système et à assurer l'excellence de la pratique, ne semble guère avoir d'effet sur ces réticences. Dans ce contexte, la télévision, qui a joué un rôle primordial pour faire exister socialement la greffe depuis les tout débuts de la transplantation dans les années 1950 et surtout 1960, est largement mise à contribution. Elle représente un dispositif clé qui s'est développé en même temps que la pratique des greffes et a été investie par elle. Une étude circonstanciée de l'histoire télévisuelle de la greffe laisse apparaître, telle est notre hypothèse, un grand récit relativement univoque, fait de plusieurs histoires attribuant rôles et significations à une pratique qui, pour être pérenne, dépend de l'adhésion publique. Ces histoires imposent donc des significations qui vont bien au-delà de la médecine, et en omettent d'autres.

Dans cet article, nous désirons mettre en évidence la force normatrice du grand récit télévisuel de la greffe en explorant les « histoires » qui combinent et agencent des éléments robustes. Pour ce faire, nous prolongerons deux recherches : l'une réalisée en 1999-2001 portant sur la médiatisation de la greffe⁴ ; l'autre réalisée en 2004-2007 s'intéressant aux représentations publiques et aux enjeux sociétaux et éthiques de la greffe⁵. Cette seconde étude visait, à travers l'organisation de *focus groups* (FG), à recueillir les constructions de sens et les narrations émanant de participants « directement concernés » ou « non concernés » en recourant à des scénarios relatifs à la pratique de la greffe, au don, au système des transplantations. Il a ainsi été possible de comprendre combien des représentations culturelles et personnelles ayant trait au corps sont premières dans les mises en sens informelles de la transplantation. Or bon nombre de ces représentations sont rarement visibles dans les mises en scène médiatiques : soit elles sont occultées – ainsi, par exemple, du désir de « flécher » son don d'organes vers un être cher –, soit elles sont discréditées – comme

l'idée qu'un organe contiendrait en quelque sorte la personnalité du défunt⁶. Les histoires télévisuelles jouent certes un rôle dans ces constructions, elles sont d'ailleurs évoquées spontanément – notamment les séries télévisées, ou les documentaires sur le professeur Barnard –, mais elles sont toujours relativisées, mises en contexte voire rejetées par rapport à ces éléments premiers. De plus, les « histoires » construites par les participants lors des FG sont bien plus riches de significations diversifiées que celles de la télévision.

Certes, les propos recueillis donnent des indications plutôt que des certitudes quant à la réception des histoires télévisuelles. Mais ces indications nous portent à croire que la sélectivité et la normativité du grand récit de la greffe peuvent être en elles-mêmes des facteurs alimentant certaines réticences face à la transplantation et au don d'organes. Dans ce qui suit, les données recueillies lors des FG n'apparaîtront qu'en contrepoint, mais elles forment néanmoins un arrière-fond important à notre étude.

Le corpus étudié dans cet article provient des archives de l'Institut national de l'audiovisuel (INA) pour la période 1950-2009. Nous avons identifié l'ensemble des reportages, émissions, téléfilms ayant trait à la greffe d'organes et diffusés sur les chaînes dites hertziennes⁷. Nous avons visionné environ 20 % de ces productions, sélectionnées tout d'abord par le biais d'un carottage, puis plus systématiquement en fonction d'angles historiques et thématiques⁸. Nous présenterons d'abord certains éléments théoriques et contextuels qui donneront lieu à une mise en perspective de l'évolution des histoires télévisuelles de greffe en France, des années 1950 à nos jours.

É L É M E N T S T H É O R I Q U E S

LA POPULARISATION COMME LECTURE DE LA TRANSPLANTATION

La transplantation d'organes se présente comme un domaine scientifique à fort potentiel diégétique, permettant de construire des histoires télévisuelles susceptibles d'attirer *a priori* compassion et admiration de la part des publics. En effet, ce domaine évoque la vie, la mort, la souffrance, la solidarité. Les acteurs de la greffe – le praticien, la coordinatrice, le patient, la famille du donneur, etc. – endossent des rôles bien définis et identifiables. Des émotions et des valeurs sont mises en exergue : détresse, reconnaissance, générosité, bienfaisance de la médecine. Il se dégage de l'opération un aspect spectaculaire, surtout pour les greffes de cœur et plus récemment pour les greffes de main ou de visage : la

médecine y reconfigure le domaine de la vie et des possibles. En outre, la médiatisation de la greffe est rythmée par un ensemble de « marronniers » : journées du don d'organes, courses du cœur, Jeux olympiques des transplantés, etc.

Un rapide survol du corpus nous met en présence d'un matériel assez hétéroclite. Les appels aux dons se juxtaposent aux longs reportages sur la vie quotidienne de l'hôpital, qui voisinent avec des émissions de vulgarisation médicale, qui eux-mêmes se placent à côté de scénarios insistant sur la vie du patient en attente ou déjà greffé et, enfin, on découvre bon nombre de récits de prouesses chirurgicales. Le déroulé des reportages et émissions est largement déterminé par les « promesses⁹ » de la chaîne, du genre et du style d'émission : informer, divertir, éduquer, sous un jour plus ou moins spectaculaire. Ainsi pourra-t-on attendre, selon le genre et la chaîne de diffusion, des témoignages troublants, une enquête détaillée, une intrusion dans la vie privée ou dans les coulisses de l'hôpital, etc. Notamment, une tendance récente est d'immerger le téléspectateur dans le vécu des patients à l'hôpital, et de les suivre au cours de feuilletons fleuves proposés à intervalles réguliers. Cette tendance est présente sur M6 et, dans une moindre mesure, sur France 3. Elle promet émotion et compassion, mais aussi proximité – ce qui s'inscrit dans la ligne éditoriale de la chaîne publique¹⁰. Par ailleurs, Arte propose des émissions débats autour de documentaires mettant en présence des experts médecins ou philosophes par exemple, promettant ainsi une approche fouillée, contradictoire¹¹.

Toutefois, au-delà de cette diversité, il s'agit d'une lecture assez consensuelle de la médecine, plus ou moins contextualisée, plus ou moins apparente, plus ou moins incarnée par des acteurs humains ou non. En ce sens, nous nous trouvons en présence d'un processus de popularisation dont les « lois » ont été identifiées par plusieurs auteurs, comme Schiele et Jacobi (1988) : référence aux pionniers, aux progrès médicaux, à l'utilité sociale de la greffe, présence de termes occultant/effaçant des représentations ou des préoccupations communes, disparition des traces de l'empirie. Or, une grande partie des émissions, documents, fictions portant sur la transplantation a en son centre des éléments de popularisation dont la force de légitimation n'est pas négligeable.

Harry Collins (1987), quant à lui, considère la popularisation à la télévision comme une « reconstitution » du travail scientifique, qui d'un côté augmente la lisibilité de la science – pour le journaliste et ses publics – mais qui, de l'autre côté, masque le contexte de production de la science – l'empirie, le débat et la contradiction. Le public est donc, à travers le processus de popularisation, éloigné du front de la recherche, et c'est là, paradoxalement, la raison pour laquelle la science gagne en autorité dans l'espace public, devient à la fois incontournable et incontestable. En effet, la

popularisation donne naissance à des « faits » scientifiques particulièrement robustes – et non plus à des questions ou à des processus. Selon Collins, cet éloignement de la « science-en-train-de-se-faire » conduit les publics à admirer et à s'enchanter d'une représentation culturelle de la science bienfaisante et efficace. La présentation télévisuelle de la médecine des transplantations, insistant sur des chirurgiens virtuoses et hors du commun, sur des exploits, mettant évidence de résultats spectaculaires, reprend ces caractéristiques de la popularisation.

Enfin, si la popularisation « décontextualise » la science, elle plante, dans le même mouvement, les histoires de greffes dans un contexte sociétal¹². Des liens forts sont ainsi établis entre ce savoir et cette pratique et un environnement plus vaste et plus familier pour les publics imaginés – les interactions à l'hôpital, la gratitude du receveur, l'environnement familial, etc. La greffe apparaît comme une pratique « normale », presque naturelle, qu'il est important de soutenir – notamment à travers le don d'organes. Il faut alors se demander si cette construction de « normalités » ne s'accompagne pas, en creux, d'une occultation, voire d'une condamnation télévisuelle, des « anormalités ».

LES OBJETS-GREFFES ACTEURS DU RÉCIT

Plusieurs objets sont régulièrement associés à la transplantation : l'organe qu'il s'agit de prélever ou de greffer, les moyens permettant d'attribuer les organes – Minitel puis ordinateur, téléphone –, la glacière qui protège l'organe, les moyens destinés au transport du greffon – avion, hélicoptère, etc. –, le bloc opératoire avec ses médecins et infirmières, le corps du patient en train d'être opéré, etc. Nous appelons ces éléments des « objets-greffes » (Chavot & Masseran, 2001). Il peut s'agir d'images, de sons ou de silences, de discours ou d'une combinaison. La forme qu'ils prennent est relativement stable : il s'agit de repères signifiants qui se sont solidifiés à travers leur récurrence au cours de l'histoire télévisuelle des greffes et sont quasi incontournables. Enfin, ils sont des acteurs à part entière dans les récits, puisqu'ils contribuent à sa structuration et à la construction des significations.

Si nous reprenons des concepts issus de la théorie des représentations sociales, l'objet-greffe pourrait être conçu comme le résultat d'un double processus d'objectification et d'ancrage (Höijer, 2010 ; Moscovici, 2000). L'objectification rend l'inconnu connu en le transformant en quelque chose de concret que l'on peut percevoir et expérimenter à travers nos sens. Il peut s'agir de la matérialisation d'idées abstraites, de sentiments. L'ancrage quant à lui rend l'inconnu connu en le replaçant dans un contexte de représentations sociales déjà existantes, ce qui permet de comparer et de l'interpréter. Ces deux mécanismes quasi indissociables

– l'appel à des objets concrets ne pouvant être compris sans un appel à des référents culturels – participent à la lisibilité des récits. Par exemple, la souffrance d'un patient en attente de greffe est souvent représentée à travers la mise en scène de sa dépendance à la machine, appareil à dialyse ou cœur artificiel extracorporel. L'état de mort encéphalique est matérialisé par un corps isolé branché sur des tuyaux et monitorisé : la mort est signifiée par le fait qu'il n'est pas entouré par le personnel soignant, cependant il est maintenu en vie artificiellement à l'aide de machines.

De plus, les objets-greffes sont aussi des objets-frontières résultant des interactions entre acteurs porteurs de différents intérêts et interprétations : institutionnels, chirurgiens, journalistes, associations, etc. Tout comme les objets-frontières étudiés par Star et Griesemer, les objets-greffes « habitent plusieurs mondes sociaux qui s'entrecoupent [...] et satisfont les prérequis informationnels de chacun d'eux. [...] Ils sont faiblement structurés dans leur usage commun, et deviennent fortement structurés dans les usages individuels. Ces objets peuvent être abstraits ou concrets. Ils ont différentes significations dans différents mondes sociaux mais leur structure est suffisamment commune à plus d'un monde pour la rendre reconnaissable comme un moyen de traduction » (1989 : 393). Ce qui nous intéresse ici, c'est que ces objets sont déjà le fruit d'agrégations – souvent tacites – de sens, ce qui les rend suffisamment plastiques pour exister dans l'espace public et susceptible *a priori* d'être appropriés par des publics très divers.

CONTEXTE TÉLÉVISUEL

Si on considère les objets-greffes comme des objets-frontières, émanant de la confrontation de différents mondes sociaux, de représentations d'intérêts pluriels, d'interactions entre différentes politiques de communication – institutionnelle, journalistique, associative –, les récits apparaissent alors comme une co-construction. En effet, dès les premières réussites opératoires, les chirurgiens se sont alliés aux médias. Il s'agissait pour eux d'abord de faire reconnaître ce champ et les pratiques associées, puis de susciter l'adhésion des publics notamment en vue d'augmenter les dons d'organes. Ainsi, Shumway, le principal concurrent de Barnard dans la course à la première greffe cardiaque, indiquait-il déjà, dans un reportage diffusé en 1968, que l'accroissement du nombre de donateurs volontaires « sera un des effets bénéfiques de la couverture totale de cet événement par la presse et la télévision » (Schiller & Désiré, 1968).

Par ailleurs, la mise en scène de la greffe est soumise à deux types d'influences ou de contraintes au moins : inhérentes au fonctionnement du système médiatique, et relatives aux évolutions techniques de la médecine des transplantations, de son cadre légal

et institutionnel. Comme c'est le cas pour tout autre sujet, les transformations des techniques et des pratiques télévisuelles ont agi sur la forme des histoires de transplantation. Parmi ces transformations, citons l'évolution des genres (Soulages, 2007), l'affirmation des identités de chaînes (Jost et *al.*, 2005), le développement de tendances lourdes ou de styles qui pénètrent l'ensemble de l'univers télévisuel – allant de la généralisation des émissions de « bavardage » à partir des années 1970, jusqu'à l'affirmation de la TV spectacle, de la TV de l'intimité ou de la TV réalité. Ces styles modifient le cadrage des histoires de greffes : par exemple, si l'émission de bavardage, emblématique des années 1970, propose une confrontation entre expert et candide, la télévision de l'intimité des années 1990 se recentrera sur la vie du patient. En outre, les histoires de greffes ont évolué avec un mouvement plus général concernant le traitement des sujets scientifiques à la télévision. La dimension vulgarisatrice très spectaculaire des années 1980 (Véron & Fouquier, 1985) est patente dans le cas des filmages d'opération glorifiant la technique. Dans les mêmes années, le journaliste devient l'animateur de ce spectacle au cours duquel il fait valoir la figure et la parole du chirurgien. Si le journaliste s'impose progressivement comme une figure centrale, la mise en scène télévisuelle accorde de plus en plus de place à la parole du profane, patient, témoin, associatif, etc., qui est valorisée, contrairement à celle du candide des années 1970 qui représentait surtout un faire-valoir. Enfin, un discours critique principalement porté par le journaliste apparaît autour des « mauvaises » pratiques vers la fin des années 1980¹³. Soulignons cependant que ce discours critique ne s'attaque jamais à la légitimité médicale et sociale de la transplantation.

Quantitativement, il apparaît que le nombre de sujets d'actualité ou de documentaires ayant trait à la greffe s'accroît : la greffe devient un sujet très médiatisé à partir du milieu des années 1980. Les pics de médiatisation correspondent principalement aux avancées scientifiques et aux transformations juridiques : utilisation de la ciclosporine à partir de 1985, « scandales » et mise en place des lois bioéthiques au début des années 1990, greffes de main puis greffes de visage. En dehors de ces événements liés à l'actualité, il est frappant de constater que la transplantation représente un sujet toujours présent. Quasiment tous les genres télévisés ont consacré des sujets à la transplantation : journaux télévisés (JT), magazines d'information « sérieux » de type *Panorama* dans les années 1960, magazines d'actualité (*La Marche du siècle*, *Envoyé spécial*), émissions de bavardage (*Aujourd'hui Madame*, *Ça se discute*), émissions de vulgarisation (*Savoir plus santé*, *C'est pas sorcier*, *E=M6*) ou plus récemment les feuilletons réalités diffusés sur France 3 (*Hôtel-Dieu*) et M6 (*L'Hôpital des enfants*). En outre, la transplantation est de plus en plus souvent intégrée dans les

fiction, notamment par le biais des séries (*Sous le soleil, Femmes de loi, SOS 18, Fabien Cosma, Sœur Thérèse.com*, etc.). On y voit des personnes confrontées au vécu quotidien de la greffe, ou encore de sombres trafics. À travers ces genres très différents, c'est l'intégration sociétale de la transplantation qui se dessine, complétant les images de « salle d'op », de thorax ouvert, de cœurs palpitants manipulés silencieusement par un chirurgien au visage dissimulé par un masque. Cette présence continue du thème des transplantations à la télévision constitue un bruit de fond qui intègre dans les préoccupations communes, au même titre que celui du cancer par exemple. Il gagne ainsi en permanence, en importance, voire même en évidence.

QUELQUES ÉVÉNEMENTS MARQUANT LE CHAMP DE LA TRANSPLANTATION EN FRANCE

Les perfectionnements progressifs de la médecine des greffes ont conduit à un élargissement de ses applications et, par suite, à des transformations du cadre juridique. Ces évolutions ont bouleversé les représentations de la médecine, de la vie, de la mort dans l'espace public et l'espace privé. Les histoires télévisuelles de greffe intègrent, discutent, et la plupart du temps justifient ces transformations.

Trois événements constituent une première période¹⁴ :

- les premières greffes vitales réussies, la date de référence étant 1967, marquant la première greffe du cœur,
- la loi Caillavet en 1976 qui institue le principe du consentement présumé et celui de l'anonymat,
- le milieu des années 1980, moment auquel se généralise l'usage de la ciclosporine, diminuant ainsi drastiquement les risques de rejet.

Au cours de cette période, le nombre de greffes s'accroît et l'association France-Transplant se charge de la répartition des greffons. Bref la transplantation apparaît presque comme une opération de routine. Plusieurs dysfonctionnements sont alors intensément médiatisés : trafics d'organes internationaux, organes prélevés sans consentement, traitement irrespectueux du corps du donneur, enquête de l'IGAS à France-Transplant au sujet de « préférences » dans l'attribution des organes, etc. Ces affaires font écho à d'autres scandales perturbant l'image du secteur biomédical et plus largement du champ technoscientifique : le sang contaminé, les hormones de croissance, l'amiante, plus tard la vache folle¹⁵, etc. Les lois de bioéthique de 1994 donnent par suite un nouveau cadre à la transplantation et au prélèvement, en recommandant notamment le témoignage des proches en cas de mort encéphalique, et instituent l'Établissement français des greffes (EFG) en tant qu'instance d'organisation étatique du système. Une nouvelle période télévisuelle

s'ouvre, elle est relativement consensuelle : chirurgiens, personnels hospitaliers, institutionnels, parlent tous d'une même voix pour plaider la cause de la transplantation et du don d'organes, le journaliste devenant un relais fiable de ce discours¹⁶. Il s'agit alors de donner une image transparente au champ de la transplantation. Pour ce faire, l'EFG prendra en charge à la fois la coordination de l'activité de la greffe et la communication vers les médias et le grand public.

Dix années plus tard, l'Agence de biomédecine reprend l'ensemble des activités de l'EFG. Le début des années 2000 est marqué par deux événements majeurs : la réussite des greffes non vitales spectaculaires, d'abord les mains en 1999 puis le visage en 2005 ; la révision des lois bioéthiques en 2004. On assiste à un double élargissement du champ : vers des prouesses chirurgicales inédites, ce qui ouvre de nouveaux débats, notamment éthiques ; vers une extension de la greffe avec donneur vivant à la famille élargie. Dès lors deux types d'histoires de greffes coexistent sur le petit écran. La première est centrée sur l'opération et ses bénéfiques et sur le chirurgien héroïque et son patient. La seconde narrera les « aventures humaines », celle du lien fraternel entre donneurs vivants – emblématisé parfois par des personnalités comme l'acteur Richard Berry qui a donné un rein à sa sœur –, ou plus largement celle de « la chaîne humaine de la transplantation ».

H I S T O I R E S D E G R E F F E S

Le grand récit de l'opération s'est imposé d'emblée et a traversé l'histoire de la transplantation à la télévision. Sa longévité et sa stabilité en font un récit initial, presque mythique, un élément organisateur des histoires télévisuelles de greffe qui donne au téléspectateur une indication immédiatement perceptible du sujet traité. Par ailleurs, le fait que ce soit justement la partie la plus technoscientifique de la greffe qui soit quasiment immuable conduit à une imposition des significations délivrées par les mises en scène. Ainsi, l'autorité médicale et culturelle de la médecine serait non seulement affirmée dans ces histoires mais, de plus, elle imposerait une lecture particulière de la mort, de la vie, du corps et du progrès.

Dans la partie qui suit, nous détaillerons quatre histoires de greffe, articulées autour de l'organe, la mort encéphalique, la médecine triomphante et le lien. Ces histoires constituent toutes une partie du grand récit de l'opération. Elles sont remarquablement stables même si elles donnent lieu à des variations contextuelles. C'est cette stabilité qu'il nous importe d'interroger.

Un cœur battant, des artères sectionnées, des mains qui l'insèrent avec délicatesse et le trempent dans un liquide. L'organe cesse de battre, il est placé dans un bocal, lui-même emballé avec soin. Le tout est glissé dans une glacière, un homme la transporte en marchant à vive allure vers une voiture, la lumière d'un gyrophare troue la nuit, des portes s'ouvrent et se ferment sur un bloc opératoire. L'organe est extrait de son conteneur, une cage thoracique présente sa béance, le cœur y est placé, des instruments animés par des mains gantées aux gestes précis raccordent des artères, une décharge électrique, le cœur se remet à battre. Cette séquence, centrée sur l'objet-greffe « organe » est devenue un passage presque obligé de toute présentation télévisuelle de la greffe, qu'il s'agisse d'un reportage, d'un sujet de journal télévisé ou d'une fiction. Bien évidemment, au cours du temps on assiste à des réajustements. Ainsi, par exemple, la réorganisation du système de la transplantation en France à la fin des années 1970 a amené avec elle une polarisation sur le « transport de l'organe », sujet inexistant auparavant puisque la plupart des opérations se faisaient dans le même hôpital. On note également, dans les années 1990, que le récit centré sur la matérialité de l'organe est moins représenté. Cependant, la mise en scène de l'objet-greffe « organe » est remarquablement robuste.

C'est avec le succès des greffes du cœur que le récit centré sur l'objet-greffe organe apparaît, il deviendra rapidement récurrent. Certes, les toutes premières émissions à la fin des années 1950 concernent plus souvent les greffes de rein, qui commencent à fonctionner. Mais elles passent au second plan dès lors que la transplantation cardiaque permet à un patient de survivre. Le cœur devient alors l'organe par excellence, centre d'une opération chirurgicale sur laquelle s'attarde l'œil de la caméra, et ce jusque dans les années 1990.

Le « choix » du cœur en tant qu'acteur non humain principal est sans doute induit par la valeur iconique et symbolique de cet organe. La « vie » du cœur est immédiatement perceptible : il bat, cesse de battre, et bat à nouveau, il semble contenir la vie et matérialise son passage d'un corps à l'autre. Par ailleurs, le cœur est culturellement perçu comme le siège de la vie et, en tant que tel, il est souvent associé à des sentiments¹⁷ – comme les sentiments amoureux – ou des traits de caractère comme la bonté ou encore des relations positives comme l'amitié. Ainsi, son apparition répétée lui a progressivement conféré une fonction métonymique : le cœur battant représente à lui seul toute la transplantation, la pratique et la solidarité, etc. Il est entouré par le personnel médical, protégé par la technique et porteur d'espoir. Par exemple, le scénario récurrent articulant prélèvement, trajet de l'organe et opération

est en mesure de rendre visibles les différentes facettes technomédicales de la transplantation. Une séquence de quelques images centrée sur l'objet-greffe « cœur » devient ainsi un récit qui comprend un début, un milieu, une fin, des acteurs humains et non humains, une mission, du suspense et de l'action (Illustration I). Ce récit suggère l'efficacité du champ de la transplantation sur le plan technique, systémique et humain.

Or si le caractère diégétique de la transplantation cardiaque est patent, l'attention centrale accordée à l'objet-greffe « cœur » conduit à rigidifier les significations, notamment en passant sous silence certains aspects de la transplantation. Ainsi, le petit écran ne montre que rarement des transplantations d'autres organes. Cette préférence s'inscrit en porte à faux avec la réalité statistique : l'opération rénale est la plus courante et la plus ancienne. Tout se passe comme si, dans la mise en scène télévisuelle, l'organe « rein » ne symbolisait rien en soi. C'est une « pièce de rechange » assez « banale », et la caméra ne s'attarde guère à en fixer le plan. Il en va de même pour les transplantations hépatiques, greffe la plus pratiquée après le rein. Le foie est-il un organe trop peu télégénique ? En tout état de cause, une représentation d'autres organes produirait forcément des variations dans le récit « initial ».

Au vu de l'évolution des mises en scènes télévisuelles de la transplantation, on pourrait croire que le récit centré sur « l'organe noble » se fissure au cours de la dernière décennie. En effet, les longs reportages et les documentaires des années 2000 s'intéressent à la greffe en général, qu'ils tentent de décrire de manière synthétique en montrant toutes les dimensions de la transplantation. L'opération est souvent moins centrale et, de plus, elle ne concerne plus toujours le cœur. Quelques-uns de ces reportages montrent des reins ou des foies : ces récits d'opération, centrés autour d'organes moins « prestigieux », tendent à banaliser la greffe, lui donnent un caractère moins noble mais peut-être aussi plus humain¹⁸. On note d'ailleurs une cohérence entre cette attention portée à la greffe d'organes plus « ordinaires » et la place croissante accordée à la vie quotidienne de l'hôpital : les infirmières, le corps défunt, le personnel médical en son ensemble y compris les femmes de ménage apparaissent dans ces reportages. L'un d'entre eux (Loquet & Bodin-Hullin, 2004) va jusqu'à saisir les discussions assez triviales, voire crues, des chirurgiens en « salle d'op » : la greffe prend alors l'aspect d'une activité humaine, proche de l'univers du téléspectateur – du moins du téléspectateur tel qu'il est imaginé par les initiateurs et auteurs de ces reportages.

Ce changement de cadrage n'est pourtant qu'apparent. D'une part, ces histoires quotidiennes de greffe coexistent avec le récit persistant de l'opération et, d'autre part, au cours de la même période, de nouveaux types de greffes sont médiatisés. À travers elles, l'histoire de greffe se focalise sur des « organes inattendus » : les mains,

le visage qui ont, à l'instar du cœur, une forte fonction symbolique. L'histoire télévisuelle des mains de Denis Chatelier ou du visage d'Isabelle Dinoire est une histoire pionnière, glorifiant la chirurgie des transplantations¹⁹.

Le centrage du récit d'opération sur les objets-greffes « organes nobles » – cœur, mains, visage – n'est pas sans conséquences. Plus les organes semblent précieux, plus ils sont protégés – ainsi que les acteurs qui auront pris soin d'eux. Or le cœur, les mains ou le visage sont, nous l'avons vu, considérés comme bien plus précieux qu'un rein ou qu'un foie. En cas d'échec de la transplantation, de « rejet » de l'organe, ni le chirurgien masqué et virtuose, ni la technique complexe, ni l'organe noble ne sont en cause. C'est le corps du receveur qui rejette l'organe – et non l'organe qui ne parvient pas à s'implanter²⁰.

En France, la mise en scène insistante du cas « Clint Hallam » à la fin des années 1990, met en lumière la dissymétrie du traitement médiatique de la médecine salvatrice et de celui d'un patient responsable de l'échec. Au départ, les médias insistent sur la prouesse, l'habileté et le savoir du chirurgien, les progrès de ce corps soumis aux règles de la médecine. La main est exhibée, le patient n'en est que le porteur, il semble être l'objet consentant et soumis de la chirurgie triomphante. Plus tard, Clint Hallam demande l'amputation de cette main, ne supportant plus, disait-il, les effets secondaires, la vie dépendante des médicaments, le fait d'avoir la main d'un autre. À de rares exceptions près – dont l'émission « l'homme à la main greffée », diffusée sur France 3 en 2000 (Vargas & Cupillard, 1999) –, ces arguments sont simplement cités, mais le patient est toujours présenté comme l'objet d'une prouesse et non comme le porteur d'une parole peut-être légitime. De fait, lorsque Hallam a annoncé sa décision aux médias, journalistes et médecins ont réagi en remettant en cause non pas l'opération et ses suites, mais l'identité du patient. Il n'était pas la « bonne personne », son tempérament n'était pas adéquat, il était fragile psychologiquement, égocentrique, menteur et voleur. Non seulement le corps d'Hallam n'a pas su retenir la main qui lui a été greffée, mais de plus l'esprit d'Hallam l'a rejeté.

Il est intéressant de comparer cette mise en scène du « patient ingrat » au regain d'intérêt que les médias accordent régulièrement à Denis Chatelier, premier greffé des deux mains. Le patient coopératif, bon père de famille, témoignant sa reconnaissance au chirurgien, à la médecine et à Dieu est mis en scène comme un modèle face à l'ingratitude, l'irrespect et l'irrationalité de Hallam. Le premier est digne de la prouesse chirurgicale qui lui a rendu ses mains, le second était incapable de supporter un tel don.

Un écran sur lequel s'affiche un tracé lumineux, le « bip » significatif de l'électroencéphalogramme plat, et plus tard, un corps branché sur des machines qui semble abandonné dans une salle d'hôpital. À la fois centraux pour permettre au public d'identifier la greffe et assez banals pour montrer que la transplantation n'est désormais plus une opération hors du commun, ces signes de la mort encéphalique constituent un objet-greffe signifiant qui se passe de justification et d'explication.

Ces images commencent à apparaître au milieu des années 1970. Le cadre juridique vient de changer, la loi Caillavet promulgue le principe du consentement présumé qui doit, en théorie, amener toute personne non inscrite préalablement dans le registre des refus à être un donneur potentiel. Il est alors crucial que ce bouleversement juridique soit accepté socialement – même s'il a perdu une partie de sa portée dans les décrets d'application, préconisant le recueil du consentement de la famille. Or, l'une des discussions les plus vives à l'époque, comme en témoignent les émissions de plateau, concerne la définition de la mort : le signe qui atteste de la mort n'est plus l'arrêt des battements du cœur, mais celui des fonctions cérébrales. Or, cette nouvelle définition ne fait l'unanimité ni auprès des « candides » présents sur les plateaux télévisés, ni auprès des autorités religieuses, ni même au sein du milieu médical. D'ailleurs la mise en scène télévisuelle fait état de ces débats, tout en indiquant souvent que seule la définition cérébrale est crédible. Dans une mise en scène typique de ce moment de la télévision, l'émission *Aujourd'hui Madame* du 2 décembre 1976 propose à des téléspectateurs d'interroger le professeur Kuss, éminent spécialiste de la greffe rénale. Les postulats de la mort encéphalique sont ainsi expliqués/imposés par un expert, sans contestation possible, à une « élève ».

Professeur Kuss – à Mme Neubout : « Je vais vous dire, les gens chez qui nous prélevons les organes, la mort est vérifiée scientifiquement, par un électroencéphalogramme, par des artériographies carotidiennes. Tandis que le médecin qui va vous signer un décès chez vous, s'il y a quelqu'un qui meurt, ben il va le signer sur l'arrêt du cœur. Il est beaucoup plus mort chez nous, que chez lui. Il est mort scientifiquement, quoi, il n'y a pas de discussions possibles. » (Antenne 2, 2 décembre 1976.)

Or, ce diagnostic exige que le lieu de la mort soit déplacé, de la maison – « chez lui » –, vers l'univers hospitalier – « chez nous ». Il n'y a pas de mort encéphalique sans appareils, sans science, sans hôpital, sans expertise, mais c'est bien cette mort-là qui est définie comme la « vraie ». L'ancienne définition de la mort est désignée comme étant moins certaine. En fait, ces changements de

lieu, de manière de se rendre compte, de définition et de localisation de la mort dans le corps, renversent ce qu'on croyait savoir et ce que la médecine avait longtemps confirmé. Ils réduisent à néant une longue tradition populaire et/ou culturelle, mais aussi médicale, qui fondait un savoir sur la mort. De plus, la définition techniciste de la mort encéphalique et le principe du consentement présumé gomme le souvenir de la vie sociale du donneur et, pour ainsi dire, la douleur de ses proches qui ne sont plus consultés. Pour accepter la « nouvelle mort », il faudrait donc que le public oublie ce qu'il savait jusque-là. Ainsi, dans ces premières années d'application de la loi, l'autorité du médecin semble être primordiale et jamais remise en cause dans l'espace télévisuel.

Ce discours explicatif-persuasif disparaît en grande partie au cours des années 1980, alors que la ciclosporine permet de « routiniser » le succès des greffes et, partant de là, d'accroître leur nombre. La mort encéphalique est alors un objet-greffe réduit à quelques images, à la fois nécessaires à l'histoire et signifiantes sans discours explicatif. L'accent est porté sur l'excellence de la technique et des chirurgiens. Le donneur devient secondaire, il est seulement évoqué dans les propos des personnes greffées qui s'expriment dans une mise en scène dévolue à la cause du don d'organes.

En 1991, c'est un scandale mettant en cause le traitement du donneur qui contribuera à nuancer cette histoire techniciste de la greffe : les cornées d'un adolescent en état de mort cérébrale sont prélevées contre l'avis de ses parents. Le corps leur a été rendu grossièrement recousu et de surcroît une facture leur avait été envoyée. « L'affaire d'Amiens » est intensément médiatisée. Elle est mise en scène comme l'aboutissement catastrophique de la négligence de l'affectif : le « dépeçage » de Christophe est raconté de manière à symboliser les conséquences de la froide logique techniciste de la transplantation des années 1980. La légitimité même de la transplantation est alors contrebalancée par celle de l'amour familial, de l'émotion, de l'humanité.

L'affaire d'Amiens est associée, dans le récit télévisuel, aux dysfonctionnements de France-Transplant et aux trafics d'organes, donnant de la pratique des transplantations une image trouble. Par ailleurs, les techniques se perfectionnant, la greffe devient de plus en plus souvent envisageable : le besoin en greffons augmente, *a contrario* de celui des dons d'organes, ce qui menace la pérennité de la pratique. Les promoteurs de la greffe ont relié les deux problèmes, l'un représentant la cause de l'autre²¹. Ils espèrent que la promulgation des lois de bioéthique en 1994 apportera une réponse partielle à la « crise de confiance » entravant le don. Ainsi, certains professionnels de la greffe insistent pour « respiritualiser » le corps, lui conférer un statut sans le traiter comme un réservoir d'organes, lui rendre sa dimension sacrée : « Le don d'organes est un acte contre-nature, c'est un acte intellectuel, il doit rester relativement

spiritualisé », indique le professeur Dureau, cardiologue (TF1, 14 janvier 1994, 20 heures). C'est dans ce contexte qu'une nouvelle image de la mort encéphalique devient centrale dans les histoires télévisuelles de greffe, celle du corps du donneur : il est généralement recouvert d'un drap, branché sur des machines qui le maintiennent en vie et simultanément manifestent son décès. Contrairement à la représentation du corps vivant qui sera greffé, le personnel médical ne s'active pas autour de lui, il repose seul. La mort encéphalique est ainsi rendue plus concrète, plus humaine, moins technique. En 2003, le documentaire *Passeurs de vie* diffusé sur France 2 (Sauder, 2002) insiste sur ce corps et au respect qui lui est dû : à l'issue du prélèvement, il met en scène la coordinatrice qui l'accompagne avec respect à la morgue. Ce trajet matérialise le fait que la personne est bien décédée et qu'elle rejoint un endroit réservé à la mort.

Toutefois, cette humanisation du corps décédé ne perturbe pas le récit initial : la mort encéphalique est bien la seule vraie mort. Or, la définition de la mort encéphalique, quelles que soient les images qui en sont données, n'a jamais été mise en perspective avec d'autres significations de la mort dans l'espace public. On peut dès lors se demander si les publics adhèrent à cette définition de la mort par arrêt des fonctions cérébrales : dans une enquête menée pour le compte de l'EFG à la fin des années 1990, moins de la moitié de la population reconnaissait ou acceptait l'idée que la mort encéphalique est synonyme de « vraie » mort²². Les participants aux FG que nous avons organisés en 2005 mettaient en évidence quant à eux des acceptions plurielles, plus personnelles et plus symboliques de la mort, qui sont difficilement conciliables avec la définition techniciste. Plusieurs des participants « non directement concernés » indiquaient ainsi que le signe de la mort, « la vraie mort », était l'arrêt cardiaque. Certains insistaient aussi sur le fait que l'organe recelait quelque chose de la vie du défunt, que celui-ci « continuait à vivre » à travers cet organe. Des notions telles que celles de deuil, d'attachement à son propre corps ou à celui d'un être aimé ont été largement évoquées, autant dans les groupes de personnes non concernées que dans celui de personnes concernées.

Évidemment, ces discussions ne peuvent être simplement reliées à la réception des mises en scènes télévisuelles. Cependant, elles montrent qu'au-delà de la notion de mort encéphalique et du grand récit qui en fait le seul référent crédible, les représentations de la mort sont bien plus complexes, intimes, plurielles, liées à d'autres représentations, à l'affectif... Le raccourci effectué dans l'histoire centrée autour de la mort encéphalique-autorisant-le-don n'existe pas : l'arrêt des fonctions cérébrales ne signifie pas la transplantation. Même si celle-ci est techniquement possible, sa réalisation effective se voit contrariée par différents points de vue sur

le corps décédé. Par exemple, un vif débat avait traversé le FG des personnes directement concernées, autour de la question de savoir s'il était légitime ou non de s'opposer au don des organes d'un proche pour des raisons religieuses. L'un des participants, lui-même receveur, a émis ses réticences au don des cornées de sa fille décédée, car les yeux « c'est particulier²³ ».

La sélectivité du grand récit de la transplantation omet ou discrédite ces interrogations. Cependant, cette sélectivité même est susceptible de contrarier la réception des entreprises de persuasion : les discussions que nous avons pu suivre montraient bien qu'une notion aussi abstraite que celle de mort encéphalique doit être reliée à des représentations personnelles, culturelles, sociales, rationnelles et/ou imaginaires. Ce n'est qu'à cette condition que les personnes voudront/pourront donner du sens à cette notion, ce qui ne signifie pas qu'ils l'accepteront forcément.

DE LA MÉDECINE DES HÉROS À LA MÉDECINE TRIOMPHANTE

Figure centrale, le chirurgien représente la greffe à la télévision. Allié à la technique de pointe, il maîtrise des savoir-faire professionnels sophistiqués, il est habile, prestigieux et consciencieux. Sa parole est considérée comme celle d'un expert, ses actes et les images qui en sont renvoyées constituent des éléments chargés de sens.

Dès la fin des années 1950, la transplantation est mise en scène comme une opération faite de techniques opaques, des gestes complexes et habiles d'un chirurgien à la tête d'une équipe soudée, d'un vocabulaire difficilement accessible au profane : c'est un autre monde, le fonctionnement de la transplantation est mis à distance du commun des mortels, dans une mise en scène qui veut susciter fascination et admiration. La greffe semble difficilement critiquable d'autant que le message dominant concerne les vies qu'elle sauve.

Or, dans l'émission *Panorama* de janvier 1968 (Bourget, 1968), la greffe apparaît sous les traits du chirurgien héros, le professeur Christiaan Barnard : virtuose lors de l'opération, il devient profondément humain lorsque le masque tombe. Marius Barnard décrit son frère en insistant sur le fait que Christiaan n'est pas seulement un chirurgien mais qu'il est, comme lui-même, avant tout un médecin. Son talent ne s'exprime pas seulement au travers des techniques et des pratiques de chirurgie, mais également dans son acharnement à venir en aide et à sauver des vies humaines.

Ce premier reportage participe à la construction d'un socle solide susceptible de favoriser – en théorie – l'acceptation sociale de la greffe : la transplantation apparaît comme partie intégrante de l'arsenal thérapeutique, elle est reconnue/soutenue par la médecine et son utilité pour les patients ne fait aucun doute. Science et humanité s'articulent alors pour former un récit cohérent dont

les significations ne sont pas négociables : la greffe devient scientifiquement et culturellement crédible.

À partir du milieu des années 1970, et dans les années 1980, l'aspect humain de la greffe devient secondaire alors que la maîtrise technique est largement médiatisée, notamment à travers les tentatives d'implantation d'organes artificiels. Le chirurgien apparaît alors à l'écran comme un être désincarné, la médecine des transplantations est conquérante et prometteuse, suscitant respect et admiration.

Dans les années 1990, de « nouveaux acteurs » apparaissent en s'inscrivant dans un processus d'humanisation de la greffe, précisément au moment où s'installe ce qui a été appelé par les promoteurs de la transplantation une « crise de confiance » envers le système de la greffe défavorable au don d'organes. Les histoires télévisuelles de greffe font participer les membres du personnel hospitalier au scénario, le partage des tâches devient visible, une impression de solidarité et de travail d'équipe se dégage de ce type de mise en scène. La coordinatrice – en charge d'assurer le lien entre le prélèvement et la transplantation – en est le pivot. Les reportages insistent sur son rôle de médiation : avec les familles, entre les équipes médicales... C'est aussi elle, actrice tout au long de la chaîne de la greffe, qui explique ses tenants et ses aboutissements au téléspectateur. Dans l'histoire télévisuelle il s'agit presque toujours d'une femme. Cette caractéristique donne un tour particulier à la mise en scène télévisuelle qui consacre ses qualités d'empathie et de douceur, censées être primordiales pour le bon exercice de sa profession et pour le fonctionnement de la « chaîne humaine de la transplantation ». En ce sens, la coordinatrice joue un rôle symétrique et complémentaire à celui du chirurgien qui, lui, est quasi exclusivement un homme. Elle est dans le lien alors qu'il maîtrise la technique. Elle soigne, reconforte et explique alors que le chirurgien est imprégné du silence du bloc opératoire ou, lorsqu'il s'exprime, est nimbé par son statut d'expert. Elle communique, il agit²⁴. Ce récit à deux visages, qui rejoint la volonté de l'EFG d'humaniser la greffe, est caractéristique des années 1990 et 2000 : la transplantation doit à la fois apparaître comme une opération sûre et pérenne et comme une chaîne de solidarité entre êtres profondément humains.

Le chirurgien-médecin, quant à lui, s'humanise également, sans endosser pour autant un rôle fait de douceur et de compassion. Il tombe souvent le masque, on le voit avec ses patients, en consultation ou en train de discuter amicalement avec eux. Le lien de reconnaissance qui lie les patients à leur chirurgien est particulièrement souligné. Le chirurgien (re)devient, télévisuellement, un héros bienfaisant.

La mise en scène de la gratitude du patient est encore accentuée avec la réussite des greffes de main et surtout de visage. Ces

opérations sont racontées comme de véritables prouesses, comme une révolution dans l'histoire de la chirurgie. Les images sont spectaculaires : reconstitution en 3D du visage avant et après l'opération, et même, filmage de l'opération en elle-même. Les histoires télévisuelles d'Isabelle et de Pascal, greffés du visage, s'articulent autour de leur métamorphose, présentée comme un prodige de la chirurgie et du chirurgien. C'est en ce sens que le lien patient-chirurgical est extrêmement serré : il ne sauve pas la vie, mais « crée » en quelque sorte des êtres capables de fonctionner socialement et relationnellement avec les autres. Les patients ne sont pas seulement reconnaissants, ils sont redevables. Patient et chirurgien apparaissent lors de conférences de presse communes ou dans les reportages : le rôle du patient transformé et reconnaissant s'articule à celui du chirurgien hors pair, faiseur de « miracles », formant ainsi une histoire entière.

Ainsi, l'histoire de greffe dominante dans les années 1990 et surtout 2000 combine technicité et humanité, renouant d'une certaine manière avec les premiers reportages sur la greffe cardiaque. D'un côté, à travers le rôle central donné aux éléments techniques et à l'excellence chirurgicale, la greffe apparaît comme un monde à distance, accessible seulement à ceux qui ont acquis un savoir et une pratique. Mais, de l'autre côté, la greffe est peuplée de figures humaines et vivantes et se rapproche des publics²⁵. Le chirurgien apparaît dès lors comme un être mi-dieu, mi-homme, le dualisme technoscientificité/humanité renforce d'autant le grand récit de la médecine triomphante.

Or, la survie du patient, ses difficultés à gérer les traitements antirejet, l'efficacité à long terme de la greffe ne sont évoqués qu'anecdotiquement, ils ne font pas partie de ce grand récit. Au cours de *focus groups* que nous avons organisés en 2005, les personnes ayant bénéficié d'une greffe déploraient la rupture abrupte entre leur statut avant et après la transplantation. Une fois greffées, elles sont soudainement considérées comme « guéries » alors même que leur maladie les a coupées durant des années du monde social et professionnel. Selon ces personnes, aucune transition entre les deux statuts n'est aménagée, les obligeant à rechercher du jour au lendemain un emploi, une insertion, des relations. Il s'agit là d'histoires de vies qui s'opposent à l'histoire télévisuelle présentant le greffé comme un être ayant, par la magie de la chirurgie, retrouvé toutes ses capacités, y compris son intégration sociale.

LA MISE EN SCÈNE DU LIEN : ALTERNATIVE AU RÉCIT DE L'OPÉRATION ?

L'un des tout premiers reportages sur les transplantations diffusé en France donnait à voir « une histoire de deux frères », l'un ayant donné – de son vivant – un rein à l'autre. La greffe, une entreprise

scientifique encore hasardeuse, est alors traitée sous un jour favorable, notamment parce qu'elle est associée à la solidarité fraternelle. En effet, ce couple donneur vivant/receveur revêt une signification particulière : la médecine a besoin du lien familial/émotionnel pour que son action salvatrice puisse se concrétiser, et en même temps le lien fraternel ne survivra que grâce à l'efficacité de la médecine. Ainsi, dans l'émission *Cinq colonnes à la une*, cette double force est affirmée : « André et George Siméon sont devenus, sans le vouloir, simplement, les héros d'un miracle de la médecine [...] c'est pourquoi ce miracle est une histoire humaine autant qu'un événement médical. » (Dumayet, 1959.)

La greffe de cœur victorieuse du Cap donne, nous l'avons évoqué, naissance au même type de récit de lien : le reportage « Ces médecins du bout du monde » débute par une interview de l'épouse du donneur. Celle-ci explique les circonstances de l'accident, le transport du corps à l'hôpital et sa décision de donner le cœur de son mari pour sauver une vie. La famille symbolise le lien entre la personne qui reçoit une nouvelle vie et celle qui a dû partir. La connaissance de l'autre permet de transcender la mort, de donner l'espoir et de témoigner en faveur de la bienfaisance d'une médecine infiniment prometteuse. Cette histoire a valeur de modèle pour les téléspectateurs. Il n'est donc pas surprenant que, dès les débuts, les différents acteurs promoteurs de la greffe envisagent les médias pour susciter le don d'organes, c'est-à-dire instaurer un lien virtuel entre les téléspectateurs et la transplantation.

Or, cette « histoire de lien » disparaît des écrans à la faveur de la loi Caillavet qui promulgue le principe de l'anonymat. Si le terme de don subsiste, il est vidé de son sens relationnel, il s'agit moins d'un don que d'un prélèvement sur un cadavre qui n'est pas propriétaire de ses organes²⁶. La métaphore dominante durant cette époque est celle de la machine qui fonctionne bien :

- la médecine est une machine perfectionnée, l'hôpital est présenté comme un monde clos, fonctionnant avec ses propres règles et hiérarchies,
- le corps est une machine faite de pièces saines ou défectueuses,
- les personnels anonymes sont les rouages du système,
- le chirurgien est maître de la technique,
- l'opération est le produit de cette machine : tout doit tendre vers son bon accomplissement.

La représentation de la « machine qui fonctionne » se transforme dans les années 1990. La mise en scène télévisuelle s'articule alors autour de l'idée relationnelle du don, de la confiance, de la solidarité et de la transparence : la métaphore centrale est celle de la « chaîne humaine » et continue, animée par le personnel médical, notamment comme nous l'avons vu, par les coordinatrices. Par ce biais, le lien entre donneur, famille de ce dernier et receveur, patient et

médecin, membres de l'équipe médicale, réémerge de manière forte. LEFG multiplie alors ses messages, non seulement *via* les campagnes de communication publique, mais également à l'occasion des journaux télévisés et des reportages. Les associations de patients et celles qui militent pour le don d'organes sont de plus en plus présentes sur le petit écran. Cette chaîne intègre l'hôpital et l'opération dans un contexte sociétal large, celui d'une cause qui concerne tout un chacun. Désormais, le rôle actif du donneur est non seulement reconnu, mais également salué. Implicitement, on admet que donner ses organes ou ceux d'un proche n'est pas un acte facile. L'objet-greffe « don » parcourt le grand récit de la greffe : il est le lien que chacun peut – doit ? – mettre en pratique. Geste naturel et courageux à la fois, il dépasse les frontières de tous ordres : l'insistance médiatique sur les dons d'organes entre Israéliens et Palestiniens montre qu'à travers ce geste, tout est possible.

Cette histoire de greffe, centrée sur le lien, constitue-t-elle une alternative au grand récit de la médecine triomphante ? Il apparaît bien plutôt que, à partir des années 1990, les deux récits coexistent, se croisant parfois dans le même reportage. Ils se complètent, donnant à la transplantation une double légitimité : technique, à travers la mise en scène des performances et des prouesses ; humaniste, *via* l'insistance sur le lien.

Cette double histoire « naturalise » en quelque sorte le don d'organes. Les patients reconnaissants témoignent de leur nouvelle vie, devant le téléspectateur. C'est ce dernier qui, en souscrivant à cet acte, prendra place dans la grande chaîne humaine de la greffe et permettra de sauver des enfants en souffrance à l'hôpital ou de redonner une vie normale à une personne défigurée. Dans les années 1990 et 2000, la mise en scène du non-donneur était encore culpabilisatrice : plusieurs reportages présentaient des personnes regrettant de ne pas avoir donné les organes d'un proche ; des appels étaient lancés pour sauver tel ou tel enfant et l'annonce de leur décès, « faute de don d'organes », résonnait comme un reproche fait aux téléspectateurs. La chaîne était rompue... Actuellement ce discours semble avoir disparu, mais le don est toujours présenté comme la normalité.

C O N C L U S I O N

Nous l'avons vu, la métaphore de la « grande machine efficace », impliquant un corps réduit à l'état de machine ou de réservoir d'organes, a été discréditée au début des années 1990. En conséquence, l'institution de tutelle a été transformée, le cadre juridique a été assoupli et le récit télévisuel dominant a été aménagé, redonnant une place centrale au lien. Cependant, il n'y a pas de récit alternatif, au contraire même, la juxtaposition du récit de la

médecine triomphante et de celui du lien donne à la transplantation un caractère de nécessité, non seulement médicale mais aussi sociétale.

En cela, le récit télévisuel est cohérent avec le discours institutionnel de promotion de la greffe et du don d'organes. Plus encore, il s'en fait le relais en personnifiant les campagnes de sensibilisation au don, par exemple, ou encore le discours visant à affirmer la transparence de l'institution et la nécessité du développement de la greffe. Il va sans dire que nous ne remettons pas en cause la légitimité de ce discours, essentiel au développement de la transplantation. Cependant, en le personnifiant au travers d'histoires d'êtres de chair et de sang, la télévision exclut certaines significations et en souligne d'autres. En d'autres termes, cette personnification va tout à la fois expliquer, sensibiliser, « naturaliser » et normaliser certaines attitudes, certaines valeurs alors que d'autres disparaîtront ou apparaîtront comme illégitimes. Pour donner un exemple, la mort encéphalique constitue une condition *sine qua non* à la transplantation de très nombreux organes, vitaux ou non. Cette notion est centrale dans le récit télévisuel qui lui donne, *via* la personnification, une valeur forte de lien entre le donneur et le receveur. Toutefois, en France non seulement cette notion n'a pas été débattue dans l'espace public – contrairement à ce qui s'est passé en Allemagne par exemple –, mais de plus, une définition univoque a littéralement été imposée, comme seule définition possible de la mort. Cette définition, très technique, ne laisse guère de place à l'imaginaire ou aux réinterprétations. Ainsi, l'idée qui voudrait que l'être d'une personne subsiste à travers un organe greffé est rejetée hors du récit. Quand bien même des témoignages de familles de donneurs s'expriment évoquant le fait que le don a permis à leur proche de « vivre » à travers cet organe, cette « vie » est plutôt réduite à un mécanisme. Pourtant, l'idée que la personnalité, le caractère, l'identité, l'une ou l'autre faculté..., du donneur seraient transmis à travers l'organe, persiste²⁷. On la retrouve dans l'univers fictionnel – par exemple dans de nombreux romans et films cinématographiques²⁸. Mais elle est également prégnante dans les discours informels, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte lors des FG que nous avons organisés.

Le récit télévisuel reste en grande partie aveugle par rapport à l'existence de ces significations, ignorant ainsi que la logique technomédicale n'est pas toujours centrale dans les mises en sens publiques des greffes. De plus, ces imaginaires ne sont pas forcément pris au pied de la lettre lorsqu'ils s'énoncent, mais ils permettent d'exprimer un sentiment, un espoir, une crainte. Ils font partie des histoires de greffe mises en sens par les téléspectateurs. Cet « aveuglement » médiatique peut accroître certaines réticences face au don. Car ce n'est pas parce que le récit dominant de la greffe est amputé de ces imaginaires qu'ils ne subsisteront pas, et qu'ils

pourront, faute de trouver un lieu d'expression, alimenter les réticences d'autant plus difficiles à cerner qu'elles seront plus intimes.

Il en va de même avec les modèles qui sont proposés par ces récits : à travers eux se dessine un « devoir », celui de donner ses organes ou ceux d'un proche. Or, le taux de refus de don des organes des proches laisse deviner combien ce « devoir » est difficile à assumer pour la famille, lorsqu'elle est placée dans une situation particulière liant l'annonce de la mort à la demande de don. Cette difficulté est certes évoquée par les récits télévisuels. Ce qui en est en revanche absent, c'est la présentation du refus comme une alternative légitime. Le « non » est encore bien souvent soit évacué du récit comme possibilité, soit présenté comme le « mauvais » choix.

Ces exemples illustrent à notre sens la force normative d'un récit télévisuel quasi univoque de la greffe... qui ne s'impose pas sans susciter de paradoxes. Pour conclure, nous relèverons trois points de tensions. Premier point de tension : le récit est sous-tendu par l'autorité de la médecine qui, si elle est bien sûr légitime, lui confère une perspective et une logique particulières. Le récit attribue ainsi une définition – médico-scientifique – non négociable à tout un ensemble d'éléments qui, de fait, n'appartiennent pas seulement au champ biomédical : la mort est définie par l'arrêt des fonctions cérébrales, le corps est constitué de différentes pièces, plus ou moins interchangeables, son fonctionnement – la « vie » – peut être rétabli grâce au remplacement d'une de ces pièces. Le progrès, enfin, est d'étendre le périmètre de cette médecine bienfaisante vers d'autres « pièces ». Ainsi, la transplantation apparaît comme une technique sans alternatives, et d'autres manières de faire signifier la mort, le corps, la vie sont absentes du récit, alors qu'elles sont bien présentes dans l'imaginaire collectif.

En second lieu, le grand récit télévisuel de la greffe articule, nous l'avons vu, un ensemble d'objets-frontières, tels que la singularité de l'organe « noble », la mort encéphalique, le « lien », etc. Ils apparaissent dans les discours médiatisés de différentes catégories d'acteurs de la transplantation : chirurgiens et praticiens hospitaliers, décideurs en matière de santé publique, associations de patients ou de promotion du don d'organes, patients en attente et journalistes. Ces objets-greffes sont consensuels dans les récits, notamment parce qu'ils permettent de traduire médiatiquement des préoccupations biomédicales. Or, les objets-frontières apparaissent comme autant de points de repère qui structurent le champ des significations et des valeurs – générosité, devoir citoyen, solidarité... – accordées à la transplantation. La normativité de ces valeurs vient conforter l'autorité des significations scientifiques. Aussi, confronté à l'autorité du discours médical et à la force normative des valeurs sociales, le spectateur n'a-t-il guère de possibilités de remettre en perspective ce récit dans son quotidien et/ou d'en

négoier les significations... alors même qu'il en est le premier destinataire, et qu'il est appelé à « réaliser » ce récit en acceptant le principe du don d'organes – pour soi ou pour ses proches.

Enfin, on peut douter que les publics parviennent toujours à se reconnaître dans l'agencement de ces objets-greffes. D'un côté, le récit qui les articule leur donne à voir ce qu'ils ne sont pas autorisés à voir en temps normal : les coulisses de l'hôpital, l'opération, le travail des coordinateurs... Le récit de la transplantation trouve son lieu dans un milieu aseptisé, entouré par un personnel dévoué et humain, il se conclut souvent par une réussite... Or, la plupart des personnes ont expérimenté, d'une façon ou d'une autre, l'hôpital. Et cette représentation idéale délivrée par le récit de la greffe ne correspond que partiellement à leur expérience du quotidien hospitalier. Ce clivage entre représentation télévisuelle et représentation quotidienne de l'hôpital est susceptible d'accentuer la distance du téléspectateur avec la greffe : celle-ci semble déconnectée du réel, presque « fictionnelle ». Dans le même ordre d'idées, le donneur tel qu'il apparaît dans le récit, est éclairé, responsable de son choix et serein, ce qui ne correspond pas forcément à l'état d'une personne qui s'interroge sur le don d'organes, c'est-à-dire qui se confronte à l'éventualité de sa propre mort ou à celle d'un être aimé. Dans ce cas, la distance peut contrarier l'identification.

P. C.

Université de Strasbourg

– Laboratoire interuniversitaire des sciences de l'éducation et de la communication

(EA 2310)

A. M.

Université de Strasbourg

– Centre de recherche sur les médiations

(EA 3476)

Manuscrit reçu le : 2 avril 2010.

Version révisée, reçue le : 3 février 2011.

Article accepté pour publication, le : 15 février 2011.

NOTES

1. Dans ce reportage le filmage de l'opération portait sur un cœur de chien.
2. Ce docufiction est britannique. Il est intéressant de mettre en évidence les spécificités contextuelles selon les pays. C'est d'ailleurs ce qui a été fait au cours du programme européen *Challenges of Biomedicine* (6^e PCRD, cf. infra) ; on peut aussi se reporter à Felt *et al.* (2010) pour une comparaison dans trois pays européens. Toutefois, dans le présent article, tout en ayant conscience de ces spécificités culturelles, juridiques, religieuses... nous nous concentrerons sur les histoires de greffes diffusées sur les médias français. Remarquons que le don d'organes en Grande-Bretagne, tout comme en France, est régi par un cadre juridique européen imposant gratuité et anonymat.
3. Lorsque les conditions médicales sont réunies – mort encéphalique et respect de critères biologiques strictes –, les équipes de chirurgiens ne peuvent pas prélever une personne sur trois du fait de l'opposition des familles ou d'une inscription sur le registre des refus. Le nombre de personnes en attente d'une greffe est passé d'environ 2 200 au début des années 1980 à plus de 8 000 à la fin des années 2000. Le nombre de greffes pratiquées est de 4 580 en 2009, contre près de 900 en 1980. Source : Agence de biomédecine. Publication en ligne : <http://www.dondorganes.fr/Les-chiffres-cles.html>. Consulté le 1^{er} février 2011.
4. *Entre savoirs et confiance : Médiation et crise de la transplantation en France*. Recherche menée en 1999-2001 pour le compte de l'Établissement français des greffes (EFG).
5. *Challenges of Biomedicine – Socio-cultural contexts, european governance and bioethics*, (CoB), Contrat CE (6^e PCRD, 2004-2007). Le programme comportait une dimension comparative importante et concernait l'Allemagne, l'Autriche, Chypre, la France, la Grande-Bretagne, la Lettonie, les Pays-Bas et la Suède. Dans cet article, nous ne nous intéresserons qu'aux résultats français, notamment aux FG organisés à Nancy et à Marseille. Pour un aperçu du programme voir la publication en ligne : <http://www.univie.ac.at/virusss/cob/>. Consulté le 7 septembre 2011.
6. Ces deux éléments ont été largement présents dans les discussions tenues lors des FG consacrés aux participants « non concernés » par la greffe. D'autres mises en question ont émergé, relatives notamment au principe de l'anonymat, etc.
7. À savoir, TF1, France 2, France 3, Arte, M6, Canal plus puis France 5. Notre recherche a permis de repérer un peu plus de 900 séquences de journaux télévisés consacrées à la greffe, et environ 450 émissions autres – émissions de plateau, magazines d'actualité, téléfilms... – où la greffe est présente.
8. Le logiciel *Médiacorpus* mis à disposition par l'INA traite les notices à travers des descripteurs. Ceux-ci, ainsi que les descripteurs créés par le chercheur, peuvent être utilisés pour étudier la récurrence d'un thème à travers le temps.
9. Si l'on considère les caractéristiques du matériel dont nous disposons, et les possibilités d'investigation nécessairement limitées qu'il offre, il nous semble plus adapté d'utiliser le terme « promesse ». La notion de contrat ouvre certes des perspectives fructueuses, mais les restrictions de notre corpus ne nous permettent pas d'envisager concrètement les caractéristiques interactionnelles inhérentes aux problématiques du contrat. Pour une discussion de ces notions voir par exemple Jeanneret & Patrin-Leclère (2005).
10. M6 : « L'hôpital des enfants », diffusé au printemps 2006 et « Urgent, la vie en suspens » diffusé en 2008 ; France 3 : « Hôtel Dieu », diffusé en 2005.
11. Voir par exemple, Arte, Thema : « 2030 : l'homme immortel » diffusé en 2007.
12. Ce qui rejoint l'analyse de Jeanneret, pour lequel la vulgarisation « participe

- d'un phénomène social plus général, la définition d'un point de vue sur le champ scientifique » (1994 : 301).
13. Concernant l'évolution médiatique d'un champ scientifique particulier voir Babou (2004). Des ruptures du même type ont été identifiées dans le cadre de la médiatisation du sida (Masseran & Chavot, 1996).
 14. Une segmentation plus fine du flux télévisuel permettrait d'analyser des détails et des significations supplémentaires. Nous avons délibérément choisi de nous en tenir à ces « tournants remarquables », dans le but de faire ressortir des continuités assez robustes pour « composer » avec ces grands bouleversements contextuels. Les discontinuités existent certes, mais elles constituent très souvent des adaptations, des variations, plutôt que des ruptures.
 15. Sans vouloir entrer dans les détails, il est patent que les années 1980 et 1990 constituent le théâtre de la montée en puissance de la perception des risques évolutifs – même si des mouvements de ce type sont décelables depuis les années 1960, au moins. Ces risques sont alors progressivement pris en compte, avec plus ou moins de succès, par les institutions – politiques, assurancielles... Sur ces sujets, voir Beck, (1986), (2001) et surtout Beck, Giddens & Lash (1994). Le domaine biomédical n'échappe pas à ce mouvement réflexif.
 16. Au même moment, l'avis 45 du Comité consultatif national d'éthique portant sur les « questions éthiques posées par la transmission de l'information scientifique relative à la recherche biologique et médicale » appelle les scientifiques à communiquer avec plus de prudence avec les médias, milite pour la généralisation des services de communication au sein des laboratoires et pour un travail de formation plus conséquent pour les journalistes. Cet appel sera largement suivi par les différentes institutions, dont l'EFG.
 17. Cette signification est d'ailleurs très présente dans les discussions ayant eu lieu dans les *focus groups* que nous avons organisés : le cœur n'est pas un organe comme les autres.
 18. Le nombre de greffes du cœur en France est relativement stable, au moins depuis 2000, année lors de laquelle 328 cœurs ont été transplantés. En 2009 ce chiffre s'élève à 359. Notons les variations : le chiffre a chuté à 283 en 2003 et s'est élevé à 366 en 2007. En revanche, d'autres types de greffe ont beaucoup progressé, notamment les greffes de poumons – 70 en 2000, 231 en 2009. Il semblerait donc que le nombre effectif de transplantations cardiaques ou pulmonaires, par exemple, n'ait que peu d'incidence sur le récit télévisuel des années 2000. Publications en ligne : http://www.france-a-dot.org/images/pj/38p1_Chiffres-Greffes-prelevements.pdf et <http://www.dondorganes.fr/Les-chiffres-cles.html>. Consultés le 7 septembre 2011.
 19. Et ce même si l'opération des mains n'est jamais montrée. L'« organe » main est central dans le récit, ainsi des plans sur celles de Denis Chatelet démontrant par le geste les progrès de sa motricité.
 20. Ce phénomène est également perceptible lorsqu'on considère que les échecs de la greffe ne sont quasiment pas évoqués à la télévision, alors que le bon fonctionnement du corps des patients greffés, notamment sportifs, est mis en exergue.
 21. Ainsi Didier Houssin, directeur de l'EFG, revenant sur cette période affirme : « La loi du 29 juillet 1994 est intervenue dans une période de crise après l'affaire d'Amiens (1991), le problème posé dans certains centres par les patients non résidents et l'affaire du sang contaminé. Dans ce climat général, l'activité de prélèvement avait fortement diminué : - 30 % pour les cornées, - 20 % pour les organes de 1991 à 1994. » (Claeys & Huriet, 1999.)
 22. 67 % des Français soit ne connaissent pas, soit donnent une définition erronée, soit n'admettent pas la notion

- de mort encéphalique. Voir Nicolas Herpin et Florence Paterson (2000). Des données plus récentes sont fournies par l'enquête de l'Agence de biomédecine de 2006 : 43 % (des plus de 18 ans) sont sûrs que la mort encéphalique est un état qui permet le prélèvement. Publication en ligne : <http://www.dondorganes.fr/IMG/File/etudeadultes.pdf>. Consulté le 1^{er} février 2011. 42 % des jeunes (16-25 ans) pensent que la mort encéphalique et le coma sont la même chose. Publication en ligne : <http://www.dondorganes.fr/IMG/File/etudejeunes.pdf>. Consulté le 1^{er} février 2011.
23. L'enquête de 2006 auprès des jeunes de 16 à 25 ans montre que 54 % seulement des jeunes trouvent qu'il est acceptable « prendre les yeux » – contre 85 % pour les organes internes. 54 % des personnes de plus de 18 ans considèrent « qu'il est plus difficile de donner certains organes ».
24. Cette division genrée du travail est classique. Elle rejoint par exemple la lecture que Haraway (1989) fait de la primatologie : aux hommes la recherche dure et l'action, aux femmes l'observation, les soins, ou encore la communication. L'usage quasi exclusif de cette dichotomie culturellement enracinée dans les histoires de greffe permet de rendre lisible, et crédible, le travail de l'institution hospitalière et son caractère humaniste.
25. Ce processus d'humanisation apparaît comme une constante dans la vulgarisation scientifique. Sur ce point voir Daniel Jacobi et Bernard Schiele (1989).
26. Par ailleurs, durant les années 1970 et 1980, le don vivant ne constitue pas vraiment un sujet télévisuel.
27. La persistance de l'idée d'une survivance des caractères du donneur chez le receveur est soulignée dans d'autres études, notamment dans les entretiens menés auprès de jeunes par le Pr Marcelli : « Les questions ou les remarques qui ont été exprimées au cours des entretiens qualitatifs en particulier stigmatisent cette transgression et le doute qu'elle peut provoquer : "Qu'est-ce qui est transféré dans le corps *via* le nouvel organe ?", "Est-ce que la personne est vraiment morte ?" » Publication en ligne : <http://www.dondorganes.fr/IMG/File/analyses%20de%20Daniel%20Marcelli.pdf>. Consulté le 1^{er} février 2011.
28. Cette prise en charge de la transplantation par la fiction est bien plus ancienne que les réussites en matière de transplantation. Sans vouloir produire une analyse de ce phénomène ici, beaucoup de fictions se centrent autour du caractère « transgressif » de la transplantation et/ou de la transmission des caractéristiques du donneur au receveur *via* l'organe. Ces fictions nourrissent tout un imaginaire qu'on ne peut négliger. En ce qui concerne la dimension transgressive, on pense bien entendu à la figure du Frankenstein de Mary Shelley et à ses multiples réactualisations cinématographiques. L'idée du « vol » ou trafic d'organes est, elle aussi, très présente dans les films, citons pour prendre un exemple récent *Dirty Pretty Things* de Stephen Frears en 2002. Le roman de Maurice Renard (1921), puis les différentes versions filmiques des *Mains d'Orlac*, va plus précisément dans le sens d'une transmission de la personnalité du « donneur » vers le receveur. Plus proche de nous, *Tout sur ma mère* de Pedro Almodovar (1998) narre le parcours d'une mère – coordinatrice dans le système de la transplantation – à la recherche du receveur du cœur de son fils, cœur qui signifie pour elle bien plus qu'un organe « encore en vie ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ARTICLES ET OUVRAGES

- Babou (Igor). 2004. *Le Cerveau vu par la télévision*. Paris : Presses universitaires de France. (Science, histoire et société.)
- Beck (Ulrich). 2001. *La Société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Aubier. [Publication originale 1986.]
- Beck (Ulrich), Giddens (Anthony) & Lash (Scott). 1994. *Reflexive Modernization : Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Cambridge : Éd. Polity Press.
- Chavot (Philippe) & Masseran (Anne). 2001. *Entre savoirs et confiance : Médiations et crise de la transplantation en France*. Rapport final pour l'Établissement français des greffes.
- Claeys (Alain) & Huriet (Claude). 1999. *Rapport sur l'application de la loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal*. Rapports de l'OPECST.
- Collins (Harry). 1987. « Certainty and the public understanding of science : science on television ». *Social Studies of Science*, 17, p. 689-713.
- Felt (Ulrike), Fochler (Maximilian) & Winkler (Peter). 2010. « Coming to terms with biomedical technologies in different technopolitical cultures : A comparative analysis of focus groups on organ transplantation and genetic testing in Austria, France, and the Netherlands ». *Science, Technology & Human Values*, 35, p. 525-553.
- Haraway (Donna). 1989. *Primate Visions : Gender, Race, and Nature in the World of Modern Science*. New York & London : Routledge, Chapman & Hall.
- Herpin (Nicolas) & Paterson (Florence). 2000. « Le don d'organes et la perception de la mort par les Français : Les systémistes et les intégralistes », p. 797-814 in *La Greffe humaine. (In) certitudes éthiques : Du don de soi à la tolérance de l'autre* / sous la direction de Robert Carvais et Marilyne Sasportes. Paris : Presses universitaires de France.
- Hentz (Jean-Gustave). 2000. « La mort : Quelle mort ? Controverses autour du concept de mort cérébrale en Allemagne », p. 149-161 in *Éthique et transplantation d'organes* / sous la direction de Jean-François Collange. Paris : Éd. Ellipses.
- Höjjer (Birgitta). 2010. « Emotional anchoring and objectification in the media reporting on climate change ». *Public Understanding of Science*, vol. 19, 6.
- Jacobi (Daniel) & Schiele (Bernard). 1989. « Scientific imagery and popularized imagery ». *Social Studies of Science*, 19, p. 731-53.
- Jeanneret (Yves). 1994. *Écrire la science – Formes et enjeux de la vulgarisation*. Paris : Presses universitaires de France.
- Jeanneret (Yves) & Patrin-Leclère (Valérie). 2005. « La métaphore du contrat ». *Hermès*, 38, p. 133-140.
- Jost (François) et al. 2005. *Années soixante-dix : La télévision en jeu*. Paris : Éd. CNRS.
- Masseran (Anne) & Chavot (Philippe). 1996. *Le Sida des colloques aux journaux : Construction et circulation de l'information*. Rapport final pour l'ANRS.
- Moscovici (Serge). 2000. *Social Representations : Explorations in Social Psychology*. Cambridge : Polity Press.
- Nelkin (Dorothy). 1987. *Selling Science : How the Press Covers Science and Technology*. New York : Éd. Freeman and Co.
- Schiele (Bernard) & Jacobi (Daniel). 1988. « La vulgarisation scientifique. Thèmes de recherche », p. 12-44 in *Vulgariser la science : Le procès de l'ignorance* / sous de la direction de Daniel Jacobi et Bernard Schiele. Paris : Éd. Champ Vallon.
- Soulages (Jean-Claude). 2007. *Les Rhétoriques télévisuelles. Le formatage du réel*. Bruxelles/Paris : De Boeck Université/INA. (Médias Recherches.)
- Star (Susan Leigh) & Griesemer (James R.). 1989. « Institutional ecology, "translations"

and boundary objects : Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-1939 ». *Social Studies of Science*, 19, p. 387-420.

Véron (Eliseo) & Fouquier (Éric). 1985. *Les Spectacles scientifiques télévisés : Figure de la production et de la réception*. Paris : Éd. La Documentation française.

ŒUVRES AUDIOVISUELLES

- Andreu (Anne). 2008. *À cœur battant*. Diffusé par France 2 le 17 janvier 2008.
- Bourget (Pierre). 1967. *Washkansky n'est pas mort pour rien*. Diffusé sur la première chaîne dans l'émission *Panorama* du 22 décembre 1967.
- Bourget (Pierre). 1968. *Le Cœur : Le Cap – Ces médecins du bout du monde*. Diffusé sur la première chaîne dans l'émission *Panorama* du 12 janvier 1968.
- Dumayet (Pierre). 1959. *Greffé du rein : Histoire de deux frères*. Diffusé lors de l'émission *Cinq colonnes à la une* du 6 novembre 1959.
- Lantieri (Marie-Françoise). 2007. *Nouveau visage, nouvelle Vie*. Diffusé par France 2 le 17 mai 2007.
- Loquet (Guyllhaine) & Bodin-Hullin (Xavier). 2004. *Une course pour la vie*. Diffusé par France 3 le 24 avril 2004.
- Manganaro (Massimo). 1997. *Greffes d'organes : De quoi avons-nous peur*. Diffusé par France 2 dans l'émission *Ça se discute* du 12 février 1997.
- Reams (Patrick). 2006. *The First New Heart (Un cœur à soi)*. Diffusé par Arte le 15 novembre 2008.
- Sauder (Régis). 2002. *Passeurs de vie*. Diffusé par France 2 le 26 avril 2003.
- Schiller (Willy) & Désiré (Claude). 1968. *Le cœur : Californie – Shumway parle*. Diffusé par la première chaîne dans l'émission *Panorama* du 12 janvier 1968.
- Vargas (Richard) & Cupillard (Catherine). 1999. *L'Homme à la main greffée*. Diffusé par France 3. Date de diffusion non précisée.

Si la transplantation apparaît aujourd'hui comme une technologie « de routine », il ne s'agit pas d'une opération anodine, ni sur le plan médical ni sur le plan symbolique. Les récits télévisuels de la médecine des transplantations constituent ainsi un enjeu puisqu'il s'agit de rendre concrètement imaginable une opération qui repose sur des présupposés renversant des expériences et des savoirs culturels et intimes. Dans cet article, nous désirons explorer la dynamique qui combine et agence des éléments – représentations de la mort, de la maladie, de la chirurgie – en suivant des « histoires télévisuelles de greffes ». Ces histoires, telle est notre hypothèse, varient, certes, suivant les contextes télévisuels et technologiques, toutefois il est possible d'identifier un grand récit de l'opération, remarquablement stable des années 1950 à nos jours en France. Cette stabilité « normalise » et idéalise les présupposés médicaux, philosophiques, éthiques et sociétaux de la transplantation.

Titre : Histoires de greffes : Permanence d'un récit télévisuel.

Mots-clés : Transplantation, récit télévisuel, objets-frontières, popularisation, technologie médicale.

If organ transplant appears nowadays as a routine medical technology, it is not a trivial operation both at the medical and the symbolic levels. Hence, television stories on transplantation medicine may constitute an issue in the sense that they give concrete pictures of a medical operation that stands on presuppositions challenging cultural and intimate experience and knowledge. In this paper, we will explore the dynamics that combines elements – representations of death, disease, surgery – through analysing television stories about organ transplants. Our hypothesis is that if these stories may evolve according to the television and the medical contexts, they always fit with a master narrative of the operation, remarkably stable from the 50s. This stability « normalizes » and idealizes medical, philosophical, ethical and societal presuppositions as regards organ transplant.

Title : Organ transplant stories : Permanence of television narrative.

Key words : Organ transplant, television, narrative, boundary object, popularisation, biomedical technology.

El hecho de que el trasplante sea considerado en la actualidad como una tecnología rutinaria, no indica que ésta sea una operación anodina, tanto en el ámbito médico como en

el simbólico. Los relatos televisivos de la medicina de trasplantes constituyen una apuesta, ya que se trata de transformar una operación que descansa en supuestos que invierten experiencias y saberes culturales e íntimos, en algo concretamente imaginable. En este artículo, queremos explorar la dinámica que combina y armoniza los elementos – representaciones de la muerte, de la enfermedad, de la cirugía- siguiendo « las historias televisivas de los trasplantes ». Nuestra hipótesis es que estas historias varían, siguiendo los contextos televisivos y tecnológicos, en la medida que sea posible identificar un gran relato de la operación, destacadamente estable, a partir de los años cincuenta hasta la actualidad en Francia. Dicha estabilidad « normaliza » e idealiza los supuestos médicos, filosóficos, éticos y sociales del trasplante.

Título : Historias de trasplantes : La permanencia de un relato televisivo.

Claves : Trasplante, relato televisivo, objetos frontera, masificación, tecnología médica.