

La face cachée d'Urgences. Le feuilleton de la télévision

In: Genèses, 30, 1998. pp. 122-145.

Résumé

■ Jean Peneff : La face cachée d'Urgences, le feuilleton de la télévision Les services d'urgences viennent d'être consacrés thème principal d'une série télévisée à vocation distractive. Ce téléfilm de soixante-dix épisodes diffusés sur trois ans a été réalisé par deux auteurs célèbres, un romancier et un cinéaste, l'un médecin et l'autre metteur en scène éclectique, - des dinosaures, de l'holocauste. Cette série a été saluée: par la presse et le public pour son grand réalisme et son souci de vérité. Quelles sont les conditions pour que, mis à part quelques scènes d'interventions médicales -justes mais exceptionnelles dans les urgences - l'aveuglement des médias et des téléspectateurs évacue les problèmes sociaux, ethniques, de santé publique qui foisonnent aux urgences? L'auteur qui, à Chicago, a observé le service représenté dans la série, révèle l'envers du décor, la discrimination et évoque les caractéristiques de l'idéologie de la célébration médicale diffusée par cette dramatique.

Abstract

Jean Peneff: The Hidden Side of the Television Series Emergency Room i Emergency-room services have just been become the focal point of an entertainment-oriented television series. The 60-episode - television series broadcast over, three years was produced by a pair of famous authors, a novelist and a filmmaker. The series was lauded by the press and public alike for being highly realistic and showing a concern for truth. Apart from a few scenes of medical care - true-to-life but exceptional in emergency rooms - what accounts for the blindness of - both the media and the. TV audience that allows them to ignore the. social, ethnic and- public health problems that abound in emergency rooms? The author, having observed the emergency room in Chicago which is represented in the series, reveals discrimination as the dark side of the decor and discusses the characteristics of the ideology of extolling medical intervention disseminated by this TV drama.

Citer ce document / Cite this document :

Peneff Jean. La face cachée d'Urgences. Le feuilleton de la télévision. In: Genèses, 30, 1998. pp. 122-145.

doi : 10.3406/genes.1998.1500

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/genes_1155-3219_1998_num_30_1_1500

La face cachée d'*Urgences**, le feuilleton de la télévision

Jean Peneff

Persée
BY:
\$
= creative commons

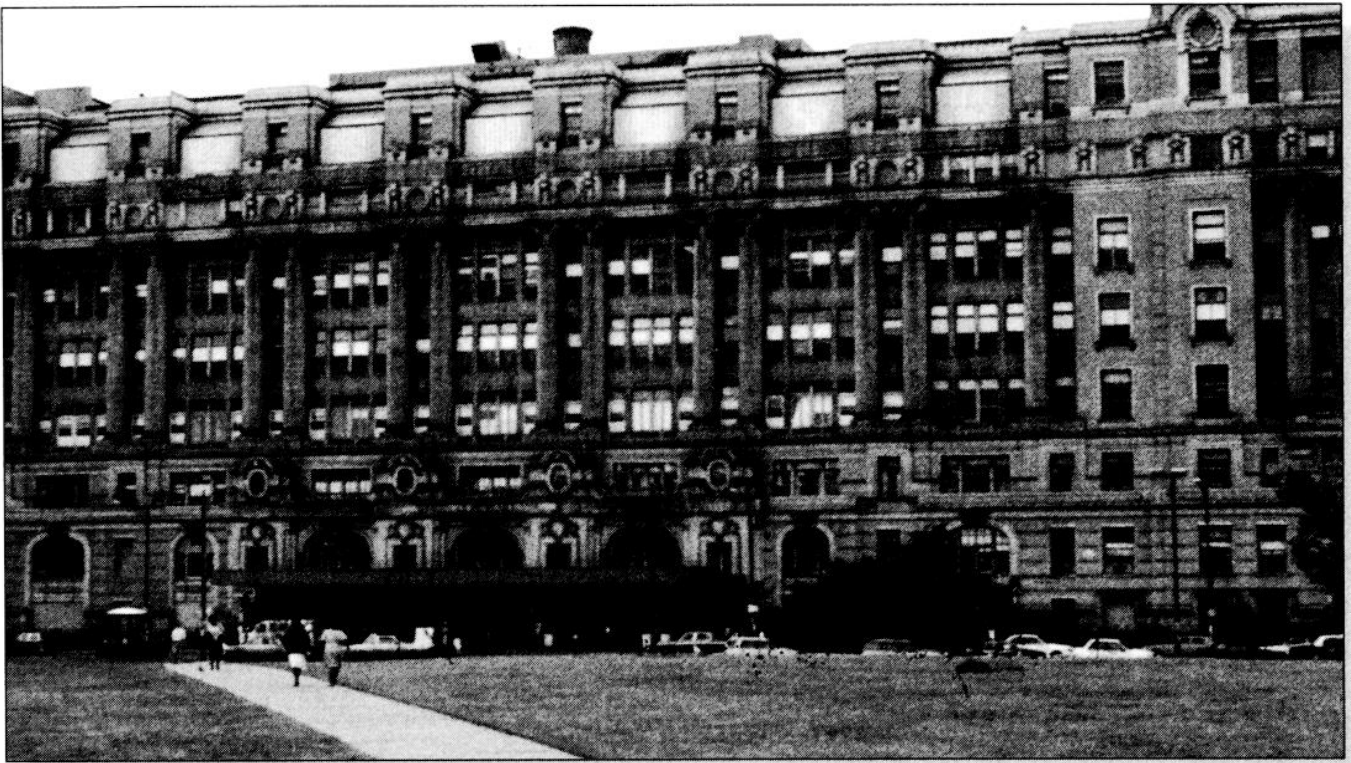


* L'auteur remercie *France 2* pour le prêt des photographies de la série *Urgences* qui illustrent l'article.

1. Devant leur audience imprévue, France 2 a décidé de reprogrammer en 1997 les épisodes passés en 1996. À l'automne de la même année, une nouvelle série d'une trentaine d'épisodes a été diffusée. Nous avons donc ingurgité une centaine d'épisodes en deux ans. La nouvelle série paraît plus conventionnelle, avec moins d'innovations par rapport aux sitcoms traditionnels : lenteur de la mise en scène, intérêt pour la vie sentimentale et familiale des personnages, moins d'évocations médicales.

Avec la série *Urgences* diffusée à la télévision sur France 2, ce qu'on appelle dans les pays anglo-saxons : « Hospital drama » ou « Medical drama » fait une entrée remarquée dans le paysage audiovisuel de notre pays. Cette irruption ne surprendra que si l'on néglige les signes annonciateurs de l'intérêt porté, par le public de télévision, aux milieux hospitaliers vus sous un angle particulier : en entrant dans les arcanes d'une profession fermée (travail, techniques, relations avec les malades) tout en conservant un aspect distrayant assuré par des actions spectaculaires. Auparavant, la télévision française avait importé de nombreux téléfilms américains sur des sujets voisins tels que les médecins, les cliniques. Un long métrage de la CBS Fox Century intitulé *Urgences* (Martin Silver, 1989) a lancé le genre au cinéma. En l'absence d'une grande épaisseur de l'intrigue, ce film s'orientait déjà vers une médecine-spectacle combinant l'exhibition de technologies de pointe et les problèmes dans les grandes concentrations urbaines, l'action se situant dans un CHU de Los Angeles. En France, on a noté, vers 1985, un intérêt insistant de la part de la presse et des autres médias pour les services d'urgences comme en témoigne le film *Urgences* de Raymond Depardon (1987). La diffusion, pendant l'été 1996, de la série américaine a donc relancé le genre. Après un début lent, au rythme d'une diffusion hebdomadaire, le jeudi en seconde partie de soirée, la direction de la chaîne a programmé l'émission le dimanche soir, en « prime time », à raison de deux épisodes au lieu d'un pour rattraper le retard pris en France par rapport aux autres pays ayant acheté les droits (au nombre de soixante-dix)¹.

Le choix d'un jour et d'une heure de grande écoute est-il le signe de la fascination qui aurait saisi le public français emboîtant le pas aux pays anglo-saxons qui, eux, ont com-



Entrée principale du Cook County Hospital, à Chicago. © Photographie de l'auteur.

mencé la diffusion de la série (par NBC) en 1994 sous le nom de *ER* (*Emergency Room*) et par BBC1 sous le titre de *Chicago Hope*? Cet engouement, tel une vague de fond, aurait, selon les critiques, bouleversé le monde des sitcoms américains avec des records d'audience, pour ce qui – selon ses apologistes – est devenu une « série-culte ». On peut imaginer que le succès vient en partie des conditions de tournage et des techniques utilisées, avec un défilé d'images hachées, rapides, nerveuses ainsi que d'autres nouveautés filmiques. Les scènes de voyeurisme hospitalier, de grande intensité, parfois choquantes par leur crudité et par l'aspect dramatique des cas excitant la curiosité, sont atténuées par l'ambiguïté que justifie le respect de la vérité médicale, (l'exhibition des souffrances serait mal tolérée dans un autre contexte). Le public semble avoir été conquis par l'arrivée sur l'écran d'une nouvelle espèce de médecins, jeunes, moins paternalistes, plus proches des malades. Déjà, cette image perçait sous la

figure télévisuelle du médecin humanitaire, aventurier en Afrique, avec un aspect prêtre manqué, torturé par les drames du monde. Dans l'imaginaire public, le portrait du chef d'un service prestigieux ou du chirurgien des greffes pionnières s'est estompé, bousculant la hiérarchie médicale dans la mise en scène de la profession où désormais l'expert cède le pas au médecin engagé. Ainsi, le grand patron qui venait s'entretenir dans un décor familier, avec des journalistes déférents, disparaît derrière le médecin-homme d'action, au loin ou bien dans nos villes peuplées de SDF.

Dans les pages suivantes, je comparerai l'image fabriquée par cette série et la réalité que j'ai observée dans le même hôpital américain et dans le même service d'urgence que celui du film. En 1990 et 1992, à Cook County Hospital de Chicago, j'ai réalisé une série d'observations qui révèlent une autre face. Quels sont les artifices de réalisation filmique qui biaisent la vision et qui sont peut-être un élément de la réussite d'audience ?



2. Michael Crichton est un play-boy du thriller de la littérature de gare. C'est ce qu'il explique lui-même dans la préface d'*Extrême urgence* (Éd. Pocket Poche, 1995), se justifiant par la nécessité de payer ses études de médecine. Dans *Extrême urgence*, le flic est un médecin pathologiste qui enquête sur une mort sur table après le passage aux urgences d'une fille de notable. L'astuce était de transposer le polar traditionnel dans un milieu inattendu, l'hôpital de Boston, avec des recettes qui inspireront la série *Urgences*: respect des faits médicaux, accumulation de détails techniques sans lien avec le suspense mais qui sont saisissants et qui renseignent indirectement sur un milieu fermé. Depuis, Crichton a dérivé vers la médecine... vétérinaire avec ses histoires de dinosaures. Notons qu'il applique le même schéma dans son dernier roman, best-seller actuel, *Turbulences* (Éd. Robert Laffont, 1997), un « techno-thriller » sur les accidents d'avion.

3. La collaboration du romancier M. Crichton et du cinéaste Steven Spielberg est ancienne. *Urgences* en est le dernier avatar. Ils y ont moins investi que dans d'autres films réalisés ensemble. C'est un des couples romancier-cinéaste les plus étonnants et les plus prolifiques en œuvres et en dollars pour le commanditaire Universal Studios et pour les associés: Burger King, Kodak, Mercedes-Benz. *Jurassic Park* détient le record des profits dans l'histoire du cinéma: neuf cents millions de dollars pour le film et un milliard pour les produits annexes (merchandising). La suite de *Jurassic*, le film *The Last World* (*le Monde perdu*, Éd. Robert Laffont) est sorti sur les écrans en mai 1997. Mêmes ingrédients, même schéma, les dinosaures réutilisés sont toujours de bon profit. C'est la même équipe que celle de *La Liste de Schindler* qui a tourné le film et qui allie un créneau (la fiction à partir de la Préhistoire) à la maîtrise des trucages et à la virtuosité technologique. Crichton et Spielberg associent de façon astucieuse plusieurs recettes: productions en série, sens des affaires et de la publicité, travail de documentation pour la création d'un contexte (décor, ambiance, effets de surprise par choc des extrêmes), négligence de l'intrigue et psychologie sommaire des personnages. Leur ascension, du point de vue biographique, est parallèle. Spielberg est ce qu'on a appelé en Californie un « rat de cinéma » avec la jeune génération des années soixante-dix (M. Scorcese, J. Carpenter, etc.) diplômée des écoles de cinéma de la côte Ouest qui s'oppose à la côte Est, à leurs yeux, trop inspirée des films européens. « Rats de cinéma » était une appellation ironique, pour se distinguer de la « Nouvelle vague ». Eux, voulaient faire du commercial, des films adaptables pour la télévision, contre l'idée de public confidentiel ou de sujets intimistes. Ils voulaient de la technologie, des machines et voulaient réaliser des westerns de grandes villes, quitte à flatter les goûts réactionnaires du public. Ils ont su anticiper les modes commerciales et les engouements: holocauste, urgences, paléontologie. Spielberg est, en 1997, la personne la plus influente d'Hollywood. Son sens de l'opportunité lui a permis en quelques années de devancer le magnat australien de la presse Rupert Murdoch et de devenir le milliardaire le plus en vue des États-Unis.

Rappelons auparavant l'histoire de cette série qui ne s'est pas imposée facilement.

Urgences médiatiques

Le lent cheminement de la conception de la série Urgences

Le concept, disent les auteurs, a mis vingt ans à s'imposer. L'idée de s'intéresser au travail des médecins « urgentistes » n'allait pas de soi. Le créateur est un écrivain, médecin lui-même: Michael Crichton, auteur de best-sellers devenus des films (*Jurassic Park*, *Harçèlement*). Il écrivait déjà des romans, alors même qu'il rédigeait sa thèse de médecine. Au début, il utilisait les urgences comme contexte principal à des histoires conventionnelles: *Extrême urgence*². De 1970 à 1990 son projet de filmer un tel service rebuta les producteurs. Aucun ne prit au sérieux l'idée de scénarios sans réelle intrigue pour une présentation des urgences axée sur le travail médical et la vie interne du service. En 1989, la rencontre de M. Crichton et de Steven Spielberg et leur succès commun dans *Jurassic Park* modifièrent l'opinion des majors de Hollywood qui acceptèrent l'aventure, après le succès de Spielberg avec *La Liste de Schindler*³.

Cet essai de représentation de la vie, au jour le jour, des urgences du grand hôpital de Chicago fut projeté en série hebdomadaire, aux États-Unis, à partir de septembre 1994. Il y eut ainsi une première phase de vingt-quatre épisodes, suivie d'une seconde série tournée en 1996 reprenant les mêmes acteurs et les mêmes thèmes. Chacun des téléfilms est un épisode fermé, indépendant des précédents, tourné par des réalisateurs et des directeurs artistiques différents mais sur les mêmes lieux et selon les mêmes principes. Une trentaine d'acteurs médecins, infirmières et autres soignants, constituent le collectif du service. Une vingtaine de seconds rôles assurent les personnages épisodiques: gestionnaires de

l'hôpital, médecins d'autres services, membres des familles du personnel. Des figurants nombreux, une centaine chaque fois, assurent les rôles des clients et accompagnateurs. Chaque programme est bâti sur une succession d'incidents correspondant à la vie courante des urgences, dramatiques ou drolatiques. Le choc entre l'anodin et le grave, le dérisoire et le tragique, est une veine apparemment inépuisable. Le film est construit à partir de faits divers authentiques qu'il présente sur le mode du journal télévisé, en cascade, pour bousculer le téléspectateur par l'abondance des événements, par le flux de malades ordinaires ou pittoresques. L'idée initiale des auteurs, idée partiellement juste, serait l'existence en soi d'un monde médical des urgences, et à partir de celui-ci, une vision possible du social et des cultures urbaines. Il faut pour alimenter chaque scénario, un réservoir d'histoires, de cas variés, de situations

banales ou bizarres. Puiser dans les « récits de guerre » des urgences pour apporter chaque semaine les anecdotes intéressantes et renouveler les situations médicales susceptibles de passionner le public est un impératif affiché des scénaristes.

La participation des médecins

Les producteurs Crichton et Spielberg ont mis à contribution le milieu professionnel; ils ont recruté des médecins comme consultants pour élaborer les synopsis⁴. Une association d'infirmières a été sollicitée pour fournir des

suggestions. Des internes des urgences d'autres hôpitaux ont été mobilisés à l'initiative de l'auteur. Une sorte de coalition professionnelle s'est constituée pour défendre le travail d'un service de ce type. Jamais peut-être un groupe médical ne s'était autant organisé pour la promotion de son activité. Une grande attention est portée aux pathologies, diagnostics, et traitements. Ce sont des médecins qui écrivent les dialogues et qui les traduisent dans les diverses langues des programma-

tions étrangères (en France, le traducteur est le D^r Benoît Papon, Chef du service des urgences de l'hôpital américain de Neuilly). La reconstitution est donc sérieuse. Le milieu médical, après des réserves au départ, a récupéré cet hommage aux « urgentistes » pour en faire profiter l'ensemble de la profession; des universités, des académies de médecine ont félicité et récompensé les auteurs. Événement surprenant pour qui

sait l'opposition entre les « urgentistes » hospitaliers et les médecins en général. Cependant, la profession entière s'est inclinée devant la consécration des urgences, secteur qui n'avait jusque là rien de prestigieux. L'opinion médicale était que les urgences offrent une médecine trop rapide au tout venant, sans véritable spécialité, peu innovatrice pour la recherche. Il est exact que cette médecine est mal située dans l'espace médical. En France, elle est dénigrée par le secteur libéral quand elle capte la clientèle aisée mais acceptée quand elle lui évite de prendre

Illustration non autorisée à la diffusion

en charge les pathologies peu glorieuses : alcoolisme, drogue, maladie mentale. L'émission est la revanche d'une catégorie de médecins censés s'occuper plus de problèmes sociaux que de maladies justifiant des techniques onéreuses et des performances.

Il fallut un coup de force de Crichton et peut-être un retournement de la conjoncture médicale pour imposer un nouveau type de représentation de l'activité médicale à la télévision. Les directeurs de programmes s'accrochaient aux stéréotypes convenus du médecin, âgé, placé au centre d'intrigues « à la Dallas » avec ses problèmes sentimentaux ou ceux de la gestion de cliniques privées ou bien englué dans les rivalités avec de jeunes collègues en pleine ascension. L'originalité a été de montrer, de façon insistante, le travail technique lui-même, dans un univers clos – le service – qui est en même temps très ouvert sur la ville. C'était néanmoins une gageure que de rendre spectaculaires le contenu du travail et les gestes, au risque de lasser les téléspectateurs par le défilé des patients et le caractère répétitif des cas. Il n'était pas évident que le public se passionnât pour le travail bousculé d'une dizaine de médecins, habitué qu'il était aux interactions lentes, aux face-à-face entre patient et thérapeute. Bien sûr, la concession a conduit la nouvelle formule à présenter un service d'urgence qui ressemble davantage à



4. Les médecins, dans la constitution des scénarios et sur les lieux de tournage, sont nombreux : Joe Sachs, médecin et spécialiste des médias avec une formation universitaire en cinéma, le Dr Lance Gentile est diplômé de l'USC Film School et a un droit de regard sur tous les synopsis tout comme un autre consultant, le Dr Neal Baer, qui élimine tout ce qui ne serait pas crédible, médicalement parlant, dans les projets. Enfin, présente sur le plateau, Ira Blumen surveille qu'il n'y ait pas trop d'entorses à la véracité médicale. Les étudiants de médecine en stage dans un hôpital proche sont conviés régulièrement à envoyer leur journal de bord ou confier leurs idées ou leurs observations aux réalisateurs.

Illustration non autorisée à la diffusion

un SAMU ou à un service de soins intensifs qu'aux urgences ordinaires. Une telle concentration de malades aigus et un regroupement de pathologies aussi variées sont tout à fait improbables y compris dans les sorties quotidiennes des SAMU. Une succession de cas dramatiques, en un laps de temps si réduit, n'existe nulle part. Mais c'est la loi du genre de la fiction : le rare devient commun, l'exceptionnel se transforme en banalité. Vue sous cet angle, la performance des médecins est amplifiée : le dépassement de soi, l'exigence, l'exploit sont constants. Aussi, les épisodes de la série montrent-ils des praticiens assez jeunes pour soutenir cette cadence et cette pression : les personnages n'ont jamais plus de 35 ans et ils s'opposent à leurs aînés des autres services, rassis et routiniers. Infatigables, ils témoignent du dévouement d'une médecine jeune, généreuse, tout en manifestant la compétence des anciens.

L'autre objectif, dont le succès n'était pas assuré, était de montrer les pratiques et les techniques à l'état pur. Les producteurs craignaient que le public ne soit pas intéressé par l'exhibition de machines et de matériels manipulés avec un jargon incompréhensible au profane. Pourtant, il y a bien eu un effet de fascination. Je l'ai perçu dans une urgence en France lorsqu'un patient, lors d'une prise

de température, eut plaisir à reconnaître l'instrument moderne (par rayonnement dans l'oreille) utilisé dans la série télévisée. Mais la curiosité ne se satisfait pas seulement de la vision de gadgets ou de « gestes qui sauvent ». Le succès de l'émission vient aussi des allusions à des sujets d'actualité : rapports entre services hospitaliers, querelles médicales, coût de la médecine. Les étapes de la carrière médicale sont traitées pour la première fois avec un souci de vérité : les examens oraux des internes, les conférences d'évaluation, les conseils de discipline sont montrés alors qu'ils étaient connus exclusivement dans les milieux professionnels. En outre, la série met en scène la vie familiale des médecins, ce qui n'est pas original en soi, mais elle innove en évoquant la question des revenus, les appels du privé, les dilemmes survenant dans la carrière, le débordement du travail sur la vie du foyer. Ce sont tous ces ingrédients – dont certains ont le mérite du document réaliste sur le travail médical – qui ont probablement assuré le succès de la série auprès du public américain. Mais l'avantage du réalisme technologique n'est-il pas payé d'un biais social ? La fidélité aux gestes de la profession n'a-t-elle pas pour contrepartie une déformation dans la présentation des patients ? Urgences rêvées ou authentiques ? Ce point de vue des médecins qui affronteraient les problèmes raciaux

et sociaux sans discrimination en faisant abstraction de la situation sociale des malades n'est-il pas une utopie, un mirage des grandes cités américaines ?

C'est ce débat que nous voulons ouvrir en comparant les urgences filmées de la série avec nos observations, tout en tenant compte des contraintes de la transposition à l'écran. Pour la reconstitution de Cook County Hospital, les metteurs en scène ont regroupé les entrées des malades et des blessés arrivant seuls ou en ambulance, confusion qui n'existe pas en réalité. Ils ont concentré l'attention sur les cas hautement spectaculaires qui ne représentent guère plus de 10 % des demandes de soins dans un tel hôpital. J'ai, quant à moi, observé les malades qui en majorité viennent spontanément, par leurs propres moyens, et non ceux débarqués des ambulances aux sirènes hurlantes. C'est donc une autre entrée, celle de la foule anonyme, que le sociologue observe avec les yeux du patient ordinaire.



5. Medicaid est la sécurité sociale des démunis qui vivent en dessous du seuil de pauvreté. Mais il faut des conditions strictes pour l'obtenir et ces services médicaux gratuits ne sont pas accessibles à tous les pauvres : on ne connaît pas exactement le nombre de personnes qui se trouvent sans couverture maladie de façon provisoire ou définitive. « Le chiffre le plus couramment avancé est de 37 millions de personnes en 1991 (soit 14,7 % de la population, 16,6 % si l'on exclut les plus de 65 ans qui bénéficient de Medicare). Cela ne signifie pas que ces personnes se sont trouvées sans assurance maladie pendant la totalité de 1991, mais simplement qu'elles se sont trouvées sans assurance pendant une partie de cette année. Une étude menée pendant vingt-huit mois en 1987-1989 montre qu'il y aurait en fait beaucoup moins de gens ne bénéficiant d'aucune couverture sur la totalité de l'année que ne l'indiquent les recensements. Par exemple, la moitié des personnes qui n'ont plus d'assurance à un moment donné, en retrouve une au bout de six mois. En revanche, c'est près de 30 % de la population qui se trouve sans assurance pendant quelque temps sur la période de vingt-huit mois considérée. Les principaux exclus sont les hommes, les minorités et les jeunes, en particulier de 18 à 24 ans ». Voir Olivier Frayssé « La crise du système de santé aux États-Unis » in *Problèmes économiques et sociaux*, La Documentation française, n° 744, février 1995.

Les salles d'attente

Cook County Hospital (CCH)

Un des plus grands hôpitaux de Chicago, cette immense bâtisse, proche du centre-ville est située dans un environnement de bureaux et de parkings plus que de résidences privées. La façade est colossale, d'un style écrasant : embrasures sculptées, corniches et frises, colonnades (voir photo). L'architecture n'est pas sans rappeler les constructions néo-classiques prussiennes. L'établissement se situe près du quartier des affaires, sur une avenue très passagère, Harrison Street, non loin de l'intersection des deux grands axes autoroutiers Nord-Sud (94) et Est-Ouest (290) qui apportent leur contingent d'accidentés de la circulation, rappelant la vocation première des services d'urgences, créés dans les années cinquante, de soigner les blessés de la route. Il n'y a pas de zones d'habitat aux alentours si ce



© Photographie de l'auteur.

n'est la cité populaire, célèbre à Chicago pour ses immigrants italiens : la cité « Cabrini ». Des gares et entrepôts occupent l'espace à l'Est. Par ailleurs, le quartier, à l'origine universitaire (Illinois University), est devenu un complexe médical car d'autres hôpitaux jouxtent CCH : l'hôpital universitaire, un hôpital protestant (St Lukes), un hôpital catholique (St François d'Assise), une clinique privée (West-side Medical Center). Cook County est un établissement public, donc populaire, car il ne peut refuser de malades et il dépend de la communauté urbaine (County). Les responsables de la mairie savent que les électeurs fondent leur opinion sur les édiles à partir du fonctionnement des services publics mais la conjoncture n'est pas bonne : les fonds publics se raréfient, la gestion à base d'impôts locaux est de plus en plus contestée.

On va donc trouver dans cet hôpital une clientèle moyenne et pauvre : celle qui n'a pas accès aux hôpitaux privés (universitaires, religieux ou communautaires). Dans un quartier non résidentiel, sans prédominance raciale, ce sont les classes populaires de toutes origines,

venant de tous les quartiers de Chicago qui forment la clientèle. Et, en effet, les Noirs, les Américanos et les Blancs pauvres se présentent en grand nombre aux urgences médicales et de petite traumatologie : ils constituent 90 % des cas admis. Certains dépendent de « Medicaid » (aide médicale gratuite pour les individus situés en dessous du seuil de pauvreté)⁵, d'autres sont des patients médiocrement assurés ou bien sans aucune assurance (ni accès à Medicaid) donc supposés insolvables et refusés, de ce fait, par les autres hôpitaux. Ce n'est donc pas un hôpital très élevé dans la hiérarchie hospitalière locale même s'il est connu car il a une légende (un des premiers hôpitaux américains immenses) et s'il abrite encore des services de pointe comme celui des brûlés⁶. Mais il accueille de plus en plus les classes populaires et les fractions des classes moyennes appauvries aujourd'hui par la crise. Les hôpitaux voisins, nombreux, ont aussi des services d'urgence mais n'y reçoivent pas les individus ne présentant pas des garanties financières suffisantes qu'ils orientent vers l'hôpital public. L'entrée

Illustration non autorisée à la diffusion

Cook County Hospital. Le couloir du service des urgences. © Times



6. CCH a été construit en 1876, agrandi dans les années trente-quarante. Hôpital de 850 lits, il emploie 6000 personnes. Son unité d'urgence adultes reçoit 120000 patients par an et se targue d'être « le second plus grand service d'urgence dans le monde ». Ma description des salles correspond à l'architecture du début des années quatre-vingt-dix ; elle a été légèrement modifiée depuis lors.

7. Le film *Le Fugitif* d'Andrew Davis (1992) est davantage un policier qu'une dramatique médicale. Un chirurgien de Chicago est injustement accusé d'un crime dont le commanditaire est un de ses confrères de Cook County Hospital. Les intérêts en jeu sont ici les profits de l'industrie pharmaceutique dont les tests de fiabilité d'un nouveau médicament ont été frauduleusement modifiés pour obtenir l'agrément administratif.

y est même interdite pour le curieux ou l'observateur professionnel, j'en ai fait l'expérience : j'ai été éconduit. Par contre, je n'ai eu aucun problème d'accès à l'hôpital public, relativement ouvert à tous (salles, couloirs, étages). J'ai pu y faire des séances d'observation sans être interpellé alors que je n'ai pu accéder aux services d'urgences des hôpitaux privés universitaires, même en bénéficiant de recommandation de la part de collègues professeurs pour une simple visite.

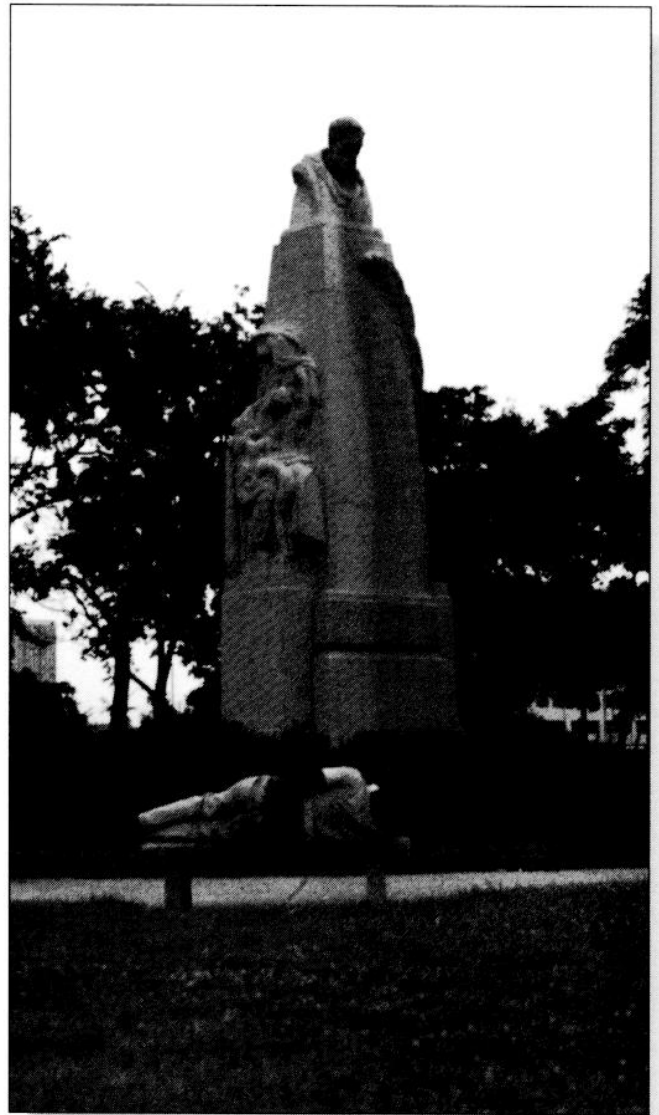
Comme on l'a signalé, CCH est un hôpital connu qui sert traditionnellement de cadre pour de nombreux films (par exemple *Le Fugitif*⁷). Sa situation centrale dans la ville, à proximité de la gare, sa facilité d'accès en tant qu'hôpital public municipal donnent une possibilité de reportage et de court métrage pour des équipes de journalistes pressés et conformistes dès qu'un événement touchant les hospitaliers se produit à l'échelle du pays. L'habitude de se tourner vers cet hôpital par commodité rappelle le rôle joué en France par la Pitié-Salpêtrière, quand il s'agit d'illustrer un problème national : les autorisations y sont rapidement obtenues ; l'accès est simple, la circulation interne des véhicules de matériel, facile. On connaît la faible capacité d'innovation des radios et des télévisions quand elles ont des intermédiaires dans des services de référence. Mais les urgences de CCH sont surtout choisies pour symboliser les problèmes et les défauts des urgences publiques : l'engorgement, l'attente, bien illustrés par la photo (page de gauche) extraite du magazine *Time* avec des couloirs encombrés par une queue de lits et de brancards.

Je décrirai les trois salles d'attente qui jalonnent le parcours du patient ordinaire : la première est un barrage pour les personnes jugées indésirables ou orientées vers d'autres services, la deuxième est le lieu d'enregistrement des demandeurs, la troisième est la salle de tri selon l'intérêt médical et le jugement

sur le cas. J'ai calculé que l'attente pouvait atteindre plusieurs heures, parfois une journée entière (j'ai noté quelques patients admis le matin qui étaient encore présents en fin d'après-midi). Ce service traite cent à deux cents cas par jour, en simple médecine (le double en comptant la petite clinique chirurgicale), de patients venus à leur initiative ou sur les conseils de la police, des pompiers ou d'un travailleur social. Les cas graves entrent par une autre porte, à l'arrière donnant sur une ruelle et ils bénéficient d'une aire de débarquement pour les transports médicalisés (ambulances, police-secours, voitures équipées). Les objectifs des caméras du téléfilm ont été braquées sur cette entrée et c'est celle-ci qui, à l'instar du service, a été reconstituée en studio alors que n'ont été tournées à Chicago que des scènes d'extérieurs (pour les scènes purement médicales un hôpital de Los Angeles a prêté ses salles).

L'arrivée

Le piéton qui arrive par le métro ou par la rue, traverse un jardin public avec quelques arbres, une pelouse jaunie, parsemée de déchets divers. En son centre, une colonne de plusieurs mètres surmontée de la statue de Pasteur, en buste, tournée vers l'hôpital mais dont la tête étrangement penchée vers le bas de son socle semble regarder, avec un air accablé, les quelques pauvres hères installés à ses pieds (voir la photo, ci-dessus, où, ce jour-là, un grand Noir s'est assoupi sur un banc, insensible à l'agitation des ambulances et des voitures de police). Une fois franchie l'une des portes, on pénètre dans un grand hall et l'on est arrêté à un petit comptoir : premier obstacle et première rencontre avec l'administration. Des hôtesse renseignent et orientent les patients jugés recevables vers l'intérieur ou vers d'autres salles d'attente. Ce hall remplit à la fois les fonctions de salle d'attente pour les familles et pour les accompagnateurs et de poste de surveillance pour la police urbaine



Cook County Hospital. La statue de Pasteur dans le jardin de l'hôpital. © Photographie de l'auteur.

car, en tant que lieu public, il sert de refuge aux pauvres ou aux SDF, tolérés uniquement s'ils sont calmes. Quelques clochards se tiennent dans un coin, près de la porte d'entrée, à l'abri du froid en hiver ou des violents orages en été. Derrière le comptoir, des rangées de chaises et des bancs entourent des vasques qui ont dû recevoir des plantes vertes. Les visiteurs s'assoient et attendent les malades. Les policiers de la ville occupent une pièce voisine vitrée, symétrique de l'abri des clochards. Ils tentent de maintenir ordre et tranquillité. Ce jour-là, un policier excédé sort de son refuge pour interdire à un jeune Noir d'une quinzaine d'années de jouer au bilboquet. L'adolescent continue mais moins bruyamment.

Des enfants mexicains courent autour de ce qui doit être une sculpture d'art moderne, l'escaladent en riant tandis que des mères de familles nombreuses somnolent en surveillant négligemment leur progéniture qui s'ébat comme dans une cour de récréation. Ce n'est qu'après ce passage obligé au comptoir que les malades, munis d'un numéro d'ordre, se dirigent vers les salles intérieures.

Les salles d'attente n° 2 et 3

Ces salles sont réservées aux malades comme le signale le panneau : « Seating patients only: visitors wait in lobby ». Ils forment une nouvelle file : « Form line here; have your ID card ready ». Ces directives écrites sont matérialisées par des lignes rouges et jaunes sur le sol. Au mur, une autre affiche à laquelle personne ne prête attention : « No patients will be denied service... »⁸ Ce texte exhibe une liste de règlements ou de lois qui interdisent les refus d'admission et toute discrimination dans un hôpital public (mais sans préciser toutefois le délai au bout duquel la loi sera appliquée). Deux ou trois secrétaires noires (dont l'une, aux cheveux flamboyants et décrépés) semblent inoccupées alors que les patients, ayant formé une queue en vue de leur inscription, se tiennent prêts pour l'enregistrement, leurs papiers à la main. Le personnel non médical (secrétaires, hôtesse, vigiles de l'hôpital) est noir en très forte proportion. Aucun d'eux ne fait de zèle : ils passent ou discutent, un gobelet de café à la main. On fait traîner les inscriptions : une vingtaine de personnes patientent avec fatalisme. Ce parcours en plusieurs étapes et salles d'attente fractionne les demandeurs, isole les groupes qui progressent d'un lieu à l'autre pour parvenir jusqu'aux médecins. La multiplication des lieux desserre la pression et désamorce une possible mauvaise humeur collective. Aujourd'hui, on trouve dans d'autres hôpitaux, comme à Bichat par exemple, cette conception de petites salles d'attente dissémi-



8. À CCH, il y a un autre service d'urgence ou plutôt de consultation médicale sans rendez-vous mais il est coûteux. De fait, il est réservé à un public que l'on pourrait nommer « abonné » c'est-à-dire titulaire d'une assurance qui a contracté avec l'hôpital, ouvert le plus souvent aux familles des personnels hospitaliers, des fonctionnaires de la ville ou d'autres employeurs qui ont passé une convention avec l'hôpital.

9. Julius Roth, « Some Contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: the Case of the Hospital Emergency Service », *American Journal of Sociology*, n° 77, vol. 5, 1972. Voir aussi Roger Jeffery, « Rubbish Deviant Patients in Casualty Departments » in *Sociology of Health & Illness*, vol. 1, n° 1, Juin, 1979.

10. Julius Roth et Dorothy Douglas, *No Appointment Necessary*, Irvington Pub Inc., New York, 1983.

nées, cloisonnées en compartiments qui, sous le prétexte de convivialité et de discrétion, assure une fonction d'isolement des patients en petits groupes. À CCH, des aides-soignantes corpulentes vont et viennent avec nonchalance, répondant à un appel ou portant un dossier. Des brancardiers poussent des fauteuils roulants vétustes et d'un confort rudimentaire (siège de bois et tubulures apparentes). Rien de comparable au rythme trépidant de l'action dans le téléfilm. Il semble qu'il s'agisse d'ajuster le nombre de malades admis dans la salle à celui de cas à traiter à un rythme acceptable pour les médecins. Mais l'inscription, une fois obtenue, confère un statut de patient légitime auquel un examen ne peut être refusé dans la salle n° 3. Ces stratégies de ralentissement et de découragement sont une pratique ancienne dans les hôpitaux publics dont la clientèle est surtout pauvre et noire. Julius Roth a observé un grand nombre de services d'urgence aux États-Unis dans les années soixante-dix. Voici ce qu'il écrit à propos d'un grand hôpital de la côte Ouest: «Un des moyens de contrôler la clientèle est évidemment d'en réduire le nombre... Dans l'hôpital public BCH, j'ai remarqué que le nombre de patients qui renonçaient à être examinés et qui partaient, était plus important dans les périodes de pointe quand les salles étaient pleines. Ce qui suggère qu'une longue attente décourage et incite les patients à abandonner, d'où la baisse de la demande. Dans la salle d'urgence médicale pour hommes, nous avons noté que le nombre de patients pendant trois heures restait stable bien que de nouveaux arrivants fussent introduits alors que les médecins ne soignaient aucun des présents. Le point d'équilibre était atteint parce que le départ de ceux qui abandonnaient, compensait les arrivées, ce nombre restant proche d'ailleurs de celui des sièges disponibles dans la pièce»⁹. J. Roth a analysé sur quelle base s'appuyait cette discrimination préalable à l'inscription ou l'incitation à renoncer sponta-

nément. Les indices pour choisir ceux à décourager sont élaborés grâce à une longue expérience des patients jugés «mauvais coucheurs», «habitués abusifs», «gens indignes des soins». «Comme il s'agit d'une relation transitoire où les membres du personnel ont peu ou pas d'informations sur le passé du malade, les évaluations doivent être faites rapidement, sur la base d'indicateurs aisément repérables. La race, l'âge, les vêtements, le langage, l'accent, la manière dont le client s'adresse et répond aux membres du personnel, sont des indices immédiats sur lesquels les membres du personnel fondent leur première évaluation. Une interrogation sommaire apporte d'autres informations qui peuvent être utilisées contre le patient: situation financière, type d'emploi, protection sociale, fréquence des consultations privées, nature de la pathologie, enfants légitimes, statut matrimonial, visites précédentes à l'hôpital»¹⁰.

À CCH, les admis pénètrent, une fois inscrits, dans la salle n° 3 dont l'atmosphère et les dimensions font penser à la salle d'attente d'une gare routière: huit rangées de douze sièges tournés vers la scène médicale, dans le fond, où passent les brancardiers, les ambulanciers, le personnel paramédical et où circulent les tables roulantes avec le matériel, les perfusions, etc. Dans un angle, en hauteur, une télévision allumée mais brouillée, sans image. Dans un autre coin, un désordre de linges utilisés, de caisses de médicaments, de livres et registres. Au centre de la scène, un grand kiosque vitré avec des guichets sur chacune de ses faces. Deux ou trois infirmières installées derrière ces guichets appellent un nom, de temps en temps, en s'aidant de la liste d'inscription. L'élu vient s'asseoir devant l'un des guichets, explique son cas, se soumet à un examen sommaire: prise de tension, de température, découverte de ses plaies ou ecchymoses, et répond à un interrogatoire médical. Son dossier ainsi complété va s'empiler sur le bureau de l'infirmière-chef où les internes

iront puiser pour appeler le cas qui leur paraît le plus intéressant, le plus adapté à leurs connaissances ou celui qui leur a été recommandé par l'infirmière comme méritant une faveur. Mais, entre les deux étapes, une durée variable intervient car, une fois examiné par l'infirmière, le patient retourne s'asseoir et la véritable attente commence : fréquemment une demi-journée. Des patients m'ont affirmé attendre depuis la veille mais je n'ai pu le vérifier. Ces malades prétendent que l'ordre d'appel est sélectif et que des discriminations raciales sont à l'œuvre. Il est vrai que des individus passent rapidement tandis que d'autres sont négligés. Quand, à l'appel d'un nom, c'est un Blanc qui se lève, quelques Noirs maugréent, râlant contre le personnel (y compris noir). Ce grief était également mis en avant par des jeunes Noirs interviewés par les journalistes d'*Envoyé Spécial* qui, en 1996, se déplacèrent pour un reportage sur les urgences de CCH en renfort du téléfilm diffusé par leur chaîne. Les tensions raciales sont effectivement perceptibles, l'inégalité devant le service public est plus que probable. La population qui patiente est d'origine diverse mais il est visible que ce sont des Noirs ou des « Chicanos » qui attendent le plus longtemps.

Par un après-midi torride du mois d'août, la salle est presque pleine. Tous les sièges sont occupés par une soixantaine de présents (car certaines personnes corpulentes en mobilisent deux à la fois) figés par l'atmosphère lourde malgré les climatiseurs, silencieux, endormis ou méditatifs. Quelques-uns, cependant, bavardent à voix basse, certains regardent, comme assommés, l'écran vide de la télévision, une seule personne lit. Au mur, on voit des affiches ou des panneaux offrant des conseils médicaux ou des recommandations sanitaires. Ainsi, une affichette incite à l'usage des préservatifs avec l'un d'eux accroché au mur. Derrière des vitrines empoussiérées sont empilées des boîtes vides de médicaments avec leur mode d'emploi. Dans la salle, des Noirs et des



11. J. Roth, dans le très grand hôpital californien étudié (400 à 500 patients par jour dont 85 % ressortent après la consultation, cas considérés comme pas assez graves pour être hospitalisés) remarque que ce sont des habitants du centre-ville. Plus des trois-quarts vivent dans un rayon de 5 km de l'hôpital et ceux qui viennent de plus loin logent près des lignes de métro ou de bus qui desservent l'hôpital. On n'ignore pas que ce sont les moins fortunés, souvent des Noirs qui habitent le centre des grandes cités. Dans son enquête (fin des années soixante-dix), plus d'un tiers des usagers des urgences étaient dépendants de l'assistance publique (Medicaid). C'étaient des usagers réguliers des urgences n'ayant pas de médecin traitant. Leur statut socio-économique était précaire. J. Roth a vu qu'ils étaient souvent soignés par de simples infirmières qui remplaçaient donc auprès d'eux les médecins absenteïstes.

Latinos mais on compte aussi des Haïtiens et autres gens des Caraïbes, des Proche ou Moyen-Orientaux, des Pakistanais, des Indous, des Arabes (dont un vieillard en habit traditionnel et turban, accompagné par son petit-fils d'une douzaine d'années), quelques Chinois. Ici, comme dans les autres salles d'attente, c'est une véritable mosaïque raciale, reflet de l'histoire de l'émigration à Chicago. Les Blancs sont notamment représentés par l'émigration polonaise et russe. Blancs pauvres, ce sont eux qui ont l'allure la plus chétive, l'air plus angoissé, leur maigreur contraste avec le gigantisme ou l'obésité de jeunes Noirs. Ce sont en majorité des hommes seuls mais les mères avec un enfant dans les bras et les jeunes couples constituent un quart des présents¹¹. Leur habillement est sans recherche, celui des pauvres d'aujourd'hui, c'est-à-dire ni loques, ni haillons, mais vêtements usés; survêtement et baskets sont l'uniforme des Noirs. Certains ont emporté un sac, peut-être dans l'espoir d'une hospitalisation. Sur le sol, des journaux traînent ainsi que des restes de repas, des sacs et des canettes vides. La salle n'a pas été nettoyée depuis la nuit précédente. La nourriture est le passe-temps habituel. Elle est abondamment prévue: cafétéria au sous-sol, nombreux marchands ambulants devant l'hôpital (sandwiches, pizzas) et dans les salles d'attentes, plusieurs distributeurs automatiques (snacks, pâtisseries, friandises, sodas). À côté des distributeurs, une rangée de téléphones: quelqu'un se lève de temps en temps pour appeler l'extérieur, donner des nouvelles et probablement avvertir du diffèrement du retour. Ceux qui restent là une dizaine d'heures ou une journée, organisent leur installation: ils ont emporté de quoi se nourrir et même des coussins pour améliorer le confort des chaises. Une sorte de campement s'improvise avec étalement des affaires et occupation de plusieurs sièges. L'attente commune ne semble cependant créer aucune solidarité: peu d'échanges, pas de regroupe-

ments. Les individus installés les uns à côté des autres, au hasard des arrivées, s'ignorent. Amorphes, apathiques, ils n'expriment ni mécontentement, ni colère (à l'exception de quelques-uns qui – nous l'avons déjà dit – marmonnent leur ressentiment lors de l'appel d'un nom qui n'est pas le leur). Par rapport à d'autres reclus, non consentants et de longue durée, ceux-ci sont des reclus volontaires, malades ou anxieux, mais provisoires. Ils ne développent aucune conduite de résistance. On voit plutôt ce que Goffman appelle les adaptations primaires de maintien ou de survie, c'est-à-dire: se fondre dans la foule, ne pas se plaindre ouvertement pour ne pas se faire expulser. La présence de la force publique les en dissuade: en permanence, dans les salles, des équipes de brancardiers, vigiles, policiers «croisent» avec la mission de surveiller. Sous le regard des personnels, pas de refuge, de territoire anonyme pour recréer des petites communautés. Ainsi la plupart acceptent avec fatalisme la longueur de l'attente, se montrent dociles et polis lorsque se levant et s'adressant au guichet, ils retournent s'asseoir quand tombe la réponse, invariable: «vous serez appelé quand ce sera possible». Alors, comme pour les reclus d'*Asiles*, dans une institution totalitaire, le repli sur soi est la norme. Ici, c'est plutôt le refus de se défendre en tant que minorité ethnique, de se regrouper, au risque de se voir accusé de pression organisée. Tout ce qui pourrait être interprété comme esquisse de solidarité ou de complicité entre patients mécontents avec l'apparition d'un meneur, est vite contré. L'entassement, la durée, la similitude des conditions physiques ne provoquent aucune émergence d'intérêts collectifs. C'est une attente sans organisation visible d'individus désabusés et passifs. Rien d'une attente «à la soviétique» avec les queues organisées et un ordre spatial maîtrisé par les sujets eux-mêmes. Dans cette salle d'hôpital, c'est une masse informe non spatialement constituée, sans ordre à maintenir par une gestion du défi-



12. Voir Jacques Coenen-Huther, « Production informelle de normes : les files d'attente en Russie soviétique », *Revue française de sociologie*, XXXIII-2, 1992. Voir aussi Léon Mann, « Queue Culture: The Waiting Line as a Social System », *American Journal of Sociology*, vol. 75, n° 3, novembre 1969.

13. Depuis Julius Roth et son livre *Timetables*, il existe toute une réflexion sur le temps comme marque du pouvoir : « avoir du temps », « prendre son temps » n'est pas bon signe. Exiger l'urgence est une mesure du pouvoir. Ne pas avoir de temps, c'est imposer son rythme, sa priorité aux autres. Prendre le temps des autres est synonyme de force. Le temps est précieux pour ceux qui ont tout et qui peuvent passer avant ceux qui n'ont rien sauf du temps justement. Le temps passé dans une salle d'attente est donc l'indicateur de la faiblesse dans l'usage d'un service public (voir Barry Schwartz, « Waiting, Exchange and Power: The Distribution of Time in Social System », *American Journal of Sociology*, vol. 79, 1993) mais ce schéma est ambigu. Quand on est démuné, il reste le temps inépuisable. On ne peut être exclu de la durée qui est sans fin : le temps, c'est la richesse des pauvres. La possession d'un temps infini est une force d'inertie que les agents ne peuvent pas réduire face aux exclus qui en usent. Faire le siège d'un service public, y stationner sans se décourager, utiliser à contre-emploi les salles d'attente (comme refuge ou dortoir) ou à contretemps les services d'assistance (les parasites des services sociaux) donne une force considérable de gêne silencieuse qui décourage l'intention d'élimination par les employés. Ne pas avoir d'agenda, de calendrier est une façon d'imposer son temps aux professionnels, par la patience. Voir A. Lovell, « Seizing The Moment: Power, Contingency and Temporality in Street Life » in H. Rutz (ed.), *The Politics of Time*, Washington DC, American Ethnological Society, 1992. Mais le raisonnement peut être encore retourné en changeant d'environnement institutionnel. Pour les affaires de justice, être jugé en urgence est périlleux (comparution immédiate, flagrant délit) et le pouvoir et l'influence consistent à retarder, enliser, bref temporiser.

lement qui engendrerait l'organisation d'une communauté de revendications. C'est tout à fait différent de la queue qui serpente, avec sa foule de consommateurs avides, dans l'ex-Union Soviétique, décrite par J. Coenen-Huther¹². Pourtant, les conditions de constitution sont similaires : ici et là, il s'agit de limiter la consommation, de décourager les clients pour éviter la manifestation de la pénurie. Or, la disette des biens de consommation ou la restriction de l'accès aux soins n'a apparemment pas découragé les demandeurs. Le consommateur soviétique s'est accroché, décidé à tenir, et ce faisant, à témoigner aux yeux de tous, des défaillances des organismes d'État. Les files, les queues, les foules en attente étaient devenues des mouvements collectifs de contestation montrant la force de la résistance passive par une auto-organisation spontanée ou réglée par les usages populaires. Je pense au système autogéré de répartition des places dans la queue incluant aussi bien les « droits » de délégation ou de remplacement que les transactions internes de location de place ou les règlements des conflits de l'occupation des rangs par une sorte de police interne à la foule qui se substitue à la police défaillante ou compromise. Cette force populaire luttait aussi contre les détournements que les employés des magasins toléraient ou organisaient à leur profit. Cette régulation improvisée était une réponse offensive, méthodique, à l'anarchie d'État. Rien de comparable dans l'hôpital américain où l'attente, bien que persistante, reste amorphe et sans organisation. Le seul point commun est la pugnacité dans la patience, seule ressource des pauvres¹³. Passer les barages, ne pas se laisser décourager par les stratégies de relégation est déjà un acte de force. Certes, dans le magasin d'État soviétique et l'hôpital public américain, les biens recherchés ne sont pas les mêmes et leur conquête ne peut engendrer les mêmes formes de cohésion. Dans l'un, on vient en bonne santé et dans l'autre, malade. Dans l'un, on vient acquérir

un produit concret, de façon ponctuelle, dans l'anonymat; dans l'autre, on se trouve dépendant du verdict du professionnel puisqu'on demande un service diffus, défini par l'expert: des soins, un traitement, un lit. Le nom des clients étant consigné dans des dossiers, toute velléité de résistance ou de critique fait courir le risque d'être exclu du système de charité publique ou de la providence de l'État. Même la suite du parcours dépend de la soumission lors des premières étapes. Il faut préserver ses chances ultérieures si l'on veut progresser dans l'institution. Par exemple, après le passage aux urgences, il faut subir une quatrième file d'attente, celle de la distribution gratuite de médicaments dans l'autre aile de l'hôpital. Dans un sachet de papier kraft, des médicaments en vrac sont distribués aux patients d'après l'ordonnance du médecin des urgences. Se faire mal voir à une étape du parcours, c'est hypothéquer ses chances par la suite. Il ne peut se manifester ici, ni la solidarité, ni les capacités ingénieuses de la foule soviétique.

Les coulisses des urgences et celles de l'émission

La reconstitution des salles des urgences, réalisée à Los Angeles, dans les studios de la Warner Bros, n'a pas cherché à reproduire exactement l'architecture, ni l'organisation spatiale du complexe des urgences de CCH. On s'est donc contenté de bâtir un décor fixe constitué de trois salles pour les besoins de l'action. Hormis les scènes urbaines filmées à Chicago et une entrée reconstituée à Los Angeles, tout le reste a été concentré sur un petit espace. C'est, en partie, pour cette raison d'économie de studios qu'aucune véritable salle d'attente n'apparaît dans le film. Probablement aussi, l'auteur ou les réalisateurs n'ont pas envisagé de reproduire des scènes se déroulant dans ces salles où, pour les médecins, il ne se passe rien. Il n'y avait aucun inté-

Illustration non autorisée à la diffusion

© France 2.

rêt à montrer des lieux sans action. La série devient ainsi un document attestant que les urgences sont bien un espace ouvert où entrent et sortent librement patients, familles, brancardiers, pompiers, policiers, confusion inconcevable dans la réalité hospitalière. Les images montrent, d'une part, une circulation désordonnée d'individus, de rencontres inopinées et de face-à-face médecins-patients, médecins-familles, alors que ces contacts sont strictement déterminés par les règlements et les rôles professionnels ou bien par une organisation spatiale limitée par les interdictions de circuler. D'autre part, dans les faits, la lenteur de travail des personnels, la passivité, voire la somnolence des patients figés sur leur siège pendant de longues heures, sont à l'opposé des impressions de tumulte et d'agitation données par la dramatique de télé. Rien sur les arrivées et le classement sélectif des cas n'apparaît dans le film où les clients semblent s'imposer d'eux-mêmes. On ne s'étend sur aucune altercation entre les demandeurs qui font antichambre et le personnel. Aucune allusion à la mise à l'écart de certaines personnes, pas plus qu'au freinage au guichet des inscriptions; l'image donne, au contraire, une impression de grande ouverture et d'égalité devant le service médical. Pas de barrière entre les médecins et les patients qui déambulent, s'approprient l'espace et se meuvent assez librement pour interpeller les

médecins. Ces derniers se montrent, dans le téléfilm, disponibles et disposés à répondre à l'appel des infirmières. Tout ceci contraste avec les scènes vues par les sociologues : personnel traînant les pieds, évitant de circuler en salle d'attente pour ne pas voir la foule des patients anonymes alors que l'on pratique la sélection inavouable par la priorité accordée aux clients recommandés ou le ciblage de populations préférées. Pour les autres, les clients jugés indésirables, on pratique la stratégie du découragement par imposition d'une longue attente.

Mais on peut admettre que ce sont les nécessités de la fiction, l'obligation de péripéties et de mouvement qui conduisent à ce tohu-bohu présentant les urgences comme un espace ouvert, aux relations spontanées et par principe démocratiques. On note également, pour les besoins de la fiction, une autre liberté d'interprétation de la réalité avec le mélange entre urgences adultes et pédiatriques. Dans tous les services (sauf cas d'hôpitaux très petits), enfants et adultes sont traités séparément. La présence des enfants dans les synopsis s'explique par le fait qu'ils constituent un ressort important de la fiction par l'émotion qu'ils apportent et sur laquelle jouent les auteurs. Les sentiments provoqués par les scènes qui les exhibent (souffrances insupportables, sévices à mineurs, sauvetages et retrouvailles parents-enfants) sont l'occasion d'exalter les fameuses valeurs familiales des classes moyennes. Autre invraisemblance due à la concentration de la fiction (unité de lieu, de temps et d'action) : chirurgie et médecine ne coexistent pas, en général, dans les mêmes locaux.

On connaît les conditions techniques de la fabrication et les intentions cinématographiques des auteurs grâce à un livre consacré à l'émission, de sa naissance jusqu'aux derniers épisodes. Ce livre *Urgences, le guide officiel* est bien sûr un livre-promotion écrit par une journaliste, critique de cinéma, (également



14. Trad. fr., Janine Pourroy, *Urgences, le guide officiel*, Paris, Éd. la Martingale, 1997, p. 48.

15. Un second livre, dans la foulée du « guide officiel » a paru en 1996 : Stephen Spignesi, *Urgences, le guide non officiel*, (trad. fr., Les Éditions hors collection, Paris, 1996). Il s'empare d'un autre registre en résumant les épisodes un à un et en présentant chaque cas de malade, avec ses symptômes, son traitement, etc. C'est presque le dossier médical qui est ouvert devant nous. Cela sous-entend la passion médicale des spectateurs.

ment enseignante de littérature). Son ouvrage valorise, sans fard, les personnages principaux qui, «comme de vrais médecins [...] sont des héros; mais derrière cette force apparente, on découvre toujours une certaine fragilité. Ils sont humains»¹⁴. Mais, à côté de l'intention de marketing, ce livre donne aussi une somme d'informations sur les conditions de la création, du tournage et de la diffusion. Le plateau et une partie des coulisses deviennent accessibles. On y voit le souci du reportage en direct sur la médecine d'urgence à travers une présentation télévisée de la pratique hospitalière s'appuyant sur des détails techniques crédibles (à un point tel qu'elle nécessite la publication, à la fin du livre, d'un glossaire reprenant tous les termes médicaux scientifiques, abrégés ou argotiques, utilisés). On y voit aussi l'intention d'une description précise des gestes professionnels¹⁵. Les auteurs considèrent leur œuvre comme la première émission pendant laquelle les téléspectateurs n'auront plus besoin de zapper, les metteurs en scène le faisant pour eux. Il est vrai que les séquences axées sur des registres multiples (ville, hôpital, vie du service, «sociologie» des patients) évitent la lourdeur de l'intrigue traditionnelle, la lenteur de la progression par paliers des sitcoms classiques, au profit des ruptures de rythme fréquentes, du défilé des sujets et de la brièveté des rencontres et des

échanges (quatre-vingt-dix séquences de dialogues environ par épisode). Derrière cette apologie de la médecine d'urgence se glisse aussi une série de portraits, celui des patients et des habitants des centres villes désertés par les classes moyennes américaines.

Chicago vu par Hollywood

Seuls les alentours de l'hôpital – on l'a dit – et les «sites-cartes postales» de la ville (les bords du lac, la Sears tower, etc.) sont filmés sur place. Les autres scènes réalisées en studio, à Los Angeles, exigent le recrutement d'une centaine de figurants par épisode mais c'est la population de Chicago qui est censée être montrée à travers le personnel et la clientèle de cet hôpital. Les scénaristes jouent beaucoup de cet effet de contraste entre des minorités ethniques: Chicago est une des plus importantes villes d'immigration. Ils abordent ce problème en inversant les symboles pour satisfaire le public spectateur. Dans la fiction, médecins et infirmières sont en majorité blancs alors que la proportion des Blancs d'origine européenne dans le personnel ne doit guère dépasser le quart des employés, proportion faible comparée à celle des Noirs, Latinos, Hawaïens ou d'autres pays des Caraïbes. Il y a aussi de nombreux médecins étrangers (probablement étudiants ou

© Françoise

Illustration non autorisée à la diffusion

Illustration non autorisée à la diffusion

© France 2.

internes) venant du Proche-Orient, des pays du Golfe, d'Iran, d'Inde, du Pakistan ou de Chine. Aux urgences, ce sont les minorités ethniques américaines qui sont soignées par des étrangers, des Noirs ou des travailleurs migrants. Les Blancs, héros du film, sont rares dans le service réel tant parmi les clients que les soignants.

Le Chicago du stéréotype de la violence des rues, de la guerre des gangs, des passants et policiers victimes de règlements de compte est fortement représenté dans les séquences de blessés. En réalité, les problèmes de la drogue et de la grande délinquance de rue affectent maintenant davantage les grandes villes du Sud comme Los Angeles ou Miami dont on sait la fréquence des émeutes raciales. Les figurants, recrutés à Los Angeles pour les rôles des malades ou du public, devaient être aux yeux des scénaristes et des directeurs artistiques, des représentants crédibles de la population de Chicago et une bonne illustration de leurs conditions de vie. Ils ont effectivement évité les créatures « glamour » de style californien : pas d'acteurs sculpturaux, de jeunes éphèbes ou sportifs revenant décontractés de la plage. Leurs choix se sont portés sur des acteurs peu télégéniques représentant des travailleurs plutôt que des touristes, des gens sérieux, tristes, à l'air fatigué. L'excentricité



16. Parmi les figures pittoresques incontournables de Chicago, il y a bien sûr le sociologue de l'université qui fait de l'observation participante. Et, effectivement, il surgit aux urgences, dans un des derniers épisodes, blessé dans l'exercice de son activité. Étudiant la violence de rue, il provoquait les passants pour mesurer leurs réactions à l'agressivité... avec les risques de l'expérience !

17. Voir J. Pourroy, *Urgences...*, *op. cit.*, p. 122 et p. 126.

dans la tenue, la coiffure (hippie, afro ou rasta) et autres symboles californiens sont limités et on a évité aussi de nombreux cas choquants pour une « vitrine » des urgences : personnes difformes, malades mentaux, obèses, vieillards séniles. Faut-il voir encore un élément du cliché traditionnel sur les villes du Nord des États-Unis dans la peinture de personnages sans grande fantaisie (mais il y a des exceptions)¹⁶, imprégnés d'un certain puritanisme. En faisant défiler, dans chaque épisode, une douzaine de familles de malades choisies pour capter l'attention, intriguer le téléspectateur, la série joue une fonction de répercussion d'images sur la vie urbaine. C'est là probablement aussi une des raisons de son succès. Elle présente des mini-portraits de personnages non classiques, plus populaires, moins « upper class » que ceux de la téléfilmologie habituelle. Cette succession d'individus et de situations fait découvrir également des pans de la vie privée de citadins, révèle des attitudes culturelles originales, des réactions étonnantes concernant la santé ou le style de vie des patients venant de groupes sociaux étrangers aux normes des « middle class » américaines. Ces intrusions dans l'intimité des patients se justifient car leur objectif reste noble : sauver des vies.

Les auteurs de la série jouent avec adresse de cet aspect « comédie humaine » révélé dans les salles d'urgence au regard de la médecine confinée jusqu'ici dans le secret du cabinet. Ils ouvrent ainsi chaque semaine un petit théâtre sur la grande cité et sa médecine avec son alternance de dérisoire et de dramatique, d'émouvant et de comique. La curiosité des téléspectateurs est stimulée par la vision des comportements de deuil ou de souffrance ou des réactions aux afflictions : effondrement ou courage, exubérance ou repliement, calme ou affolement, etc. Chaque cas, sans devenir vraiment un thème romancé, est l'occasion de bâtir une saynète sociale. Les rapports intra-familiaux (qu'ils

soient positifs ou déviants), les relations entre générations, les femmes battues, les enfants victimes sont les principaux ressorts de l'émotion retenue. Le téléfilm fait une large place aux préjugés propres aux banlieues blanches américaines. On peut dire qu'il sert de repoussoir en montrant – mais d'un point de vue différent de celui du journalisme – les tribulations des habitants des centres villes. Cette propension à reproduire des poncifs sur les dangers, les accidents ou les excès de la vie urbaine moderne demeure cependant un aspect mineur. L'essentiel reste la vision et la reproduction du travail médical car la réalisation d'une cinquantaine d'épisodes amène nécessairement des redites et des répétitions dans la présentation des patients, l'inventaire des bizarreries et des extravagances rencontrées aux urgences étant vite épuisé.

Biais et artefacts

Bien que les épisodes aient été tournés par une dizaine de réalisateurs différents qui prennent le relais chaque semaine, il existe une unité de style. D'une part, les metteurs en scène, les directeurs artistiques et le staff technique restent permanents. Les médecins vérifient la crédibilité de l'élément purement médical : ils freinent les réalisateurs dans leur surenchère de situations exceptionnelles et de cas spectaculaires. Sur le plan des techniques et des gestes médicaux, le travail présenté dans les films est vraisemblable et ne choquerait pas un spécialiste ou un familier de ces services sauf dans l'improbable fréquence de tel cas montré de manière récurrente.

Si la cadence infernale du feuilleton n'a qu'un lointain rapport avec le déroulement lent et routinier du travail, quelques comportements de professionnels sont bien mis en évidence : les risques des diagnostics rapides, le travail sous la pression des familles et quasiment sous leur regard, l'obligation de travail en équipe. Les interventions réunissent tou-

Illustration non autorisée à la diffusion

jours plusieurs médecins dans une même action thérapeutique, ce qui est relativement rare dans la vie hospitalière ordinaire où, sauf au bloc opératoire, les spécialistes interviennent successivement et non simultanément. Jusqu'ici, au cinéma, il était banal de représenter des médecins travaillant ensemble dans une relation classique (maître-élèves ou bien spécialistes complémentaires) mais le travail collectif à égalité n'a guère été reproduit. En voyant ces scènes, le téléspectateur a l'impression d'appréhender un aspect du travail de la profession qui serait le fait d'équipes soudées, de groupes solidaires alors qu'on n'ignore pas la rivalité, le poids de la hiérarchie et les rapports compliqués entre spécialités. Les luttes entre les « urgentistes » et les autres médecins sont cependant évoquées, de même que les traditionnelles divergences entre réanimateurs et chirurgiens. D'autres aspects sont traités sur un mode mineur : rapports hommes-femmes, rapports entre praticiens de race ou d'âge différents. Ces jeunes médecins, pionniers d'un secteur en expansion, sont, dans la symbolique du film, victimes du poids de l'administration (qui limite les opérations nécessaires mais trop coûteuses) et de l'autorité de leurs aînés.

La tentative de transmettre le point de vue des professionnels sur leur activité passe par un réalisme des actes qui implique la description fidèle des conditions de travail. L'environnement médical a été scrupuleusement reconstitué et les producteurs ont aussi porté une grande attention au cadre matériel, aux accessoires et instruments. Pour donner du crédit à cette vision professionnelle des interventions et des opérations, les dialoguistes, les accessoiristes et les décorateurs ont été choisis pour leur compétence et leur souci du détail. On les oblige à se documenter, à s'inspirer des salles d'hôpitaux et à emprunter le matériel, le mobilier et les équipements lourds des salles de réanimation ou de déchoquage. L'un des arguments publicitaires repose sur l'aspect de découverte : « extraordinary operation in high-

tech hospital». Le réalisme est parfois cru ou brutal: «si un médecin doit ouvrir la poitrine d'un patient, on se sert d'un mannequin articulé et de la cage thoracique d'un animal, un mouton ou un porc. Pour la plupart des organes utilisés, les accessoiristes vont simplement faire leurs courses chez le boucher»¹⁷. Un matériel spécial est utilisé: aiguilles rétractables, faux scalpels, trucages élaborés pour les intubations et les opérations. Les maquilleurs sont chargés de transformer les figurants en blessés effrayants. Une entreprise spécialisée fournit des organes en silicone, en mousse ou latex, des maquillages pour blessures ou brûlures. Les reconstitutions, la démonstration du fonctionnement d'appareils compliqués dont le rôle exact échappe au profane saisi par cette débauche des moyens exhibés, donnent une aura supplémentaire au mystère médical qui se déroule sur l'écran. Énigmes permanentes, ces médecins, ingénieurs des corps, pallient les défaillances des organismes. Ce faisant, ils desservent le culte de la médecine et de la technique. Non seulement ils soignent les petits maux mais ils sauvent, raniment, font revenir de l'au-delà: réanimation ou résurrection! Ils massent, ventilent, envoient des chocs électriques, donnent la vie ou la font resurgir. Ces techniciens réhabilitent une médecine parfois accusée d'acharnement, de prolongation des incurables, de thérapies qui détruisent. Aux urgences, avec les passages brefs, les gestes vitaux au service de l'accidenté ou du malade brutalement frappé, on est bien loin des traitements lourds, des chimiothérapies dégradantes et de la maladie d'Alzheimer.

La représentation d'une nouvelle médecine est servie dans cette dramatique par une nouvelle façon de filmer, trépidante, heurtée, avec une alternance de temps intenses et de moments calmes. Entre les plans fixes et travellings classiques consacrés aux séquences de la vie privée (de détente dans le travail ou dans les interactions non professionnelles)

viennent s'intercaler des plans et des façons de filmer incongrus quant aux standards des sitcoms. En délaissant les pratiques ordinaires du téléfilm, réalisateurs et cameramen ont adopté les méthodes du reportage en direct: celles du journaliste de terrain, caméra à l'épaule, sans assistant et sans préparation. Tout doit donner l'impression du document vérité, de l'improvisation dans le tumulte des événements. Même les normes habituelles du montage ont été négligées: plans de dos, bougés, écrans noirs, coupures des dialogues, parasitages de l'action principale, changements d'angle fréquents. Tout ceci doit rendre compte de l'agitation fébrile du service et renforcer l'illusion de prendre la place des professionnels en collant à l'action, en ressentant la tension et l'énergie des acteurs. Les techniques du tournage doivent s'adapter au milieu professionnel et non l'inverse, disent les auteurs. Ces modifications surprenantes des techniques avaient déjà été pratiquées par les auteurs. C'est une inclination chez Spielberg, avide de nouveautés. Dans *La Liste de Schindler*, il montrait des images saccadées, des mouvements de foule brouillés, des plans flous, des balayages larges (l'exode du ghetto par exemple) mais aussi des images brutales d'exécution (avec le sang qui jaillit), le but étant de donner l'impression du journalisme au cœur de l'action inspirée par les reportages ou les films sur la guerre du Vietnam dans les années soixante-dix.

Deux types de caméras et de techniciens sont associés pour assurer cette alternance de moments d'agitation et de calme: la caméra classique Panaflex sur rail ou support mobile et la nouvelle Steadicam à l'épaule qui donnera des images parfois brouillées mais très proches du sujet pour les scènes trépidantes, les séquences mouvementées. La maniabilité de cet appareil que le cameraman porte tout en marchant est aujourd'hui l'instrument principal du journalisme de télévision. Elle a bouleversé la présentation des faits divers ou de la poli-

Illustration non autorisée à la diffusion

tique dans les journaux télévisés en même temps que la transmission des images par satellite stimulait le besoin d'action et d'exhibition au détriment des analyses plus approfondies.

* *

*

Cette mise en scène du corps médical par lui-même est un bon documentaire sur le travail mais masque les conditions de passage des patients. Le résultat est une vision idéalisée des urgences, lieu d'une médecine réalisant une mission humanitaire dans nos grandes villes, en y investissant de gros moyens financiers et en traitant toute la population sur un pied d'égalité.

Pourtant là où la télévision montre intensité de l'action, rapidité d'intervention, égalité de traitement, la réalité est plus nuancée : empressement dans certains cas, lenteur, freinage, retardement dans d'autres ; vitesse ici, paralysie là. La sélection des malades et la hiérarchisation de leurs demandes sont obligatoirement occultées dans un film destiné à un public dont les attentes demeurent la consolidation du mythe démocratique d'une médecine égalitaire et qui souhaite vivre l'acte de foi dans la jeunesse, ressentir le dévouement de professionnels qui, dans l'enceinte sacrée de l'hôpital, aboliraient les tensions sociales, les conflits raciaux, les contradictions les plus insupportables. On offre ainsi une sorte d'anesthésie locale à la conscience politique. Cependant, ce jugement doit être atténué car le produit « téléfilm » est lui-même ambigu. Il est forcément le résultat de multiples interactions ou compromis et des contraintes du genre (intéresser avec du « réel » sans tout révéler), sans intention unique, ce qui laisse la porte ouverte à de nombreuses lectures et donc à des publics différents et contrastés.

L'astuce est de mêler plusieurs registres de distorsions dues à des traditions différentes dans la conception des documents télévisés sans trancher entre des intérêts profession-



18. Une enquête sur le public de ce téléfilm est en cours, réalisée par Sabine Chalvon-Demersay. Voir l'écho qu'en donne *Libération* du 1-12-1997 : « Urgences, anatomie d'un public ».

nels divergents. Le projet des auteurs de promouvoir un secteur de la pratique hospitalière chevauche d'autres intérêts : ceux des producteurs et des vendeurs de programmes qui tentent d'imposer des produits standards peu coûteux grâce à des séries répétitives dans l'univers très concurrentiel des sitcoms ; ceux des réalisateurs, directeurs artistiques et scénaristes qui veulent conforter leur réputation d'auteurs sur le terrain du divertissement et du document. Ces directeurs et réalisateurs tiennent compte des contraintes du média lui-même, avec son obligation de format : cinquante minutes de projection, une relative unité d'action et de lieu, une concentration attractive d'oppositions entre personnages dont le caractère se construit au fil des épisodes, à travers des péripéties qui se veulent crédibles pour maintenir éveillée la curiosité d'une semaine à l'autre. Chaque fraction du public peut puiser les interprétations qui lui conviennent pour en faire un produit distrayant sans nier l'intérêt intellectuel.

Finalement, on perçoit assez bien ce qu'est une idéologie (ici médicale, c'est-à-dire une image positive, voire héroïque, d'une médecine qui ne cesse de progresser). Une idéologie est un ensemble d'idées dominantes qui peuvent emprunter à des sources variées, des symboles avec des distorsions, des artefacts pour rassembler des publics diversifiés, voire opposés, et les confondre dans les mêmes consommations ou fascinations. Les moyens utilisés sont classiques tout comme leur adaptation à des audiences hétérogènes : déformation spatiale et temporelle, focalisation sur les cas aberrants, préférence pour l'exception spectaculaire plutôt que pour la norme statistique banale, substitution de populations à d'autres (ici, les proportions ethniques). D'autres anomalies auraient pu être recensées mais l'occultation n'est jamais totale, l'accentuation de l'éclairage n'est jamais aveuglante, tout est dans la nuance et le balancement, ce qui conduit opportunément à satisfaire des publics venant d'horizons très différents¹⁸.

Illustration non autorisée à la diffusion