

Hiérarchies

Le rituel de la visite du médecin-chef à l'Hôpital général de Vienne aurait réjoui le cœur de l'empereur François-Josef. Les longues blouses blanches, de par leur facture, révélaient les niveaux hiérarchiques et les titres officiels n'allaient pas sans évoquer la «Cacanie» relativement proche. Des décennies plus tard, dans l'été d'Auckland, on portait des pantalons courts et de longues cravates, et chacun savait immédiatement qui s'exprimait en tant que «mister», «doctor», «registrar» ou «house officer». Les infirmières portaient des galons étoilés à l'épaule et adoptaient l'attitude raide d'un officier subalterne lors du rapport. Comme toujours, la Suisse suivait une voie médiane: mes chefs, exclusivement de sexe masculin, dirigeaient presque tous un état-major de régiment ou étaient au moins médecins de bataillon, comme allaient le devenir la plupart de mes camarades d'étude. Une école centrale de niveau I ou II correspondait à notre «master of business administration», les qualités de chef exigées étant identiques à celles qui prévalent actuellement sur les champs de bataille du marché mondialisé.

Un rêve d'alors m'est resté en mémoire: je tenais un exposé et remarquais soudainement que mon monocle était fait des dents d'un de mes supérieurs de longue date. Je me réveillai en sueur et plein de honte. Il n'était pas facile de s'émanciper d'une longue tradition patriarcale. L'organisation «militaire» des hôpitaux correspondait à la situation de la société, les traces du passé devant marquer longtemps encore le système de milice autoritaire des établissements médicaux. Ces traces ont-elles aujourd'hui entièrement disparu? Le Journal de l'ASMAC du mois d'avril aborde cette question. Une anthropologue y évoque la «codification des coups de bec», et la parole y est donnée à un jeune directeur hospitalier ainsi qu'au personnel médical d'un grand hôpital: médecin-chef, chef de division, chef de clinique, assistant et sous-assistante. Ils répondent honnêtement, non sans un brin de perplexité, à des questions concernant la hiérarchie, la carrière, le rôle du sexe de l'individu, les compétences et les promotions. Si la pyramide semble s'être «aplatie», elle est devenue beaucoup plus large. Les formes ont changé. Elles reflètent la subdivision en disciplines spécialisées, la délégation de fonctions à l'économat, à l'administration et à la technique, la standardisation de la production par des directives et l'autonomie croissante des soins infir-

miers. Les médecins sont «normés» par un processus de socialisation qui ne date pas d'aujourd'hui. Nombre d'entre elles et d'entre eux sont issus de «familles de médecins», leurs parents et grands-parents étaient déjà des praticiens. La sélection scolaire accentue les comportements acquis par l'éducation: zèle, sens du devoir, refoulement des besoins propres, compétitivité et conception élitiste de soi. Plus que jamais, on demande une adaptabilité qui voisine l'abnégation. Rien de tel que performance et obéissance pour mettre de l'huile dans les rouages, ce qu'illustre un vieux calembour: le professeur de médecine ordonne à son étudiant: «Apprenez le bottin téléphonique par cœur!». L'interpellé ne demande pas: «pourquoi?», mais «pour quand?». Notre système de pensée demeure conservateur et corporatif. L'«individuation» favorise un modèle comportemental poussant à l'isolement et à l'autisme, sans permettre de vivre une vraie solidarité. De par une certaine «perte de la réalité», les médecins en pratique privée se voient comme des «entrepreneurs indépendants», alors qu'ils dépendent presque entièrement de l'Etat.

La féminisation de la profession, pour des raisons diverses, ne changera pas les choses de sitôt: bachelières plus nombreuses, relations perçues comme un domaine féminin privilégié, mais aussi prestige et revenu en recul. Des études démontrent qu'en Suisse, la ségrégation en fonction du sexe, de même que les comportements en matière de travail domestique ou d'exercice d'une activité lucrative, n'ont guère évolué. La norme reste empreinte de conservatisme et de machisme. La répartition des rôles exige de nos confrères un double enracinement, la fonction familiale demeurant privilégiée. D'où le besoin de cabinets médicaux innovants permettant le travail à temps partiel. La «codification des coups de bec» maintient les hommes au sommet et les femmes au bas de la pyramide. Les exceptions confirment la règle.

Erhard Taverna

- Journal ASMAC, «Hiérarchie», N° 4, 26^e année, 2006.
- «Sind Ärztinnen die zufriedeneren Ärzte?» Lizentiatsarbeit von Maja Mylaeus Renggli, Soziologisches Institut Zürich 2003.
- Bulletin d'information démographique de l'Office fédéral de la statistique, n° 3/2005 «Evolution de la ségrégation professionnelle en Suisse en fonction du sexe et de la nationalité de 1970 à 2000» et 4/2005 «Travail familial, modèles d'activité rémunérée et répartition du travail domestique».