

## Cooperare sub constrângere în spitalele franceze

**Mihai Dinu Gheorghiu**

Universitatea  
„Al.I. Cuza”, Iași

**Frédéric Moatty**

Centre D'Etudes de L'Emploi,  
Noisy-le-Grand

*Studiul de față prezintă primele rezultate ale unei post-anchete asupra relațiilor de cooperare în spitale<sup>1</sup> și indică o intensificare a diferitelor forme de cooperare în echipele medicale și de îngrijire (paramedicale). Autonomia crescândă a corpurilor profesionale și a specialităților medicale, mobilitatea sporită a personalului și recompunerea colectivelor de muncă, ca efect al impunerii unor noi mode manageriale în gestionarea instituțiilor de sănătate, concentrarea clinicilor și spitalelor, regruparea serviciilor în „poli de activități”, reducerea timpului de lucru la 35 de ore pe săptămână (ARTT) etc. sunt câteva dintre diferitele explicații posibile ale acestei intensificări a cooperării în muncă.*

Concluziile unei post-anchete anterioare (Gheorghiu, 2001; Gheorghiu, Moatty, 2003), asupra cooperării în mediul industrial, care au servit drept ipoteze celei de-a doua, privind cooperarea în mediul medical, pun în evidență două determinante majore ale cooperării în muncă: pe de o parte, morfologia colectivelor, schimbarea frontierelor dintre grupuri, dintre corpurile profesionale, respectiv dintre specialitățile medicale, organizarea autonomă a echipelor, statutul șefilor etc., iar, pe de altă parte, traiectoriile individuale, modurile de socializare ale membrilor echipelor și strategiile de carieră ale acestora.

Intensificarea ritmurilor și creșterea numărului de sarcini în activitatea profesională au dus la o pronunțată inegalitate între membrii echipelor de lucru, confrunțați cu un viitor profesional nesigur. Pornind de la aceste observații cu caracter general, ca și de la literatura disponibilă pe această temă (Jean-Pierre Durand, Thomas Coutrot), poate fi formulată ipoteza că

avem de-a face, în primul rând, cu o multiplicare a formelor de cooperare constrânsă. Prin cooperare constrânsă înțelegem lucrarea prestabilită instituțional în cadrul unor grupuri de lucru organizate (echipe), dar și întrajutorarea, mai mult sau mai puțin spontană, în situații de necesitate sau pur și simplu „la nevoie”. Polisemia termenului de „cooperare” face de altfel dificilă disocierea celor două dimensiuni: organizațională și „spontană”. Persoanele intervievate<sup>2</sup> atribuie cel mai adesea un rol determinant în cooperare atât șefilor de echipă, responsabili de organizarea colectivelor, cât și „caracterului” colegilor, mai mult sau mai puțin dispuși la întrajutorare sau „individualiști”. Constrângerea nu este deci una exclusiv externă, determinată de exercitarea unei autorități ierarhice, ci poate fi deopotrivă o constrângere de ordin moral, prin interiorizarea unor norme și valori activate în dispoziții.

Intensificarea formelor de cooperare pune astfel în termeni oarecum noi problema

„servitudinii voluntare” și a „consimțământului” salariaților la dispozițiile primite din partea superiorilor. *La servitude volontaire* este titlul unei lucrări celebre a lui Étienne de la Boétie, care pusese (în secolul al XVI-lea) problema consimțământului cetățenilor în raport cu puterea politică tiranică. Dacă Boétie pusese această problemă mai ales în raport cu conștiința individuală, sociologii atrag astăzi atenția asupra dimensiunii colective a consimțământului, fără a exclude prin asta reflexivitatea subiectului. Raportul de subordonare presupus de munca salarizată conține în sine ideea de servitudine voluntară, dincolo de diversitatea ocupațiilor mai stabile sau mai precare. Exigențele de autonomie și de participare activă, considerate surse de eficacitate, duc la conjugarea consimțământului cu responsabilitatea individuală. Raporturile de dominare în muncă iau forme moderne: acceptare fără consimțire, adăziune sau implicare constrânsă<sup>3</sup>.

Cooperarea constrânsă este o formă de obiectivare a dominației și a modurilor ei de inculcare. Cooperarea poate conduce la o anumită reproducere a formelor de dominare legitimă, întemeiate pe competențe recunoscute, precum cooperarea dintre corpurile profesionale sau activitatea de organizare a muncii. Dar se poate coopera și pentru a-ți menține doar locul în câmpul profesional.

Modul în care se articulează consimțământele individuale poate explica unele forme de cooperare în muncă. Sunt astfel chestionate formele de servitudine „colectivă”, precum modul în care personalul medical se poate declara „în slujba bolnavului”, dând astfel dovadă de devotament, probând o etică a salvării, asumându-și o misiune, etc. – în opoziție cu ceea ce ține de etica profesională, care constă în a acorda prioritate bolii înaintea bolnavului, medicul punându-se înainte de toate în slujba medicinei ca profesie.

Privită din această perspectivă, cooperarea constrânsă – prin intervenția cadrelor de conducere, prin gestionarea spitalelor asemenea unei întreprinderi – poate fi și una conflictuală, în interiorul grupurilor (echipelor) constituite sau între grupuri. Cooperarea conflictuală contribuie la interiorizarea constrângerilor, obținându-se rezultatul scontat (participarea la acțiunea colectivă, muncă) chiar și în absența consimțământului individual. Cooperarea conflictuală, deși apare mai frecvent între cei care ocupă poziții dominate în spațiul socioprofesional al colectivelor de muncă, nu lipsește nici între cei din vârful ierarhiei: se „conlucrează” chiar și în situațiile de „incompatibilitate” personală (incompatibilitate atribuită îndeobște „caracterelor”), din rațiuni superioare (interesul bine înțeles, precum interesul superior al bolnavului, înclinația spre negociere și compromis).

Conlucrarea presupune însă, pe lângă dimensiunea etică (profesională și antropologică, dată de prezența bolnavului), și una sociologică, revelată de formele de sociabilitate proprii lucrului în echipă – stabilirea unor raporturi de încredere, experiențele constitutive ale memoriei sociale și profesionale, inclusiv o competență specifică, întemeiată pe un anumit mod de socializare („viața în colectiv”), care permite stabilirea rapidă de legături trainice și mobilizarea acestora la nevoie<sup>4</sup>. Grupurile constituite dau astfel posibilitatea transcenderii conflictelor individuale de tip profesional, fac posibilă conlucrarea dincolo de interesele individuale imediate.

Constrângerea este acceptată în măsura în care o autoritate este recunoscută drept legitimă, fie că este vorba de competența superiorului ierarhic, fie de o autoritate morală – precum „interesul suprem al bolnavului”, invocat pentru a obține consimțământul asistentelor medicale și al

infirmierelor în efectuarea unor înlocuiri urgente a colegelor absente. Aceasta e una dintre formele de cooperare cel mai greu acceptate, deoarece administrația este bănuită că nu angajează personal suficient și invocă argumente morale pentru a justifica exploatarea suplimentară a forței de muncă existente. Dimensiunea etică a cooperării poate fi însă identificată la fel de bine în actele de întraajutorare, în grija manifestată pentru împărțirea echitabilă a sarcinilor, în participarea la formarea stagiilor, în general mai bine acceptați în echipe decât înlocuitorii (suplinitorii), cărorora de asemenea trebuie să li se explice ce au de făcut, iar asta costă timp – puțin disponibil în condițiile unor ritmuri accelerate de lucru. Pe de altă parte, a nu da curs unor asemenea exigențe etice de cooperare înseamnă a fi un „rău coleg”, condiție degradantă profesional și uman.

### Structurile cooperării

Cooperarea este una dintre temele care permit obiectivarea diviziunilor existente între câmpul medical „public” (spitale și clinici care aparțin Asistenței publice) și cel „privat” (îndeosebi clinici, care pot fi proprietatea unor familii, asemenea unor mici întreprinderi, sau ale unor grupuri<sup>5</sup>), prin locul care îi revine medicului și pacientului „său” în clinica particulară, respectiv echipelor de îngrijire în spitalul public. Spitalul public este considerat a fi locul prin excelență al funcționării în echipă, datorită efectivelor de care dispune (personal mult mai numeros), dar și modului de organizare a muncii : de exemplu, existența unui „pool de asistente medicale”, un fel de „echipe interimare interne”<sup>6</sup>, care pot asigura necesarul de personal la nevoie, prin înlocuire. Poziția centrală a echipelor de îngrijire<sup>7</sup> din spitalele publice

și marele număr de persoane aflate în contact cu pacienții, în defavoarea relației personalizate a medicului cu pacientul, constituie una din principalele critici formulate de medicii liberali (dar și de unele asistente medicale devotate sistemului privat) la adresa spitalului public : personalul se schimbă prea des, ceea ce face dificilă, dacă nu chiar imposibilă, stabilirea unor relații de încredere cu pacienții.

Dimpotrivă, relațiile prea strânse dintre medici și pacienți în clinicile private pot fi suspectate că depind mai mult de „carnetul de cecuri al clientului” decât de interesul profesional al medicului. Criticile formulate în acest sens de către asistentele și infirmierele din sistemul privat vizează devalorizarea statutului lor profesional în condițiile stabilirii unor relații de complicitate exclusive între medici și pacienți.

Competiția dintre sectoarele public și privat s-ar afla astfel la originea unei distanțe tot mai mari între cele două categorii de pacienți, producând excluderea celor mai defavorizați dintre ei. Introducerea în sectorul public a unor metode de gestiune proprii întreprinderilor, vizând „rentabilizarea fluxurilor” de bolnavi, ar fi condus și la unele situații extreme, precum închiderea unor secții în spitale și „concedierea” bolnavilor<sup>8</sup>. S-au agravat astfel unele dintre deficiențele structurale ale sectorului public, slăbind legăturile dintre pacienți și personalul de îngrijire și accentuând indispoziția (*malaise*) din sânul echipelor. La rândul lor, clinicile sunt confruntate cu unele probleme de gestiune ca urmare a concentrării în mari grupuri private. Penuria și mobilitatea personalului paramedical sunt o problemă comună a sectoarelor public și privat, dar efectele se resimt mai mult în sectorul privat, obligat să se arate mai disponibil față de pacienți, care sunt totodată și clienți.

### **Definițiile colectivului și spiritul de echipă**

Echipele sau reuniunile (ședințele) de lucru sunt colective mobilizate. Ele nu dau însă naștere unor forme autentice de cooperare decât în măsura în care are loc o recunoaștere a competențelor și o distribuție echitabilă a sarcinilor de lucru. O asemenea condiție este desemnată adesea la modul simbolic prin identificarea unui „adevărat spirit de echipă”. În România, în perioada comunistă, se vorbea cu o ironie nemalițioasă despre unii oameni „de comitet”, adică „de treabă”, gata să dea „o mână de ajutor”. Cooperarea constrânsă este diferită, putând fi conflictuală sau supusă (prin consimțământ), în funcție de dispozițiile agenților în cauză, dar de asemenea strategică, în funcție de interesele acestora. Poți fi constrâns să cooperezi pentru a-ți menține poziția într-un colectiv, în condițiile în care piața muncii nu-ți oferă multe alternative<sup>9</sup>. Delegarea anumitor sarcini de către superiorul ierarhic constituie și ea o formă de cooperare constrânsă, care nu exclude însă interesul pentru cooperare din partea celui căruia i se delegă sarcinile. Executarea unei sarcini delegate implică o dimensiune cognitivă și formatoare.

Pentru a analiza relațiile de cooperare în muncă trebuie mers dincolo de studierea interacțiunilor dintre membrii unui grup într-o situație determinată. A coopera în muncă presupune a avea dispoziții durabile, legate de modul de socializare a persoanelor. Într-o anchetă anterioară am observat că dispozițiile pentru cooperare sunt caracteristice celor care provin din familii numeroase, au practicat în tinerețe un sport de echipă sau au avut o experiență semnificativă în efectuarea serviciului militar.

Pe de altă parte, cooperarea depinde de traiectoriile membrilor unui anume grup,

de estimarea șanselor individuale de carieră pe care ei le asociază muncii în echipă. Recunoașterea experienței profesionale sau alte profituri asociate activității colective stimulează angajamentul în și față de grup, în perspectiva calificării sau formării la începutul carierei, a promovării sau a reconversiei profesionale ulterior. Dispoziția pentru cooperare este astfel prezentă în mod deosebit în anumite momente ale traiectoriei profesionale, la început, când persoana este interesată să „evolueze”, și către sfârșit, când împărțirea experienței devine o condiție pentru a fi recunoscut.

### **Locurile cooperării intense**

Prezentăm aici câteva exemple de spitale și servicii devenite locuri de cooperare intensă ca urmare a conjugării efectelor pe care le au schimbările instituționale, mobilitățile personalului și transformările intervenite în spațiul medico-social. Structura acestui spațiu este dată de opoziția dintre sectoarele public și particular, precum și de raporturile ierarhice transformate dintre corpul medical și echipele paramedicale, respectiv dintre personalul de îngrijire și pacienți.

Primul exemplu este cel al blocului operator. Acesta este un loc închis, supus unor reguli stricte de sterilitate, în care accesul persoanelor din afară, neautorizate, este interzis. Un asemenea univers medical foarte protejat se dovedește totuși sensibil la schimbările intervenite în instituțiile medicale într-un mod asemănător cu centrele psihiatrice *extraspitalcești*, cu centrele de dializă sau cu serviciile de urgență, concepute de la bun început ca fiind adevărate „uși deschise” ale acestora și instituții.

### ***Echipele de bloc operator***

Acestea sunt dintre cele mai structurate din universul spitalicesc : diviziunea muncii este strictă, rolurile definite cu precizie, pozițiile ierarhice și calificările foarte diferențiate. Codificarea precisă a actelor medicale e menită să limiteze riscurile de infecții sau de erori profesionale<sup>10</sup>. Aceste echipe nu sunt omogene, păstrându-se tradiția cuplurilor de lucru între chirurg și asistență IBODE pe de-o parte, anestezist și asistență IADE pe de alta<sup>11</sup>, întemeiată pe complicitatea în delegarea anumitor sarcini. Echipele de bloc operator se află în mod obișnuit în stare de tensiune și sub stres, mobilizându-se uneori într-o manieră violentă, verbală (vociferări) sau chiar fizică (de exemplu, răsturnarea mesei cu instrumentarul chirurgical din cauza nerespectării regulilor de sterilitate).

Funcționarea echipelor de bloc a fost afectată de trei tipuri de schimbări : intensificarea ritmurilor din cauza specializării intervențiilor (o anume clinică, de exemplu, nu operează decât implantarea protezelor de umăr), fluidificarea timpului de prezență a pacienților și a personalului și în sfârșit, autonomia personalului paramedical față de medici. Tendința către supraspecializare este un fenomen determinat de concentrarea ce se produce pe piața serviciilor medicale și totodată un efect al tendinței de rentabilizare a carierei medicale, marcate de investiția inițială în ani lungi de studii. Observația – făcută într-un interviu de către un medic anestezist de origine română, dintr-o clinică privată din regiunea pariziană – e menită să justifice controlul pe care anesteziștii îl exercită asupra riscurilor pe care ar fi tentați să le ia chirurgii, „împinși” la specializare. Fluidificarea debitelor de pacienți presupune eliminarea timpilor morți dintre intervențiile chirurgicale (cu

respectarea unui interval minim de 20 de minute pentru sterilizare) și prezența personalului, în special a chirurgilor, numai pe durata intervențiilor. În sfârșit, deși rămâne incontestabil „șef de echipă” în blocul operator, autonomia personalului paramedical, pe de-o parte, raporturile de concurență cu anesteziștii, pe de alta, determină deprecierea autorității chirurgului. Impunându-se ca șef de echipă cu mai mare dificultate, este obligat să se situeze față de ceilalți într-un raport de forță. Un chirurg „liberal exclusiv” se plânge că echipele au devenit inerte și e nevoit să se răstească la colaboratori mai des decât înainte. Deși, de felul lui, se consideră mai degrabă *cool*, rareori nervos în timp ce operează, se laudă cu reputația lui de „asasin de supraveghetare de bloc”<sup>12</sup>.

Pe de altă parte, intervențiile simultane ale chirurgilor și anesteziștilor în mai multe săli de operație ale aceluiași bloc operator au dus nu doar la creșterea ritmului acestor intervenții, ci și a responsabilităților personalului intermediar. Munca în echipă impune prezența unor personalități puternice, capabile să facă față tensiunilor și să reziste puseelor de autoritarism ale șefilor : a-i înfrunța, a nu se da bătut într-un raport de forță este o regulă de conduită pentru a putea rezista presiunii nervoase, evitând crizele de nervi.

### ***Intruziunea socialului în echipele medicale***

Centrele de zi din spitalele psihiatrice, centrele medico-psihiatrice (CMP), centrele postcură, „șantierelor de reinsertie” etc. sunt locuri cunoscute pentru deschiderea către exterior a instituției total azilare – în sensul pe care i l-a dat Erving Goffman. Prezența discontinuă a medicilor – psihologii sunt adesea singurele cadre superioare prezente – și relațiile de parteneriat

cu serviciile publice (primărie, alte autorități locale) și cu asociațiile care intervin în mod benevol, contribuie semnificativ la o asemenea deschidere. O primă observație asupra personalului de îngrijire din spitalele psihiatrice privește problemele de diviziune a muncii și de specializare între cei care se ocupă de intervențiile imediate și urgente, în situațiile de criză, și cei care se orientează către urmărirea pe termen lung a pacienților, îndeosebi pentru reinsertia acestora. Între cele două dimensiuni ale intervenției psihiatrice (închidere și medicalizare, deschidere și socializare) se poate instala un dezechilibru, acuzat de unele dintre persoanele intervievate ca o problemă politică și socială (reducerea numărului centrelor de zi din cauza costurilor ridicate, absența structurilor adecvate pentru anumite categorii de pacienți, în special în pedopsihiatrie etc.).

Intruziunea socialului în lumea medicală nu se limitează doar la spitalele psihiatrice ori la prezența asistentelor sociale în spitale<sup>13</sup>. Alte servicii medicale, unele foarte diferite ca specialitate medicală față de altele, precum centrele de dializă, serviciile de urgențe sau centrele pentru recuperarea handicapurilor motorii (pentru a ne referi aici doar la locurile de muncă ale persoanelor intervievate) sunt în mod diferit marcate de accentuarea cooperării dintre profesiile medicale și cele sociale.

*Centrele de dializă* primesc astfel pacienți pentru o durată relativ scurtă și constituie un punct de tranzit în rețeaua spitalicească. Relațiile cu unii dintre pacienții bolnavi cronici se pot însă stabiliza pe un termen mai lung. Funcționarea în rețea a unor asemenea centre, pentru a putea primi și a plasa apoi bolnavii, depinde de relațiile și cunoștințele stabilite în timp între medici, aparținând unei specialități relativ recente și cu efective

restrânse, o lume unde „toți se cunosc între ei”. Situație de altfel asemănătoare cu aceea a „urgentiștilor”. Lipsa de locuri libere în spitale impune tot mai des medicilor să facă apel la cunoștințe și relații, funcționarea în rețea fiind vitală pentru un asemenea centru.

Centrele de dializă nu sunt confruntate însă numai cu problema plasării pacienților, ci și cu aceea a circulației (*turn-over*) personalului. Posibilitatea de a asigura asistentelor medicale o pregătire specifică la locul de muncă reprezintă un atu pentru un astfel de centru, deoarece limitează mobilitatea personalului, valorizând în mod special cooperarea. Munca „relațională” și de pregătire profesională tinde însă să ocupe astfel o pondere excesivă în activitatea unui medic din centrul de dializă, angajat pe două fronturi. Medicul respectiv e într-o stare de disconfort profesional, având în permanență sentimentul de a fi supraîncărcat de treburi, de a face în același timp prea mult în plan relațional și nu îndeajuns în plan clinic.

*Secțiile de urgențe* s-au dezvoltat considerabil în ultimul timp datorită transformărilor instituției spitalicești (externalizarea anumitor funcții, repliere securitară) și a celor intervenite în mediul ei imediat înconjurător (precaritate socială, răirirea instanțelor de mediere socială). Funcționând ca interfață a secțiilor unui spital anume, pe de-o parte, stabilind relații de parteneriat cu servicii externe, de care spitalul respectiv nu dispune, pe de altă parte, urgențele protejează spitalul de intruziuni stânjenoare<sup>14</sup>. Echipele secțiilor de urgențe sunt compuse din câțiva medici permanenți, dar mai ales din medici aflați în trecere (cu jumătăți de normă sau chiar mai puțin), care intervin în mai multe locuri în același timp, făcând câteva gărzi și la urgențe – în majoritatea lor medici generaliști deveniți „specialiști în timp”,

adică specializați în intervenții de durată scurtă și foarte scurtă. Lor li se adaugă echipe de infirmiere tinere, a căror speranță de viață profesională într-un asemenea loc este mai degrabă scurtă, din cauza penibilității muncii și a constrângerilor diverse<sup>15</sup>. Mobilitatea accelerată a personalului echipelor de urgențe către serviciile mai stabile și mai autonome fac dintr-un asemenea serviciu un loc de trecere capabil să pună în valoare identități profesionale nesigure sau amenințate.

Performanța unui serviciu de urgențe depinde de capacitatea de mobilizare și orientare într-un timp scurt a unor echipe cu geometrie variabilă. Mult mai solicitate, dar mai prost plătite decât kolegele lor din secțiile mai stabile, recunoașterea asistentelor din secțiile de urgențe depinde de capacitatea de a-și demonstra devotamentul dezinteresat. Reorientarea sau promovarea profesională a membrilor acestor echipe depinde de asemenea demonstrații de devotament. Șeful secției de urgențe pe care l-am interviuat vorbea în acest sens de un decalaj permanent între „statut și recunoaștere”: nivelul aspirațiilor este în cazul acestui personal cu mult deasupra pozițiilor ocupate. Un decalaj care poate fi întâlnit de altfel și în alte servicii sau echipe: de exemplu, în cazul farmacistei dintr-un mare spital parizian, lucrând fără contract de muncă de peste 30 de ani, sau în cazul medicului radiolog, atașat temporar (*vacataire*) cam de tot atâta vreme, lucrând în paralel pe contracte în mai multe spitale, și care se prezintă pe sine, fără să ezite, ca aparținând grupului „sclavilor” din sistem<sup>16</sup>. Persoanele din această categorie au pus la cale strategii de intrare și de menținere pe termen lung, în unele cazuri limită, fiind vorba de strategii de supraviețuire în lumea medicală. Urgențele se dovedesc astfel a fi un loc de trecere, de triere și clasificare nu doar pentru bolnavi, ci și pentru personalul medical și paramedical<sup>17</sup>.

## Efecte de poziție și structuri de compromis

A vorbi la modul general despre caracteristicile muncii în colectiv nu ar avea mare sens dacă ele nu sunt prezentate în funcție de pozițiile ocupate în colectivele respective de cei care formează, într-un fel sau în altul, o echipă, și în funcție de reprezentările acestora asupra condițiilor de cooperare. Relațiile de cooperare în muncă și reprezentările lor sunt determinate în același timp de pozițiile personalului în spațiul medical (poziții dominante sau de execuție, poziții intermediare sau de mediere), ca și de traiectoriile membrilor echipelor, în funcție de care se definesc dispozițiile și interesele pentru cooperare<sup>18</sup>. Dacă instituția definește cadrul general al cooperării, atât în ceea ce privește spațiul, timpul sau conținutul schimburilor, backgroundul social și profesional al agenților și proiectarea lor într-o formare profesională constituie posibilul și probabilul oricărei relații de cooperare. Reconstituirea traiectoriilor profesionale ilustrează schimbările de condiție și de statut apărute în ultimele două decenii în cariera profesională a medicilor, asistentelor medicale și infirmierelor<sup>19</sup>. Discursurile „de instituție” și cele „critice” nu constituie doar simple reflexe ale pozițiilor subiecților, ci fac vizibile articulațiile dintre sistemele de așteptări și aspirații individuale în raport cu instituția, precum și efectele, resimțite individual, ale transformărilor grupului profesional în raport cu traiectoria celui în cauză.

### *O schiță tipologică: cooperarea cadrelor*

Pentru ocupanții celor mai înalte poziții, chestiunea raporturilor statutare dintre diferitele corpuri profesionale și cea a

recunoașterii sociale constituie nucleul problematicii cooperării în muncă. Cei intervievați vorbesc astfel, în mod frecvent, de diferitele tipuri de putere (medicală, a profesiilor intermediare, administrativă) și de formele de delegare și mai puțin de cooperarea în efectuarea sarcinilor specifice activității pe care o desfășoară. La medici, diferitele puncte de vedere asupra condițiilor și relațiilor de cooperare în muncă apar ca fiind foarte contrastante. Am putut observa trei cazuri distincte.

Primul este cel al investiției profesionale și raționale în cooperare, care constituie o dimensiune centrală a sectorului de activitate al medicului în cauză. Exemple: șeful de clinică de urgențe al unui spital din regiunea pariziană și anestezistul, șef de bloc operator, dintr-un institut mutualist parizian. Ambii sunt relativ tineri (spre patruzeci de ani) și ocupă poziții promițătoare pentru o bună carieră profesională. Cel dintâi este confruntat cu o mare diversitate de forme de cooperare, pe care le enumeră sistematic de la începutul interviului. Cele trei activități de organizarea cărora trebuie să se ocupe și care depind de cooperarea dintre membrii personalului sunt primirea pacienților în situații de urgență, spitalizarea pe termen scurt și consultațiile; cooperarea cu membrii celorlalte servicii (secții) ale spitalului, o forma de cooperare vitală în condițiile în care „urgențele” nu pot asigura singure toate specialitățile necesare; cooperarea necesară cu specialitățile ce nu sunt reprezentate în cadrul spitalului. Într-o manieră asemănătoare, medicul anestezist care îndeplinește funcția de manager de bloc operator este preocupat de raționalizarea formelor de cooperare și încearcă să introducă noile modalități de gestiune caracteristice pentru „spitalul-întreprindere”: planificarea orarelor pentru chirurși, care nu mai sunt salariați permanenți, ci intervin

din afară, regruparea tuturor meseriilor din bloc, a căror fuziune ar fi posibilă în noile condiții ca urmare a reducerii puterii chirurgilor, pentru a da astfel naștere unui „spirit de întreprindere” în cadrul blocului operator.

Un al doilea tip corespunde medicilor dezamăgiți de declinul propriei profesii și/sau specialități: cazurile chirurgului „liberal exclusiv” și al anestezistului, amândoi lucrând în clinici particulare, din localități diferite în regiunea pariziană, care atribuie acest declin fie unei politici sanitare defectuoase („mediocritatea” reformelor socialiste, defavorizarea sectorului privat față de cel public), fie unor evoluții economice și juridice care au afectat statutul medicilor (concentrarea clinicilor private, legiferarea relațiilor cu pacienții). În ambele cazuri este vorba de o identitate profesională puternică, dar există o diferență însemnată între ei, anestezistii câștigându-și relativ recent autonomia, fiind dependenți de chirurși într-o mai mare măsură până acum 15-20 de ani. Nu este surprinzător în aceste condiții că, pentru chirurg, raporturile de cooperare determinante sunt cele cu pacientul, iar pentru anestezist cele cu colegii anestezisti, dar și cu chirurgii, relațiile de solidaritate întărindu-se prin opoziție cu administrația clinicii.

Al treilea tip este cel al cadrelor cu contracte temporare de muncă sau „atașați”, expuși în permanență excluderii. Pentru aceștia (un medic radiolog și o farmacistă în eșantionul nostru), accesul la informație și cooperarea sub forma de *serviciu făcut* reprezintă strategii de supraviețuire în mediul profesional. Asemenea poziții sunt omoloage, la un alt nivel ierarhic, cu cele ale asistentelor medicale și infirmierelor amenințate de excludere, a căror disponibilitate pentru cooperare beneficiază de motivații asemănătoare. Ar trebui adăugat că un statut marginal poate da

naștere la conduite opuse, de suprainvestire în cooperare sau de izolare.

### ***Cooperarea ierarhică***

Delegarea sarcinilor este prin excelență o formă de cooperare ierarhică, care se distinge de celelalte în sensul în care ajutorul și controlul sunt strâns asociate, contribuind la constituirea unei resurse particulare, a unui capital social și profesional specific. Delegarea sarcinilor întărește aspirațiile profesionale și încurajează mobilitatea în interiorul corpului (para)medical. Multe dintre persoanele întâlnite și-au început cariera pe posturi necalificate<sup>20</sup>, pentru a deveni ulterior infirmier(ă) sau asistent(ă) medical(ă), în urma unor școlarizări și stagii succesive, ca și a examenelor corespunzătoare de diplomă. Dimensiunea formativă este nedisociabilă de constrângerea socială pe care o presupune orice delegare, care este deopotrivă și o obligație<sup>21</sup>, putând limita autonomia celui pus în situația de a executa sarcini delegate. Multiplicarea activităților delegate stânjenește executarea activităților proprii, intensifică raporturile ierarhice din interiorul colectivului și sporește dificultățile personalului care se află la baza piramidei instituționale.

### ***Cooperarea între membrii echipelor de îngrijire***

Autonomia crescută a profesiilor paramedicale, anticipată de constituirea corpului infirmierelor (*aides soignantes*), a luat amploare ca urmare a instituirii unei noi profesii intermediare<sup>22</sup>, cea a cadrelor de supraveghere. Detașarea relativă a acestui corp „paramedical” de cel medical nu a adus neapărat, pe lângă autonomie, și recunoașterea așteptată. Recunoașterea este una dintre cele mai frecvente revendicări din partea acestor categorii de personal (infirmiere și asistente medicale) în ceea

ce privește ameliorarea condițiilor de muncă. Mai multe mărturii converg în reclamarea absenței sau a dificultăților de comunicare dintre diferitele eșaloane ierarhice. Accentuarea diviziunii muncii a dus la situații conflictuale, potențiale ori reale, legate de împărțirea sarcinilor între asistente și infirmiere.

Cei trei șefi de echipe de îngrijire (*cadres infirmiers*, cadre de supraveghere sau asistenți șefi) intervievați lucrează în psihiatrie, un sector caracterizat prin reducerea sistematică a numărului persoanelor spitalizate și prin importanța ce revine măsurilor alternative la internare (centrele medico-psihologice de zi reprezentând în jur de 80% din populația îngrijită, numai 20% fiind propriu-zis spitalizată)<sup>23</sup>. Pentru aceștia, cooperarea este mai întâi o sarcină profesională, revenindu-le organizarea muncii în echipă. În al doilea rând, au responsabilitatea medierilor dintre echipele de îngrijire, autonome, și echipele medicale. Interviu realizat cu unul dintre acești „asistenți-șefi” ne-a atras în mod special atenția asupra problemelor legate de delegarea sarcinilor în interiorul echipelor, pe de-o parte, și de raporturile dintre „cele trei puteri” din instituția spitalicească, cea medicală (a medicilor), cea administrativă și cea a personalului intermediar (asistenți – *infirmiers*). Cei intervievați sunt mai degrabă satisfăcuți de propria activitate profesională, au încredere în capacitatea lor organizațională, de mobilizare a echipelor, în ciuda suprasolicitării zilnice și a unei relative penurii de personal. Manifestă însă mai multă neîncredere față de orientarea politică generală a spitalului ca instituție, legând-o de o problemă mai generală de societate, și consideră că sistemul francez de sănătate – „cel mai bun din lume” – se află în declin. O dezorientare asemănătoare poate fi întâlnită printre ocupanții unor poziții omoloage

în sectorul industrial, intervievați cu prilejul anchetei precedente<sup>24</sup>.

Pentru asistente (*infirmières*), cooperarea are mai degrabă sensul de întraajutorare, de echitate în distribuirea sarcinilor în echipe, atât în ceea ce privește compunerea echipelor (persoane de aceeași vârstă sau având un parcurs profesional asemănător), cât și relațiile dintre ele (de exemplu, între echipele de zi și cele de noapte), de posibilitate de a echilibra timpul acordat lucrului și cel acordat familiei (ținând cont mai ales de faptul că majoritatea membrilor acestor echipe sunt femei). Cooperarea în cazul pozițiilor dominate (infirmiere, *aides soignantes*) este valorizată atunci când favorizează pregătirea profesională (acumularea de competențe prin mobilitate și disponibilitate), când permite rezistența la exploatare, respectiv la autoexploatare (a nu fi vulnerabil la șantajul moral în numele „interesului suprem al bolnavului”), și când duce la elaborarea de strategii optime pentru a fi recunoscut social și profesional.

*Negocierile asupra timpului de lucru* (fixarea orarelor) ocupă un loc important în funcționarea echipelor, în condițiile în care înlocuirile sunt considerate o formă de cooperare constrânsă, adesea sursă de frustrare pentru ceilalți membri ai echipei sau pentru pacienți. Solicitarea frecventă a unor cadre interimare – și, până nu demult, a unui personal de îngrijire (*infirmières*) străin (mai ales de naționalitate spaniolă) pentru a face față penuriei forței calificate de muncă, atrăgea obligația de a le indica modul de lucru, ceea ce se adăuga altor constrângeri, precum gărziile sau prezența obligatorie la domiciliu pentru cazuri de necesitate (*astreintes*). O asistentă „instrumentistă” de bloc operator povestește că a fost nevoită să-și pună un robot vocal la telefon pentru a filtra apelurile și a evita să fie solicitată

în situații de urgență. Orele suplimentare, reducerea forțată a timpului liber în asemenea situații de urgență pentru înlocuirea colegilor absenți, împărțirea sarcinilor între membrii unei echipe lucrând cu efective reduse – sunt adesea evocate ca surse de conflict sau de tensiuni în interiorul echipelor sau între echipe. Ipoteza multiplicării formelor de cooperare constrânsă pentru cei care ocupă poziții de executanți se sprijină atât pe observațiile privind datele constitutive ale acestei profesii, cât și pe efectele previzibile ale delegărilor în lanț ale activităților între membrii diferitelor grupuri profesionale. Poziția care revine aici infirmierelor (*aides soignantes*) este un exemplu: categorie constituită pentru a elibera asistentele de sarcinile care presupun un grad mai scăzut de calificare, infirmierele (*aides soignantes*) nu-și pot pune în valoare munca proprie decât însușindu-și unele din sarcinile delegate de asistente, sau acordând o atenție deosebită contactelor privilegiate pe care le au cu bolnavii. În aceste condiții, penuria de personal reprezintă o dublă amenințare, în același timp din cauza acumulării unei suprasarcini de lucru (fiind situate la capătul lanțului, este exclusă aproape orice posibilitate de delegare a activității proprii) și a multiplicării situațiilor de risc de violență în raporturile cu pacienții și cu familiile acestora. În ciuda beneficiilor incontestabile aduse de reducerea programului săptămânal de lucru la 35 de ore și de ameliorarea punctuală a condițiilor materiale de muncă, situațiile de izolare sau de excludere din rândurile celor care aparțin acestei categorii par a fi numeroase.

Acuzând o anume „invizibilitate”, din cauza lipsei de recunoaștere (și de recunoștință) din partea conducerii, a medicilor și a autorităților publice<sup>25</sup>, temându-se de pierderea unor câștiguri recente precum „*amenajarea* reducerii timpului de lucru”

(ARTT), infirmierele se simt amenințate și din direcția principalei forme de recunoaștere de care pot dispune, cea a pacienților și a familiilor acestora. Schimbările intervenite în condițiile de muncă și în raporturile profesionale din mediul medical par a le expune unor asemenea riscuri mai mult decât înainte. Problema efectelor condițiilor de muncă se pune pentru multe dintre ele către sfârșitul carierei, când au de suportat costurile acumulate ale unor numeroase eforturi fizice, ale accidentelor și bolilor profesionale.

### În loc de concluzii

Ancheta ne-a permis reperarea câtorva locuri de cooperare intensificată ale unor echipe medicale și de îngrijire, ca urmare a schimbărilor structurale ce au loc în câmpul instituțiilor spitalicești. Intensificarea cooperării se traduce în principal prin multiplicarea formelor de cooperare

constrânsă. Multiplicarea în cascadă a formelor de delegare a activităților, exemplificată excelent de cooperarea ierarhică, constituie o obligație care, în măsura în care se sprijină pe aspirațiile de mobilitate, conduce și la constrângerile exercitate asupra personalului mai puțin înzestrat, cu mai puține resurse, confruntat cu dificultăți crescânde în efectuarea sarcinilor proprii. Angajamentul individual și subiectiv în delegarea sarcinilor constituie unul dintre resorturile consimțământului individual și poate da naștere la forme de complicitate și de „aservire voluntară” întemeiate pe respectarea locului fiecăruia. Trebuie subliniată totodată dimensiunea colectivă a acestor angajamente, fie că este vorba de cooperarea ierarhică, fie de solidaritatea între colegi, înscrise în forme instituite de cooperare și de recunoaștere a parcursurilor profesionale, care permit fructificarea decalajului existent între statut și recunoașterea așteptată, într-o perioadă profund marcată de precarizarea statutelor profesionale.

### Note

1. Acest articol a fost scris în urma raportului de cercetare *Les conditions du travail en équipe*, una dintre post-anchetele realizate, în 2003, pentru DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a Ministerului francez al Sănătății, în cadrul Centrului de studii asupra locurilor de muncă (CEE), asupra *Condițiilor și organizării muncii în instituțiile medicale* (spitale, clinici). Este vorba de prima anchetă realizată în Franța asupra condițiilor de muncă în mediul spitalicesc. Principalele categorii profesionale din instituțiile medicale pun unele probleme de traducere, pe lângă cele legate de diferențele dintre istoriile fiecărui corp profesional în parte. Am tradus astfel *cadres infirmiers* și *surveillants* (denumirea anterioară a postului) prin „cadre de supraveghere” sau „asistenți-șefi”: aceștia au o funcție echivalentă celei a șefilor de echipă sau maiștrilor din industrie, fiind cadre medii cu o calificare specifică; *infirmières* reprezintă omoloagele „asistentelor medicale” din spitalele românești, iar *aides soignantes* îndeplinesc funcții asemănătoare „infirmierelor”.
2. 40 de interviuri au fost realizate în regiunea pariziană pornind de la eșantionul anchetei principale: 11 interviuri realizate cu medici și cadre medicale, 19 cu membri ai profesiilor intermediare (asistente medicale – *infirmières*), 10 cu alți angajați (infirmiere – *aides soignantes*). Suprarezentația profesiilor intermediare din personalul de îngrijire se justifică prin faptul că acest strat are specialități diverse, ca și diferențe de statut. Personalul medical este de asemenea suprarezentațat (sarcinile medicilor sunt cele mai complexe, au funcții de încadrare, mari responsabilități în îngrijire și acoperă o mare varietate de specialități). Eșantionul a fost construit din persoane care au acceptat să fie interviewate

din nou, după anchetă, prin chestionar. Un criteriu important în selecție a fost reprezentarea sectoarelor public, privat și asociativ. Trajectoriile persoanelor intervievate sunt de cele mai multe ori complexe, ilustrând o serie de experiențe în instituții și echipe medicale dintre cele mai diverse.

3. Cf. Marie-Christine Le Floch (2005), rezumând observațiile făcute în acest sens de Jean-Pierre Durand (2004) și Danilo Martucelli (2004).
4. Zicala „*prietenul la nevoie se cunoaște*” ar putea fi în acest sens reformulată și generalizată, capacitatea de activare a unei relații fiind nu numai un mijloc de testare a calității acestei relații (prietenia), ci și de evaluare a capitalului relațional de care poate dispune cel aflat în nevoie și a „solvabilității” lui pe termen lung (capacitatea de a face servicii asemănătoare celorlalți).
5. Din spusele uneia dintre persoanele intervievate, un sfert din numărul de paturi din regiunea pariziană s-ar afla în clinicile aparținând unor mari grupuri particulare.
6. Doi termeni merită precizați aici: *pool*, un anglicism ce desemnează o echipă de rezervă ai cărei membri (în special asistente) intervin în serviciile care au (momentan) personal insuficient. Echipe cu funcții asemănătoare există și în serviciile sociale, de exemplu la *Aide Sociale à l'Enfance* din departamentul Seine-Saint-Denis. Am întâlnit însă o asistentă medicală cu statut „liberal exclusiv”, care îndeplinea această funcție într-o clinică particulară, jucând rolul de *pool* de una singură. *Intérim*-ul este denumirea prescurtată a serviciilor care oferă forță de muncă calificată în domenii diverse, industrie sau servicii, pe o durată determinată. Se face apel la asemenea „interimari” atunci când o întreprindere (în cazul de față un spital) duce lipsă de personal pentru o perioadă scurtă (de exemplu, în caz de concedii medicale sau de maternitate), neputând sau nedorind să angajeze în mod definitiv personal nou. Folosirea îndelungată a unei asemenea forțe de muncă interimare este la originea multor conflicte de muncă.
7. O altă problemă de traducere și de fapt de definire a categoriilor și grupurilor este pusă de distincția formală dintre aceste echipe de îngrijire (*équipes de soins*), numite și „paramedicale”, și echipele medicale, compuse doar din medici. O asemenea distincție formală ar presupune că medicii și personalul paramedical fac parte din echipe diferite, când în realitate acțiunea lor e colectivă (*ils font équipe*, cum sugestiv se spune în franceză).
8. Cf. unui interviu cu un medic pediatru, șef de secție într-o clinică de pediatrie pariziană.
9. Jean-Pierre Durand utilizează pentru situații asemănătoare noțiunea de „implicare constrânsă” (2004).
10. „Mai degrabă un pacient mort decât unul infectat...”: umorul negru este o formă frecventă de descărcare a tensiunii nervoase determinate de riscurile intervențiilor, relativizând discursul moralizator despre „interesul suprem al bolnavului”.
11. Asistente medicale de bloc operator, instrumentiste (IBODE) și anesteziiste (IADE).
12. Supraveghetorele sunt asistentele șefe de echipă (cf. și *supra*), funcția lor presupunând îmbinarea a două tipuri de competențe, administrativă și profesională, de unde și dificultatea de a găsi un personal corespunzător.
13. Asistentele sociale se confruntă cu o problemă de autonomie și de identitate profesională, activitatea lor desfășurându-se atât în interiorul, cât și în exteriorul spitalului. Subordonate administrației, dispun de mai puțină autonomie decât personalul de îngrijire propriu-zis, „paramedical” (asistentele, infirmierele).
14. Un alt exemplu de umor negru la acest capitol: un pacient sosește la o clinică de chirurgie cu un cuțit înfipt în spate; medicul se uită la ceas, este cinci fără cinci, peste cinci minute i se termină programul; scoate cuțitul din spatele pacientului și i-l înfinge în ochi, spunându-i „mergi la etajul doi, clinica de oftalmologie e de gardă”.
15. Capacitatea de a face față solicitărilor fizice și disponibilitatea unor femei tinere necăsătorite explică vârsta medie scăzută a membrilor acestor echipe. Obligațiile familiale sunt principala cauză care le determină destul de repede să schimbe un asemenea loc de muncă.
16. „Nouă, atașăților, ni se spune *sclavii*”.

17. Nerecunoscuți ca fiind o specialitate medicală propriu-zisă, *urgentiștii* fac din manifestările de devotament profesional dezinteresat și din suprainvestirea în colectiv o modalitate de identificare cu imaginea ideală a profesiei medicale. O situație care poate fi comparată cu aceea, opusă, a serviciilor de geriatrie sau de îngrijiri paleative, care nu dispun de același tip de gratificație simbolică, și unde carierele bolnavilor, ca și cele ale personalului, pot fi la fel de lungi pe cât de penibile.
18. Caracteristicile persoanelor care au acceptat să fie interviewate de către un cercetător în cadrul anchetei, printre care se numără și cele 40 de persoane efectiv interviewate, indică o suprareprezentare a pozițiilor stabile, a traiectoriilor ascendente și a experiențelor profesionale confirmate.
19. Cele două decenii de referință (de pe la începutul anilor 1980 până în prezent) nu sunt alese întâmplător, ele corespunzând unor schimbări structurale în plan instituțional și profesional intervenite în această perioadă.
20. *Agent hospitalier* este denumirea din nomenclatorul profesiilor în Franța, pentru salariații care nu fac parte din personalul medical sau de îngrijire (brancardier, menajeră etc.).
21. Nu poți refuza solicitarea șefului ierarhic, respectiv a medicului, decât în anumite condiții. Unele persoane declară însă că refuză să delege, respectiv să accepte sarcini care nu fac parte în mod direct din atribuțiile lor de serviciu, tocmai pentru a păstra raporturi ierarhice „clare”. Delegarea este un caz particular de transformare a relațiilor în obligații, despre care vorbește Pierre Bourdieu.
22. *Cadres infirmiers* (asistenți medicali care au atribuții de șef de echipă paramedicală) au un statut diferit de cel al „supraveghetorilor” care au existat înainte, chiar dacă multe din funcțiile lor erau asemănătoare. În ceea ce privește istoricul corpului de *aides soignantes* (infirmiere), vezi Anne-Marie Arborio (2001).
23. Această orientare, specifică „psihiatriei de sector”, inițiată în Franța din 1960, a dus la reducerea considerabilă a numărului de paturi în spitalele psihiatrice (de la 150.000 la 50.000 în 20 de ani), însă soluțiile alternative nu au urmat în aceleași proporții procesul de „despitalizare”. Criticii sistemului actual acuză menținerea unei filosofii „spitalo-centriste” în ciuda faptului că spitalizarea nu privește decât un număr mic de pacienți și personal, centrarea pe instituția spitalicească fiind un efect al actualelor evaluări de „calitate-acreditare” (între care PMSI – Programme Médicalisé des Systèmes d’Information). Primatul economicului și al rentabilității a dus la apariția listelor de așteptare, la accelerarea consultațiilor și la scurtarea duratei internărilor (cf. Isabelle Aubard, „La psychiatrie est-elle soignante?”, Soins Etudes et Recherche en Psychiatrie, Séminaire „La mondialisation altère aussi la santé mentale”, [http://www2.fse-esf.org/rubrique.php3?id\\_rubrique=2203](http://www2.fse-esf.org/rubrique.php3?id_rubrique=2203)).
24. În industrie, schimbările frecvente ale proprietarilor întreprinderilor și reducerile de personal sunt principalele cauze ale unor asemenea dezorientări.
25. De exemplu, recunoașterea ar putea fi arătată prin reducerea vârstei pensionării într-un mod asemănător cu alte categorii profesionale expuse unor riscuri fizice sau prin amenajarea de locuri de muncă adaptate pentru persoanele ce suferă de handicapuri ușoare.

## Bibliografie

- Actes de la recherche*. (1996). Les nouveaux modes de domination dans le travail, 114-115.
- Arborio, Anne-Marie. (2001). *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos.
- Bernoux, Philippe. (1998). Contrainte et domination sans autonomie ni acteurs? *Sociologie du Travail*, 30, 3, 393-405.
- Balazs, Gabrielle și Faguer, Jean-Pierre. (1996). Une nouvelle forme de management, l'évaluation. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 68-78, 114.
- Boétie, Étienne de la. (1993). *Le discours de la servitude volontaire*. Paris : Payot.

- Bouffartigue, Paul (coord.) (2004). *Le retour des classes sociales. Inégalités, dominations, conflits*. Paris : La Dispute.
- Bourdieu, Pierre. (1998). *La domination masculine*. Paris : Seuil.
- Courpasson, David. (2000). *L'action contrainte. Organisations libérales et domination*. Paris : PUF.
- Coutrot, Thomas. (1999). *Critique de l'organisation du travail*. Paris : La Découverte, *Reperes*, 270.
- Durand, Jean-Pierre. (2004). *La chaîne invisible. Travailler aujourd'hui flux tendu et servitude volontaire*. Paris : Seuil.
- Durand, Jean-Pierre și Le Floch, Marie-Christine (eds) (2005). *La question du consentement au travail. Dominations et résistances*. Paris : L'Harmattan.
- Gheorghiu, Mihai Dinu. (2001). *Les relations de coopération au travail : travail collectif, travail en groupe, travail en équipe*. Convention Op – Dares A3/623, Rapport de fin d'étude, CEE, juin, 351 p.
- Gheorghiu, Mihai Dinu și Moatty, Frédéric. (2005). *Les conditions du travail en équipe : les relations de coopération dans les établissements de santé*. Paris : DREES, document de travail, 47, <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/>.
- Gheorghiu, Mihai Dinu și Moatty, Frédéric. (2003). Le travail collectif chez les salariés de l'industrie : groupes sociaux et enjeux de la coopération au travail. Noisy-le-Grand : CEE, document de travail, 29, <http://www.cee-recherche.fr/fr/publicationspdf/03doc29.pdf>.
- Goffman, Erving. (1968). *Asiles*. Paris : Minuit.
- Jeanet, Aurélie. (2003). A votre service! La relation de service comme rapport social. *Sociologie du travail*, 45, 2, 191-209.
- Le Lan, Romuald și Baubeau, Dominique. (2004). Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. DREES. *Etudes et résultats*, 335, 12.
- Martuccelli, Danilo. (2004). Figures de la domination. *Revue Française de Sociologie*, R. 59, 3, 469-497.
- Muel Dreyfus, Francine. (1984). Le fantôme du médecin de famille. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 54, septembre, 70-71.
- Sainsaulieu, Ivan. (2004). *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*. Paris : L'Harmattan, *Logiques sociales*.
- Tixier, Pierre-Eric. (1988). Légitimité et modes de domination dans les organisations. *Sociologie du Travail*, R. 30, vol. 30, 4, 615-629.
- Zawadzki, Paul. (2001). Les nouvelles formes de servitude : Penser la face sombre de l'individu. *Raisons politiques*, 11-35.

## Abstract

*The article presents the first results of a research on cooperation relationships in hospitals. It indicates an intensification of the various forms of cooperation in medical and care (paramedical) teams. The increasing autonomy of professional bodies and medical specialties, the increased personnel mobility and the restructuring of work collectives as an effect of the imposition of new managerial styles in health care institutions, the regrouping of services in "activity poles" and the decrease of working hours to 35 hours per week (ARTT), etc. are all part of an explanation of the increase of working cooperation.*

Primit la redacție : ianuarie 2006