

DOSSIER SALUD/SUBJETIVIDAD-TRABAJO

ARK: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25912755/lgfgfhvjr>

De una residencia para vivir a un lugar para morir: acerca del trabajo de cuidado en épocas de *new public management*

Patricio Nusshold*

<https://orcid.org/0000-0002-3000-8287>

Université de Toulouse Jean Jaures, Francia

patricio.nusshold@univ-tlse2.fr

Recibido: 07-02-23

Aceptado: 03-04-23

Resumen. El artículo tiene como objetivo analizar el compromiso del cuerpo en el trabajo de cuidado, a partir de una intervención clínica colectiva en una residencia para adultos en situación de discapacidad que busca analizar de qué manera los métodos de gestión desarrollados por el *new public management* dificultan el despliegue y el reconocimiento de las tareas de cuidado. A partir de la metodología de investigación de la psicodinámica del trabajo, el artículo demuestra gracias a la experiencia de un equipo de cuidadoras, que el trabajo de cuidado supone un compromiso cuerpo a cuerpo para conocer las necesidades de los residentes que no pueden expresarse a través del lenguaje. Los resultados muestran cómo la inteligencia práctica de las cuidadoras permite seguir haciendo, muchas veces clandestinamente, un trabajo de calidad a pesar de las restricciones y nuevas tareas administrativas impuestas por los métodos de trabajo. Se destaca el modo en que las nuevas herramientas no solo no permiten reflejar la riqueza y la complejidad de las tareas de cuidado, sino que muchas veces también las impiden, del mismo modo que dificultan la construcción de espacios de deliberación sobre el trabajo.

Palabras clave: cuerpo; trabajo; deliberación; care; discapacidad

* Doctor en Psicología (UBA y Cnam). Máster en psicología del trabajo, opción ergonomía (U. de Lille). Lic. en Psicología (UBA). Docente e investigador de la Univ. Toulouse Jean Jaures. LPS-DT, EA 1697.



De um lugar para viver a um lugar para morrer: sobre o trabalho de assistência em tempos de new public management

Resumo. Este artigo visa analisar o compromisso do corpo no trabalho de cuidados a partir de uma intervenção clínica coletiva numa residência para adultos com deficiência que procura analisar como os métodos de gestão desenvolvidos pela Nova Gestão Pública dificultam a implantação e reconhecimento de tarefas de cuidado. Com base na metodologia de investigação da psicodinâmica do trabalho, o artigo demonstra graças à experiência de uma equipa de cuidadoras, que o trabalho de cuidado envolve um compromisso corpo-a-corpo para conhecer as necessidades dos residentes que não conseguem expressar-se através da linguagem. Os resultados mostram como a inteligência prática das cuidadoras lhes permite continuar fazendo um trabalho de qualidade, muitas vezes de forma clandestina, apesar das restrições e novas tarefas administrativas impostas pelos métodos de trabalho. Destaca-se o modo como as novas ferramentas não só não permitem refletir a riqueza e a complexidade das tarefas assistenciais, como muitas vezes as impedem, da mesma forma que dificultam a construção de espaços de deliberação sobre o trabalho.

Palavras-chave: corpo; trabalho; deliberação; cuidado; deficiência

From a residence to live in to a place to die: about care work in times of new public management

Abstract. This article aims to analyze the commitment of the body in care work from a collective clinical intervention in a residence for adults with disabilities that seeks to analyze how the management methods developed by New Public Management hinder the deployment and recognition of care tasks. Based on the research methodology of the psychodynamics of work, the article demonstrates thanks to the experience of a team of caregivers, that care work involves a body-to-body commitment to know the needs of residents who cannot express themselves through language. The results show how the practical intelligence of the caregivers allows them to continue doing quality work, often clandestinely, despite the restrictions and new administrative tasks imposed by the work methods. The way in which the new tools not only do not allow us to reflect the richness and complexity of care tasks, but also often prevents them, in the same way that they make it difficult to build spaces for deliberation about work, is highlighted.

Key words: body; work; deliberation; care; disability

INTRODUCCIÓN

Ciertas dificultades encontradas por las trabajadoras¹ de la salud y las profesionales vinculadas al cuidado en los últimos quince años parecen reaparecer en entornos diferentes. El debilitamiento de las discusiones colectivas sobre la brecha entre el trabajo prescrito y el trabajo real parece ligado a un análisis del trabajo y de sus resultados reducido a indicadores numéricos (Supiot, 2015). Identificamos muchas situaciones en las que la deliberación sobre el trabajo y la inteligencia del cuerpo -tanto en el plano individual como en el colectivo- puede verse socavada por una organización del trabajo centrada en la gobernanza a través de números (Duarte & Dejours, 2020). El propósito de este artículo es reflexionar -apoyándonos en una intervención colectiva realizada en una residencia para personas con discapacidad²- acerca de la brecha entre la inteligencia del cuerpo y el *new public management* (NPM). Comprender esta distancia entre el trabajo real de las cuidadoras y una gestión basada en indicadores numéricos puede dejar en evidencia las situaciones susceptibles de desencadenar cuadros psicopatológicos denominados “patologías de sobrecarga” (Dejours & Gernet, 2012), como trastornos músculo esqueléticos, cuadros de agotamiento o *burnout*, o incluso muertes súbitas por sobrecarga de trabajo o *karóshis*.

Numerosos trabajos han sido desarrollados los últimos años sobre el trabajo de cuidados (Wlosko, 2021; Ibos et al., 2019) y la influencia de los nuevos métodos de gestión en la posibilidad de llevar adelante estas tareas (Edrei, 2019; Molinier, 2010a, 2015), que suponen el compromiso del cuerpo y toda la subjetividad (Debout, 2021; Molinier, 2023; Pujol et al., 2020) principalmente de mujeres (Molinier, 2012).

A partir de esta investigación clínica, llevada adelante en Francia, esperamos proponer nuevas herramientas para pensar y comprender -tanto en el plano laboral como en el plano pático - la antesala del desencadenamiento del *burnout* y otras descompensaciones psicopatológicas (Dejours, 2016).

No desarrollaremos en el presente artículo todos los detalles del trabajo de campo, sino que nos concentraremos en los temas que nos parecen más relevantes. Mantendremos en el artículo el orden en que los temas fueron apareciendo a lo largo de las discusiones con las trabajadoras.

Primero, presentaremos cómo se desarrolló el trabajo de análisis de la demanda y la metodología utilizada. En esta primera parte daremos cuenta del estado de degradación de la salud de las trabajadoras, las condiciones de trabajo y los cuidados brindados a los residentes del establecimiento estudiado. En la segunda parte, se detallará el modo en que la nueva dirección ha ido desarrollando

¹ Para hacer más liviana la lectura se utilizará el femenino para hablar de los trabajadores y las trabajadoras de la salud. Tanto en nuestra investigación como en la mayoría de los establecimientos médico-sociales, son mujeres quienes ocupan los puestos ligados al cuidado. Por esta razón hablaremos de cuidadoras y trabajadoras.

² Para garantizar la confidencialidad cierta información ha sido modificada.

procesos de estandarización del cuidado ligados a lo que llamamos *new public management*. En esta parte del texto se brindarán elementos para comprender estas evoluciones, que se desarrollan hoy en día en diversas actividades. Se buscará dar detalles para comprender de qué manera concreta estas evoluciones dificultan o incluso impiden la posibilidad de trabajar bien. En la tercera y última parte del artículo, y a modo de conclusión, proponemos pensar las condiciones de la deliberación acerca de la inteligencia del cuerpo. Se intentará dar cuenta de por qué los obstáculos a las discusiones acerca de cómo se trabaja, o se podría hacer bien el trabajo pueden ser una trampa, o un obstáculo, para el desarrollo de la cooperación. A la vez, se buscará pensar por qué la posibilidad de hablar del trabajo real constituye una puerta de salida posible para los equipos que sufren.

Los elementos clínicos que emergen del trabajo de campo se presentarán articulados con la teoría. En ese sentido, el presente artículo no presenta por separado los datos apartados de la teoría, sino que las explicaciones teóricas se apoyarán sobre *verbatim* verbalizados en las reuniones, e inversamente, cuando sea necesario, movilizaremos autores que permitan comprender mejor los análisis clínicos.

CONTEXTO DE LA DEMANDA E INICIO DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo se llevó a cabo sobre la base de los principios metodológicos de la investigación sobre psicodinámica del trabajo (Dejours, 1980/2008; Nusshold, 2018).

La participación en los grupos de análisis colectivo del trabajo no es obligatoria sino voluntaria, y supone comprometerse a respetar la confidencialidad. La posición de los dos investigadores que llevan adelante el estudio, así como la metodología, se presentan en una reunión específica tras la cual los trabajadores pueden decidir si quieren participar o no de las reuniones de tres horas durante las cuales se lleva adelante el trabajo de análisis colectivo. Tras esas reuniones, y algunas sesiones de supervisión, los investigadores redactan un informe que es propuesto a los participantes durante una jornada de trabajo durante la cual el informe se modifica colectivamente. Es en esa reunión que los participantes pueden decidir si quieren compartir el informe y con quién.

Recibimos un pedido de intervención de parte de una médica laboral que se ocupa del seguimiento de este establecimiento médico-social³. Ella realiza el seguimiento de esta residencia desde hace diez años. Ubicado en un pueblo rural, el centro alberga 57 residentes internados con discapacidades múltiples, y

³ En Francia, los empleadores están obligados a cotizar a un servicio de salud ocupacional que monitorea el estado de salud de los trabajadores. En caso de ver un aumento de licencias médicas en un equipo de trabajo, el médico puede alertar o incluso proponer intervenciones para analizar la situación al origen de las enfermedades profesionales.

cuenta con 70 empleados, incluidas 31 personas a cargo de la AMP (Asistencia Médica y Psicológica) y 21 auxiliares de enfermería.

Como mencionamos, la residencia aloja en forma de internado a 57 residentes con múltiples discapacidades. Sus trastornos cerebrales se encuentran asociados a trastornos motores o sensoriales, lo que resulta en una restricción extrema de su autonomía. Históricamente, la estructura era una residencia para niños con discapacidad, y el establecimiento actual fue creado en la década de 1960 a medida que los niños fueron creciendo. Esto hace que muchos de los residentes actuales del centro viven en el mismo lugar desde la infancia, y las cuidadoras más antiguas los conocen desde hace cuarenta años. El mencionado centro se encuentra adscrito desde la década de 1970 a una fundación implantada a nivel provincial y que cuenta diversos establecimientos. En los meses previos al inicio de este trabajo, la situación era tensa: ante el congelamiento de las ayudas de la provincia, la dirección del centro, con el objetivo de "mantener un equilibrio financiero duradero", propuso la supresión de algunos días de vacaciones que no estaban fuera de convenio. El sector dedicado a los niños se mudó en 2013 y solo la residencia para adultos permanece en las instalaciones, lo cual dejó a la población envejecida sola sin los niños que vivían en el edificio contiguo. Al mismo tiempo, se creó un nuevo centro especializado en trastornos del espectro autista (TEA), que funciona junto a la residencia para adulto, y donde los residentes son un poco más jóvenes que la mayoría de los habitantes. El centro se encuentra dividido en cinco "casas".

La médica laboral se reunió tiempo antes de nuestra intervención con la directora del centro para analizar la situación degradada. En esta reunión la directora explicó que el equipo de una de las "casas" se encontraba padeciendo severas dificultades. Los residentes, que son completamente dependientes para todos los actos de la vida diaria, y el equipo de cuidados se encuentran en una situación en la cual las edades avanzadas de ambas poblaciones complican el trabajo. Durante 4 meses las enfermedades invernales de los residentes necesitaron de una cuarentena, lo que provocó sobrecarga de trabajo. Uno de los residentes murió, luego falleció la madre de otro. Una empleada murió también repentinamente poco después de su jubilación. Estas tres muertes se encadenaron en menos de dos meses. Las trabajadoras expresan sentir culpabilidad, y sospechan que un problema infeccioso podría haber sido ocultado, participando en estos fallecimientos.

Llevamos adelante esta intervención con Héléne Paillat: dos psicólogos clínicos especializados en psicología del trabajo formados en psicodinámica del trabajo a partir del pedido de la médica laboral (Nusshold, 2019). En primera instancia nos reunimos con la directora del establecimiento. Al mes siguiente, presen-

tamos la intervención al CHSCT⁴, y posteriormente al equipo en una reunión a la que participaron todos los empleados.

El grupo de trabajadoras que participó de la intervención estaba compuesto por 12 personas: 10 mujeres y 2 hombres. Cada uno se vincula a una de las “casas”. Los y las trabajadoras se presentan como asistentes de enfermería, AMP o instructores/as-educadores/as. Sin embargo, esta diferencia nominativa no representa una diferencia desde el punto de vista de la actividad, ya que “*asistentes de enfermería y AMP realizan el mismo trabajo*”⁵, explican.

El grupo se mantuvo relativamente estable durante todo el proceso. Las ausencias fueron debidamente justificadas e informadas, y a menudo estuvieron vinculadas a licencias por enfermedad o por otros motivos justificados.

En un primer momento, encontramos ciertos elementos que ya habían sido mencionados durante las reuniones de análisis de demanda con el médico del trabajo y la dirección de la institución, en particular la dimensión del envejecimiento de la población residente y los problemas de salud de un equipo de cuidadoras que también envejece.

El edificio del establecimiento se encuentra casi en ruinas. Regularmente se menciona una mudanza a nuevas instalaciones. Hoy, la edad promedio de los residentes es elevada; tres cuartas partes tienen más de cincuenta años, con un rango de edad que oscila entre los 20 y los 64 años. De esta manera, las necesidades de los residentes se han vuelto cada vez más importantes, los desplazamientos y movimientos a realizar y los tratamientos a administrar se tornan cada vez más semejantes a los de un geriátrico, alejándose de las tareas de una residencia para adultos con discapacidad. Hasta tanto los residentes no tengan 70 años no pueden mudarse a un geriátrico. Sin embargo, es poco probable que lleguen a esa edad debido a su discapacidad y a las enfermedades crónicas asociadas. A los 50 años la mayoría ya presenta dificultades similares a las de un anciano.

La percepción de las cuidadoras que quisieron participar de las reuniones propuestas es que su actividad ha ido aumentando, no solo por el envejecimiento de los residentes sino también por los nuevos métodos de gestión. “*Cada vez se nos pide más*”. Perciben que, debido al aumento del ritmo de trabajo, “*se ha producido una degradación gradual de la calidad en los últimos años*.” “*No sentimos que estemos haciendo bien nuestro trabajo*”.

⁴ En Francia los comités de salud, seguridad y condiciones de trabajo (CHSCT) son instituciones que representan al personal de la empresa o de la administración pública. Los CHSCT están presentes en empresas con más de 50 empleados y son responsables de la protección de los trabajadores en términos de higiene, salud y seguridad. Durante la primera presidencia de Emmanuel Macron, una de las reformas hizo que este tipo de reuniones no existieran más de manera obligatoria.

⁵ Anotaremos en cursiva las citas textuales de los participantes en el proceso y de los actores con los que hemos interactuado durante el mismo.

Esta sensación de degradación de la calidad del trabajo, que volverá a mencionarse a lo largo de nuestras reuniones, juega un rol más importante que la falta de reconocimiento. El reconocimiento es una retribución simbólica que pasa por la construcción rigurosa de juicios acerca del trabajo realizado. Estos juicios se relacionan con el trabajo real, y son emitidos por quienes trabajan juntos (Gernet y Dejours, 2009; Molinier, 2010b). Las cuidadoras de nuestro grupo hablan de una falta de reconocimiento crónica, ligada a la invisibilización de determinadas tareas que realizan, pero también al corrimiento de ciertas tareas que históricamente hacían ellas, y que gradual y paulatinamente han sido subcontratadas, o incluso se ha prohibido realizar. Su sensación es que la posibilidad de hacer un buen trabajo se vuelve cada vez más difícil, pero que además, cuando intentan discutirlo, se las trata como si no fueran ellas las que deberían ocuparse de pensar ese tipo de problemas de organización: "*Nos tratan como si no se nos pudiese tener confianza*"; "*Nos dice que no es nuestro trabajo pensar cómo organizar el trabajo*"; "*No dicen que no nos pagan por pensar*". Así, se encuentran participando en una actividad menos interesante y sin poder beneficiarse de ningún reconocimiento. A la vez, les impiden participar de las conversaciones que podrían hacer evolucionar la situación.

Ciertas tareas que las trabajadoras han realizado históricamente y que tienen sentido para ellas, actualmente son subcontratadas y facturadas a las familias de los residentes. "*Tenemos una esteticista, así que de ahora en más no les tocan un pelo*". La dirección dice que estas actividades deben ser ahora realizadas por trabajadores externos o trabajadores "especializados". Algunas de estas actividades incluso se cobran a los residentes. De hecho, "*las actividades dependen mucho de los recursos de los residentes*". Sin embargo, para las cuidadoras estas actividades se encontraban ligadas a la convivencia en una casa donde se compartían ciertas costumbres, un poco como en una familia.

Tras estos cambios y la evolución progresiva de la actividad encomendada al equipo, las cuidadoras describen un trabajo cada vez más centrado en las tareas "materiales" -como el desplazamiento de los residentes, la limpieza, y otras tareas menos valoradas. "*No hago el trabajo de un cuidador*". "*Nos están quitando tareas de cuidado para convertirnos en personal de limpieza*".

Cuando quieren proponer a la dirección actividades que podrían desarrollar con los residentes, se les exigen cada vez más justificaciones y muchas veces sus propuestas acaban en los cajones de la dirección, mientras que a la vez se ofrecen a los residentes nuevas actividades subcontratadas sin que las trabajadoras entiendan su sentido "*Tomamos cosas del exterior, actividades manuales, arte-terapia*". El ritmo parece acelerarse, las tareas "materiales" aumentan y muchas tareas de facilitación pasan a manos de los contratistas externos.

Las participantes de nuestra investigación tienen la sensación de que se subcontratan determinadas actividades "nobles": "*Nos convertimos en ayudantes de los colaboradores externos*". Estas actividades externas agregan trabajo a las cuidadoras, debido a que el estado de salud de los residentes les impide hacer

las actividades solas: ellas no solo se encuentran privadas de realizar ciertas actividades, sino que a la vez se les agrega el trabajo de desplazar a los residentes a los talleres y permanecer con ellos para ayudarlos a pintar, colorear o hacer otras manualidades, por ejemplo. Las participantes nos dicen que además, ellas saben que los residentes no disfrutaban ni se interesan necesariamente en esas actividades.

Por otro lado, determinadas tareas que históricamente se pensaban como actividades educativas que apuntaban a que los residentes manutuviesen un grado de autonomía y participasen de las tareas domésticas, se han vuelto obsoletas o imposibles de realizar ante el envejecimiento de la población atendida. Así, algunas tareas no pueden realizarse debido a la degradación de las capacidades de los residentes: *"El lavado de la vajilla fue pensado inicialmente como una actividad de apoyo, por ejemplo. Se trataba de un espacio de convivencia, en donde hacíamos el trabajo juntos. Ahora ya no tiene sentido para los residentes, pero nosotras seguimos lavando los platos"*. Las cuidadoras hablan de este tipo de situaciones como una situación de denigración, como si se encontrasen cada vez más constreñidas a hacer el trabajo sucio (Molinier, Gaignard & Dujaier, 2010; Lhuilier, 2018). *"No les corresponde a las cuidadoras hacer este trabajo"* nos explican.

Más allá del aumento de una parte de la carga de trabajo a raíz del envejecimiento de la población y la falta de empleadas de limpieza, parecería emerger una forma de desprecio por parte de las autoridades. Las participantes nos dicen experimentar además el aburrimiento ligado a la naturaleza misma de las tareas realizadas, más repetitivas y rutinarias que antes.

Como consecuencia, dicen sentirse *"relegadas. Nos quitan el trabajo que amamos para dárselo a otros, somos meros sirvientes"*. *"Nos quitan parte de nuestro trabajo, solo estamos para lavarlos y alimentarlos"*; *"Se nos niegan cosas que se les permiten a otros profesionales"*.

Otro elemento que aumenta la carga de trabajo y contribuye a la experiencia de pérdida de sentido es la adición de nuevas tareas de *reporting*, que las obligan a dejar registros escritos de los actos que realizan. Estas tareas forman parte de los procedimientos que tienen como objetivo estandarizar la atención a los residentes y proteger jurídicamente al centro. ¿Por qué es necesario protegerse y respetar protocolos? Es necesario explicar ahora la relación entre los nuevos métodos de administración.

ESTANDARIZACIÓN DE LA ATENCIÓN Y *NEW PUBLIC MANAGEMENT*

Así como sucede en otras ramas profesionales, el mundo de las cuidadoras sufre las reformas gerenciales iniciadas hace varias décadas por diversas autoridades. El centro, que sigue las directivas de la asociación, así como las directivas

del Ministerio de Salud, no parece inmune a este proceso denominado “estandarización de la atención” propuesto por las NODT (nuevas formas de organización de trabajo) o el *new public management* (NPM) que se ha desarrollado fuertemente durante los últimos veinte años en todo el mundo, y en particular en Francia (de Gaulejac, 2011; 2012). A grandes rasgos, el NPM pretende hacer converger la gestión de las administraciones públicas con la de las empresas privadas. Impone la sustitución de la lógica de los medios que hasta entonces dominaba en las instituciones de salud por una lógica de resultados, así como el establecimiento de auditorías y controles sistemáticos de las dependencias del Estado y, por extensión, una lógica de “criterización” del trabajo y la evaluación del desempeño individual (Supiot, 2015). En este establecimiento, las trabajadoras nos explican: *“todo se cuantifica como porcentaje, incluido el tiempo de bañar a un residente o de espera si nos llaman”*. Se trata de lógicas de normalización que se supone *“generan seguridad”*, y que reafirman la noción de “riesgo cero” como objetivo, o del principio de precaución como método. Las participantes nos dicen que *“la primera palabra que aprendimos con ella fue la ‘gestión de riesgos’”*.

Julien Dumesnil (2011) propone tres dimensiones para pensar los procesos de estandarización del cuidado: la primera es su creciente protocolización a través de la epidemiología clínica, ahora llamada *evidence based medicine* (EBM), que fomenta la promoción de métodos destinados a lograr “resultados objetivos” eliminando la subjetividad del clínico. La segunda dimensión, que ya hemos descrito y que es objeto de nuestro artículo, es la nueva doctrina en materia de gestión de establecimientos públicos denominada *new public management*, que aboga por la aplicación de métodos de gestión del sector privado en la atención pública. La tercera dimensión se caracteriza por el lugar creciente que ocupa el llamado *soft law* médica, que tiene como objetivo proteger a los cuidadores contra los riesgos “médico-legales” mediante el cumplimiento de las directrices médicas.

Sin embargo, el trabajo vivo es la cara invisible y subjetiva del trabajo, su cara oculta, y no existe una relación proporcional entre el trabajo y los resultados. Y si además el resultado es medido sólo a partir de criterios cuantificados, estos resultados numéricos pueden convertirse en el vector de invisibilización y negación del trabajo vivo, entendido como la contribución inteligente del sujeto al trabajo (Dejours, 2003).

A principios del siglo XXI, administradores de empresas y graduados de MBAs reemplazaron poco a poco a otros profesionales (médicos, ingenieros, educadores, ...) en puestos gerenciales y de dirección, y se abandonaron muchas de las discusiones sobre el trabajo real. En un principio, se han ido imponiendo objetivos y posteriormente se ha evaluado el desempeño. Todo lo que hacen los trabajadores para que las empresas funcionen parece no ser importante. La dirección en el contexto neoliberal solo se centra en producir números, atentos a sus documentos Excel y los datos producidos por nuevos programas, que se su-

pone reflejan fielmente el trabajo real, y evalúan el resultado del trabajo mediante encuestas y cuestionarios o indicadores ad-hoc que puedan medir la situación.

Las instituciones guiadas por el NPM se basan de hecho en un conjunto de métodos que tienen como objetivo organizar el trabajo sin referencia a la actividad de quienes trabajan cotidianamente (Belorgey, 2010). Y las dificultades que encuentran los trabajadores en el ejercicio de su oficio no son solo de orden ético. Proviene de una acción política estructurada que lleva el nombre de neoliberalismo. El neoliberalismo no es un fatalismo que proviene de la economía ni es el resultado de un proceso inevitable. Se trata de una política estructurada que se desarrolla tras un largo trabajo de elaboración del cual participaron pensadores, investigadores y filósofos conocidos. (Chambat, 1990; Dejours, 2017; Giraud, 2015).

Si volvemos a nuestra residencia para mayores en situación de discapacidad, en este contexto observamos que se han puesto en práctica algunos de estos dispositivos para realizar el “control” y “seguimiento” del progreso de cada residente. Algunas de esas herramientas parecen estar impuestas por los organismos del Ministerio de Salud que controlan y financian este tipo de establecimientos, otras por la fundación empleadora, y otras tantas por la dirección de la residencia. Para las participantes resulta difícil saber quién impone cada uno de los nuevos dispositivos que modifican su trabajo y las obliga a tener que llenar cada vez más formularios para justificar cada gesto y acto. Sin embargo, lo que no les parece confuso desde la implementación de estas herramientas es la dimensión de pérdida de sentido y de autonomía, a menudo llamada “*pérdida de la espontaneidad*”, así como la sobrecarga de trabajo asociada al hecho de tener que completar estos documentos. Estos protocolos imponen horarios para cada una de sus actividades y las trabajadoras no pueden improvisar cambios si no están previstos en el *planning*. Por ejemplo, “*si hace buen tiempo ya no podemos decidir sacar la mesa al jardín para almorzar al sol, y comer fuera si no está marcado en los horarios*”; “*antes comíamos todos juntos, pero ahora nos acusan de imponerles a los residentes nuestras charlas y nuestra manera de hablar, nos piden que comamos en una mesa aparte y que solo vengamos a la mesa de los residentes para darles de comer*”; “*incluso tenemos un plano en el cual nos dicen en qué silla de la mesa cada una se tiene que sentar*”. Evidentemente, el espíritu de una casa en la que cuidadoras y residentes vivieron juntos durante treinta años evoluciona a raíz de estas obligaciones hacia un centro en el cual el residente poco a poco se transforma en un cliente y las cuidadoras en sus empleadas, donde la dimensión de la improvisación y la vida se remplazan por protocolos en los cuales las cuidadoras pasan a ser empleadas domésticas de los residentes y no pueden sentarse con ellos, excepto para darles de comer, tiempo durante el cual no deberían hablar demasiado.

Si volvemos a los documentos que se han agregado estos últimos años en el trabajo de las cuidadoras, es importante destacar que cada residente tiene un

proyecto personal. Este proyecto detalla la vida del residente y explica su historia. El proyecto personalizado también da lugar a un plan de cuidados y a un *planning* para cada persona con discapacidad. Cada empleado es referente de dos o tres (excepcionalmente cuatro) residentes para *"hacer realidad los objetivos del proyecto"*. Históricamente, los proyectos personalizados se escribían de manera multidisciplinaria y colectivamente involucrando al médico, las enfermeras, los cuidadores y los directores. *"Hoy solo el referente lo escribe, a veces el psicólogo... pero no hay un trabajo colectivo, cada uno escribe su parte en un Excel"*. De esta manera, más allá de la falta de deliberación en la construcción del plan, parece haber una especie de *"desglose"*: *"rellenamos las casillas individualmente"*, *"ya no se realiza de manera concertada"*.

Más allá de este cambio en la forma de diseñar el proyecto personalizado, el equipo reporta una estandarización en los protocolos de tratamiento (Dumesnil, 2011). *"Intentan que todos trabajemos de la misma manera; se nos pide que trabajemos de manera similar cuando en realidad somos diferentes y los residentes son diferentes"*. *"Ya no tenemos derecho a ser distintos"*. *"Debes hacer esto de tal hora a tal hora"*.

Esta estandarización del cuidado tiene impactos directos en la vida de los residentes y en sus demandas. Por ejemplo, un residente al que le gustaba almorzar con la enfermera de otra de las casas ya no puede hacerlo. *"La enfermera solía comer con algunos grupos, pero ya no la dejan. Ya no puede venir a tomar un café por invitación de un residente"*. Estos cambios son impuestos por criterios que parecen no tener en cuenta qué es mejor para los residentes y para las cuidadoras.

A la sombra de la cooperación reducida a compatibilidades con el objeto técnico, se desarrollan inevitablemente astucias y artimañas compartidas, llamadas *"trampas"* en psicodinámica del trabajo. Por ejemplo, la enfermera pasa a tomar el café a escondidas cada tanto. Sin embargo, al no poder ser elaborados colectivamente en espacios de deliberación, estos hallazgos deben tratarse con discreción. En algunos contextos, hasta tendrán que volverse secretos, o incluso clandestinos (Duarte, 2019), para que las cuidadoras puedan seguir cooperando. Adecuar su actividad en este nuevo contexto obliga a hacer ciertas tareas *"en secreto"*, es decir en la clandestinidad, porque si son descubiertas las cuidadoras corren el riesgo de una reprimenda. *"Una vez me atreví a decir algo a través del buzón de sugerencias; me dijeron ¿quién te crees que sos?"*

Como parte de esta evolución vinculada a la estandarización del cuidado, hace unos tres años se introdujo un *software* médico que obliga a informar las diferentes acciones o tareas. *"La información está centralizada en el software. La directora piensa que ya no necesitamos hablar ni hacer reuniones porque toda la información está en el programa"*.

El tiempo de transmisión se ha reducido, pero, por otro lado, ha aumentado la demanda de trazabilidad; *"nos comunicamos con las secretarías por correo"*

electrónico, todos tenemos un correo de intranet del software”, incluso las auxiliares de enfermería que están a dos años de jubilarse y nunca usaron el email. El tiempo de deliberación formal y las reuniones se redujo drásticamente. Pero ¿de qué hablamos exactamente cuando hablamos de tiempo de deliberación? Son espacios de discusión colectiva sobre la brecha entre el trabajo prescrito y el trabajo real que permitirían discutir puntos de desacuerdo y construir reglas de trabajo compartido. Sin embargo, algunos de estos espacios han desaparecido en este centro, así como los espacios para debatir el plan de cada residente. *"Hay reuniones de coordinación, pero ya no hay reuniones regulares por cada casa, estas solo se dan una vez cada cinco semanas"*, *"las reuniones por una cosa u otra no se hacen"*. En lugar de estas reuniones, se han agregado tareas tales como la elaboración de informes administrativos. *"Si rompemos un vaso, debemos escribir un parte"*. *"Debemos justificar cada uno de nuestros actos"*. *"Por cada merienda de cumpleaños debes completar un papel"*. De este modo, por la sobrecarga de trabajo relacionada con estas tareas, pero también por las razones mencionadas en el punto 3, los espacios informales de deliberación parecen ser menos importantes que antes.

Por otro lado, y en parte debido a la falta de espacios para hablar de por qué hacemos lo que hacemos (o por qué no lo hacemos), la sospecha de holgazanería acecha entre los compañeros. Si quieren discutir algún asunto de trabajo con ciertos colegas, necesitan encontrar la manera de encontrarse sin ser vistos por las jefas. Deliberar no se trata solo de "charlar". Es un espacio en el que tanto hablar como escuchar implican riesgos. Nos arriesgamos a decir cómo trabajamos y de qué manera nos afecta esta forma de trabajar. Al mismo tiempo, hacemos inteligible el significado de nuestro comportamiento gracias a estos tiempos dedicados a la deliberación. Los espacios de deliberación colectiva sobre el trabajo son de una potencia formidable tanto para el pensamiento -no solo desde el punto de vista individual sino también colectivo- como para la regulación colectiva del trabajo.

Entonces, como decíamos, el trabajo prescrito se detalla en el plan de cuidados. Se solicita que el plan de cuidados se siga *"al pie de la letra"*. *"En el plan de cuidados de una residente dice que se la debe llevar al baño seis veces al día; pero eso es muy complicado, porque implica muchas maniobras, a veces la residente está cansada o incluso no hizo tantas veces caca"*. Por lo tanto, como han demostrado los ergónomos, los trabajadores se encuentran haciendo concesiones para gestionar la realidad del trabajo y tratar de hacer lo mejor que pueden (Cuvelier & Woods, 2019). *"Sin decirlo pasamos a tres veces, ya no lo hacemos y simplemente no podemos decírselo"*. El problema, para nosotros como clínicos del trabajo, no es que no cumplen con la orden. Sabemos que la prescripción nunca es seguida al pie de la letra por quienes buscan hacer su trabajo. El problema parece estar relacionado con la falta de discusiones en torno a estas diferentes maneras de hacer. Esto genera que el equipo de trabajo corre el riesgo, por un lado, de tener problemas si reconoce no seguir el plan al pie de la letra, y por otro, de no saber cómo trabajar mejor ni quién trabaja bien y

quién no, dado que estos distanciamientos de la prescripción no se debaten. *“Cuando un residente está cansado podemos decidir dejarlo en la cama y en ocasiones mejora. Sin embargo, el riesgo es que algunas compañeras piensen que lo dejamos en la cama porque somos vagas y no tenemos ganas de laburar”*. Las participantes ya no parecen saber qué sería hacer un buen trabajo, porque los equipos ya no parecen compartir una idea de lo que significa un buen trabajo en este lugar. ¿Cuáles son las desviaciones de lo prescrito que pueden interpretarse como un buen trabajo y cuáles son las desviaciones que ameritarían una sanción o que incluso podrían suponer maltrato?

A MODO DE CONCLUSIÓN: UNA REFLEXIÓN SOBRE LA DELIBERACIÓN

El trabajo es evaluado por la jerarquía a partir de los datos y las informaciones cargadas en el *software*. Sin embargo, lo que aparece allí no refleja el trabajo real, que es mucho más rico, complejo y difícil de explicar con palabras por quienes lo realizan. Algunas de las cosas que hacen las cuidadoras no se pueden informar en el *software*. Otros actos que vienen formateados por el *software* ni siquiera se realizan. Sin embargo, las participantes sienten que la directora del centro *“solo toma en cuenta lo que aparece en el programa que para ella es la realidad”*. ¿Piensa la directora que lo que está escrito en el *software* es un reflejo fiel de lo que realmente está sucediendo? ¿O la dirección busca tener estas huellas documentadas sobre todo para respetar los compromisos con los organismos que cubren los gastos de la estructura, más que para saber cómo se desarrolla la actividad en las diferentes casas del centro?

Las diferencias entre prescrito y real se mencionan durante las sesiones, pero *“algunas de estas diferencias no las podemos anotar porque no está autorizado hacer muchas de las cosas que hacemos”*. Por ejemplo, una participante explica cómo, aunque no se le permite, depiló a una residente antes de una salida porque la esteticista no estaba disponible. *“No podía dejarla salir así. No era humano”*.

De esta manera, logramos comprender mejor por qué los espacios de discusión parecen tan reducidos. Porque mientras siguen sin hablar de lo que hacen, pueden seguir haciendo a escondidas aquellas tareas que les prohíben hacer. Probablemente no sea un problema de falta de tiempo. También se podría pensar que la desaparición de los espacios de discusión se debe a no compartir una misma mirada acerca de la actividad. Es decir, la dirección -y algunos compañeros- quedarían atrapados en una lógica de trabajo centrada en lo prescrito, y los equipos en una posición centrada en lo real, sin querer discutir las diferencias con lo prescrito, ya sea por miedo a represalias o por miedo a no poder seguir “haciendo trampa” para poder hacer un buen trabajo. Dado que para compartir una mirada sobre el sentido global del trabajo es indispensable poder llevar adelante la actividad deóntica o actividad de producción de reglas, si este

equipo no delibera sobre el trabajo real, compartir una idea común de lo que es un buen trabajo se vuelve difícil, sino imposible. En consecuencia, la construcción de un equipo de trabajo también lo es. Hablamos, además, de un conjunto de reglas para significar que se constituye en relación a una experiencia laboral compartida, a pesar de la singularidad de la experiencia laboral (Duar-te, 2019; Pelletier, Buchan, & Hall-Jackson, 2019).

Reemplazar la deliberación con un *software* niega el hecho de que algunas cosas que suceden dentro del centro no pueden pre-organizarse sin caer en lo grotesco. Por ejemplo, ciertas actividades "*íntimas*", "*privadas*" o "*difíciles de programar*" forman parte del listado. Durante la tercera reunión, al hablar de la sexualidad de los residentes, las participantes nos explican que algunos de ellos se masturban en momentos inesperados. Las cuidadoras explican en ese momento que suelen llevar a los residentes a sus habitaciones, encargarse de crear las condiciones para que puedan masturbarse tranquilamente y no a la vista de los demás, salir de la habitación y volver un tiempo después. Tras esta explicación, riendo, las participantes nos comentan que, en cierto momento, para poder hacer esto, la directora les pidió incluir la actividad masturbatoria en el proyecto del residente, y hacerla figurar en el plan de cuidados, colocando incluso objetivos a la actividad y resultados esperables. Más allá de la dimensión grotesca que esto conlleva, surge como interrogante hasta donde esta dirección centrada en grillas, y planes sostiene la posibilidad de "planificarlo todo". ¿Cuánto margen tienen para improvisar una comida o ser más flexibles según las necesidades de los residentes? ¿La vida y todo aquello que no se puede planificar o escribir en un programa se está convirtiendo en algo prohibido en esta residencia? "*Antes, si algo pasaba, íbamos a ver a nuestro colega y lo hablábamos. Ahora esto pasa cada vez menos*".

El principal riesgo del no intercambio entre compañeros/as o con la dirección acerca del trabajo real es que la calidad de la atención continúa deteriorándose.

Resulta entonces necesario volver a pensar la compleja e invisible actividad de las cuidadoras con los residentes. Se trata, por supuesto, de una actividad compleja. "*Hay comunicación emocional, no verbal, táctil*". La mayoría de los residentes no pueden comunicarse y para poder apoyarlos en su vida diaria, es necesario desarrollar una relación que lleva tiempo construir. "*Existe una complicidad, tenemos un lenguaje particular*". Un lenguaje particular que se construye en una relación cuerpo a cuerpo.

La inteligencia en el trabajo se desarrolla al confrontarnos con la resistencia que impone la realidad y las dificultades del trabajo, a medida que el cuerpo se familiariza con la materia y con las herramientas (Gernet & Dejours, 2009). En el trabajo de las participantes de esta intervención, su inteligencia se construye en la relación con otro, con el residente, con su historia, con su discapacidad, con su evolución, con su cuerpo... La inteligencia es el ingenio enraizado en el cuerpo, el desarrollo de registros de sensibilidad que permiten, ante lo imprevisto, inventar soluciones a problemas para los que no existe un método

prefabricado. La inteligencia práctica es esta dimensión de la inteligencia que tiene como objetivo lograr el resultado deseado. Ciertamente, esta es la razón por la que escuchamos a las participantes decir *"conocemos a los residentes mejor que nadie"*, *"conocemos a las personas"*. Porque hace veinte o treinta años que están en contacto con ellos, cambiándolos, dándoles de comer, acostándolos y levantándolos. Este delicado conocimiento del residente pasa por aspectos relacionados con complacer al otro: a algunos les gusta que los *"arropemos"* por la noche, a otros *"que lo acerquemos a una amiga para sostenerle la mano"*.

Otra dimensión central de su actividad aparece en las conversaciones hacia el final de nuestra investigación. Esta dimensión forma parte de su actividad y es la cuestión del asco. El desarrollo de su inteligencia puede estar relacionado con la capacidad para reconocer la diferencia entre los matices del olor de la saliva, de las heridas o de la materia fecal de un residente u otro. Identificar estas variaciones en los olores supone haber estado confrontándose a esta realidad durante un tiempo largo. Estas diferencias pueden permitirles identificar cambios en la condición de un residente. Podemos escuchar al mismo tiempo, estrategias que buscan poner en marcha para evitar sentirse demasiado abrumadas por la repulsión que les genera. ¿Cómo lograr trabajar a pesar del asco? *"Los primeros días son difíciles"*, dicen y explican con detalle que *"hasta las paredes huelen a saliva"*. Ser capaz de aguantar a pesar del asco que pueden despertar en ellos determinados olores o texturas es una condición para poder realizar su trabajo, que incluso puede llevarlos a evitar que un residente se coma su materia fecal.

Una vez más, podemos entender que cuando dicen que *"conocen a los residentes mejor que nadie"*, se refieren a este contacto cuerpo a cuerpo a lo largo de los años. Algunas participantes han trabajado allí durante más de 25 años, con residentes que también han vivido allí durante mucho tiempo. El cuerpo está constantemente convocado en la práctica clínica, en primer lugar, como instrumento de conocimiento. De manera más general, preguntarse sobre el cuerpo y sus usos refiere inevitablemente a la identidad en una sociedad en evolución, lo que lleva a cuestionar las transformaciones e incluso la posible aparición de nuevas formas de subjetividad (Gernet, 2007). Cuando estas cuidadoras nos hablan de cómo conocen a los residentes, se refieren a esta implicación sensible en la relación cuerpo a cuerpo con el residente. Pero también cuando dicen que los conocen es posible pensar que lo que quieren decir es que ellas saben cómo quisieran vivir estos residentes, que no hablan de hecho, en el establecimiento, que es su casa. Las cuidadoras nos hablan como si se entendieran más con los residentes que con su directora.

Por tanto, tenemos la impresión de que la situación actual en el establecimiento afecta no solo a las cuidadoras sino también a los residentes. Ni unos ni otros parecen tener voz respecto a los modos en que la evolución del centro se lleva adelante, lo que según las participantes, les impide vivir como solían ha-

cerlo. La casa, el hogar de los residentes, se ha ido transformando poco a poco en un centro en el que cada acto debe planificarse en una cuadrícula para asegurar un proyecto que queda poco claro o que es propuesto aunque no tenga relación con las necesidades de los residentes, un hogar que se ha ido transformando gradualmente, y que podría transformarse, más que en una residencia para vivir, en "un lugar para morir" o en un lugar en el que toda improvisación vital no tiene lugar. De hecho, en los últimos dos años, la muerte de algunos residentes habría desencadenado acusaciones cruzadas a diferentes niveles. Acusaciones de maltrato o de otro tipo, que ciertamente esconden dudas de unos y otros ante la falta de discusión en torno a las brechas entre el trabajo prescrito y el trabajo real.

El lugar central de la inteligencia del cuerpo es una de las claves para comprender tanto el proceso en el que se encuentra este equipo, como las importantes transformaciones en la organización del trabajo de los últimos años. Estas evoluciones van acompañadas de nuevas formas de sufrimiento y descompensaciones psicopatológicas que cuestionan nuevamente la dimensión psíquica del compromiso en el trabajo (Gernet, 2016). Tanto el sufrimiento como el placer son inseparables de la movilización de la inteligencia en el trabajo. El placer depende del compromiso del cuerpo y la movilización del ingenio. Y si esta inteligencia subjetiva movilizada se discute colectivamente, y se reconoce como una contribución al funcionamiento adecuado de la organización del trabajo, entonces la ganancia en términos de identidad puede ser mayor para cada trabajador. Es a condición de una escucha arriesgada de esta inteligencia del cuerpo movilizada en el trabajo de cuidado, que la consideración de lo que está en juego subjetivamente en el trabajo puede abrir el camino para pensar su organización para facilitar la cooperación y, por lo tanto, un trabajo de calidad.

REFERENCIAS

- Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression : Enquête sur le "nouveau management public"*. Paris: La Découverte.
- Chambat, P. (1990). Service public et néolibéralisme. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 45 : 615-47
- Cuvelier, L. & Woods, D. D. (2019). Sécurité réglée et/ou sécurité gérée : Quand l'ingénierie de la résilience réinterroge l'ergonomie de l'activité. = Normative safety and/or adaptative safety: How resilience engineering revisits activity ergonomics. *Le Travail Humain: A Bilingual and Multi-Disciplinary Journal in Human Factors*, 82(1), 41-66. <https://doi-org.ezupuv.biu-montpellier.fr/10.3917/th.821.0041>
- de Gaulejac, V. (2011). "L'obsession évaluatrice et la nouvelle gestion publique". En *Le Collectif pas de 0 de conduite* (éd.), *Les enfants au carré ? Une prévention qui ne tourne pas rond : Prévention et éducation plutôt que prédiction et conditionnement* (159-179). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.pasde.2011.02.0159>

- de Gaulejac, V. (2012). *La recherche malade du management*. Versailles: Quæ. <https://doi.org/10.3917/quæ.gaule.2012.01>
- Debout, F. (2021). “9. Travail de soin en psychiatrie adulte : de la centralité du corps”. En Molinier, P. (éd.), *La production du vivre: Travail, genre et subalternités* (187-207). Paris: Hermann. <https://doi.org/10.3917/herm.molin.2021.01.0187>
- Dejours, C. (1980/ 2008). *Travail, usure mentale*. Paris: Bayard.
- Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel: Critique des fondements de l'évaluation*. Versailles: Quæ. <https://doi.org/10.3917/quæ.dejou.2003.01>
- Dejours, C. (2016). Psychodynamique du travail et politique : quels enjeux? *Travailler*, 36 (2), 75-90. doi :10.3917/trav.036.0075
- Dejours, C. (2017). La psychiatrie résiste-t-elle au néolibéralisme ?. *L'information psychiatrique*, 93, 39-42. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1580>
- Dejours, C. & Gernet, I. (2012). Travail, subjectivité et confiance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 13(1), 75-91. doi :10.3917/nrp.013.0075.
- Duarte, A. (2019). Quand la coopération devient résistance : le cas d'un centre d'accueil de demandeurs d'asile. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 28(2), 111-123. <https://doi-org.ezpupv.biu-montpellier.fr/10.3917/nrp.028.0111>
- Duarte, A. & Dejours, R. (2020). A governança pelos números contra a linguagem da atividade, *Laboreal* 16 (1) <https://doi.org/10.4000/laboreal.15871>
- Dumesnil, J. (2011). *Art médical et normalisation du soin*. Paris: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.dumes.2011.01>
- Edrei, B. (2019). “Les enjeux de la coopération dans le travail en matière de santé mentale des soignants à l'hôpital”. En Maury, M. (éd), *Les médecins ont aussi leurs maux à dire* (67-85). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.maury.2019.01.0067>
- Gernet, I. (2007). Corps et subjectivité. *L'Évolution Psychiatrique* 72 (2), 338-345 <http://dx.doi.org.ezpupv.biu-montpellier.fr/10.1016/j.evopsy.2007.04.003>
- Gernet, I. (2016). Actualités de la recherche en psychodynamique du travail. *Annales Médico-Psychologiques*, 174(7), 602-605. DOI 10.1016/j.j.amp.2016.05.005.
- Gernet, I. & Dejours, C. (2009). Évaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 8(2), 27-36. <https://doi-org.ezpupv.biu-montpellier.fr/10.3917/nrp.008.0027>
- Giraud G. (2015). Préface à « L'Imposture économique » de Steve Keen. *Revue du MAUSS*, 45, 329-40.
- Ibos, C.; Damamme, A.; Molinier, P.; Paperman, P. (2019). *Vers une société du care: Une politique de l'attention*. Le Cavalier Bleu. <https://doi.org/10.3917/lcb.paper.2019.01>
- Lhuillier, D. (2018). L'accompagnement : Entre idéalisation, épuisement et créativité. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 25(1), 111-130. <https://doi-org.ezpupv.biu-montpellier.fr/10.3917/nrp.025.0111>

- Molinier, P. (2010a). "L'hôpital peut-il s'organiser comme un aéroport : Logique de gestion ou logique de care". En Clot, Y. (éd.), *Agir en clinique du travail* (157-167). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.lhUIL.2010.01.0157>
- Molinier, P. (2010b). Souffrance, défenses, reconnaissance : Le point de vue du travail. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 10, 99-110. <https://doi-org.ezpupv.biu-montpellier.fr/10.3917/nrp.010.0099>
- Molinier, P. (2012). "Le « care » : ambivalences et indécences". En Journet, N. (éd.), *La Morale: Éthique et sciences humaines* (207-213). Auxerre: Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.journ.2012.01.0207>
- Molinier, P. (2015). "Les métiers du care: le grand écart entre recommandations officielles et expérience concrète". En Thébaud-Mony, A. (éd.), *Les risques du travail: Pour ne pas perdre sa vie à la gagner* (188-191). Paris: La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.theba.2015.01.0188>
- Molinier, P. (2023). "Une première toilette, c'est comme une première fois". En Deliot, C. (éd.), *La pudeur des soignants: Emois et résonances de la première toilette des élèves aides-soignants* (11-20). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.delio.2023.01.0011>
- Molinier, P.; Gaignard, L. & Dujarier, M. (2010). Introduction au dossier. *Travailler*, 24, 9-20. <https://doi.org/10.3917/trav.024.0009>
- Nusshold, P. (2018). Quelle action en psychodynamique du travail face à l'évolution du monde du travail? *Éducation Permanente* 1(214), 53-61. ISSN: 0339-75
- Nusshold, P. (2019). Une réflexion autour de la recherche dans le cadre d'une association en lien avec les services de santé au travail, *Travailler* 1 (41). 31 - 38. DOI : 10.3917/trav.041.0031.
- Pelletier, C.; Buchan, K. & Hall-Jackson, M. (2019). Learning from failure: Exploring the psychodynamics of work in a clinical simulation centre. *Psychoanal Cult Soc* 24, 72-90. <https://doi.org/10.1057/s41282-018-0111-2>
- Pujol, N.; de Warren, M. & Marsan, S. (2020). Les soins palliatifs à l'épreuve de la Covid-19. *Espriit*, 21-24. <https://doi.org/10.3917/espri.2012.0021>
- Supiot, A. (2015). *La Gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France (2012-2014)*. Paris: Institut d'études avancées de Nantes/Fayard.
- Wlosko, M. (coord.); Dammane, A.; Hirata, H.; Molinier, P. & Wlosko, M. (2021). *El trabajo: entre lo público, lo privado y lo íntimo. Comparaciones y desafíos internacionales del cuidado*. Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa.