

Université Lumière Lyon 2

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

École Doctorale : Education, Psychologie, Information Communication

Laboratoire Santé, Individu, Société – EAM 4128

Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho – GEPET

**Activité et compétences professionnelles dans des
espaces culturellement et linguistiquement hybrides :
le cas des professionnels de santé à la frontière
Uruguay-Brésil**

Thèse de doctorat en psychologie

Présentée par Gimena PÉREZ-CARABALLO

Dirigée par Nadja ACIOLY-RÉGNIER / Jorge DA ROCHA FALCÃO

Soutenance prévue le 16 septembre 2014

Devant un jury composé de :

Nadja ACIOLY-RÉGNIER, Maître de conférences HDR, Université Lyon 1
Jorge DA ROCHA FALCÃO, Professeur d'université, Universidade Federal do Rio Grande
do Norte

Claudio BOLZMAN, Professeur d'université, Université de Genève et Haute école
spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO)

Daniel DERIVOIS, Maître de conférences HDR, Université Lyon 2

Line NUMA-BOCAGE, Professeur des universités, Université d'Evry Val d'Essonne

Luis PASSEGGI, Professeur d'université, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Gérard VERGNAUD, Directeur de recherche Emérite CNRS

Dédicace

*A tous les professionnels de santé pour qui
la vie humaine n'a pas de frontières.*

*“Cuando avía que sacá número nu hospital,
yo me deitava sedo porque au otro día
saíamo as cuatro da mañá
y fasíamo fila asta las ocho.
El dotor solo atindía us marte.
Teve una semana que nunca nos yegava us número,
u Fito teve que ficá dun día pra otro
y consiguiu el desesete y mi madre jugó na quiniela
mas no sacó nada”*

Fabián Severo

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma co-directrice de thèse Nadja Acioly-Régnier de m'avoir montré le chemin de la recherche et de m'avoir encouragé à poursuivre dans cette voie. Je la remercie pour son soutien tout au long de ces années, pour ses encouragements et pour m'avoir aidé à croire qu'il est possible d'arriver là où l'on souhaite malgré les difficultés et les incertitudes. Je la remercie d'avoir autant contribué à mon développement aussi bien professionnel que personnel.

Je tiens à remercier mon co-directeur de thèse Jorge Da Rocha Falcão pour tout ce qu'il m'a appris lors de mes séjours au Brésil et pour veiller à que ceux-ci se déroulent dans les meilleures conditions possibles. Je le remercie de m'avoir fait découvrir des nouvelles perspectives de recherche et de son soutien dans l'accomplissement de ce travail.

J'adresse mes sincères remerciements aux membres du jury pour leur disponibilité pour lire et évaluer ce travail de recherche.

Merci également à tous les membres du laboratoire Santé, Individu, Société et spécialement à son directeur Yves Matillon. J'aimerais également remercier au laboratoire Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho pour son accueil chaleureux lors de mes séjours au Brésil et en particulier à son directeur Pedro Bendassolli.

Je tiens à remercier le Professeur André Robert, directeur de l'Ecole Doctorale EPIC pour son aide et sa disponibilité.

Mes remerciements s'adressent également au Professeur Jean-Claude Régnier pour ses nombreux enseignements, pour son aide au cours de ces années et pour sa patience.

Mes pensées et remerciements s'adressent tout particulièrement à tous les professionnels de santé qui ont accepté de participer dans cette recherche en me permettant de comprendre de quelle manière ils travaillent à la frontière Uruguay-Brésil.

Merci aux membres des institutions de cet espace frontalier pour leur accueil et pour avoir permis que cette recherche ait eu lieu dans les meilleures conditions possibles. Parmi eux, je remercie aux différents directeurs, coordinateurs et assistants de tous les centres de santé visités.

J'exprime aussi ma reconnaissance envers les autorités départementales qui ont soutenu cette recherche. Parmi elles, un grand merci à Marne Osorio, à Alejandro Bertón, à Bruno Berruti, à Jorge Freitas, à Tati Bayo et à toute l'Intendencia Municipal de Rivera. Merci également aux membres du bus Expreso Esperanza, non seulement pour leur accueil chaleureux mais aussi pour m'avoir permis de comprendre comment ils travaillent dans les zones rurales frontalières uruguayennes.

Je remercie à toutes les personnes qui ont été d'une aide inestimable lors de mon séjour à la frontière Uruguay-Brésil, parmi elles, un spécial remerciement à Juan Carlos de Bittencourt, à « Carioca » Minozzo, Artur Montanari, Renata Vieira Rodrigues, Juan Pedro Calonge, Valeria Ribas, Fernando de los Santos et Sandra Caballero.

Je tiens à remercier tout particulièrement Olivier Bonnet pour la correction et relecture de ce travail, pour sa disponibilité et son amitié. Merci également à Marc Burlet pour son aide dans la correction de ce travail et pour ses conseils.

Je souhaite également remercier Marie Baraud pour son aide inestimable et sa présence rassurante à la fin de ce travail. Un grand merci à Maria Eugenia Sestini pour m'avoir aidé avec la correction de l'anglais et pour son amitié.

Je remercie ma famille et spécialement mes chers parents, Carlos et Miryam, de m'avoir soutenue dans mes choix professionnels et qui malgré la distance ont toujours été présents et ont toujours veillé à mon bien-être. C'est notamment grâce à leur Amour, leur confiance et leurs encouragements au cours de toutes ces années que j'ai pu réaliser ce travail. Merci également à mon frère Daniel pour son soutien et son aide.

Enfin, je tiens à remercier à tous mes collègues et amis qui ont été si présents et dont leur soutien a beaucoup contribué dans l'accomplissement de ce travail : Alda, Amali, Askar, Carolina, Chaza, Claire, Edna, Hui-Jing, Irina, Julianas, Magali, Marie, Mario, Maru, Micaela, Mileth, Miliana, Paola, Paula, Rafaela, Safia, Soledad, Santiago, Sonia et Vladimir. Merci à tous !

Résumé

Dans cette recherche nous nous intéressons aux professionnels du domaine de la santé qui travaillent à la frontière Uruguay-Brésil. Cet espace est marqué non seulement par une culture « frontalière », mais aussi par le plurilinguisme car deux langues standard telles que l'espagnol et le portugais, ainsi que deux dialectes locaux étant le Portugais Gaúcho da Fronteira et Portugais de l'Uruguay (populairement appelé *portugnol*) sont présents sur ce territoire. C'est exactement dans ce sens que nous cherchons à savoir comment les professionnels de santé travaillent dans un espace si singulier et si complexe. L'objectif de cette recherche est ainsi celui d'étudier l'activité professionnelle et les compétences mises en œuvre par les travailleurs de ce domaine dans le but de mieux répondre aux besoins des patients frontaliers. Nous nous demandons quelles compétences, autres que techniques, sont nécessaires afin d'assurer une prise en charge adéquate et efficace des patients dont le cadre de référence socio-économique, culturel et linguistique peut différer de celui du professionnel. Pour aborder ce sujet, nous avons choisi de travailler avec plusieurs approches, qui bien que différentes, s'avèrent pertinentes pour une compréhension plus holistique de notre objet d'étude. C'est ainsi que nous évoquerons les travaux de l'ergonomie francophone, la théorie des champs conceptuels proposée par Gérard Vergnaud, la didactique professionnelle, la clinique de l'activité et les travaux réalisés dans le domaine de l'interculturalité. En nous situant plus particulièrement dans la perspective historico-culturelle du psychisme, développée par l'école russe de psychologie, et notamment à travers les travaux de Vygotski et de Leontiev, nous étudierons davantage l'activité professionnelle et les compétences qui s'expriment à travers cette activité. Pour cela, nous avons mené cette étude auprès de 208 professionnels, aussi bien uruguayens que brésiliens, en utilisant cinq outils méthodologiques : des observations ethnographiques, un questionnaire, des entretiens informels, des entretiens dits d'instruction au sosie et des entretiens d'autoconfrontation simple. Les résultats de cette recherche montrent que les professionnels de santé travaillant dans cet espace frontalier semblent avoir développé des compétences, autres que techniques, afin de proposer une prise en charge plus adéquate et plus efficace. En outre, et à travers les résultats qualitatifs et quantitatifs, nous avons remarqué que ce contexte culturellement et linguistiquement hybride ne viendrait pas tellement rendre difficile l'activité professionnelle. Au contraire, et dans certains cas, il aiderait même à développer d'autres compétences et à prendre des initiatives qui dépassent aussi bien ce qui est attendu par les prescriptions formelles que par les prescriptions propres au métier.

Mots clés : activité, compétences, professionnels de santé, frontière Uruguay-Brésil, dialecte

Activity and professional competencies in culturally and linguistically hybrid spaces: the case of the Uruguay-Brazil border

Abstract

This research focuses on the study of health professionals who work on the border between Uruguay and Brazil. This area is characterized not only by a “culture of the borderlands”, but also by multilingualism because two standard languages (Spanish and Portuguese) as well as two local dialects (Portuguese Gaúcho da Fronteira and Uruguayan-Portuguese - popularly called *portuñol*) are found in this territory. It is in this particular sense that we are trying to understand how healthcare professionals work in such a singular and complex area. The aim of this research is to study these workers’ professional activity and the competences they employ in their domain to better take care of the patients living in the border. We wonder which competences, other than technical, are necessary to these professionals to ensure a suitable and efficient care of the patients whose socio-economic, linguistic and cultural background may differ from theirs. We have chosen to work on this subject using a variety of techniques, which differ greatly but are all relevant in helping us achieve a holistic understanding of the topic we are studying. In this way, we will mention francophone ergonomics, the theory of conceptual fields developed by Gerard Vergnaud, the clinic of activity, and research from the domain of intercultural studies. More specifically using the historical-cultural theory of mind developed by the Russian school of psychology (in particular Vygotski and Leontiev’s work), we will study the professional activity and competences expressed through this activity. For this purpose, we have conducted this study with 208 Uruguayan and Brazilian professionals, using five methodological tools: ethnographic observations, a questionnaire, informal interviews, the so-called instruction to a double, and self-confrontation interviews. The results of this research show that the health professionals who work on that borderland seem to have developed a set of competences, other than technical, in order to provide more suitable and efficient care. Moreover, and in these quantitative and qualitative results, we have noticed that this culturally hybrid context is not an obstacle to their professional activity. On the contrary, in some cases, it is even likely to help them develop other skills and take initiatives that exceed what is demanded by technical requirements as well as their job's requirements.

Keywords: activity, competences, health professionals, Uruguay-Brazil border, dialect

Table de matières

Introduction 11

Partie1 : Aspects conceptuels: cadre théorique 15

Chapitre 1 : Compétence ou compétences ? Vers la définition d'un concept polysémique 15

1.1 Apports de l'ergonomie francophone et de la psychologie du travail 27

1.2 Contributions de la didactique professionnelle..... 33

1.2.1 Une perspective développementale des compétences : apports de Gérard Vergnaud..... 34

1.2.2 Apports de la didactique professionnelle dans l'analyse des compétences 49

1.3 Perspectives en clinique de l'activité..... 61

1.3.1 Origines de la clinique de l'activité 62

1.3.2 Pourquoi une clinique de l'activité ?..... 64

1.3.3 Réel de l'activité et compétences professionnelles..... 71

Chapitre 2 : Au-delà des concordances et discordances : quels dialogues possibles entre les différentes perspectives ? 76

Chapitre 3 : L'activité comme concept clé 83

Chapitre 4 : Compétences culturelles, interculturelles et linguistiques : une approche vers la reconnaissance de la diversité..... 91

4.1 Les compétences culturelles et interculturelles 94

4.2 Les compétences culturelles et interculturelles dans le domaine de la santé..... 102

4.3 Les compétences linguistiques dans le domaine de la santé..... 108

Chapitre 5 : Vers une conception socio-historique des compétences professionnelles 110

Chapitre 6 : Présentation de la problématique 115

Partie 2 : Aspects contextuels de la recherche 118

Chapitre 1 : Espaces frontaliers : quelles spécificités ? 120

Chapitre 2 : Caractéristiques de l'espace frontalier Uruguay-Brésil 123

Chapitre 3 : Vers une coopération binationale des services de santé 144

Chapitre 4 : Situation linguistique dans l'espace frontalier étudié 153

4.1 Aspects linguistiques du côté brésilien de la frontière 155

4.2 Aspects linguistiques du côté uruguayen de la frontière	156
Partie 3 : Méthodologie	166
Chapitre 1 : Remarques préliminaires.....	166
Chapitre 2 : Rappel de la problématique et hypothèses	172
Chapitre 3 : Echantillon.....	174
Chapitre 4 : Outils de construction des données	178
4.1 Réalisation d'observations ethnographiques	179
4.2 Passation du questionnaire.....	183
4.3 Entretiens informels.....	187
4.4 Entretiens d'instruction au sosie	188
4.5 Entretiens d'autoconfrontation simple.....	196
Partie 4 : Résultats : analyse et discussion	202
Chapitre 1 : Le contexte frontalier et le développement de compétences de décentration et de compétences relationnelles	204
Chapitre 2 : Le contexte frontalier et le développement de compétences linguistiques	220
2.1 Vers une meilleure compréhension soignant-soigné : utilisation du registre linguistique du patient.....	220
2.2 La diversité linguistique : facilite-t-elle l'activité professionnelle ou la rend-elle plus difficile ?.....	240
Chapitre 3 : L'espace frontalier Uruguay-Brésil rend-il plus difficile la prise en charge des patients ?.....	257
Chapitre 4 : Une frontière propice aux situations potentielles de développement	269
Chapitre 5 : Dialectique entre tâche prescrite, genre professionnel et contributions stylistiques.....	279
Chapitre 6 : L'importance du déplacement du vécu à travers les méthodes indirectes : le cas de l'instruction au sosie et de l'autoconfrontation simple	289
Conclusion.....	300
Références bibliographiques.....	306

Index des auteurs	319
Index des mots-clés	322
Index des figures	325
Index des tableaux.....	326
Annexes	327
Annexe 1: accord de permission pour vivre, étudier et travailler pour les nationaux frontaliers brésiliens et uruguayens.....	327
Annexe 2 : complément à l'accord de permission pour vivre, étudier et travailler pour les nationaux frontaliers brésiliens et uruguayens concernant la prestation de services de santé	332
Annexe 3 : bornes frontalières qui délimitent les deux pays à la campagne	337
Annexe 4 : centre de santé de Masoller	337
Annexe 5 : centre de santé de Chuy (Uruguay)	338
Annexe 6 : centre de santé de Chuí (Brésil).....	338
Annexe 7 : parc International Rivera / Sant'Ana do Livramento	339
Annexe 8 : hôpital de Rivera (Uruguay).....	339
Annexe 9 : bus Expreso Esperanza	340
Annexe 10 : patients brésiliens utilisant le service du bus Expreso Esperanza	340
Annexe 11 : hôpital de Sant'Ana do Livramento (Brésil)	341
Annexe 12 : questionnaire socio-professionnel en langue portugaise	342
Annexe 13 : questionnaire socio-professionnel en langue espagnole.....	346
Annexe 14 : analyses réalisées avec le test d'indépendance du χ^2	350
Annexe 14a : lieu de naissance / médecins et infirmiers de l'échantillon	350
Annexe14b : bilinguisme / médecins et infirmiers brésiliens.....	351
Annexe14c : bilinguisme / médecins et infirmiers uruguayens.....	352
Annexe 14d : difficultés linguistiques / pays.....	353
Annexe 14e : langue maternelle / difficultés linguistiques.....	354
Annexe 14f : langue maternelle / facilités linguistiques.....	354
Annexe 14g : difficultés générales / pays	355
Annexe 14h : lieu de naissance / difficultés générales	356
Annexe 14i : lieu de naissance / difficultés linguistiques.....	357

Introduction

Ce travail de thèse a été réalisé auprès de professionnels de santé travaillant à la frontière Uruguay-Brésil et s'inscrit dans la continuité de nos recherches de Master 1 et de Master 2, où nous nous sommes intéressée à la construction identitaire chez les sujets habitant dans des espaces frontaliers. Tout au long de ces recherches, qui se situaient dans une perspective interculturelle, notre but était celui d'étudier les contacts culturels et linguistiques qui se tissent dans ces espaces si singuliers. Ces études nous ont ainsi permis d'approfondir la thématique concernant l'identité frontalière mais aussi les enjeux de pouvoir liés à des variables linguistiques et socio-culturelles. Le premier de ces travaux, mené à la frontière franco-suisse¹ (Pérez-Caraballo, 2010), et le deuxième, réalisé à la frontière Uruguay-Brésil (Pérez-Caraballo, 2011)², nous ont donné plusieurs pistes de recherche. C'est notamment lors de cette deuxième étude que nous avons pu observer à quel point la construction identitaire est forgée par de variables sociales, culturelles mais aussi linguistiques. En effet, à cet endroit du monde, nous nous trouvons devant une réalité linguistique fort complexe en raison de la présence de langues et dialectes dont leur prestige social diffère considérablement. D'une part, c'est un espace frontalier marqué par deux langues standards telles que le portugais et l'espagnol, et d'autre part, il existe deux dialectes tels que le *Portugués del Uruguay* (PU), populairement nommé *portugnot*, et le *Português Gaúcho da Fronteira* (PGF).

Ainsi, cette thèse est née à partir d'un constat que nous avons pu faire lors de cette deuxième recherche où nous avons observé qu'il existe une forte volonté politique de créer des projets visant à combler certains besoins de la population frontalière, notamment dans le domaine de la santé. Nous avons remarqué que deux accords binationaux ont été signés par l'Uruguay et le Brésil et que ceux-ci ont été une manière de reconnaître que cet espace frontalier fonctionne comme un ensemble urbain unique. Le premier de ces accords (Annexe 1), signé en 2002 et entré en vigueur en 2004, permet aux personnes habitant à la frontière Uruguay-Brésil de vivre, étudier et travailler dans un rayon de 40 kilomètres d'extension : 20 kilomètres de chaque côté de la frontière. Le deuxième accord, signé en 2008, entré en vigueur en 2010 (Annexe 2), et qui est complémentaire au précédent, autorise l'échange de prestations de services en matière de santé dans les zones frontalières entre les deux pays en question. Ces accords, que nous analyserons plus dans le détail dans la deuxième partie de ce

¹ Plus exactement entre les villes d'Annemasse et Genève.

² Cette recherche de Master 2 a reçu l'appui financier de la Région Rhône-Alpes à travers la bourse Explora'Sup.

travail, naissent comme un moyen d'encadrer une réalité qui est en lien avec l'espace géographique où aussi bien uruguayens que brésiliens transitent en permanence des deux côtés de la frontière. En effet, tout au long de la frontière brésilo-uruguayenne, il y a aussi bien des frontières fluviales que des frontières sèches. Ces dernières, qui sont d'ailleurs celles qui concernent cette étude, se caractérisent par le fait de ne pas avoir d'obstacles naturels pour les traverser. Dans ce cas, une simple rue divise les deux pays, et la présence de bornes en béton indique que d'un côté c'est le Brésil, et que de l'autre c'est l'Uruguay. Ce déplacement d'un côté et de l'autre de la frontière se fait librement, sans qu'il y ait ni un contrôle systématique des cartes d'identité ni une quelconque structure qui vienne rappeler que l'on est en train de quitter un pays et de rentrer dans un autre.

Ainsi, cette libre circulation des personnes entre les deux pays a entraîné, en conséquence, une utilisation binationale des services car, par exemple, les loisirs se situent en général du côté uruguayen, alors qu'en raison des prix, les courses se font plutôt du côté brésilien. Compte tenu donc de la libre circulation et de l'hybridisme aussi bien culturel que linguistique qui caractérise cet espace frontalier, nous avons décidé de mener une étude³ qui traite des professionnels de santé et de leur activité de travail dans cet espace si singulier. C'est ainsi que nous sommes arrivés à nous donner pour objectif de recherche celui d'étudier l'activité et les compétences professionnelles qui pourraient être développées par les travailleurs de la santé dans ce contexte considéré comme étant complexe et hybride.

Dans ce sens, plusieurs questions de départ ont guidé le début de ce travail, où nous nous demandions comment les professionnels de santé travaillent dans cet espace si complexe et si singulier ? Comment gèrent-ils la complexité linguistique et culturelle de cet espace marqué par deux langues officielles et par le dialecte portugais, à l'heure de la prise en charge des patients ? Avec quelles compétences font-ils face à ces aspects qui caractérisent la frontière Uruguay-Brésil ? Il faut toutefois souligner que ni notre objectif de recherche ni les questions de départ, avaient pour but celui de faire une évaluation des compétences professionnelles ni d'établir un inventaire ou une liste exhaustive les énumérant. L'idée est notamment celle d'étudier comment les professionnels de santé s'y prennent dans ce contexte. Autrement dit, comment font-ils pour que des variables socio-économiques, culturelles et linguistiques n'entravent pas la bonne prise en charge des patients. Celle-ci est comprise par nous comme une prise en charge qui est accueillante, empathique et en même temps efficace.

³ Cette recherche de Doctorat s'insère dans le cadre d'une cotutelle franco-brésilienne et dans le cadre d'un Contrat Doctoral d'une durée de trois ans financé par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Elle a également reçu l'appui financier de la Région Rhône-Alpes à travers la bourse Explora'Doc.

A notre avis, cette efficacité sera d'autant plus grande si la communication entre le professionnel et le patient est assurée, c'est-à-dire, si celle-ci garantit la compréhension mutuelle entre les deux, malgré les différentes barrières qui puissent exister lors de cette rencontre. Nous croyons que c'est justement à travers cette communication et cette compréhension mutuelle, que le professionnel pourra agir plus efficacement. En ayant bien compris la demande du patient, le professionnel peut ainsi mettre en place une série d'actions pertinentes pour répondre à cette demande. Nous voyons de cette façon que tous ces éléments s'enchaînent, car si l'accueil et l'empathie ne sont pas présents, il se peut que le patient ne se livre pas complètement au professionnel. Il pourrait ainsi omettre une série de détails qui peuvent être essentiels à l'heure d'établir le diagnostic et de proposer un traitement qui réponde véritablement aux besoins du patient.

Cela soulève la question des compétences professionnelles et celle de savoir avec quelles compétences, autres que techniques, le travailleur dans le domaine de la santé fait face aux différentes variables contextuelles qui peuvent influencer, d'une manière ou d'une autre, son activité de travail. C'est ce qui nous amène à nous intéresser dans un premier temps et dans la première partie de ce travail au concept de compétence en lui-même. Pour cela nous faisons appel à différentes approches, telles que l'ergonomie de langue française, la théorie des champs conceptuels de Gérard Vergnaud, le champ de la didactique professionnelle, les contributions faites par le groupe de la clinique de l'activité et les travaux réalisés dans le domaine de l'interculturalité. Bien que l'utilisation de ces nombreuses approches soulève la question de la compatibilité épistémologique, nous montrerons dans quelle mesure nous pensons que celles-ci se situent dans un éclectisme modéré (Køppe, 2011). Tout au long de la première partie de ce travail, nous nous attarderons donc sur la présentation de ces différentes perspectives, plus particulièrement en ce qui concerne leur conception de l'activité humaine et des compétences professionnelles. Ce n'est qu'à la fin de cette partie que nous exposerons notre propre vision des compétences, où nous expliciterons comment celles-ci pourraient être comprises à partir de la perspective historico-culturelle que nous adoptons. Enfin, nous présenterons notre problématique de recherche qui découle de toutes les lectures présentées, de notre propre conception de cette thématique et des éléments qui caractérisent cet espace frontalier.

C'est ainsi que dans la deuxième partie de ce travail, nous nous attarderons tout particulièrement sur les aspects contextuels de cette recherche, en explicitant les

caractéristiques culturelles et linguistiques de la frontière Uruguay-Brésil, ainsi que les efforts de coopération binationale en matière de santé qui existent entre les deux pays.

Dans la troisième partie, nous exposerons notre méthodologie de travail, qui s'inspire fortement de l'école russe de psychologie, notamment à travers les travaux de Vygotski. Nous présenterons les hypothèses de travail, l'échantillon auprès duquel cette étude a eu lieu, ainsi que les différents outils de construction des données. Ceux-ci concernent des observations ethnographiques, un questionnaire socio-professionnel, des entretiens informels, des entretiens dits d'instruction au sosie et des entretiens d'autoconfrontation simple.

Enfin, dans la quatrième et dernière partie de cette thèse, nous montrerons quels sont les principaux résultats qui découlent des données obtenues avec les outils que nous venons de mentionner. Ceux-ci nous ont permis d'avoir aussi bien des données qualitatives que quantitatives et concernant ces dernières, elles ont été analysées à partir du test d'indépendance du χ^2 , du logiciel SPAD et de la méthode d'Analyse Statistique Implicative. En ce qui concerne les données qualitatives, nous avons réalisé des analyses cliniques de l'activité professionnelle et des compétences qui semblent avoir été développées en raison du contexte frontalier par les travailleurs du domaine de la santé.

Nous essayerons ainsi de montrer dans cette thèse les manières dont les professionnels de santé s'y prennent pour faire face à un contexte où la rencontre de langues et cultures influence leur activité de travail quotidien. Comme nous le verrons, cette rencontre n'entraînerait pas que des difficultés mais serait aussi une source pour pouvoir découvrir qu'il est possible de faire autrement afin d'assurer la prise en charge et qu'il est possible que l'hybridisme présent à cet endroit devienne un défi et une opportunité pour se développer dans et par le travail.

Partie1 : Aspects conceptuels : cadre théorique

Cette partie vise à aborder les différents cadres théoriques que nous utilisons dans cette recherche dans le but d'étudier l'activité professionnelle des travailleurs du domaine de la santé, et les compétences impliquées dans cette activité, qui s'insère dans l'espace frontalier entre l'Uruguay et le Brésil. Tout d'abord c'est le concept de compétence qui sera travaillé en montrant son évolution dans le temps, et son caractère polysémique. C'est un objet d'étude qui recouvre une vaste littérature dont nous ne pourrions pas rendre compte totalement ici. Cependant, et vu la pluralité de conceptions qui existent vis-à-vis du concept d'activité et de compétence, il est important de poser des bases conceptuelles solides à partir de quelques approches clés. C'est pour cette raison que nous faisons appel à plusieurs cadres théoriques, et bien qu'ils soient différents et qu'ils puissent paraître éclectiques, nous montrerons comment les faire dialoguer.

Avec l'explicitation de ces différentes perspectives, nous tenterons de repérer quelle est leur conception de l'activité humaine et des compétences dans les situations professionnelles. Cela concerne les travaux de l'ergonomie de langue française et de la psychologie du travail, les apports de la didactique professionnelle, les contributions du groupe autour de la clinique de l'activité et les cadres théoriques découlant des travaux faits dans le domaine de l'interculturalité. Après avoir discuté toutes ces questions qui touchent aux différentes manières de concevoir l'activité humaine et les compétences, nous expliciterons notre propre conception de ce sujet. Ensuite, et pour finir ce premier chapitre, nous présenterons notre problématique de recherche.

Chapitre 1 : Compétence ou compétences ? Vers la définition d'un concept polysémique

Dans ce premier chapitre nous verrons que le concept de compétence est non seulement très vaste mais qu'en plus il a suscité des conceptions très différentes en fonction des époques et des disciplines qui ont essayé de le définir. Pour commencer, il est pertinent d'évoquer l'étymologie de ce concept dont le premier usage daterait de 1468 pour signifier ce qui était « en rapport à ». Quelques années plus tard, en 1596, la compétence était associée à

l'aptitude d'un tribunal⁴. En outre, il est généralement admis que c'est un terme qui provient du bas latin *competentia* qui signifiait « juste rapport ».

Actuellement, énormément de définitions ont été données à ce concept sans qu'il y ait pour autant une vraie convergence entre celles-ci. Comme l'observe Coulet (2011) :

De très nombreuses définitions de la compétence ont vu le jour et ont prospéré avec des fortunes diverses quant à la manière dont elles ont diffusé, dans les réflexions au sein de différentes disciplines [...], et dont elles ont inspiré des changements multiples sur le terrain des pratiques professionnelles. Cependant, au-delà de la pluralité des définitions et de quelques consensus qui les traversent, ce sont bien des conceptions fondamentalement divergentes que nous offre cette abondante littérature. (p. 3)

En effet, c'est un concept polysémique qui a été défini de différentes manières selon les époques et les disciplines. De ce fait, se restreindre à une seule conception serait beaucoup trop réductionniste et ne permettrait pas de rendre compte de la complexité qu'englobe cette notion. Mais au même temps, il paraît difficile de parler de chaque approche qui a utilisé ou défini ce concept si vaste. Soulignons qu'une vérification (Cristol, 2010) faite à partir de la base de données Electre⁵, à propos des ouvrages ou des notices d'ouvrages concernant les compétences, montre l'existence de presque 3000 notices faisant appel à cette notion.

La compétence se caractérise ainsi par une pluralité de définitions et selon la discipline scientifique, que ce soit la psychologie, la linguistique, les sciences de l'éducation, l'ergonomie ou la gestion, ce concept ne se définit pas de la même manière ; il comporte des variations diverses qui ne font pas l'unanimité. Il est possible de trouver dans la littérature existante à ce sujet, des définitions qui recouvrent différents aspects de ce concept. Elles soulignent que les compétences peuvent être techniques, innées, statiques, générales, locales, procédurales, contextualisées, incorporées, critiques, adaptatives ou encore dynamiques. En tout cas, les variations trouvées au sein de ce concept ne répondent pas seulement au fait d'avoir été défini par de nombreuses disciplines, mais résultent aussi de sa conception selon les époques. Un bref détour historique nous montrera l'évolution de ce concept et les différentes manières de l'aborder à travers le temps.

Le concept de compétence apparaît, entre autres, grâce aux travaux du linguiste et philosophe américain Chomsky (1955/1975), qui propose au milieu des années 50 la notion de compétence linguistique. Ses travaux surgissent comme une forme de lutte contre certaines

⁴ Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. <http://www.cnrtl.fr>

⁵ Base bibliographique française créée en 1977 par le *Cercle de la Librairie* qui est le syndicat patronal français des industries du livre. <http://www.electre.com/>

idées behavioristes de l'époque affirmant que l'apprentissage du langage se caractérisait par des essais-erreurs et d'autres mécanismes tels que les conditionnements et les renforcements. Chomsky, en critiquant cette approche, observe que la rapidité avec laquelle un enfant s'approprie des structures linguistiques ne répond pas aux mécanismes décrits par le behaviorisme, mais à une capacité innée, propre de l'être humain. Ainsi, cet auteur affirme que le sujet dispose d'une capacité naturelle pour acquérir n'importe quelle langue, pour s'approprier de la grammaire et pour produire des phrases linguistiquement correctes. Et c'est justement cette capacité innée que Chomsky a nommé « compétence ». Ainsi, en maîtrisant une langue, le sujet atteint un niveau de compétence linguistique idéale. Mais dans cette approche, la compétence relève plus du champ du biologique que du social. Par ailleurs, c'est en reprenant les travaux de Saussure (1969) et notamment la dichotomie que ce dernier théorise concernant la langue et la parole⁶, que Chomsky va établir une opposition entre compétence et performance. La performance se caractérise, selon lui, par les productions verbales concrètes du sujet, tandis que la compétence est considérée comme une ossature robuste qui reste assez théorique et idéale.

Dans ce cadre, l'idée est que la performance fonctionne comme une sorte d'actualisation de la compétence linguistique. Cependant, une langue ne s'apprend pas d'un jour à l'autre. Indéfectiblement, l'enfant commet des erreurs dans sa production verbale, propres au processus d'acquisition d'une langue (maternelle ou étrangère d'ailleurs). Devant ce constat, l'auteur explique que ce sont justement ces productions discursives, correctes ou erronées, qui sont de l'ordre de la performance et que la compétence relèverait plutôt d'une structure complexe qui est à la base de cette performance. Ainsi définie, la compétence se situe comme une propriété innée, qui n'entretient pas de liens particuliers avec le contexte dans lequel elle s'actualise.

Le concept de compétence a ensuite été repris par l'anthropologue et sociolinguiste américain Hymes (1984) qui, intéressé par la narrative orale des mythes des indigènes, était soucieux de comprendre les compétences qui sous-tendaient ces narratives. Basé essentiellement sur une approche ethnologique, l'auteur a également beaucoup travaillé sur les processus qui concernent l'enseignement des langues secondes. En critiquant les travaux chomskyens, il souligne que la compétence ne peut pas être réduite à une simple structure déconnectée du contexte dans lequel elle se manifeste. Au contraire, c'est justement le

⁶ *Grosso modo*, la langue est conçue comme un produit social, comme la partie sociale du langage, alors que la parole relèverait plus de l'individu et dans ce sens, elle représente le côté individuel du langage (Saussure, 1969).

contexte qui conditionnerait les productions verbales des sujets. En faisant propre le concept de « compétence communicative », cet auteur souligne qu'il existe des compétences, pas forcément langagières, mais essentielles dans la production discursive de tout être humain. Il observe que la compétence linguistique ne peut pas se réduire à la maîtrise d'une langue, justement parce que maîtriser une langue suppose justement de maîtriser avant tout le contexte où la communication se déroule. Autrement dit, c'est le contexte qui donne des indices au sujet sur la manière de parler, de quoi parler, de quoi ne pas parler, à quel moment, etc. C'est la raison pour laquelle, cet auteur observe que maîtriser une langue c'est, avant tout, adapter ses productions au contexte de communication et s'il y a adaptation, c'est bien parce que le sujet a tiré un apprentissage du milieu.

Dans cette perspective, la compétence linguistique serait seulement un aspect de la communication. Celle-ci ne peut qu'être apprise, de là toute l'importance de cette approche. Nous sommes bien ici dans une conception théorique qui rompt avec le modèle innéiste-biologique des compétences, pour les considérer comme une capacité d'adaptation forcément en dépendance au contexte et qui nécessite d'un apprentissage nécessairement social. Nous voyons ainsi que ces deux approches sont assez différentes, elles ne situent pas la compétence au même niveau. L'une la situe en tant que capacité innée alors que l'autre la situe plutôt dans un processus d'adaptation qui prend sa source dans le social et non pas dans le biologique.

Il est important de souligner en parallèle le contexte social et économique de ces approches afin de mieux les comprendre. Pendant la première moitié du XXe siècle, le taylorisme régnait dans le monde du travail, en organisant ce dernier à partir de la parcellisation des tâches des travailleurs. Le principal but de cette forme d'organisation du travail était d'optimiser la productivité. Pour cela, chaque phase de travail était divisée et chaque geste était chronométré. Pendant cette période, la compétence est définie suivant les principes behavioristes de l'époque qui associaient compétence à performance. Être un travailleur compétent signifiait savoir exécuter très précisément les tâches assignées et le résultat de cette exécution était la performance. Autrement dit, l'attention est portée sur les manifestations observables de la conduite, sur le résultat final et non pas sur les processus qui sous-tendent ce résultat. Dans ce cadre, la compétence se réduit aux seules conduites observables et se définit comme la capacité qu'aurait l'individu à atteindre les résultats attendus. Dans ce sens, la compétence se mesure et se définit à partir de la performance réalisée par le sujet et elle se désigne comme une capacité individuelle sans lien avec les autres. Cette approche tayloriste, comportant plusieurs limites et contraintes pour les

individus, entre en crise vers la fin des années 60. C'est justement par cette crise qu'une modification de l'organisation du travail a été menée, élargissant ainsi le concept de compétence et lui conférant une nouvelle allure.

A la fin de la première moitié du XXe siècle, entre en scène un courant scientifique opposé au behaviorisme et qui vient apporter une autre vision du concept de compétence : le cognitivisme. Selon ce modèle, toute information provenant de l'extérieur, indépendamment de sa nature, est traitée par le cerveau qui produit des connaissances qui seront stockées dans la mémoire. Ainsi, l'être humain est conçu comme un système de traitement de l'information. Une fois l'information prise et stockée, il est possible d'accéder aux différentes connaissances. Celles-ci peuvent être de plusieurs types : déclaratives, procédurales et conditionnelles. Les premières sont essentiellement d'ordre théorique, stables et indépendantes de l'action où l'accent est mis sur le « savoir que » (par exemple : une définition). Les connaissances procédurales sont, au contraire, liées à l'action et aux procédures nécessaires à l'accomplissement effectif de cette action. Ces connaissances sont dynamiques et se focalisent sur le « savoir comment » faire pour réaliser une action quelconque. Enfin, le troisième type de connaissances, les connaissances conditionnelles, se réfèrent justement aux conditions dans lesquelles l'action se réalise. Centrées sur le « savoir quand » et le « savoir pourquoi », ce type de connaissances indiquent à quel moment et dans quel contexte il est pertinent d'avoir telle ou telle démarche. Ainsi, nous observons que pour ce courant, la compétence se définit comme un ensemble de connaissances organisées qui permettent de résoudre efficacement les problèmes dans un ensemble de situations.

Les années 80 arrivent et d'autres auteurs se penchent sur la question des compétences, entre autres, pour montrer les limites inhérentes au modèle cognitiviste. En effet, certains ergonomes (Montmollin, 1984, 1996 ; Malglaive, 1990, 1995) avaient déjà observé que d'une part, des connaissances sont strictement liées à la pratique (et difficilement énonçables) et d'autre part qu'on peut effectuer une tâche sans forcément comprendre ce que l'on a fait. A ce sujet, Montmollin (1984) définit les compétences en tant que :

[...] ensembles stabilisés de savoirs et de savoir-faire, de conduites types, de procédures standards, de types de raisonnement, que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau. Les compétences sédimentent et structurent les acquis de l'histoire professionnelle ; elles permettent l'anticipation des phénomènes, l'implicite dans les instructions, la variabilité dans la tâche. (p. 122)

Nous observons ici que la compétence n'est plus au singulier mais au pluriel et qu'elle relève plutôt d'un système de savoirs que le sujet met en œuvre dans les différentes situations

professionnelles qu'il rencontre. Dans cette perspective, le concept de compétence est utilisé dans une visée de description et d'explication des connaissances mais non pas de leur évaluation. Les compétences sont ainsi comprises comme des structures mentales où s'articulent tous les éléments nécessaires à la réalisation d'une tâche. Ceux-ci comprennent des connaissances des représentations, des savoir-faire et des schémas de planification des activités (*ibid.*).

Par ailleurs, Malglaive (1990) vient également éclairer ce sujet en expliquant que le savoir se décompose en « connaissances », qui comprennent les savoirs théoriques et procéduraux, et en « savoirs de la pratique » où l'on trouve le savoir-faire et les savoirs pratiques. Cette conception est fondamentale à cette époque pour comprendre que les savoirs théoriques et pratiques ne se situent pas forcément au même niveau et que les deux sont indispensables pour pouvoir parler de compétence. Celle-ci est définie par Malglaive (1995) comme un savoir en action qui se décompose à la fois en savoir théorique, procédural, pratique et savoir-faire ; l'auteur explique ainsi que la compétence est faite des ingrédients de toute nature et de toutes origines.

Par ailleurs, Le Boterf (1995, 1997) dont ses contributions sont nombreuses dans ce domaine, observe que la compétence ne peut pas être réduite à un savoir ou à un savoir-faire et qu'avoir des connaissances ou des capacités ne conduit pas forcément à être compétent. Pour cet auteur, la compétence se réfère à la mobilisation de plusieurs ressources (qu'il décrit en termes de connaissances, de capacités cognitives, des capacités relationnelles) dans une situation et un contexte donnés. De ce fait, la compétence ne peut exister qu'en situation, que dans un contexte spécifique où elle est actualisée. Cette mobilisation comprend des savoirs théoriques (savoir que), des savoirs procéduraux (savoir comment), des savoir-faire procéduraux (comment opérer), des savoir-faire expérientiels (issus de l'action) et des savoir-faire sociaux (liés au savoir-être). A cela il ajoute les savoir-faire cognitifs, conçus comme des opérations intellectuelles qui permettent la prise de décision et la résolution des problèmes dans une situation donnée. Bien que la mobilisation de ces ressources soit individuelle, remarque l'auteur, la compétence a une dimension socio-culturelle dans la mesure où les modes de raisonnement du sujet ainsi que les significations attribuées aux différents problèmes sont d'ordre socio-culturel. De plus, ces ressources s'inscrivent dans un réseau de relations personnelles. Ici c'est le caractère « social » de la compétence qui est tout à fait important et qui permet de lui donner une dimension autre qu'individuelle.

Nous voyons ainsi qu'après les années 80, le concept de compétence tend vers une autre conception où l'accent est mis sur la pluralité de ressources et sur la combinaison de différents éléments. Dans ce sens, et comme l'observe Coulet (2011) :

L'analyse de la littérature révèle que la compétence reste trop souvent abordée en termes de juxtaposition d'éléments (savoirs, savoir-faire, savoir-être) ou de combinaison de ressources mais, sans analyse fine des processus organisant la mobilisation et la régulation de l'activité qui l'exprime. (p. 25)

Malgré le fait que la combinaison et la mobilisation de ressources soit importante à l'heure de définir les compétences, il est d'autant plus important de s'intéresser aux processus qui organisent ces mobilisations. D'ailleurs, ce même auteur explique que cette façon de concevoir la compétence « ne va pas sans poser de problème et mériterait d'être envisagée différemment » (2014, p. 150). Il propose ainsi que le référentiel des compétences se fasse à partir de la description des schèmes organisateurs de l'activité, de leurs composantes et des artefacts impliqués. Cela aiderait à sortir d'une vision de la compétence réduite à une juxtaposition d'éléments (ou à des ingrédients de toute nature et de toutes origines, pour reprendre l'expression de Malglaive, 1995) pour la concevoir comme un ensemble d'éléments qui sont en lien les uns avec les autres (Coulet, 2014).

En continuant notre étude de la notion de compétence à travers le temps, nous remarquons que celle-ci s'est beaucoup plus répandue depuis le milieu des années 80 en raison de l'évolution et de la transformation des contextes professionnels. Cela a permis de passer de la notion de qualification (attachée au taylorisme) à la notion de compétence, qui n'est plus comprise en tant que tâches divisées et peu adaptables, exécutées automatiquement par le sujet (Lévy, 2000). A cette époque-là, ce concept a acquis une visibilité et une signification particulière car de nombreux chercheurs, aussi bien en gestion, qu'en éducation, qu'en psychologie, se penchent sur cette question.

L'événement qui a également aidé à rendre visible ce concept, ce sont sans doute les *Journées de Deauville* tenues par le Mouvement des Entreprises de France (MEDEF), organisation patronale française qui représente les dirigeants des entreprises. Lors de ces journées, qui ont eu lieu en octobre de 1998, le MEDEF⁷ a défini la compétence professionnelle comme une combinaison de connaissances, savoir-faire, expériences et comportements s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle peut faire objet de validation. C'est donc à

⁷ <http://www.medef.nc/emploi-formation/les-grands-dossiers>

l'entreprise qu'il appartient de la repérer, de l'évaluer, de la valider et de la faire évoluer. Ces rencontres ont ainsi permis d'avoir une définition institutionnalisée sur cette notion qui était – et qui l'est toujours – loin d'être consensuelle.

Actuellement, le concept de compétence continue à se développer au sein des différentes disciplines et des organisations du travail qui l'utilisent. S'il évolue, c'est parce que les organisations du travail et les relations sociales au sein de celles-ci se transforment en permanence, et de ce fait les compétences requises ne sont plus les mêmes qu'auparavant. Aujourd'hui l'accent n'est pas seulement mis sur les compétences techniques, nécessaires pour accomplir l'activité professionnelle, mais aussi sur les compétences relationnelles. Comme le souligne Vergnaud (2004, cité par Acioly-Régner, Filiod et Régner, 2005) « la professionnalité ne tient pas seulement dans un petit ensemble de compétences techniques dont on pourrait aisément faire le tour, mais représente tout un répertoire de schèmes qui concernent également l'interaction avec autrui, la communication, le langage et l'affectivité ». C'est-à-dire qu'au-delà de la dimension technique, il est capital de prendre en compte la dimension relationnelle, affective et communicationnelle dans la construction de compétences.

Cela rejoint les travaux d'Aubrun et Orofiamma (1990) qui ont décrit ce type de compétences comme des compétences de *troisième dimension*. Pour ces chercheurs « beaucoup de ces compétences que nous avons appelées de 3^e dimension renvoient plutôt à des caractéristiques relevant de la socialisation, d'habitus, plus qu'à des caractéristiques personnelles » (p. 83). Ces compétences se divisent en quatre catégories : des comportements professionnels ou sociaux, d'attitudes, de capacités créatives et d'attitudes existentielles et éthiques. Pour décrire ces compétences, les auteurs soulignent l'importance de la capacité d'écoute, de responsabilité, d'autonomie, de décentration, la capacité de travail en groupe, de savoir se remettre en cause, de faire face à l'imprévu, d'être capable d'innover, etc. Parmi les différentes capacités décrites, la capacité d'adaptation est pour Aubrun et Orofiamma (1990) l'une des plus importantes et nécessaires chez le travailleur.

Il est essentiel, selon les auteurs, que le professionnel puisse s'adapter à des changements techniques ou organisationnels des situations de travail. Cette capacité à s'adapter à la différence est définie comme l'aptitude à tenir compte de la diversité des comportements, des opinions et des références culturelles ou idéologiques. Ce type d'aptitude serait devenu fondamentale dans la communication et dans la résolution des problèmes qui surgissent dans les collectifs de travail et elle se traduirait souvent comme la capacité à

changer de point de vue, ou encore comme l'ouverture d'esprit (*ibid.*, p. 24). Les points soulevés ici par ces deux chercheurs nous semblent particulièrement intéressants dans notre recherche, qui s'intéresse justement aux compétences des professionnels de santé dans un espace frontalier hybride. Pour ces professionnels, la prise en compte d'autrui et la capacité à s'adapter à celui-ci et à ses caractéristiques culturelles et linguistiques, seraient essentielles afin d'assurer une bonne prise en charge.

En outre, les compétences de *troisième dimension* font appel à des savoirs multiples dont le savoir-faire relationnel et la connaissance de soi ; cette dernière étant un élément fondamental car elle implique d'avoir confiance en soi, de connaître ses limites et ses possibilités. Cependant, Aubrun et Orofiamma (1990) observent que la formation professionnelle ne s'attarde pas sur ces questions qui concernent les attitudes et la personnalité du travailleur, ces questions *ne donnent pas lieu à des discours*. Finalement, il ne reste qu'à développer une démarche personnelle qui vise à mieux se connaître. Il faudrait donc une forte implication personnelle pour développer ce type d'atouts, caractéristiques des compétences de *troisième dimension*.

Comme nous pouvons le voir, la notion de compétence est extrêmement large et comporte de nombreuses définitions selon l'approche où l'on se situe. Ce qui paraît clair est que celle-ci ne se limite pas seulement aux aspects techniques mais qu'elle implique également d'autres aspects qui sont liés à la disposition et à la motivation du sujet. A travers le temps et les différentes disciplines nous avons donné une vision générale de ce concept, nous allons maintenant l'aborder à partir de certaines approches. Cela n'est pas un fait sans conséquences car, en privilégiant seulement certaines disciplines, d'autres sont laissées dans l'obscurité. De ce fait et bien que nous connaissions leur existence, il serait impossible de traiter toutes ces conceptions ici. Nous avons choisi les approches dont les apports théoriques et méthodologiques nous permettent, d'après nous, de mieux traiter notre objet d'étude.

Cependant, nous savons que ce choix soulève la question de la compatibilité épistémologique, ou de ce que certains auteurs ont choisi de nommer « éclectisme théorique » (Falcão et Hazin, 2011 ; Køppe, 2011). En nous appuyant sur ces travaux, qui analysent justement les choix opérés par le chercheur dans le découpage théorique réalisé pour traiter un objet d'étude donné, nous considérons que nous nous situons dans un cas d'« éclectisme modéré ». Comme l'observe Køppe (2011) :

Eclecticism has a bad reputation. It is most often judged to be a negative project, associated with a practice which uncritically assembles different theoretical and/or empirical fragments into one seemingly homogeneous whole. [...] is time to consider positive aspects of a moderate form of eclecticism which is neither uncritical nor unreflective and which envisions the possible combinations of different theoretical starting points. Such a moderate eclecticism is a development of those trends which are found in psychology today, and occurs when science evolves. (p.1)

L'auteur signale que, malgré la mauvaise réputation qui est associée à ce concept, il est important de prendre en compte certains aspects positifs de l'éclectisme modéré en tant que propriété importante dans le développement de la science. C'est dans ce sens que l'auteur précise que plutôt que concevoir l'éclectisme comme le choix délibéré entre les éléments des différents systèmes, sans forcément tenir compte des contrastes possibles entre eux, ou comme une simple combinaison sans réflexion, il faut le concevoir comme quelque chose de positif qui permet à la science d'évoluer. Dans cette perspective, l'éclectisme n'est pas forcément à bannir puisqu'il rend compte du nombre infini d'aspects qu'un objet scientifique a toujours, et que de ce fait, il peut être traité par plusieurs sciences (naturelles, humaines, etc.). Dans le sens où les données à propos de cet objet seraient infinies, le chercheur est amené à choisir certaines caractéristiques pertinentes, ce qui entraîne évidemment l'inclusion de certaines et l'exclusion d'autres.

Selon l'auteur, la théorie scientifique s'organise toujours en 4 niveaux ; le premier concerne la définition des méthodes, le deuxième la définition des données et la création d'hypothèses, ensuite les écoles de pensée et enfin l'idéologie. Les processus éclectiques s'observent le plus souvent au niveau 2 et 3 ; c'est-à-dire dans ce qui est nommé généralement comme la théorie spécifique qui concerne une partie de la psychologie. Dans ce deuxième niveau l'auteur cite des concepts comme le comportement, les émotions, la pensée, etc., qui serviraient comme base pour la formulation de certaines hypothèses spécifiques qui viennent délimiter l'objet d'étude. Dans le niveau 3 apparaissent les écoles de pensée ; caractérisées par la multidisciplinarité, elles traversent non seulement plusieurs sous-disciplines (psychologie du développement, psychologie sociale), mais aussi des disciplines générales (psychologie, linguistique) et des sciences fondamentales (sciences naturelles, humaines et sociales). Dans ce niveau il est possible de trouver, par exemple, le marxisme ou la phénoménologie en tant qu'écoles de pensée qui, ayant émergée d'une discipline spécifique, se sont répandues à bien d'autres champs. C'est donc dans ces deux niveaux où les processus éclectiques se manifestent le plus souvent, cependant :

Eclecticism, then, will be an heuristic, productive and coherent move in the context of theory building if contributions are considered as effectively complementary and valuable in terms of layer two (Data-defining and hypothesis-creating) and “authorized” by layers three (Schools of thought) and four (Ideology-conception of the world). Productive eclecticism depends, then, on some effort from those engaged in research and theory building in order to go beyond the illusion of data as “real objects” and attain the levels of theoretical, methodological, epistemological and ontological intellectual work. (Falcão et Hazin, 2011, p. 35)

Les chercheurs soulignent qu’il est fondamental que le niveau 2 soit compatible ou autorisé par les niveaux 3 et 4 afin que ce processus éclectique se révèle effectivement productif. C’est en tout cas un défi pour tous les chercheurs car l’éclectisme comporte toujours le risque de tomber dans la combinaison sans réflexion des différents fragments théoriques et de présenter le tout comme homogène. Comme l’indiquent encore les auteurs : « eclecticism, then, will be sometimes positive, sometimes negative, but always risky and hard » (*ibid.*, p. 38). Positif ou négatif, l’éclectisme comporte toujours des risques ; de ce fait, il paraît essentiel que la sélection théorique se fasse donc à partir d’une réflexion approfondie et consciencieuse.

En ce qui concerne cette recherche en particulier, nous avons choisi de travailler avec cinq approches que s’inscrivent selon nous dans un éclectisme modéré. Cela répond au fait que les concepts d’activité et de compétence sont utilisés dans ces approches mais en fonction de celles-ci, ne sont pas abordés de la même manière. Pour l’ergonomie de langue française que nous expliciterons dans le sous-chapitre 1.1, l’activité comprend non seulement la tâche prescrite (ce qu’il y a à faire) mais aussi l’activité réelle (ce qui se fait réellement). Nous verrons ainsi que les compétences sont conçues ici comme sous-jacentes à l’activité des professionnels, et que pour leur étude, il faut s’intéresser tout d’abord à cette activité. Dans un deuxième temps, nous évoquerons les travaux réalisés en didactique et en psychologie par Gérard Vergnaud, pour qui l’activité est organisée d’une manière invariante pour une classe de situations (1991). Cette perspective aborde le concept de schème afin de rendre compte de l’organisation de l’activité qui se réfère toujours à une classe de situations. Selon l’auteur, le schème permet d’engendrer l’activité du sujet et, dans ce sens, celui-ci serait à l’origine des compétences du sujet dans une classe de situations déterminées.

Troisièmement, nous travaillerons avec la didactique professionnelle qui soutient également que l’activité est organisée sous formes de schèmes et que, pour pouvoir l’analyser, il faut se concentrer sur l’étude des situations professionnelles. Pour cette discipline, l’activité

des sujets est donc organisée et lorsque cette activité est réussie et que cette réussite se reproduit dans les différentes situations rencontrées par le sujet, on parle de compétence.

Quatrièmement, nous évoquerons les travaux du groupe « clinique de l'activité », où l'activité est comprise comme la plus petite unité de l'échange social, dirigée à la fois vers l'objet, vers le sujet et vers les autres portant sur cet objet (Clot, 1995a, 2008). Ici, et à la différence de la première et de la troisième approche, l'activité professionnelle ne se réduit ni à la tâche prescrite ni à l'activité réalisée ; il faut aller encore plus loin et atteindre le réel de l'activité. Cette notion recouvrant le delta entre ce qu'il y a à faire et ce qui se fait, ce qui est tenté sans réussir, ce qui est rêvé de faire, ce qui est fait pour ne pas faire ce qu'il y a à faire, etc. Bien que dans cette perspective, le concept de compétence n'est pas du tout central, lorsqu'évoqué, il est conçu comme un attribut de l'activité, comme un processus qui se forme et se transforme dans la relation qu'établit le sujet avec sa propre activité (Clot, 1995b).

Enfin, nous travaillerons avec une cinquième approche basée particulièrement sur des recherches qui ont été réalisées dans le domaine de l'interculturalité. Celle-ci aborde les compétences professionnelles, en donnant une place centrale à la culture et à la langue, éléments essentiels qui déterminent la relation soignant-soigné. L'idée principale est qu'un professionnel culturellement et linguistiquement compétent doit être capable de se décentrer de son propre système de références, de sa propre culture, afin d'accéder à une compréhension plus holistique et plus approfondie du patient. Dans ce sens, le but poursuivi est de bien comprendre le contexte culturel, linguistique, éducationnel et socio-économique du patient, afin de pouvoir donner une signification plus fine à son discours et de s'adapter à ses différents besoins. Le développement des compétences est compris ici comme émanant directement des différentes situations rencontrées, et notamment des situations où le professionnel est confronté à la diversité. D'après cette approche, ces situations, ainsi que les contacts antérieurs avec d'autres cultures, permettraient de développer des compétences culturelles et linguistiques et de proposer une prise en charge adaptée à la diversité.

Nous envisageons ainsi différentes perspectives dans l'étude de l'activité et des compétences professionnelles sans que cela nous mène à un éclectisme théorique anarchique, et sans réflexion préalable. Ce choix répond au fait que, selon nous, ces perspectives sont pertinentes car elles offrent la possibilité de se focaliser sur différents aspects de notre objet d'étude. Ainsi, et malgré les divergences qui puissent exister, nous pensons qu'elles partagent un fil rouge dans leurs fondements et que quelques dialogues entre elles peuvent être faits. Ce

sont des perspectives qui partagent un certain nombre de concepts, et permettent une compréhension sans doute plus intégrale de notre objet d'étude.

1.1 Apports de l'ergonomie francophone et de la psychologie du travail

Nous aborderons ici le concept de compétence à partir de l'ergonomie francophone, discipline qui a beaucoup contribué à l'éclairage de celui-ci. Pour cela nous remonterons à ses débuts et, à travers les différents auteurs et conceptions sur ce qu'il est demandé de faire au travailleur et ce qu'il fait réellement, nous regarderons comment cette discipline arrive au concept de compétence. C'est, d'après nous, une approche majeure qui nous sert de référence, et qui a contribué d'une manière ou d'une autre aux travaux de la didactique professionnelle et de la clinique de l'activité que nous présenterons par la suite.

En ergonomie, le but est d'améliorer les conditions de travail des sujets. Pour cela les ergonomes travaillent sur les conditions réelles dans lesquelles s'insèrent les professionnels. En s'appuyant donc sur les conditions réelles du travail comme matière première, cette discipline tente de proposer des solutions adaptées aux savoir-faire du terrain. Selon le Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), les ergonomes contribuent ainsi à la planification, la conception et l'évaluation des tâches, des emplois, des produits, des organisations, des environnements et des systèmes en vue de les rendre compatibles avec les besoins, les capacités et les limites des personnes⁸.

L'ergonomie française naît dans les années 60 et intervient notamment dans les usines, en mettant l'accent sur la santé au travail et sur l'efficacité productive. Cependant, les bases sur lesquelles cette discipline se fonde sont bien plus anciennes, elles remontent au début du siècle passé, avant que le taylorisme ne soit arrivé en France. En effet, les travaux des psychologues du travail du début du XXe siècle ont beaucoup contribué au développement de l'ergonomie, notamment ceux de Lahy et Pacaud qui ont mis au point les analyses psychotechniques du travail. L'aspect révolutionnaire et original des travaux de ces chercheurs est que pour comprendre le travail, ils ont décidé d'exercer eux-mêmes les métiers sur lesquels portaient leurs analyses (conduite des trains, aiguilleur, téléphoniste, entre autres).

Cependant, cette approche a connu certaines limites qui ont donné lieu à trois courants différents, apparus en parallèle, dans le but d'éclairer des questions soulevées par les travaux

⁸ <http://ergonomie.cnam.fr/ergonomie>

de ces auteurs. Ces courants sont la psychologie cognitive du travail avec comme principaux précurseurs à Faverge et à Leplat, l'ergonomie francophone développée par Wisner et enfin les travaux en psychopathologie du travail menés par les psychiatres Tosquelles et Le Guillant. Ces approches vont donc cohabiter dans le temps (années 50), et elles montrent toutes, les limites sous-jacentes à la psychotechnique de l'époque.

Un de ces trois courants est la psychologie cognitive où Faverge et Ombredanne (1955) adressent plusieurs critiques à la psychotechnique de l'époque, notamment en ce qui concerne ses méthodes et la notion d'aptitude. Ici, les auteurs critiquent la décomposition qui se faisait des gestes des travailleurs et le chronométrage exact de tout ce qui était fait. Dans ce sens, l'analyse précise du temps issue du taylorisme va être fortement remise en cause par ces auteurs. Ainsi, les réflexions nées de ces critiques et des travaux conduits dans ce domaine, ont amené à distinguer la tâche de l'activité, c'est-à-dire ce qu'il a à faire et ce qui se fait réellement. Nous voyons que ce courant s'intéresse très tôt à l'analyse cognitive de l'activité professionnelle, pour en devenir l'intérêt central. Il est important de souligner qu'à la même époque, le courant de l'ergonomie francophone était en train de se développer, avec comme principal précurseur un médecin : Alain Wisner. Ses préoccupations sont en rapport avec la santé des travailleurs et il adresse de nombreuses critiques à la psychotechnique, notamment en ce qui concerne l'idée selon laquelle un travailleur est un ensemble d'aptitudes.

Wisner (1962/1995) a établi une différence capitale qui, déterminera en grande partie les prochains travaux en ergonomie, et qui concerne la distinction entre travail prescrit et travail réel. Pour cet auteur, travail prescrit et travail réel ne sont pas du tout la même chose. Il conçoit le travail prescrit comme ce qui est lié à toutes les prescriptions et aux normes, aux contraintes qui organisent le travail pour ainsi dire. Concernant le travail réel, il doit être compris comme l'activité qui se réalise effectivement, au-delà de la prescription.

Dans ce sens, Wisner parlait de la *bataille du travail réel*, par rapport à l'Organisation Scientifique du Travail propulsée par Taylor qui considérait que tout pouvait être prévu scientifiquement en appliquant dans sa conception du travail « *the one best way* » (la bonne manière de faire). Cet auteur a non seulement tenté d'améliorer les conditions de travail des sujets, mais en plus, il a jeté les bases pour que l'ergonomie de l'activité puisse se constituer comme une discipline à part entière. C'est lui d'ailleurs qui a créé en 1970 le premier diplôme professionnel en ergonomie. Diplôme ouvert aussi bien aux étudiants en formation initiale qu'aux professionnels étant en formation continue.

Enfin, nous trouvons le troisième courant qui est apparu également dans les années 50 dont les figures principales ne sont ni de psychologues ni des ergonomes, ce sont des psychiatres. Tout comme l'ergonomie, nous voyons que ce courant est mis au point par des acteurs, avant tout des professionnels de santé, qui observaient de grandes difficultés en milieu de travail. Ici, nous parlons notamment des travaux de Le Guillant et de Tosquelles, tous les deux pouvant être considérés comme des *psychiatres sociaux*, dans le sens où ils ont fait des grandes expériences dans les hôpitaux psychiatriques pendant la seconde Guerre Mondiale et pendant la Résistance. Leurs différentes contributions montrent que le travail n'est pas seulement positif, sa dimension négative ferait que les personnes tombent malades physiquement et psychologiquement.

Ce bref historique nous montre déjà que ces trois courants, qui ont cohabité dans le temps, ont apporté des idées nouvelles voire révolutionnaires, pour ces années-là. Les réflexions sur le mal-être et la santé au travail, ainsi que la distinction entre travail prescrit et travail réel ont sans doute contribué à ce que la psychologie du travail et l'ergonomie soient mieux positionnées devant les problématiques rencontrées par les professionnels. Ces travaux ont été décisifs et ont donné lieu à d'autres recherches qui s'inscrivent dans la continuité de ceux-ci. C'est le cas de Leplat (1980, 1988, 1991, 1995, 1997, 2001) qui a repris les travaux de Faverge et Ombredanne (1955) pour y apporter d'autres réflexions.

Leplat est l'un des neuf membres fondateurs de la Société d'Ergonomie de Langue Française (SELF)⁹ créée en 1963 et est considéré comme l'un des pères de l'ergonomie de l'activité. Leplat (1980) et Leplat et Hoc (1983) ont repris les travaux des auteurs cités auparavant et ont travaillé sur la distinction faite entre tâche prescrite et activité réelle. Pour ces auteurs la tâche revient à ce qui est à faire, c'est-à-dire ce qui est attendu de la part du travailleur, c'est plus précisément un but donné dans des conditions déterminées (*ibid.*). L'activité pour sa part est ce qui se fait effectivement, au-delà de la prescription. Ces auteurs ont également introduit le concept de *tâche effective*, en affirmant que c'est justement à partir de son analyse qu'il est possible d'étudier l'activité non observable directement. En débordant de la tâche prescrite, l'activité se réfère à ce qui est mis en jeu par le sujet afin d'exécuter les prescriptions qui lui ont été données, c'est une manière de répondre aux obligations (*ibid.*). Dans cette perspective, les compétences s'expriment à travers l'activité du sujet et pour les étudier, il faut d'abord effectuer une analyse sur l'activité :

⁹ <http://www.ergonomie-self.org/>

La recherche de la compétence sous-jacente à une activité commence par l'analyse de cette activité. Cette activité a, rappelons-le, une double facette, externe – manifeste et observable –, interne – cachée et inobservable –. Cette dernière ne peut être atteinte qu'à partir de la précédente. Analyser l'activité commence toujours par recueillir des données sur cette activité – données fournies par l'observation au sens large. (Leplat, 1991, p. 269)

C'est donc en analysant l'activité professionnelle que, selon l'auteur, il est possible de dégager les compétences qui sont en jeu. Toutefois, la totalité de l'activité du sujet n'est pas manifeste ni directement observable. Cette partie « cachée » peut seulement être démasquée en passant par la partie visible de l'activité. Ainsi, l'étude des compétences en partant de l'activité du sujet n'est pas une tâche simple, non seulement une partie de l'activité est inobservable mais en plus, les compétences manifestes ne constituent qu'une partie de l'activité du sujet.

Dans ce sens, nous pensons qu'il est important de souligner encore une fois les travaux de Montmollin (1984, 1996), ergonomiste français ayant beaucoup travaillé sur l'activité professionnelle et sur le développement de compétences au travail. Cet auteur signale les limites que comporte l'observation à l'heure de vouloir comprendre le travail. Selon lui, l'activité qui se manifeste par les travailleurs ne peut pas être saisie par les seuls comportements observables, puisque cette activité serait sous-tendue par des structures qui sont déjà disponibles chez le sujet.

D'ailleurs, cet auteur précise que les compétences doivent se définir toujours au pluriel, il indique justement les différents savoirs qui peuvent être mis en œuvre, sans faire appel à des nouveaux apprentissages. Les compétences sont ainsi comprises comme les savoirs que le sujet utilise dans les différentes situations de travail (Montmollin, 1996). Ce point est particulièrement important car un élément qui paraît décisif pour la mise en œuvre des savoirs est, justement, le contexte dans lequel ces compétences sont convoquées par le sujet. Sur ce point, l'auteur souligne que les compétences sont des structures internes au sujet, pourtant elles n'existent que dans un contexte particulier, elles existent seulement en situation. L'auteur observe que :

Les compétences, pour l'ergonome, ce sont les savoirs mis en œuvre (et tels qu'ils sont mis en œuvre) par l'opérateur dans les diverses situations de travail. Nous disons "compétences pour", obligeant à une immédiate précision. Chaque opérateur en dispose d'autant que de situations qu'il rencontre dans son travail (et, encore une fois, certaines le conduisent à l'échec...). Dans chaque cas il met en œuvre des savoirs

spécifiques, et donc à chaque fois transforme simultanément sa compétence pour la situation. (*ibid.*, p. 193)

C'est-à-dire que sans situation, pas de compétence ; il faut forcément un contexte, un ici et maintenant qui la convoque. Mais qu'est ce qui est convoqué ? D'après l'auteur, ce sont les savoirs théoriques (connaissances déclaratives et procédurales) et les savoirs relevant de l'action (savoir-faire), mais pas seulement :

Il faut y ajouter des métaconnaissances, indispensables pour agir réellement. On entend par ce terme des connaissances de l'opérateur sur ses propres connaissances, permettant leur gestion ici et maintenant, en fonction de l'évolution des situations. On pourrait les caractériser comme des savoirs de mise en œuvre des savoirs ; ce sont des savoirs d'action par excellence. (*ibid.*, p. 193-194)

Autrement dit, il ne suffit pas d'avoir des savoirs si les métaconnaissances ne sont pas là pour indiquer à quel moment il faut les mettre en œuvre. Dans cette perspective, il devient donc essentiel de posséder des connaissances d'un autre ordre, qui font que les différents savoirs soient mobilisés en moment opportun au sein des diverses situations rencontrées par le sujet.

Pour sa part, Leplat (1991) remarque que pour pouvoir définir la compétence, il est essentiel d'étudier les différentes manières d'accomplissement de la tâche, c'est-à-dire les différentes conditions d'exécution de celle-ci. C'est dans cette variation de conditions que le chercheur peut comprendre non seulement quels processus sont mis en œuvre par le sujet mais aussi dans quelles situations et pour accomplir quel but. Selon cet auteur, dans le traitement de la tâche, le sujet met en œuvre ses différentes compétences en fonction des situations rencontrées : « ces compétences n'étant pas toutes aussi faciles à mettre en œuvre, l'individu peut commencer à mettre en œuvre des compétences peu coûteuses et faire appel aux autres seulement quand les précédentes n'auront pu conduire à la réussite » (*ibid.*, p. 271). Cet aspect concernant le coût des compétences a été théorisé par l'auteur à travers de la notion de charge mentale de travail (Leplat, 1997). Il fait référence au coût qui implique une activité pour le sujet. Cette notion de coût peut être mise en relation avec la notion d'automatisme (Perruchet, 1988), ce dernier étant compris comme une absence de charge mentale et de contrôle intentionnel, caractérisé en plus par la rapidité et par le fait de ne pas être complètement conscient.

Revenons à Leplat, pour qui le concept de compétence est proche d'autres termes utilisés dans la littérature tels que habileté, savoir-faire, expertise et capacité. Bien qu'à ces termes soient associées des conceptions différentes, l'auteur ne fait pas de différence entre

eux ; c'est sûrement en raison de cela que dans d'autres travaux de l'auteur (Leplat, 1988), les caractéristiques attribuées aux compétences, étaient attribuées aux « habiletés ». Selon Leplat (1991) les compétences sont :

- ✓ finalisées : c'est-à-dire que le sujet est compétent pour une classe de tâches données ;
- ✓ apprises : on devient compétent, soit par une formation soit par la réalisation d'une action, mais en tout cas elles ne sont pas innées ;
- ✓ organisées : elles s'organisent en unités cordonnées selon leur hiérarchie et leurs relations afin d'atteindre un but ;
- ✓ abstraites et hypothétiques ; elles sont inobservables directement, on n'observe que ses manifestations.

Le chercheur souligne que, lorsque les compétences peuvent être communicables, elles se transforment en techniques, et précise : « elles peuvent aussi être propres à un individu qui ne peut les exprimer qu'en les réalisant dans l'exécution d'une tâche » (1991, p. 266). Dans ce cas il convient de parler de compétences tacites, caractérisées par le fait qu'elles ne sont pas apprises formellement, que leur acquisition est faite sur le long terme et qu'elles sont difficilement énonçables. Cela soulève la question de l'explicitation à propos de ce que le sujet sait faire dans une situation donnée. Cette remarque a été faite par d'autres chercheurs, qui ont souligné que réussir une action ne veut pas forcément dire que le sujet comprend comment il a fait pour parvenir à cette réussite (Piaget, 1974 ; Vergnaud, 2001, 2006, 2007, 2013a). En tout cas, Leplat (1991, 1995) remarque que les compétences tacites sont des compétences difficiles à expliciter ; lorsqu'un novice demande à un ouvrier comment faire, ce dernier le répond souvent « fais comme je fais », ce qui montre qu'il exécute une tâche mais se trouve dans l'incapacité de décrire ses actions par des mots (*ibid.*). Ce sont ainsi des compétences qui s'expriment et qui adhèrent à l'action, ce sont plus précisément des compétences incorporées (Leplat, 1995, 1997). Le terme « incorporées » signifie qu'elles sont fortement liées à l'action : « les compétences ainsi désignées font corps avec les actions qui les expriment [...] elles sont facilement accessibles, difficilement verbalisables, peu coûteuses sur le plan de la charge mentale, difficilement dissociables, très liées au contexte » (Leplat, 1995, p. 102).

Selon l'auteur, ces compétences peuvent être acquises par *imprégnation*, c'est-à-dire sans qu'il y ait une intention d'apprendre ; la vie quotidienne étant le scénario principal pour ce type d'acquisition. D'autre part, ces compétences s'acquièrent par *l'action*, ici il y a une

intention explicite de la part du sujet d'apprendre ainsi que des buts précis pour accomplir une action. Ce mode d'acquisition se rapproche généralement de l'expression « apprentissage sur le tas ». Enfin, il existe autre manière d'acquérir des compétences, par ce que l'auteur désigne comme « acquisition contrôlée ». Dans ce cas l'apprentissage se fait à partir des formations professionnelles où le travailleur peut développer des connaissances, avec de l'aide matérielle ou humaine. Une autre manière d'acquérir ce type de compétences se ferait par l'amélioration des caractéristiques de la tâche qui doit exécuter le sujet. Dans ce sens, l'aménagement de la tâche est en lien avec l'aménagement des instruments. Rabardel (1995) rend compte de ce lien à travers sa conceptualisation de la genèse instrumentale. Pour l'auteur, « les instruments ne sont pas conceptuellement neutres, ils contiennent “une conception du monde” qui s'impose peu ou prou à leurs utilisations et influence ainsi le développement de leur compétence » (*ibid.*, p. 213). L'idée globale ici est que les instruments auront un effet sur l'activité professionnelle et sur les compétences incorporées des travailleurs.

Nous finissons ainsi la présentation de cette première approche en soulignant combien est importante la relation entre tâche, activité, situation et compétence dans la conceptualisation de cette dernière. La notion de situation se révèle capitale au concept de compétence ; il faut que le sujet puisse manifester ses compétences dans un ici et maintenant, dans une situation concrète. Comme nous allons le voir dans le prochain sous-chapitre, la didactique professionnelle a donné également une place centrale à cette notion.

1.2 Contributions de la didactique professionnelle

Afin de continuer à étudier l'activité professionnelle et les compétences, nous présenterons dans un premier temps les apports de Gérard Vergnaud, psychologue et didacticien qui a beaucoup travaillé sur ce sujet, et a tout particulièrement influencé la deuxième approche ici présentée : la didactique professionnelle. Nous verrons comment l'héritage piagétien a été repris et retravaillé par Vergnaud et par la suite, nous étudierons comment la didactique professionnelle, notamment avec les travaux de Pastré (2008, 2011), Rabardel (2007) et Samurçay et Rabardel (2004), a abordé le concept d'activité et de compétence. Nous verrons ainsi de quelle manière sont abordés les processus sous-jacents à toute activité professionnelle.

1.2.1 Une perspective développementale des compétences : apports de Gérard Vergnaud

Les apports de Gérard Vergnaud concernant la conceptualisation de l'activité humaine, du développement des connaissances et des compétences, sont considérables. Psychologue du développement, il a contribué à la création de la didactique des mathématiques et des disciplines en France, ainsi qu'à la fondation de la didactique professionnelle, développée notamment par Pierre Pastré et Pierre Rabardel, tous deux ayant soutenu leur thèse respectivement en 1992 et 1980, sous la direction de Vergnaud. Cela montre comment les travaux de ce chercheur mondialement connu, ont été repris plus tard par la didactique professionnelle, afin de les élargir.

Vergnaud a également fait cela en reprenant les travaux de son directeur de thèse, qui n'est autre que Jean Piaget, pour en faire quelque chose de nouveau, pour créer quelque chose d'autre dont l'ampleur est considérable¹⁰. Il paraît ainsi important de savoir quelles sont les filiations épistémologiques propres à chaque auteur si l'on veut mieux comprendre ses contributions scientifiques. Dans ce sens, nous pouvons remarquer qu'aussi bien Acioly (1994), Acioly-Régner (2010) que Falcão (2007, 2008), se sont eux aussi approprié l'héritage provenant de leur directeur de thèse : Gérard Vergnaud. Bien que cet héritage ne constitue qu'une partie de leurs travaux, il est quand même important de le souligner. Comme le dit Vergnaud « on hérite et on rompt » (2013b) car l'héritage ne signifie pas rester prisonnier mais aussi savoir rompre avec celui-ci lorsque cela devient nécessaire.

Par ailleurs, il n'y a pas que Piaget qui a influencé ce chercheur, mais aussi un autre psychologue qui est souvent considéré comme opposé à Piaget, c'est Lev Vygotski. En effet, les contributions de ce psychologue russe ont réveillé l'intérêt de Vergnaud, l'un des premiers chercheurs français à avoir souligné la portée des travaux vygotskiens. Au-delà des divergences qui existent entre Piaget et Vygotski, Vergnaud, pour sa part, ne manque pas de souligner (1999, 2000a, 2007) qu'entre les deux auteurs existent bien des accords :

La conceptualisation c'est l'identification des objets du monde, de leurs propriétés, relations et transformations, cette identification résulte d'une perception directe ou quasi-directe, ou d'une construction. Cette construction peut être personnelle, elle est aussi culturelle. Le constructivisme concerne la culture et pas seulement l'individu. Piaget insistait sur la construction, Vygotski sur la culture : il n'y a pas de contradiction ! (2007, p. 342)

¹⁰ Ses œuvres ont été traduites dans plusieurs langues et a dirigé plus de 80 thèses (Weil-Barais, 2007).

C'est un passage qui montre déjà que l'auteur reconnaît des différences entre les deux psychologues mais il ne faudrait pas pour autant les considérer comme des auteurs opposés. Piaget (1962/1985) observe lui-même que Vygotski et lui se seraient accordés à propos de certaines questions : « [...] je n'avais jamais pu le lire ni le rencontrer et, en le lisant aujourd'hui, je le regrette profondément, car nous aurions pu nous entendre sur de nombreux points » (p. 387). Il paraît donc plus judicieux de voir en quoi se complètent ces deux approches et où se trouvent les limites de l'une et de l'autre. Comme le souligne encore Vergnaud (2013a) :

On a souvent opposé Vygotski et Piaget sur les deux points cruciaux que sont d'une part les rôles respectifs de l'action et du langage dans la conceptualisation, d'autre part le poids de l'expérience individuelle et de la culture dans la formation des compétences et de la pensée. [...] ces deux contributions majeures à la psychologie cognitive ; elles ne s'opposent pas mais se complètent au contraire utilement (p. 144-145)

Vergnaud s'est inspiré des fondements de la théorie constructiviste développée par Piaget (1974), qui soutient que l'intelligence est l'adaptation aux situations. En effet, les travaux de Piaget portent sur le développement d'un sujet dit épistémique, où le fonctionnement et les structures du développement cognitif sont communs à tous les individus. Compris de cette manière, le sujet développe des structures que vont lui permettre de comprendre et d'agir sur le réel. Il va ainsi s'adapter aux différentes situations du réel à travers les schèmes d'action qu'il développe, c'est pourquoi l'intelligence du sujet se construit justement à travers le développement des catégories qui lui permettent d'appréhender le réel qui l'entoure.

Par ailleurs, les travaux piagétien affirment que le développement des êtres humains est endogène, c'est-à-dire qu'il est marqué par l'évolution biologique propre à l'Homme. Ainsi, les processus de maturation et de développement sont marqués, d'après cette perspective, par des stades qui sont visibles tout au long du développement du sujet. Cette idée est particulièrement importante chez le psychologue suisse, pour qui le développement se fait en plusieurs stades qui exigent l'achèvement d'un des stades pour pouvoir passer au suivant. Rapidement, disons que ces quatre stades correspondent au stade sensori-moteur, pré opératoire, des opérations concrètes et des opérations formelles. Ici, nous ne nous attarderons pas sur leur étude, l'idée étant de comprendre que pour cet auteur, le développement du sujet s'organise progressivement et en plusieurs étapes, d'où son approche constructiviste.

Actuellement, la théorie des stades du développement paraît être remise en cause par plusieurs auteurs, notamment par Pastré (2007) :

La théorie du développement de Piaget est une théorie du développement de ce qu'il appelle le "sujet épistémique" c'est-à-dire des structures logico-mathématiques chez le sujet, selon un ordre strict caractérisé par un certain nombre de stades [...] Cette théorie extrêmement contraignante du développement, reposant sur un ordre strict, ne pouvait manquer de soulever des difficultés [...] notamment les piagéticiens ont trouvé des exceptions de plus en plus nombreuses. A la fin, il a fallu se rendre à l'évidence : c'étaient les exceptions qui désormais constituaient la règle. Il fallait abandonner la théorie des stades de développement, c'est-à-dire une conception du développement selon un ordre strict. (p. 80)

Ainsi, dire que le développement est endogène revient à affirmer que le milieu social dans lequel s'insère l'enfant n'a pas vraiment une place centrale dans l'accélération ou le ralentissement de ce développement. Finalement, le développement cognitif serait quelque chose propre à l'individu qui relève plus d'un processus biologique que social. Toutefois, cela n'implique pas non plus que le développement du sujet se produit en dehors de tout contact avec le monde extérieur. Comme le souligne très pertinemment Vergnaud (2007) à ce sujet :

Quant à l'approche pragmatique, elle revient au fond à redonner à la connaissance sa fonction première, qui est une fonction d'action dans le réel et sur le réel ; en collaboration avec autrui, ça ne fait aucun doute, dans des activités collectives, ça ne fait aucun doute, et dans une histoire, ça ne fait aucun doute également. Piaget lui-même, si peu culturaliste qu'il ait été, ne mettait pas en doute ces évidences. Simplement, il voulait comprendre davantage la responsabilité propre du sujet dans le développement de ses connaissances. (p. 341)

Une autre question est soulevée : celle de la place qui est accordée à l'environnement extérieur et à la culture dans le développement de la pensée de l'Homme. Quelle est la part du social et de l'individuel dans la construction de connaissances et dans le développement cognitif du sujet ? C'est sûrement une question qui n'a pas une réponse univoque ni consensuelle, cependant c'est une question cruciale lorsque nous nous intéressons au développement de compétences dans un contexte géographique particulier et dans un domaine spécifique. Les travaux piagéticiens semblent se centrer davantage sur le rôle que joue le sujet dans son développement cognitif, en accordant au social une place plus restreinte. En revanche, dans l'œuvre vygotskienne, le développement des connaissances trouve sa source dans le social, dans les relations que le sujet développe avec autrui, et à travers les outils par lesquels il entre en relation avec le monde. Dans ce sens, l'accent est mis sur la genèse sociale du psychisme, où l'activité du sujet est médiatisée par des signes donnés par l'environnement

social. Cette théorie n'envisage pas tant la responsabilité propre du sujet dans son développement cognitif mais plutôt le rôle qui est joué par le contexte social dans ce développement. Comme le remarque Wertsch (1985) :

L'idée générale de Vygotski était que la maîtrise des signes ou « des instruments psychologiques » modifie qualitativement le fonctionnement mental : au lieu de se développer selon les principes de la maturation organique ou selon les principes biologiques généraux (tels que l'accommodation ou l'assimilation, au sens piagétien de ces termes), l'ontogenèse des processus mentaux est en fait gouvernée par l'organisation des systèmes de signes. (p. 141)

Dans la perspective piagétienne, le développement du sujet passe par la formation de structures cognitives, de nature biologique, qui permettent d'agir sur le réel en s'adaptant à celui-ci. Dans la recherche d'un équilibre entre le sujet et l'environnement, certains processus sont mis en jeu, tels que l'assimilation et l'accommodation. L'assimilation étant comprise comme l'incorporation d'un objet ou d'une situation à la structure de l'individu sans que cette structure se trouve modifiée. En revanche, lorsque ces objets ou situations résistent, l'accommodation se met en œuvre, en modifiant la structure du sujet afin que celui-ci réussisse à incorporer ces éléments d'apprentissage. Dans ce dernier cas, le sujet se transforme directement par l'environnement. Ainsi, ces structures se construisent progressivement, elles se modifient et se réaménagent. Dans cette conception, le développement, compris comme un processus génétique, rencontre des moments d'équilibre et de déséquilibre dans l'organisation de l'activité. Lorsque cette organisation rencontre un « *conflit cognitif* », qui la fait entrer en crise, une nouvelle organisation apparaît. Cette nouvelle organisation est régulée par ce que la théorie piagétienne désigne comme « *équibration majorante* », qui fait que l'individu est de mieux en mieux adapté au réel (Piaget, 1975).

Ainsi, l'action efficace de tout être humain est organisée et cette organisation se caractérise aussi bien par l'invariance, qui constitue sa structure profonde, que par l'adaptation aux différentes variations rencontrées. En outre, l'organisation de l'action, pour qu'elle soit efficace, doit être dans un équilibre dynamique entre la stabilité et l'adaptation aux variations. Ce phénomène où le sujet trouve un équilibre entre l'invariance et l'adaptation a été défini par Piaget (1967) comme un « schème » ; en tant que « ce qui, dans une action, est ainsi transposable, généralisable ou différenciable d'une situation à la suivante, autrement dit ce qu'il y a de commun aux diverses répétitions ou applications de la même action » (p. 23).

En partant de l'idée que connaître c'est agir sur le réel en le transformant, l'auteur remarque que les schèmes organisent l'action du sujet afin que celle-ci soit efficace. Cependant, réussir une action n'implique pas forcément la compréhension de cette réussite (Piaget, 1974) car lorsque le sujet réalise une tâche donnée, il n'y a pas forcément de coïncidence entre le fait de réussir et le fait de comprendre comment et pourquoi il a réussi. Comme observe l'auteur :

Réussir c'est comprendre en action une situation donnée à un degré suffisant pour atteindre les buts proposés, et comprendre c'est réussir à dominer en pensée les mêmes situations jusqu'à pouvoir résoudre les problèmes qu'elles posent quant au pourquoi et au comment des liaisons constatées et par ailleurs utilisées dans l'action. (*ibid.*, p. 237)

Il y a ainsi un écart temporel, qui varie selon les sujets, entre le moment où l'individu réussit l'action et le moment où il a une compréhension de cette réussite. C'est d'ailleurs un constat qui est souvent cité dans des recherches en milieu professionnel, où maintes fois les travailleurs n'arrivent pas à énoncer comment ils ont fait pour réussir une action. Les travaux de Leplat (1991, 1997), comme nous l'avons vu, font part de ce constat lorsqu'il souligne qu'une des caractéristiques des compétences est justement qu'elles sont difficilement explicites. C'est également ce que la didactique professionnelle a pu remarquer grâce à ses nombreux travaux (Pastré, 2008, 2011) et également ce qui a été observé par Vergnaud (2001, 2006, 2007, 2013a).

Selon Piaget (1974), il y a des connaissances qui sont dans l'action mais qui ne sont pas conceptualisées, ce qui renforce l'idée piagétienne selon laquelle l'action est bien une connaissance autonome. Une fois que la conceptualisation de l'action entre en jeu, la compréhension de la réussite devient possible. C'est exactement la prise de conscience de la part du sujet qui lui permet de conceptualiser ses actions et de les réorganiser. En prenant conscience de ses propres actions, le sujet arriverait à les élargir et à les réorganiser, c'est donc un double mouvement qui fait que par cette prise de conscience, l'action se voit aussi affectée en retour. Ce phénomène a été défini par Piaget (1977) avec le terme d'« *abstraction réfléchissante* » où il y a d'une part une projection sur le palier supérieur de ce qui a été tiré du palier inférieur, et d'autre part, il y a une réorganisation dans ce palier supérieur de ce qui a été tiré du palier inférieur.

En milieu professionnel, les recherches menées par Vergnaud (2001, 2006, 2007, 2013a) viennent montrer justement que les ouvriers ne savent pas toujours expliciter comment ils arrivent à faire ce qu'ils font quotidiennement au travail. Maintes fois, l'auteur a constaté

que les professionnels ne sont pas capables d'expliciter ni comment ni pourquoi ils ont réussi une action. Selon l'auteur, cela répond au fait que la connaissance se présente sous deux formes : la forme prédicative et la forme opératoire ; la première est associée aux propriétés et relations entre les objets et est plus facilement explicitable que la seconde. Cette dernière est comprise comme celle qui permet d'agir et de réussir dans le réel mais est beaucoup plus implicite et difficilement verbalisable. Cet aspect en particulier sera approfondi dans les pages qui suivent, lorsque certains exemples du milieu professionnel seront évoqués.

Parmi les nombreuses contributions de Vergnaud à la didactique et à la psychologie, nous avons décidé de porter notre attention sur les travaux qui nous aident à mieux comprendre ce qu'est l'activité humaine, et quelle place y est attribuée aux compétences. Dans ce sens, seront évoqués la théorie des champs conceptuels et le concept de schème en tant qu'organisateur de l'activité. La théorie des champs conceptuels développée par cet auteur est notamment une théorie développementale. Elle concerne la conceptualisation du réel et fait appel aux concepts, aux situations et au sujet. Elle s'avère pertinente dans l'étude des compétences professionnelles car comme le remarque Vergnaud (2000b) : « si je veux comprendre quelque chose à la formation des compétences, il faut que je regarde un ensemble de situations et un ensemble de concepts » (p. 138). C'est justement cet ensemble de situations et de concepts en étroite connexion que Vergnaud (1991) a défini comme un champ conceptuel. Cette approche théorique affirme ainsi que pour un ensemble de situations, un ensemble de concepts et d'opérations vont permettre la maîtrise de cet ensemble de situations. Cet auteur souligne qu'il est capital de comprendre quels sont les éléments qui composent le concept qui, d'après lui, se forme à partir d'un triplet de trois ensembles : les invariants opératoires, les situations et les signifiants. Acioly-Régner (2010), pour sa part, propose une intégration du contexte de la définition tripolaire du concept selon Vergnaud, comme le montre la figure 1 :

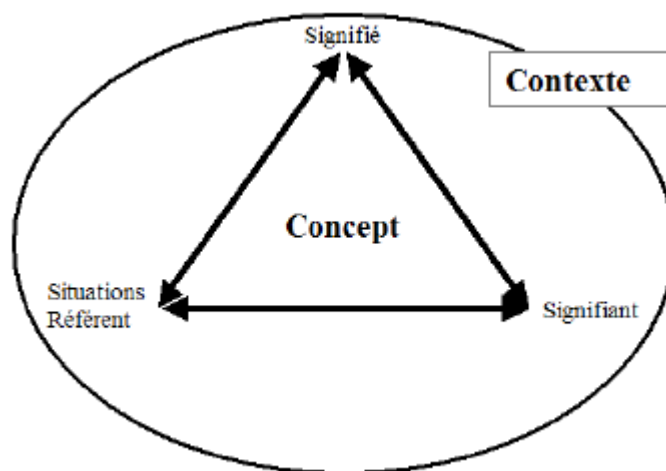


Figure 1 : intégration contextuelle de la définition tripolaire du concept selon Vergnaud

Selon cette théorie, les invariants opératoires, désignés comme les signifiés, sont composés de concepts-en-acte (ce que le sujet tient pour pertinent) et de théorèmes-en-acte (ce que le sujet tient pour vrai), et ils structurent les schèmes associés à l'ensemble de situations. Les invariants opératoires sont ainsi convoqués parce que les propriétés pertinentes diffèrent entre une classe de situations et une autre, et entre les différents niveaux de difficulté. Concernant l'ensemble de signifiants qui composent le concept, ceux-ci recouvrent, d'après l'auteur, les différentes formes symboliques, langagières et non langagières qui permettent de représenter le concept et ses propriétés. Les signifiants sont l'une des composantes de la représentation, avec les références (en tant que références au monde réel), et avec les signifiés. Ceux-ci seraient essentiels dans la représentation puisque ce sont eux qui permettent de reconnaître les invariants. Nous voyons ainsi que tous ces éléments fonctionnent comme un système où chaque élément est en étroite relation avec les autres.

De cette manière et comme le souligne Acioly (1994) « les concepts sont construits et la conceptualisation se fait d'une façon progressive à travers la découverte et la maîtrise de plusieurs sortes de concepts et de théorèmes, qui pour la plupart d'entre eux restent largement implicites » (p. 46). C'est justement ce caractère implicite qui fait que l'on parle de concepts-en-acte et des théorèmes-en-acte. A ce sujet, Vergnaud (2007) ajoute que :

S'il faut étudier la conceptualisation pour comprendre ce qu'est un concept, c'est parce que la connaissance est adaptation, et que c'est un processus avant d'être un produit. La clé de voute théorique, dans l'analyse de ce processus, c'est le couple situation/schème : couple dialectique s'il en est, parce qu'on n'a pas l'un sans l'autre. (p. 344)

Cela rejoint une autre des caractéristiques des champs conceptuels : ils sont composés d'un ensemble de situations et ce sont les schèmes qui vont permettre d'engendrer les activités du sujet en fonction de la situation rencontrée. Par ailleurs, l'ensemble des situations est ce qui donne du sens au concept ; si on admet qu'un concept n'est jamais isolé, qu'il est toujours en lien avec d'autres concepts et que l'analyse des situations nécessite plusieurs d'entre eux. C'est pourquoi les situations et les concepts sont en étroite interaction (Acioly, 1994). Comme le souligne Vergnaud (2013a) : « un concept ne se développe pas dans une seule catégorie de situations, mais dans une certaine variété, qui peut être très grande. Corrélativement une situation ne s'analyse pas à l'aide d'un seul concept, mais de plusieurs » (p. 141). Nous observons que d'après les travaux de Vergnaud, les situations ont un caractère fonctionnel et conceptuel et ce sont justement les schèmes qui donnent cette dimension conceptuelle aux situations. De ce fait, il n'y a pas de schème sans situation ni de situation sans schème, tous les deux forment un couple indissociable, à la base du processus qui permet au sujet de s'adapter au réel.

Mais, qu'est-ce qu'un schème précisément ? Tout d'abord il faut dire que ce concept n'est pas nouveau ; à l'origine il a été utilisé par Kant, et a ensuite été repris au XXe siècle par Revault d'Allonnes. Il n'a été repris qu'ensuite par Piaget puis Vergnaud qui en s'inspirant de ce dernier, le reprend pour une description qui n'est plus syncrétique, mais analytique (Coulet, 2014). Vergnaud (1991) définit le schème comme « une organisation invariante de l'activité correspondant à une classe de situations donnée » (p. 136). Il précise que l'organisation est invariante et non pas l'activité en elle-même, de ce fait le schème permet d'articuler l'invariance propre à l'organisation et l'adaptation aux situations. Dans ce sens, le schème ne doit pas être compris comme un stéréotype, il est universel et est toujours associé à une classe de situations. Ainsi, il n'y a pas de schème sans situation et vice-versa. Dans cette perspective, variation et invariants sont étroitement liés, et comme l'observe Vergnaud (2007) :

S'il est indispensable, dans la théorie, de considérer le schème comme une organisation invariante, c'est justement parce qu'il permet d'engendrer des activités et des conduites différentes face à des situations différentes, et qu'il permet ainsi au sujet de reconnaître une situation comme faisant partie d'une certaine classe, ou sous-classe. (p. 343)

Selon l'auteur, le schème permet d'engendrer l'activité du sujet pour une classe de situations, et cette classe-là est souvent petite du fait que le savoir est généralement local (Vergnaud, 2000b). Les schèmes sont présents dans chaque activité humaine et ils sont

transposables d'une situation à une autre. C'est donc grâce à eux que le sujet peut, en fonction des ressemblances et des différences, catégoriser les situations afin de mieux s'adapter à celles-ci et aux particularités qui y sont associées. De ce fait, lorsque certains schèmes n'amènent pas le sujet vers la réussite, ils sont abandonnés au détriment d'autres qui s'ajustent mieux aux caractéristiques de la situation à traiter.

Conçu de cette manière, l'Homme est un être qui s'adapte au cours de son activité ; plus précisément, ce sont ses schèmes qui s'adaptent à des situations. De ce fait, les formes d'organisation de son activité (aussi bien gestuelles, intellectuelles, affectives, sociales, langagières) se transforment lorsqu'elles rencontrent des situations nouvelles. Cette transformation se fait sur le répertoire existant des formes déjà construites (Vergnaud, 2008a).

Pour expliquer ce caractère adaptatif des schèmes, il est utile de nous référer aux 4 éléments qui les constituent :

- ✓ un ou plusieurs buts qui se déclinent en sous-buts et anticipations ;
- ✓ des règles d'action, de prise d'information et de contrôle ;
- ✓ des invariants opératoires : ce sont les concepts-en-acte et les théorèmes-en-acte ;
- ✓ des inférences, qui permettent d'adapter le schème aux caractéristiques spécifiques de la situation.

Par ailleurs, l'auteur souligne que les schèmes comportent deux niveaux ; un niveau de surface où l'on trouve les règles d'actions et les buts, qui sont facilement verbalisables, et un autre niveau plus profond où l'on trouve les invariants opératoires et dont la verbalisation des connaissances s'avère souvent difficile. Dans cette perspective, les invariants opératoires sont souvent implicites et comportent les concepts-en-acte et les théorèmes-en-acte qui sont ceux qui permettent de guider l'action du sujet. Ces derniers constituent les propositions que le sujet tient pour vraies dans une situation donnée, alors que les concepts-en-acte sont ceux qui prélèvent les informations présentes dans la situation (objets, propriétés et relations) et que le sujet tient pour pertinentes. Ce sont donc ces concepts-en-acte qui vont traiter les différentes dimensions, afin que le sujet fasse un bon diagnostic de tous les éléments présents dans une situation donnée. Les invariants opératoires comportent ainsi deux faces qui s'articulent et qui permettent d'agir en situation. Cependant, leur caractère généralement implicite ne permet pas toujours l'explicitation des connaissances-en-acte qui sont à l'œuvre des actions du sujet. Ce dernier n'est donc pas toujours en mesure de savoir consciemment ce qui est à l'origine de ses

actions, d'où l'importance d'une prise de conscience de sa part, par la verbalisation des connaissances-en-acte. Cela montre qu'il n'y a pas de coïncidence entre la forme opératoire et la forme prédicative de la connaissance. Vergnaud souligne (1996) qu'il est essentiel de comprendre qu'il ne s'agit pas de deux connaissances mais d'une seule qui apparaît sous deux formes différentes. Dans ce sens, la forme prédicative est celle qui identifie les objets, les propriétés et les relations qui existent entre eux et c'est elle qui permet l'explicitation. En revanche, la forme opératoire de la connaissance est marquée dans son développement par l'expérience du sujet, qui joue un rôle fondamental, et c'est cette forme-là qui permet d'agir en situation. Cette forme considérée comme plus riche, supérieure dans sa finesse et dans sa capacité d'adaptation (Vergnaud, 2004), comporte des difficultés à l'heure de vouloir l'explicitier. C'est justement en raison de cela que l'auteur explique que la plus grande partie de nos connaissances se situent dans nos compétences souvent de manière implicite voire, inconsciente.

Dans ce sens, Vergnaud (2006) soutient qu'il existe un décalage très important entre ce qu'une personne peut faire dans une situation donnée, et ce qu'elle est capable d'en dire par la suite. C'est un constat que l'auteur a pu faire à plusieurs reprises et dans plusieurs domaines, notamment lorsqu'il a demandé à des travailleurs de restituer leur savoir-faire professionnel. A ce moment, beaucoup d'entre eux n'arrivent pas à expliciter les connaissances qui sont convoquées dans l'action. A ce propos, (Vergnaud, 2006, 2007) cite souvent deux exemples très intéressants. Le premier est tiré d'une expérience que l'auteur a menée dans un département de conception de lanceurs spatiaux. A cette occasion, il demande aux ingénieurs d'écrire des guides méthodologiques où ils doivent restituer leur savoir-faire, c'est-à-dire, le savoir-faire qu'on ne trouve ni dans les traités ni dans les rapports antérieurs. Par cette expérience, l'auteur a remarqué que ces grands experts ne restituent pas toutes les connaissances utilisées dans leurs actions. Il n'y avait, dans leurs écrits, que très peu de raisonnements conditionnels, alors que c'est justement ce type de raisonnements qui sont sollicités dans l'expertise. Par ailleurs, l'auteur remarque que ces ingénieurs n'explicitent pas du tout les obstacles auxquels ils ont dû faire face au cours de leur parcours professionnel, alors qu'il est important de connaître les erreurs à éviter.

Le deuxième exemple est en relation avec la réparation des pompes à eau dans un atelier de maintenance des Ciments Français. L'auteur explique que les camions toupies qui transportent du béton sont équipés des pompes à eau assez sophistiquées, qui évitent au béton de sécher pendant le transport. Ces pompes peuvent, comme toute autre machine, tomber en

panne. Lorsque cela arrive, les pompes à eau sont dirigées vers un atelier de maintenance, où un réparateur tente de résoudre le problème. Il faut dire que les pompes d'un certain type sont toujours confiées à la même personne, mais le jour où celle-ci est hospitalisée, plus personne ne paraît savoir réparer ces pompes. Une délégation a donc été envoyée à l'hôpital afin que le réparateur explique comment il fait pour réparer ce type de pompes. Il tente d'expliquer du mieux qu'il peut comment il s'y prend, quelle partie il regarde d'une manière plus attentive, etc. Après avoir reçu ces explications, les collègues retournent à l'atelier de maintenance et à leur plus grande surprise, ils n'arrivent pas à réparer les pompes à eau. Bien qu'ils aient suivi les instructions de leur collègue, la réparation n'a pas abouti. Une fois sorti de l'hôpital et de retour à l'atelier, l'ouvrier reprend son travail et, sans problème, répare les pompes. En l'observant, Vergnaud constate qu'il s'intéresse particulièrement à tel mouvement partiel des pièces des unes avec les autres, à tel défaut partiel, etc., bref, il met en œuvre toute une série de vérifications qu'il n'a pas été capable d'explicitier.

Avec ces exemples nous voyons clairement le décalage entre la forme prédicative et la forme opératoire de la connaissance. Cet aspect est particulièrement important d'après Vergnaud (2006), car une bonne partie des compétences que possèdent les travailleurs, repose sur des éléments difficilement explicitables. Ce sont des concepts essentiels dans l'action mais dont sa restitution comporte plusieurs difficultés. C'est d'ailleurs ce qui a été observé par Acioly-Régnier (2010) lorsque l'auteur remarque que dans les situations professionnelles, c'est la forme opératoire de la connaissance qui prédomine. L'auteur souligne que, dans des contextes extra-scolaires, la conceptualisation de l'action devient « bancale », car le focus de la conscience est dirigé davantage vers la relation situation → signifié en laissant en obscurité les signifiants, c'est-à-dire la représentation du concept.

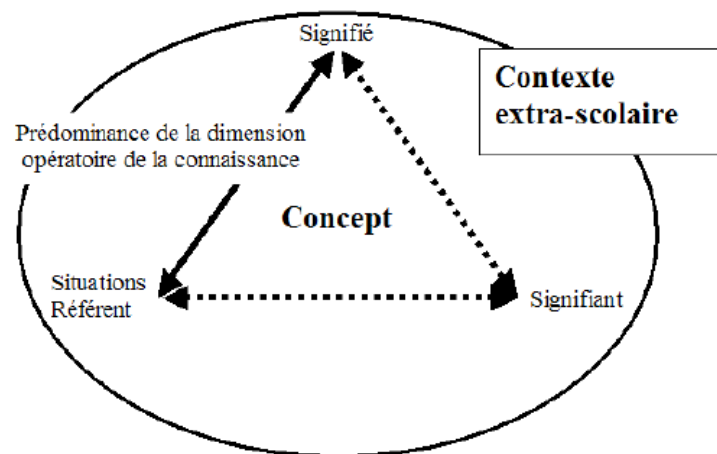


Figure 2 : le contexte extra-scolaire dans la définition tripolaire du concept selon Vergnaud (Acioly-Régner, 2010)

Dans ce cas, le sujet n'aurait pas suffisamment de ressources symboliques (signifiants) pour amplifier ses connaissances, ce qui fait que c'est la forme opératoire qui prédomine. Comme le souligne encore l'auteur, les signifiants peuvent être de différents types, langagiers, verbaux, figuratifs, mais ici, il semblerait que pour des raisons cognitives le concept n'est représenté par aucune de ces formes. Ayant fait ces constats, Acioly-Régner (2010) va plus loin et propose que les raisons de cette difficulté ne sont pas uniquement d'ordre cognitif, mais aussi d'ordre affectif et culturel :

Pour revenir à la terminologie piagétienne d'inconscient cognitif, nous avons pu trouver dans nos données de recherche, des cas où l'interprétation conduisait à penser plutôt à un refoulement, dans le sens où la représentation semble ne jamais avoir eu lieu dans le psychisme, soit pour de raisons cognitives, comme par exemple l'accès à de signifiants spécifiques rendant le concept représentable, communicable et partageable, soit pour des raisons affectives, par une censure qui empêche cette prise de conscience, soit encore pour de raisons culturelles de mise à disposition d'outils censés représenter le concept. (p. 172-173)

Ainsi, la prise de conscience comme un élément essentiel à la représentation, ne serait pas présente dans ce type de situations. Cela s'expliquerait par une multiplicité de facteurs qui ne sont pas seulement en lien avec des aspects cognitifs. Ici, la place accordée à l'affectivité et à la culture est capitale, et nous aide à comprendre que le contexte vient aussi doter les individus de ressources psychiques permettant la représentation d'un concept.

Toutefois, cette représentation ne passerait pas seulement par la capacité qu'a l'individu de pouvoir verbaliser ses actions. Comme le souligne Falcão (2008) :

A dificuldade de muitos indivíduos que dispõem de competências práticas *falarem explicativamente* das mesmas não pode ser interpretada necessariamente como indisponibilidade de ferramentas simbólicas para o tratamento desse conhecimento. Não querer falar sobre sua competência não implica necessariamente em não poder falar, e não poder falar de determinada forma, utilizando determinada modalidade discursiva, não implica em não poder falar de forma nenhuma. (p. 115)

Dans ce sens, l'auteur remarque que ne pas vouloir parler n'implique pas en soi une impossibilité de parler et qu'en plus, ne pas en parler de manière discursive ne veut pas forcément dire que le sujet ne peut parler d'aucune autre manière. A ce sujet, Vergnaud (1999) souligne que bien qu'il existe de la conceptualisation dans l'action, seulement une partie de celle-ci peut être explicitée par le sujet. C'est pour cette raison que la conceptualisation n'implique pas uniquement des processus langagiers. Au vu de cela, les prises de conscience n'impliquent pas nécessairement des verbalisations :

Mais on sait bien aujourd'hui que la conscience n'épuise pas le concept de représentation, non seulement en raison de l'existence de processus inconscients, mais aussi parce que la représentation est nourrie de systèmes de signifiants/signifiés, langagiers et non langagiers, et qu'en outre ces systèmes ne représentent que partiellement les conceptualisations qui se développent dans l'action et la perception. [...] Ces prises de conscience ne sont pas nécessairement accompagnées de verbalisations, encore moins de l'énonciation des objets et de leurs propriétés. (Vergnaud, 2008b, p. 55)

Cela montre que certains processus psychiques complexes, liés à la représentation et à la prise de conscience, sont utiles pour rendre compte de la forme opératoire et prédicative de la connaissance, pour autant il ne faudrait pas négliger les nuances que nous venons de mentionner. En outre et selon Pastré, Mayen et Vergnaud (2006), les passages d'une forme à une autre de la connaissance seraient assurés grâce au schème, qui les relierait :

Le concept de schème marque la continuité existant entre les deux formes de la connaissance, opératoire et prédicative. Son principal intérêt réside dans le fait qu'il sert de "passeur" entre un registre pragmatique et un registre épistémique. Comme concept il fait partie du registre pragmatique. Mais son intérêt réside précisément dans le fait qu'il met en évidence la dimension de conceptualisation présente au cœur de l'organisation de l'activité. C'est pourquoi le concept de schème permet de comprendre en quoi l'activité humaine est organisée, efficace, reproductible et analysable. (p. 154)

Nous comprenons ici que l'organisation invariante de l'activité est, à la base, de nature conceptuelle, bien qu'elle soit opérative dans le domaine de l'action. C'est l'action qui est

première, la connaissance ce n'est pas d'abord savoir l'expliciter, c'est d'abord savoir agir en situation. Comme l'observe Vergnaud (1996) :

Au début n'est pas le verbe, encore moins la théorie. Au début est l'action, ou mieux encore l'activité adaptative d'un être dans son environnement. C'est par l'action que commence la pensée : plus exactement et plus complètement par l'action, la prise d'information sur l'environnement, le contrôle des effets de l'action, et la révision éventuelle de l'organisation de la conduite. (p. 275)

Dans cette perspective, la construction de compétences nécessite cette prise et cette sélection d'informations, divers contrôles à réaliser, l'inférence des buts et sous-buts ainsi que des gestes à faire (Vergnaud, 1996). Ainsi, l'activité humaine serait engendrée par des schèmes et ceux-ci concernent tous les registres de l'activité (Vergnaud et Recopé, 2000). Dans cette perspective, ce sont donc bien ceux-ci qui sont à l'origine des compétences du sujet dans une situation donnée : « tous les registres de l'activité font en effet l'objet de compétences, plus ou moins élaborées, plus ou moins critiques dans l'acquisition de la maîtrise et de la professionnalité » (Vergnaud, 2013a, p. 136). Selon l'auteur, dans l'étude des compétences il n'est pas pertinent de réaliser une liste complète de toutes les compétences requises pour un poste, mais il est nécessaire de s'intéresser aux compétences critiques. Celles-ci sont définies comme ce qu'un individu peut faire mieux qu'un autre dans une situation donnée (Vergnaud, 2000b) et comme quelque chose dont l'acquisition n'est pas si facile :

Il aura une compétence critique, puisqu'il lui aura fallu surmonter beaucoup de difficultés pour l'acquérir. Le caractère critique d'une compétence ne se mesure pas seulement au caractère difficilement remplaçable de l'individu qui la possède, mais aussi à la difficulté qu'il y a à l'acquérir. (1996, p. 280)

La compétence, en tant que partie de l'activité du sujet, reposerait ainsi sur les quatre éléments du schème (buts, invariants opératoires, règles d'action et inférences), qui sont à l'œuvre des actions réalisées par le sujet dans une classe de situations données. L'auteur souligne plusieurs fois dans ses travaux que le concept de compétence n'est pas pour lui un concept scientifique, mais que plutôt un concept pragmatique. Ainsi, le sujet n'est pas compétent pour une situation singulière mais pour une classe de situations, des situations qui comportent certaines caractéristiques. De ce fait, il est essentiel d'analyser l'activité dans ses rapports avec les caractéristiques d'une classe de situations (Vergnaud, 2000b, 2007).

L'auteur propose ainsi une définition des compétences qui englobe à la fois des aspects développementaux et différentiels. Une conception différentielle dans le sens que A

est plus compétent que B, et développementale dans le sens que A est plus compétent à un moment t' qu'à un moment t . Vergnaud (2001) souligne ainsi que :

- ✓ A est plus compétent que B s'il sait faire quelque chose que B ne sait pas faire, ou A est plus compétent au temps t' parce qu'il sait faire quelque chose qu'il ne savait pas faire au temps t ;
- ✓ A est plus compétent s'il s'y prend d'une meilleure manière, c'est-à-dire, d'une manière plus rapide, plus fiable, plus efficace et plus compatible avec le travail des autres ;
- ✓ A est plus compétent que B s'il dispose d'un ensemble de ressources, qui lui permet d'ajuster sa conduite à chaque cas de figure qui peut se présenter ;
- ✓ A est plus compétent que B s'il est moins démuni devant une situation nouvelle, jamais rencontrée auparavant.

La dernière caractéristique est particulièrement intéressante car, par exemple, nous voyons actuellement, que les machines n'arrivent pas à tout résoudre et que les travailleurs doivent trouver les moyens pour ne pas être démunis devant des situations jamais rencontrées auparavant. De nos jours, le travail en lui-même évolue et demande de plus en plus que le sujet construise des ressources afin de répondre efficacement devant une situation nouvelle. D'après l'auteur, c'est justement en décombinant et recombinaison les éléments du schème que le sujet parvient à une solution devant une situation jamais rencontrée, bien que cette solution reste provisoire. De plus, les compétences techniques ou scientifiques ne sont pas non plus les seules qui assurent la réussite professionnelle, car des compétences sociales, de communication et affectives sont également requises (Vergnaud, 2000b).

Nous voyons que dans la perspective de Vergnaud, le concept de compétence ne se suffit pas à lui-même. Pour le saisir, il faut analyser l'activité et les conceptualisations qui sont sous-jacentes à l'organisation de l'activité. Comme souligné par l'auteur : « la compétence renvoie ainsi inéluctablement à l'analyse de l'activité » (1996, p. 283). La conceptualisation, telle qu'elle a été définie, est l'identification des objets du monde, de leurs propriétés, relations et transformations, que ce soit par un accès direct ou quasi direct à ces propriétés et relations, ou que cela résulte d'une construction (en général culturelle) pour laquelle il n'y a pas d'équivalent perceptif immédiat (Vergnaud, 2007). Ici la culture est soulignée en tant que construction caractérisée par son contenu conceptuel profond, au-delà de la variété de cultures qui existent, la conceptualisation concerne chacune d'entre elles (Vergnaud, 2008a).

En tout cas, ce qui est important de retenir dans l'étude des compétences professionnelles, est que la conceptualisation prend toujours ses racines dans l'action, et que l'action est toujours première dans l'adaptation au réel. Mais la conceptualisation n'est pas toujours consciente, elle commence avec des formes peu conscientes, en particulier dans le geste. Vergnaud a beaucoup travaillé sur le geste, sans doute sous l'influence de Decreux, son professeur de mime, mais aussi grâce à toute sa trajectoire comme psychologue du développement et comme didacticien des mathématiques. Il affirme que le geste est un bon modèle de l'organisation de l'activité, ce qui explique une des phrases les plus connues de cet auteur « la pensée est un geste » (Vergnaud, 2007).

Pour finir nous dirons que si la compétence renvoie à une action organisée, c'est donc à travers l'activité du sujet qu'il faut les étudier. Et d'ailleurs, si la connaissance est adaptation, cela veut dire que les professionnels s'adaptent aux différentes situations qu'ils rencontrent au travail ; c'est en s'adaptant qu'ils développent leurs compétences. Mais ces compétences ne sont en relation qu'à une classe de situations professionnelles, d'où le pluriel pour les définir, ce sont bien des compétences développées dans les différentes situations. La théorie des champs conceptuels nous permet de comprendre qu'il est essentiel de penser les situations comme des ensembles en étroite interaction avec un ensemble de concepts, il n'y a donc pas de situation ni de concept isolé. De plus cette théorie nous montre que la conceptualisation dans l'action relève d'une théorie qui traite de l'organisation de l'activité. Ainsi, pour saisir les compétences, il paraît important de se situer avant tout du côté de l'activité du sujet.

Ces aspects ont également été soulignés par la didactique professionnelle, que nous présenterons dans le prochain sous-chapitre, et qui a esquissé sa propre conceptualisation de l'activité humaine et des compétences en s'appuyant largement sur les travaux que nous venons d'évoquer.

1.2.2 Apports de la didactique professionnelle dans l'analyse des compétences

Dans cette partie nous ferons appel à certaines contributions de la didactique professionnelle afin de mieux comprendre comment sont conçues l'activité humaine et les compétences au travail. Pour l'étude des compétences, cette approche se situe dans une perspective développementale, en repérant les situations professionnelles qui offrent les conditions nécessaires au développement cognitif des travailleurs. Cela répond au fait que

pour cette discipline, le travail est bien plus qu'un moyen pour vivre ; influencée par la philosophie marxiste, cette approche affirme que c'est par le travail que l'individu transforme le réel et en le transformant, il se transforme à lui-même. Le lieu de travail est ainsi un endroit privilégié pour que le développement personnel et cognitif des adultes se manifeste (Pastré, 2011).

La didactique professionnelle est née dans les années 90 et s'inspire de la formation professionnelle –qui vise l'acquisition, la transmission et le développement des compétences-, de la didactique des disciplines, de l'ergonomie cognitive de langue française et de la psychologie du développement. Nous pouvons voir que nombreuses sont les influences qui ont marqué la naissance de cette perspective. L'ergonomie cognitive, et plus particulièrement les travaux de Leplat (1980, 1991, 1997), ont apporté beaucoup d'éléments à la didactique professionnelle, notamment des concepts, des techniques et des méthodes d'analyse du travail. La distinction faite par cet auteur entre tâche et activité, a été d'une grande importance pour la constitution et le développement de la didactique professionnelle. En effet, l'ergonomie a distingué la tâche prescrite de la tâche effective (ou travail réel) en affirmant que cette dernière déborde toujours la prescription. Comme nous l'avons expliqué dans le premier sous-chapitre de ce travail consacré aux apports de l'ergonomie de langue française, il existe toujours un écart entre le prescrit et le réel, et c'est justement en analysant cet écart qu'il est possible de mieux étudier l'activité du travailleur.

La didactique professionnelle a donc emprunté à l'ergonomie la démarche qui consiste à analyser la tâche prescrite en tant que but à atteindre dans certaines conditions, et à analyser le travail réel, c'est-à-dire, ce qui se fait au-delà de la prescription. De cette manière, la didactique s'est appropriée ces méthodes, en mettant l'accent sur l'analyse des situations professionnelles, ainsi qu'en repérant les contextes qui facilitent le développement cognitif du sujet. Comme le souligne Mayen (2008) :

Une des questions essentielles [...] consiste à se demander comment un individu devient professionnel, c'est-à-dire un expert dans son domaine d'activité, et comment il peut continuer à l'être au fil des évolutions, parfois importantes, auxquelles il doit faire face tout au long de sa vie au travail. Cela conduit à accorder une place primordiale au caractère dynamique et vivant des compétences, et à s'inscrire dans une perspective développementale susceptible à la fois de rendre compte des processus de construction, de reconstruction, d'accroissement et de libération des possibilités d'agir, et de constituer une certaine vision de l'homme au travail et de la formation pour l'homme au travail qui inscrive le développement au cœur de son projet. (p. 111)

Pour cette discipline, il ne suffit pas d'analyser les compétences qui sont liées à une tâche donnée, mais l'étude des compétences se fait dans une perspective développementale qui s'intéresse à l'évolution et la reconfiguration de celles-ci au fil du temps.

Par ailleurs, une autre approche a inspiré la didactique professionnelle, il s'agit de la didactique des disciplines. Ce champ théorique s'est développé en France dans les années 80 et s'intéresse notamment à l'analyse épistémologique des savoirs et à son apprentissage. La didactique professionnelle trouve appui sur ces contributions, non pas pour placer les savoirs au centre de leurs analyses, mais les tâches et les activités professionnelles. Ainsi, ces deux disciplines diffèrent quant à leur objet d'étude ; la didactique des disciplines s'intéresse davantage à savoir comment s'apprend et se transmet un savoir, alors que la didactique professionnelle s'intéresse à l'apprentissage et à la transmission dans le domaine de l'activité professionnelle.

Enfin, la principale source d'inspiration de la didactique professionnelle est la psychologie du développement piagétienne et néo piagétienne, et dont l'élément central est le lien établi entre l'action et la connaissance. Dans ce sens, la théorie de la conceptualisation dans l'action est un des apports principaux à la didactique professionnelle, qui soutient que toute activité est organisée sous forme de schèmes dont le noyau central serait constitué des concepts pragmatiques qui soutiennent l'action (Pastré, Mayen et Vergnaud, 2006). Cela nous amène à évoquer un autre auteur qui a également influencé ce courant, c'est Lev Vygotski, dont l'un des apports le plus significatif à cette discipline, est sans doute la distinction entre concepts quotidiens et concepts scientifiques. Vygotski (1934/1997) propose en effet cette distinction, en soulignant que les concepts quotidiens trouvent naissance dans la pratique, dans les expériences quotidiennes, qu'ils sont de faible généralisation et mis en œuvre spontanément, sans que le sujet ait pleinement conscience de sa construction. En revanche, les concepts scientifiques ou académiques transmis à travers des apprentissages scolaires ont un fort degré de généralisation, et le rôle du langage serait décisif pour ce type de concept.

La didactique professionnelle va ainsi s'approprier le cadre théorique vygotkien, et va rapprocher les concepts quotidiens de Vygotski et les concepts dits « *pragmatiques* » développés notamment avec les travaux de Pastré (2002, 2011). En effet, cet auteur a cherché à comprendre quels étaient les concepts qui permettent d'organiser l'action efficacement. Pour cela, il a mené une étude (Pastré, 1992, cité par Pastré, 2002) qui portait sur la conduite des presses à injecter en plasturgie par des professionnels spécialisés dans ce domaine. Les résultats de cette recherche montrent que les travailleurs disposent de plusieurs stratégies qui

dépendent du niveau de conceptualisation de la situation professionnelle, et que cette conceptualisation revient à la formation d'un concept pragmatique : le concept de bourrage. Le bourrage ne peut pas être observé directement, il doit être inféré à partir d'un indicateur. Si le bourrage est correct, la machine fonctionne correctement, mais si le bourrage n'est pas adapté, des défauts apparaissent sur les produits fabriqués. Afin de réussir son action, le travailleur doit, dans un premier temps, faire un diagnostic de la situation, regarder l'indicateur et identifier le régime de fonctionnement de la machine à un moment précis. En fonction de ce régime qu'il a inféré, le sujet adapte les règles d'action à la situation dans le but de corriger les éventuels défauts des produits concernés. L'auteur signale que si l'opérateur n'est pas arrivé à conceptualiser ce phénomène lié au bourrage, il ne sera pas capable de faire le diagnostic, ce qui peut entraîner un mauvais fonctionnement de la machine, et *in fine*, des défauts sur les produits. Ainsi, l'auteur conclut que « c'est le concept pragmatique de bourrage qui est l'élément central dans l'organisation de l'action efficace » (2002, p. 12).

C'est pour cela que cet auteur souligne que les concepts pragmatiques sont sous-jacents à l'action et que ceux-ci sont présents dans la plupart des activités professionnelles. Ils se caractérisent par le fait qu'ils permettent de faire un diagnostic de la situation dans le but de réaliser une action efficace, c'est donc une évaluation en vue de la réussite. D'autre part, il remarque que les concepts pragmatiques pourraient être rapprochés des concepts quotidiens vygotskiens, dans le sens où ils sont transmis par la verbalisation et de la démonstration. En revanche et d'après l'auteur, les concepts pragmatiques diffèrent des concepts quotidiens dans la mesure où ils sont caractéristiques d'une situation professionnelle. Ainsi, les concepts pragmatiques se présentent dans une situation professionnelle spécifique dans le but d'organiser l'action efficacement.

Cette idée rejoint celle que nous avons déjà abordée dans le sous-chapitre précédent, où nous avons montré la place qui est accordée au couple schème-situation dans les travaux de Vergnaud. En effet, les schèmes sont toujours attachés à une classe de situations et c'est justement le couple schème-situation qui permettrait à l'individu de s'adapter au réel. Cet apport théorique est utilisé dans les analyses de travail faites par la didactique professionnelle mais, pour cette discipline, plutôt que de parler du couple schème-situation les auteurs parlent de situation-activité. Dans ce cadre, ce sont les caractéristiques des situations qui y sont analysées, et c'est à partir de ces caractéristiques qu'une étude de l'activité des sujets est possible. Le concept d'activité qui est retenu en didactique professionnelle est celui théorisé par Bucheton et Bautier, 1996 (cité par Dezutter et Pastré, 2008) pour qui l'activité est un

processus dynamique, un mouvement qui permet au sujet de donner forme et sens à des composantes très hétérogènes de son expérience intellectuelle, affective, sociale, pratique, esthétique, etc. Adopter cette conception revient à affirmer que la pensée et l'action ne sont pas des entités dissociées. L'analyse du travail est située, c'est en étudiant les situations professionnelles qu'une analyse de l'activité peut être faite afin de saisir les concepts organisateurs de l'action.

De cette manière, cette discipline qui s'inspire des travaux piagétiens et néo piagétiens, s'accorde sur le fait que l'activité est organisée et que les schèmes articulent l'invariance de l'organisation et de l'adaptation aux situations. Cette invariance est d'ordre conceptuel dans le sens où les invariants opératoires rendent compte des propriétés des objets. Mais, contrairement aux invariants piagétiens, en analyse du travail, les invariants sont de type relationnel ; ils rendent compte des relations entre un ensemble de variables qui déterminent le fonctionnement d'un système (Pastré, 2001). Dans cette perspective, c'est le système qui est invariant, et les organisateurs de l'action sont toujours en rapport à une classe de situations. Dans ce sens, ces invariants ou ces concepts pragmatiques se caractérisent par leur portée locale, ils sont relatifs à un domaine précis et ne retiennent que l'utile pour agir. Les concepts pragmatiques organisent l'action efficace des sujets dans une situation particulière, cependant, il arrive que les travailleurs ne savent pas expliquer comment ils ont fait pour réussir une action, et cela répond au fait que les concepts pragmatiques sont souvent implicites.

Cet aspect soulève un autre point important que nous avons déjà discuté dans ce travail, et qui est en relation avec la manifestation de la connaissance sous deux formes : prédicative et opératoire. Celles-ci correspondent à deux registres de la conceptualisation : l'un épistémique, l'autre pragmatique. Le premier correspond à la forme prédicative de la connaissance qui prélève les propriétés des objets et les relations qui se tissent entre ces objets. Le deuxième se réfère à la forme opératoire de la connaissance, qui permet de guider et d'orienter l'activité des sujets dans une classe de situations données. C'est justement la forme opératoire qui va permettre à l'individu de faire un diagnostic de la situation, afin d'ajuster son action à la situation professionnelle à traiter (Dezutter et Pastré, 2008).

Un point central soulevé par la didactique professionnelle est que l'activité des sujets est organisée, et lorsque cette activité est réussie et que cette réussite se reproduit, on parle de compétence. Vu que l'organisation de l'activité n'est pas un stéréotype, mais qu'au contraire, elle est une organisation souple, le sujet est considéré compétent lorsqu'il arrive à s'ajuster

aux différentes situations (Pastré, 2008). Autrement dit, « tous les professionnels compétents savent adapter l'organisation de leur action à la variété des situations qu'ils rencontrent » (Pastré, 2007, p. 85).

De cette manière, nous observons que la théorie de la conceptualisation de l'action, développée par Piaget, reprise par Vergnaud et réappropriée par la didactique professionnelle, est d'une importance capitale à l'heure d'analyser les compétences professionnelles. Pour cette discipline, la notion de compétence comporte des faiblesses car parmi les nombreuses définitions trouvées dans la littérature, il n'est pas aisé d'en trouver une qui rende compte de l'organisation de l'activité. La plupart d'entre elles sont centrées sur le but à atteindre, sur la tâche à effectuer par le travailleur et non sur la manière dont le travailleur organise efficacement son activité. C'est pourquoi, Pastré (2011) trouve pertinent de passer de la notion de compétence à la notion de schème, car c'est justement le couple schème-situation qui permettrait de se centrer sur les éléments organisateurs de l'activité et non pas uniquement sur les résultats produits par un travailleur. Dans ce cadre, l'important est de comprendre comment s'organise l'action de ce travailleur, c'est-à-dire, quels sont les éléments organisateurs de son action. Les compétences sont comprises ici comme étant en relation à une classe de situations et sont étudiées dans leur développement.

Cela soulève un autre point essentiel, dont on ne peut faire l'économie lorsque nous nous intéressons aux compétences professionnelles : c'est le développement cognitif des adultes. Cette approche soutient l'idée de développement des adultes comme une des prémisses principales dans l'analyse du travail. Contrairement aux idées piagésiennes, qui soutiennent que le développement cognitif s'arrêterait à l'adolescence puisque le sujet aurait atteint le stade ultime de son développement cognitif, la didactique professionnelle postule que le développement existe tout au long de la vie mais sous certaines conditions. A travers les nombreuses expériences pratiques, cette discipline observe que les travailleurs laissent voir des traces de développement dans certaines situations professionnelles. Dans ces situations, les adultes montrent des capacités d'analyse, de synthèse et d'abstraction qui témoignent de la continuité de leur développement cognitif. Le développement existe bel et bien chez les adultes, néanmoins l'expérience dans le domaine professionnel montrerait qu'il n'est pas tout le temps présent. Autrement dit, d'une part, tous les adultes ne se développent pas et, d'autre part, ceux qui se développent ne le font pas en permanence (Pastré, 2011).

Mais, que viennent nous apprendre ces constats ? Ils viennent une fois de plus nous montrer que tout comme les compétences, le développement dépend des circonstances dans

lesquelles se trouve le sujet. Ainsi, le développement peut se manifester en plusieurs occasions :

Un changement de fonction, un changement dans le métier, une entrée en formation, l'introduction d'une nouvelle technologie, sont des occasions qui peuvent être saisies ou ne pas l'être. Allons plus loin : ce qui pour l'un est occasion de développement est pour l'autre un obstacle qui entraîne une régression. (*ibid.*, p. 62)

Cela témoigne du fait que des situations facilitent le développement, et d'autres au contraire le limitent. Selon l'auteur, les êtres humains ne se développent pas tout le temps, ce qui l'amène à dire qu'il est possible, lors de l'analyse de l'activité, de repérer les simples moments de fonctionnement de ceux de développement. Ces moments sont conçus en tant qu'épisodes de développement (Pastré, 2011) et dans cette perspective, ce dernier est considéré comme un processus historique, marqué par les circonstances et par l'enchaînement discontinu de microgenèses. Cela signifie que le développement n'est pas un processus continu, il passe par des crises, des ruptures et des reconfigurations qui sont observables seulement à un niveau local.

Ces épisodes développementaux apparaissent au sein du fonctionnement de l'activité, ce qui amène à reconnaître que le développement trouve appui sur le fonctionnement cognitif du sujet. Comme l'observent Samurçay et Pastré (2004) :

Le développement se repère à l'intérieur du fonctionnement, au regard d'une situation de travail particulière. La didactique professionnelle va analyser comment se construisent, se déconstruisent et se reconstruisent les compétences professionnelles d'un opérateur, en ayant une prédilection pour l'analyse de toutes les situations de mutation, où les opérateurs doivent reconfigurer leurs compétences. (p. 4)

Nous comprenons de cette manière pourquoi en didactique professionnelle, l'analyse de l'activité et des compétences comporte forcément une analyse des conditions et de circonstances, qui offrent aux sujets une possibilité de se développer. Si l'on parle des conditions et des circonstances, nous sommes amenés indéfectiblement à faire référence à la situation professionnelle, car elle peut fournir les ressources au sujet pour que son développement soit possible. Le développement est considéré à la fois comme un processus et comme un produit de la conceptualisation dans et pour l'action (Mayen, 2008). Pour son analyse, il est donc indispensable de s'attarder sur la situation de travail en tant que facilitatrice ou inhibitrice des processus de développement. C'est de cette manière qu'il est possible de rendre compte des ressources appropriées par les sujets dans un milieu donné, afin de permettre un développement de leurs compétences. Ici, une place primordiale est accordée

aux situations nouvelles auxquelles le sujet se confronte et pour lesquelles il devra puiser dans son répertoire de ressources, afin d'y faire face.

C'est d'ailleurs ce qui est souligné par Vergnaud (2001), lorsqu'il observe qu'un sujet est compétent lorsqu'il est moins désemparé devant une situation nouvelle. Ce constat a également été fait en didactique professionnelle, notamment par Mayen (2008) qui signale que : « un professionnel compétent est aussi celui qui dispose de modalités organisées pour apprendre, trouver des ressources pour agir et pour résoudre des problèmes inédits, autrement dit, qui dispose de moyens pour apprendre de son expérience et apprendre de son environnement » (p. 113). A ce sujet, Pastré (2011) remarque que l'adoption d'une telle vision des compétences répond aux changements multiples survenus dans le domaine professionnel. Ce sont justement ces transformations et évolutions qui font que la didactique professionnelle se place plus du côté de l'adaptation que de l'exécution lorsqu'elle parle des compétences. Comprendre les compétences en tant qu'adaptation aux situations signifie qu'un diagnostic de ces situations doit être fait avant et afin de pouvoir s'y adapter. De ce fait, un professionnel compétent est celui qui fait ce diagnostic et qui a la capacité de s'adapter en conséquence. Considérer les compétences en tant qu'adaptation aux différentes situations, c'est les étudier dans une perspective développementale qui ne s'attarde pas sur son simple exécution mais sur son développement (Pastré, 2011).

Ainsi, développement, adaptation et compétence apparaissent comme des éléments étroitement liés, ce qui soulève la question de la contextualisation des compétences. Celles-ci sont toujours contextualisées par la nature de la situation de travail (Rogalski, 2007). Dans ce sens, lorsque le sujet se focalise uniquement sur la tâche à effectuer, les compétences courent le risque de s'automatiser, et perdre ainsi de plus en plus de leur capacité d'adaptation. Lorsque cette capacité d'adaptation est compromise, le développement cognitif du sujet serait affecté en retour. C'est d'ailleurs pour cette raison que la didactique professionnelle porte son attention sur les situations potentielles de produire du développement chez les professionnels. C'est particulièrement ce que Mayen (2008, 2012), en s'inspirant de la théorie vygotskienne, a désigné comme *situations potentielles de développement*. Cette notion se situe dans la

continuité du concept de *zone prochaine de développement*¹¹ avancé par Vygotski (1934/1997) pour rendre compte de l'écart entre :

[...] l'âge mental, ou niveau présent du développement, qui est déterminé à l'aide des problèmes résolus de manière autonome, et le niveau qu'atteint l'enfant lorsqu'il résout des problèmes non plus tout seul mais en collaboration détermine précisément la zone prochaine de développement. (p. 351)

En s'appuyant sur cette notion, Mayen (2008) souligne qu'il est important d'identifier les situations qui sont favorables au développement des compétences, en affirmant qu'une situation potentielle de développement peut être comprise comme « l'espace de convergence des caractéristiques en évolution d'une situation (de sa trajectoire) et de trajectoires collectives (du métier) et individuelles » (p. 114). Dans ce type d'espace, les sujets auront donc une chance de se développer. La situation est ici comprise comme étant celle qui donne les moyens au sujet au moment d'agir. Selon l'auteur, elle comporte « la médiation des autres, les formes organisées de l'action collective, de la coopération, l'ensemble des instruments pour agir et des instruments symboliques conçus pour aider à agir, à apprendre à le faire ou encore pour orienter l'action » (p.116). C'est exactement dans ce sens, que Mayen (2012) observe que les situations, en étant toujours sociales, comportent en elles-mêmes un potentiel de développement. Cette idée nous paraît capitale car cela nous amène à comprendre que la situation donne des outils aux sujets pour pouvoir la traiter, autrement dit, que c'est la situation en elle-même qui oriente les actions des sujets et qui leur offre des possibilités pour pouvoir développer des compétences. Cela nous amène également à nous interroger de quelle manière les sujets peuvent se développer ? Dans quelles circonstances ? Nous avons vu que la situation y est pour beaucoup dans ce processus, cependant, reste à expliciter les cadres dans lesquels les professionnels ont l'opportunité de développer leurs compétences.

A ce sujet, Pastré (2001) nous éclaire particulièrement, en expliquant que les compétences professionnelles peuvent se développer de trois façons différentes : par l'action, par une analyse réflexive après-coup, et par l'ingénierie didactique. La première s'associe à l'action des sujets, c'est dans et par l'action que les compétences peuvent se construire et se développer. Cela correspond à ce qui est connu sous le nom d'« apprentissage sur le tas », qui reste un des moyens les plus habituels pour le développement des compétences. Cependant,

¹¹ Nous savons que cette notion a été traduite de la version russe de plusieurs manières : « zone proximale de développement » ou encore « zone de proche développement ». Tout au long de ce travail, nous utiliserons la dénomination de « zone prochaine de développement » telle qu'elle a été traduite par Françoise Sève en 1997 dans la 3e édition de la version de *Pensée et Langage*. D'après l'auteur, c'est cette traduction qui conviendrait au mieux pour l'expression russe « *zona bližajšego razvitija* ».

pour certains auteurs (Pastré, 2001 ; Raïsky, 2008) ce type d'apprentissage ne garantit pas toujours le développement ni la réussite du travailleur :

L'apprenant, livré aux situations, sans aide, ni humaine, ni instrumentée, en serait réduit à tenter, par essais et erreurs écartées, de construire pas à pas une itinéraire pour la réussite. On sait qu'un tel processus est long, difficile, le moins assuré du succès et souvent générateur de « mauvaises solutions » qui se cristallisent en « compétences » peu adéquates. (Raïsky, 2008, p. 95)

Ainsi, il semblerait que tout ne peut pas être appris « sur le tas » et de ce fait, il est essentiel de s'intéresser à d'autres cadres qui permettent également le développement cognitif des sujets. Selon cette perspective, une autre façon de développer les compétences des travailleurs, c'est l'utilisation des méthodes *ex post*, où le sujet est amené à réfléchir après-coup sur la manière dont il s'y prend pour réaliser ses actions. En didactique professionnelle, une des méthodes les plus utilisées est le *debriefing*, qui consiste à participer à des séances organisées par un formateur, où les sujets sont amenés à revenir sur leur activité en faisant une analyse réflexive rétrospective. Lors de cette analyse, les sujets peuvent reconstituer les faits et élaborer leur expérience autrement. Enfin, selon cette approche, il est également possible de développer les compétences professionnelles en utilisant l'intervention didactique. Dans ces interventions qui relèvent de l'ingénierie, les formateurs organisent aussi bien des simulations de la situation professionnelle que des études de cas. Le but de ces situations didactiques est de permettre au travailleur de rentrer dans la complexité de la situation, pour qu'il puisse accéder plus facilement à la structure conceptuelle de cette situation, c'est-à-dire à la dimension cognitive des compétences (Pastré, 2001).

Le but de la didactique professionnelle reste donc très clair, elle travaille pour le développement des compétences professionnelles et pour cela elle utilise différents moyens, comme nous venons de le montrer. Tout ce qui a été mentionné nous fait dire que, pour cette discipline la compétence correspond bien à une action humaine organisée. Dans cette activité organisée, nous trouvons aussi bien de l'invariance que de l'adaptation aux différentes situations rencontrées par le sujet.

En même temps, les compétences seraient toujours en relation à une classe de situations, le sujet les mobilise dans des cas singuliers, et elles traitent la situation spécifique comme le cas particulier d'un ensemble général (Pastré, 2011). Cela ne signifie pas que le sujet applique tout simplement des connaissances à une situation en particulier, cela indique plutôt qu'être compétent c'est « savoir organiser son activité pour s'adapter aux caractéristiques de la situation, quitte à transformer, plus tard et éventuellement, cette

expérience acquise en savoir énonçable et donc plus facilement transmissible » (Samurçay et Pastré, 2004, p. 8). Ce qui paraît donc essentiel pour la didactique professionnelle, est que le sujet parvienne à organiser son activité afin de s'adapter aux différentes situations rencontrées dans sa vie professionnelle, et c'est justement cette variété de situations qui fait que le sujet devient compétent. Dans ce sens, les auteurs signalent que « la compétence peut être définie comme une structure ouverte qui continue de se développer grâce à la diversité des situations rencontrées et qui se caractériseraient par la capacité du sujet à créer des solutions nouvelles dans des situations non reconnues » (*ibid.*, p. 53). Cela veut dire que non seulement le sujet devient compétent grâce aux différentes situations rencontrées, mais aussi grâce aux solutions qu'il doit trouver pour résoudre les situations qu'il n'a jamais rencontrées auparavant.

Les compétences sont conçues dans ce cadre en tant que structures ouvertes, ce qui veut dire qu'elles ne sont pas statiques mais dynamiques, et qu'elles ont la possibilité d'évoluer, de se développer et de se reconfigurer. C'est en analysant le rapport sujet-activité que l'individu pourra développer des compétences pour traiter les différentes situations. C'est notamment dans l'activité productive que vont se construire une grande partie des ressources qui composent la compétence (Rabardel, 2007). Mais, qu'est ce que l'activité productive ? Samurçay et Rabardel (2004), ayant repris les idées de Marx, ont établi une distinction entre activité productive et activité constructive afin de mieux comprendre les processus qui concernent la formation de compétences. D'après les auteurs, toute activité comporte deux faces : l'activité productive, qui suppose qu'en travaillant l'Homme transforme le réel, et l'activité constructive qui veut dire qu'en transformant le réel, l'Homme se transforme lui-même. L'activité productive se réfère exactement à une :

Activité finalisée, réalisée, orientée et contrôlée par le sujet psychologique pour réaliser les tâches qu'il doit accomplir en fonction des caractéristiques des situations. Cette activité a des fonctions épistémiques dirigées vers la compréhension des situations de travail, des fonctions pragmatiques, dirigées vers la transformation des objets de travail et l'utilisation des outils, et des fonctions heuristiques dirigées vers le sujet lui-même. (Samurçay et Rabardel, 2004, p. 166)

C'est donc une activité centrée sur la réalisation des tâches, qui a comme objectif d'atteindre des buts à court et à moyen terme. Dans ce type d'activité focalisée sur la production des biens et des services, les compétences interviennent en tant que ressources propres à l'individu. Les auteurs signalent que ce sont justement ces ressources constitutives des compétences qui vont permettre au sujet de réaliser l'activité productive, et cela en fonction des tâches et des situations auxquelles il doit faire face. A ce sujet, Pastré (2008)

observe que « cette activité productive s'accompagne, à titre d'effet inévitable en quelque sorte, d'une construction de l'expérience et des compétences, plus ou moins importante selon les cas, qui relève de l'activité constructive » (p. 55).

Ces deux activités constitueraient un couple indissociable, et c'est notamment l'activité constructive qui est orientée vers le développement des compétences du sujet. C'est une activité qui reconfigure les ressources du sujet non seulement pour son activité professionnelle mais pour tous les champs d'activité dans lesquels le sujet peut s'inscrire à un moment ou à un autre (Rabardel, 2007). L'activité constructive, à l'inverse de l'activité productive, se caractérise par une temporalité de l'ordre du long terme. Ainsi, et contrairement à l'activité productive qui se termine une fois le but atteint, l'activité constructive continue à agir chez le sujet, car il peut toujours apprendre de son action passée. C'est d'ailleurs le but des analyses après-coup comme celles des *debriefings* (Pastré, 2008). Dans ces cas, le sujet oriente l'activité constructive dans le but de faire évoluer ses compétences en fonction des situations professionnelles rencontrées.

Pour finir nous dirons que pour la didactique professionnelle, la compétence représente :

L'ensemble organisé des ses représentations (conceptuelles, sociales, organisationnelles et expérientielles) [d'un sujet], de ses organisateurs d'activité (schèmes, procédures) intégrant l'usage des instruments. Elles constituent des ressources potentielles, mises en œuvre en vue de la réalisation d'un but ou de l'exécution d'une tâche dans un dispositif organisationnel donné et avec les moyens fournis par l'entreprise. (Samurçay et Rabardel, 2004, p. 164)

Cela nous montre que pour cette perspective la compétence renvoie à un ensemble complexe composé de plusieurs éléments que constituent les ressources du sujet qui doit atteindre un but ou exécuter une tâche dans une situation donnée. De cette manière, nous voyons que cet ensemble organisé ne se réfère pas simplement aux performances du sujet pour une tâche donnée. Si les compétences ne sont pas les performances, il devient essentiel de passer par l'activité professionnelle où ces compétences s'expriment. Par ailleurs, il est capital de construire un cadre où ces compétences puissent être analysées, et où les formateurs aient la possibilité de repérer les situations potentielles de développement. Le but étant de comprendre quelles situations favorisent le développement des compétences et quelles situations les freinent. C'est donc en faisant une analyse développementale des compétences qu'il est possible de les étudier, mieux les comprendre et ne pas risquer de les enfermer sous la simple performance du sujet. Nous avons ainsi traité une partie des travaux de la didactique

professionnelle qui sont venus nous montrer comment cette discipline conçoit les compétences en milieu professionnel et sous quelles conditions il est possible de les développer.

Parmi les approches que nous avons choisi d'évoquer dans ce travail de recherche, nous nous centrerons, dans le prochain sous-chapitre, sur les apports théoriques et méthodologiques de la clinique de l'activité.

1.3 Perspectives en clinique de l'activité

Nous aborderons ici l'activité et les compétences professionnelles à partir de la perspective théorique et méthodologique de la clinique de l'activité. Sous ce nom, un groupe de recherche¹² née dans les années 90, et située au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) à Paris, est au centre des « Cliniques du travail ». Ces cliniques constituent un ensemble de théories qui étudient la relation entre le travail et la subjectivité. Bien que différentes au niveau épistémologique, théorique et méthodologique, les cliniques du travail ont pour objet l'étude du vécu des travailleurs, à partir de situations professionnelles. Dans ce sens et comme le soulignent Bendassolli et Soboll (2011), elles peuvent être considérées comme des cliniques sociales du travail : « as clínicas do trabalho defendem a centralidade psíquica e social do trabalho, entendido como uma atividade material e simbólica constitutiva do laço social e da vida subjetiva. Elas atribuem grande importância às situações concretas de trabalho » (p. 17). Les cliniques du travail conçoivent ce dernier comme une activité fortement marquée par le social, et placent au centre de leur analyse les situations porteuses de souffrance, mais aussi celles qui conduisent le sujet à la création, à la nouveauté, à la construction.

Ce sont les travaux d'origine française qui constituent la base de ces cliniques développées dans les années 50 à partir des études sur la santé mentale. Parmi ces travaux, nous remarquons notamment ceux de Sivadon, Veil et Le Guillant, qui caractérisent ce courant. Ces auteurs ont non seulement étudié les questions liées à l'adaptation individuelle au travail, à son organisation sociale et à la manière dont les situations professionnelles sont vécues, mais ils ont également jeté les bases pour une clinique du sujet dans ses relations avec le travail (Bendassolli et Soboll, 2011). Cela signifie que dans les différentes relations que l'individu développe avec son activité professionnelle, inscrite forcément dans une histoire

¹² <http://psychologie-travail.cnam.fr/presentation/recherche/equipe-clinique-de-l-activite-136871.kjsp>

collective, il devient porteur et acteur de cette histoire. Le tout est de savoir comment le sujet gère ces relations, comment il les vit, et comment celles-ci peuvent être aussi bien source de pathologie que d'épanouissement.

Parmi les différents courants théoriques qui constituent cet ensemble nommé « Cliniques du travail », nous trouvons la psychodynamique du travail développée notamment par Christophe Dejours dans les années 80, la psychosociologie, marquée par les travaux de Vincent De Gauléjac, l'ergologie représentée spécialement par Yves Schwartz et enfin la clinique de l'activité dont son principal précurseur est Yves Clot. Nous voyons ainsi que la clinique de l'activité se situe à l'intérieur d'un ensemble plus large, composé de différentes approches qui ont plusieurs points en commun. Parmi ces points de convergence, nous trouvons l'intérêt pour l'étude de l'action au travail et le fait d'aborder ce dernier en tant qu'activité. C'est justement le concept d'activité qui sera développé tout au long de ce sous-chapitre, non pas à partir de ces quatre courants théoriques, qui composent les cliniques du travail, mais en portant notre attention sur le groupe clinique de l'activité.

Nous commencerons par montrer les héritages théoriques et méthodologiques sur lesquels s'appuie cette perspective, pour expliciter ensuite sa conception du travail, des compétences et de l'activité professionnelle.

1.3.1 Origines de la clinique de l'activité

Cette approche trouve ses origines dans plusieurs disciplines qui dialoguent entre elles d'une manière ou d'une autre et qui ont été décisives pour sa création et son évolution. Quatre disciplines ont notamment marqué ce champ de recherche, que nous mentionnerons sans être exhaustifs, et qui nous permettront de comprendre les origines théoriques à la base de la clinique de l'activité.

Tout d'abord c'est l'ergonomie de langue française, avec les travaux de Faverge, Leplat et Wisner, évoqués au début de ce travail, qui a apporté des nombreuses contributions théoriques à ce groupe de recherche. La clinique de l'activité s'est nourrie de cette approche, qui a également servi d'appui à la didactique professionnelle. En ce sens, nous estimons que l'ergonomie, la didactique professionnelle et la clinique de l'activité, bien que différentes, partagent certaines bases théoriques. Comme l'explique Clot (1999b) :

On ne part pas de rien et ceux qui nous ont précédé n'ont pas œuvré en vain. Nous nous faisons une haute idée de ce passé même si nous croyons indispensable de le regarder avec lucidité et sans complaisance. L'héritage est hanté de problèmes

irrésolus et même de problèmes mal posés. Encore faut-il comprendre pourquoi afin de ne pas répéter les faux pas. (p. 2)

C'est donc en tenant compte des limites propres à chaque discipline que ce groupe de recherche construit sa propre vision de l'Homme au travail. Mais cet héritage n'a pas été pris « à l'aveugle », au contraire, son appropriation a requis forcément plusieurs questionnements. Wisner apparaît comme une des principales influences du développement de ce courant ; médecin devenu ergonomiste, il s'est intéressé à la santé au travail et a mis en exergue les questions qui relèvent de la pratique professionnelle, du métier. C'est en partie grâce à cet auteur qu'un frein a pu être mis au dogmatisme régnant à l'époque, en encourageant la critique et la discussion et en reconnaissant les limites de l'action (Clot, 2008).

Deuxièmement, ce sont les travaux de Vygotski qui ont beaucoup influencé la clinique de l'activité, non pas seulement d'un point de vue théorique mais aussi méthodologique. C'est en effet ce psychologue russe, que malgré sa courte vie, a su apporter des fondements théoriques d'une grande envergure qui n'ont pas seulement servi d'appui au courant théorique qui nous intéresse ici, mais qui a su bouleverser la psychologie en tant que discipline toute entière. Clot et son équipe se servent de ces contributions, et notamment des méthodes d'inspiration vygotskienne, dans le but de transformer les milieux professionnels et d'élargir le pouvoir d'agir des travailleurs. Tout au long de ce sous-chapitre, nous nous concentrerons davantage sur l'explicitation de cet héritage.

Le troisième courant théorique ayant influencé la clinique de l'activité est la psychopathologie du travail et principalement les travaux du psychiatre Le Guillant. Il a mis l'accent, entre autres, sur les impacts du travail au niveau psychique et sur les conditions sociales qui doivent être prises en compte dans les analyses professionnelles. Pour lui, il faut soigner le travail et les situations anormales professionnelles car celles-ci font que les propres travailleurs deviennent malades. A ce sujet, l'exemple de la « nervosité des téléphonistes »¹³ illustre comment la maladie permet de *tenir* dans une situation de travail anormale (Clot, 2008). Le Guillant a beaucoup travaillé avec Tosquelles, un autre psychiatre de l'époque. Ensemble, ils observent que dans les hôpitaux psychiatriques, si l'on veut soigner les malades il faut d'abord soigner les institutions. Cet aspect est particulièrement intéressant pour nous qui avons mené notre étude dans des centres de santé, où effectivement, il paraît important de

¹³ Cela fait référence aux études ayant été faites sur les femmes françaises téléphonistes qui dans les années 50 et 60 vivaient des conditions de travail pathogènes. Cela a d'ailleurs donné lieu dans les années 60 à des différentes revendications des militantes féministes de la CGT-PTT qui réclamaient une réduction du temps de travail ainsi que des meilleures conditions.

repérer le fonctionnement (malade ou pas d'ailleurs) de ces institutions, si l'on veut mieux comprendre l'activité des professionnelles qui s'y trouvent.

Enfin, les travaux du psychologue italien Oddone et son équipe (Oddone, Re et Briante, 1981), ont également apporté des éléments théoriques et méthodologiques essentiels au développement de la clinique de l'activité. Ce psychologue a travaillé avec les ouvriers italiens de Fiat dont les conditions de travail étaient considérées comme inacceptables. Oddone remarque qu'il est capital d'apporter du soutien aux collectifs de travail ainsi que d'élargir leur rayon d'action. Les travaux d'Oddone se révèlent d'une grande portée dans la mesure où il a souligné l'importance du collectif et de son histoire dans l'activité individuelle. Ainsi, ce chercheur a développé des dispositifs qui ont, entre autres, permis aux travailleurs de penser leur travail de manière collective afin de le réorganiser. Parmi ces méthodes nous trouvons l'entretien dit d'instruction au sosie qui a été mis au point par ce chercheur et son équipe. Comme nous le montrerons dans la partie méthodologique de ce travail, ce type d'entretien permet de se détacher de son expérience professionnelle afin que celle-ci devienne la source d'une nouvelle expérience.

Nous venons de voir que la clinique de l'activité s'est enrichie de plusieurs approches qui lui ont permis de penser autrement l'activité professionnelle et les conditions dans lesquelles elle se réalise. Mais nous devons nous poser une question, pourquoi la clinique de l'activité ? Autrement dit, pourquoi une *clinique* et pourquoi *de l'activité* ? Et, pourquoi une clinique de l'activité pour étudier les compétences professionnelles ? Pour répondre à ces questions nous commencerons par le mot *clinique*.

1.3.2 Pourquoi une clinique de l'activité ?

Dans ce sous-chapitre nous expliquerons dans quelle mesure il est possible d'aborder sur un plan clinique l'activité professionnelle. Clot et Leplat (2005) soulignent que la méthode clinique, dont l'objectif est l'acquisition de connaissances dans les différentes situations de travail, a marqué aussi bien les travaux en ergonomie qu'en psychologie du travail. Les auteurs soulignent que ce type de méthode comporte trois caractéristiques principales : d'une part elle aborde son objet d'étude (la situation de travail) dans sa globalité, d'autre part, elle examine les situations de travail de manière approfondie et dans leur complexité, enfin, c'est une méthode qui porte toute son attention sur le rôle des sujets dans les situations de travail. Cette méthode clinique se caractérise aussi par la place attribuée au chercheur, en reconnaissant que celle-ci doit rentrer dans l'analyse :

Ce qui fait plus spécifiquement le caractère de la méthode clinique [...] c'est non seulement l'interaction, le rôle joué plus ou moins à son insu par celui qui mène l'étude, mais surtout le souci de prendre en compte ce rôle dans l'analyse. (Clot et Leplat, 2005, p. 292)

De cette manière, nous voyons comment cette méthode, au lieu de vouloir *neutraliser* la place du chercheur, veille à ce qu'elle fasse partie de l'analyse de la situation étudiée. C'est d'ailleurs pour cette raison que les méthodes utilisées par cette approche, telles que les entretiens d'instruction au sosie et d'autoconfrontation, sont caractérisées par une co-construction sujet/chercheur qui permet une co-analyse des résultats obtenus. L'analyse est conçue ici comme une étape cruciale, qui englobe aussi bien les participants que le chercheur, dont le but est d'analyser les traces de l'activité professionnelle. Si l'analyse de cette activité est cruciale, c'est parce que cette approche comprend le travail en tant qu'activité collective qui n'a pas le statut de n'importe quelle autre activité de la vie d'un Homme ; le travail possède une fonction psychologique importante :

La fonction psychologique du travail résiderait à la fois dans le patrimoine qu'il fixe et dans l'activité [...] que réclament la conservation et le renouvellement de ce patrimoine. Sa fonction psychologique est une fonction vitale : à la fois l'activité de conservation et de transmission et activité d'invention et de renouvellement. Chacun se trouve par ses propres activités au sein de la division du travail à la fois sujet et objet de cette conservation et de cette invention. (Clot, 1999b, p. 79)

Le travail est donc conçu comme une activité marquée par le social car en travaillant le sujet conserve, transmet, et renouvelle le patrimoine symbolique qui se fixe à travers les différentes générations. Celui-ci s'inscrit toujours dans une histoire et dans un rapport à l'altérité qui le caractérise ; c'est pour cette raison qu'aussi bien le travail en équipe que le travail solitaire sont concernés puisque l'activité professionnelle se réalise avec d'autres et pour d'autres (Lhuillier, 2008). Dans ce sens Maia et Osorio (2004) soulignent que :

Pensado desta forma, falar em trabalho é já falar em processos de subjetivação, processos estes também históricos, oriundos do interjogo entre o coletivo e o singular, num encontro sempre ímpar do qual emerge ao mesmo tempo um sujeito que designamos trabalhador e um objeto que designamos trabalho, nos autorizando a postular então que, mais do que o trabalho, o que nos interessa é o trabalhar, a atividade com seu movimento e singularidade [...] A atividade, mesmo realizada por um único trabalhador, tem uma história e uma inserção coletiva que autoriza essa atividade, as diversas competências só se constroem e só se desenvolvem em uma coletividade. (p. 85)

Selon les auteurs, en tant qu'activité singulière, le travail porte une histoire et s'inscrit dans un collectif de travail qui permet la construction et le développement des compétences

des travailleurs. Ici se pose donc la question de savoir ce qu'est un collectif de travail. Faut-il le décrire en termes de groupe, d'équipe ou à partir du travail collectif ? La dernière option semble la plus plausible car la notion de groupe ou d'équipe ne rendrait pas vraiment compte de ce qu'est un collectif de travail (Lhuillier et Litim, 2010). Pour sa constitution, ce dernier nécessite forcément un groupe d'individus, mais cela ne suffit pas pour parler de collectif de travail. Pour qu'il puisse exister, il faut tout d'abord que les sujets s'inscrivent dans un travail collectif, c'est-à-dire dans une activité professionnelle où les membres travaillent autour d'un objectif commun. C'est à partir de ce travail collectif que les sujets réorganisent le travail prévu par les prescriptions officielles. Ce réaménagement est compris en tant que construction collective qui permet d'inscrire l'activité individuelle dans un ensemble de règles partagées (Lhuillier, 2002).

C'est donc en faisant parfois autrement que ce qui a été prévu, que les sujets peuvent mieux s'ajuster aux différentes situations rencontrées et ainsi mieux organiser leur activité professionnelle. C'est exactement dans ce sens que Lhuillier (2002) parle de l'« utopie prescriptive ». Le collectif de travail est compris également comme source et ressource de l'activité individuelle (Clot, 2006), dans le sens où le sujet s'approprie le collectif et cette appropriation devient elle-même une ressource pour le développement de l'activité. Ainsi, le collectif de travail fonctionne comme un instrument générique de l'activité :

[...] cet instrument de travail collectif élaboré par le collectif de travail face au réel n'est autre que le genre professionnel. Dans le travail collectif, le collectif de travail mobilise des instruments génériques. Quand ce n'est pas le cas, les risques de dérèglement de l'activité individuelle grandissent et concernent aussi bien la sécurité des installations que la santé des travailleurs. [...] Au fond, comme nous allons essayé de le montrer, il faut une histoire commune de réorganisation du travail collectif par un collectif de travail : l'histoire ouverte d'une stylisation générique indispensable pour conserver une capacité d'agir ensemble face au réel. (Clot, 2006, p. 128)

C'est ainsi que collectif de travail et genre professionnel arrivent à se confondre ; comme nous le verrons plus loin, ce dernier se caractérise par la dotation aux sujets de normes préétablies, qui organisent l'activité en fonction des attendus sociaux. Ces attendus sont délimités par l'histoire collective, par les gestes et les mots envisageables ou au contraire, inconcevables, dans une situation donnée. Dans ce sens, le collectif de travail fonctionne non pas comme un assemblage d'individus isolés, mais comme un ensemble unifié de personnes qui construisent et se régissent non seulement par les prescriptions officielles mais aussi par celles propres au métier. Le métier est d'ailleurs un autre terme qui tend à être confondu avec celui de collectif de travail, sans que l'on parle pourtant de la même chose. Comme souligné

par Clot (2008) il ne suffit pas d'accomplir un travail collectif en coopérant tous ensemble, il faut encore que cette coopération se maintienne dans le temps :

Le métier n'existe pas seulement entre les professionnels mais en eux. Le paradoxe est donc qu'il ne peut vivre qu'à partir d'eux, alors qu'il les dépasse. Sans doute faut-il que le sujet appartienne à une communauté professionnelle pour qu'il y ait métier. Mais au-delà de l'éventuelle coopération en cours dans le travail collectif, la coopération doit pouvoir se « conserver » : elle le fait justement, pour un milieu de travail donné, dans le répertoire des activités professionnelles possibles ou impossibles, sur le registre des actions encouragées ou inhibées, sur le clavier des gestes envisageables ou déplacés. (p. 254)

Dans cette perspective, le métier dépasse le collectif de travail car c'est lui qui conserve le travail du collectif sans qu'il soit pour autant possible de le réduire à celui-ci. D'ailleurs, il faut le comprendre comme un milieu social favorable à la santé du travailleur et où le sujet construit son identité professionnelle (Zarifian, 2001). C'est donc avec les notions de collectif de travail, de genre professionnel et de métier qu'il est possible de rendre compte de la dimension collective de toute activité professionnelle.

C'est exactement dans ce sens que Clot (1995a, 2008) explique que l'activité est considérée comme la plus petite unité de l'échange social, et qu'elle est « une triade vivante » dirigée à la fois vers l'objet, vers l'activité des autres portant sur cet objet et vers le sujet lui-même. Cette idée vient rejoindre les travaux du psychologue russe Leontiev (1956, 1965, 1976, 1984) sur lesquels s'appuie largement la clinique de l'activité. Cet auteur qui faisait partie de la *troïka* composée également de Vygotski et Luria, remarque maintes fois le rôle décisif des rapports sociaux dans le développement de l'activité humaine :

Dans quelque condition et sous quelque forme que se déroule l'activité de l'homme, quelle que soit la structure qu'elle revête, on ne peut jamais la considérer hors des rapports sociaux, de la vie de la société. Pour singulière qu'elle soit, l'activité d'un individu humain représente un système inséré dans le système des rapports sociaux. (Leontiev, 1984, p. 91-92)

Cela nous montre toute l'importance de la prise en compte de ces aspects afin de ne pas considérer l'activité « à vide », c'est-à-dire déconnectée des rapports sociaux qui constituent l'être humain. Comme l'observe encore l'auteur « en dehors de ces rapports, il n'existe pas d'activité humaine » (*ibid.*). Selon Clot et Leplat (2005), ces rapports se manifestent dans la structure dynamique de l'activité caractérisée par quatre facettes. D'une part, les auteurs remarquent que l'activité est *personnelle* ; c'est-à-dire que l'ensemble des activités du sujet sont forcément et irrémédiablement personnelles. D'autre part, elle est

interpersonnelle, cela veut dire que l'activité est dirigée vers l'activité des autres. Par ailleurs, l'activité peut être considérée comme *impersonnelle* puisqu'elle est marquée par la prescription, c'est-à-dire par la tâche prescrite qui est attribuée à chaque professionnel. Enfin, l'activité est également et notamment *transpersonnelle*, car elle se caractérise par une histoire collective qui donne aux sujets les éléments pour qu'ils puissent répondre à des nombreuses situations. Cet aspect concerne le patrimoine collectif propre à chaque milieu de travail et celui-ci se rapporte à la notion de *genre professionnel*, si chère à la clinique de l'activité.

En effet, ce groupe de recherche soutient (Clot, 1999a ; Clot et Faïta, 2000 ; Clot, 2008 ; Fernández et Clot, 2010) qu'entre la tâche et l'activité, une réorganisation du travail est faite par le collectif de travail. C'est ainsi qu'entre la tâche prescrite et l'activité se trouve le genre professionnel, qui se caractérise par les normes et les obligations partagées au sein d'un collectif donné. Cette notion a été reprise par la clinique de l'activité à partir des apports du linguiste Bakhtine, ou plus précisément de ce qui est connu sous le nom du « Cercle de Bakhtine »¹⁴. Les travaux de ce Cercle conçoivent le dialogue comme un phénomène naturel du langage et l'idée était de développer une théorie qui prenne en compte les aspects langagiers écartés par la linguistique saussurienne de l'époque (Grillo, 2007). D'après Bakhtine (1984), il n'est pas possible de concevoir la parole comme une réalité strictement individuelle qui s'oppose à la langue en tant que phénomène social. Cette idée saussurienne est ainsi fortement critiquée par cet auteur qui considère que :

Notre parole, c'est-à-dire nos énoncés (qui incluent les œuvres de création), est remplie des mots d'*autrui*, caractérisés à des degrés variables, par l'altérité ou l'assimilation, caractérisés à des degrés variables également, par l'emploi conscient et démarqué. Ces mots d'*autrui* introduisent leur propre expression, leur tonalité des valeurs, que nous assimilons, retravaillons, infléchissons. (1984, p. 296)

Dans la perspective bakhtinienne, la parole, bien qu'individuelle, est donc composée par les mots des autres et son appropriation reste un processus d'assimilation créative. L'individu vit, selon l'auteur, dans les mots d'*autrui*. Ainsi, les rapports existants entre le sujet, la langue et le monde ne sont pas complètement directs ; ces rapports se manifestent dans des *genres de discours* dont le sujet dispose afin d'entrer dans l'échange avec les autres (Clot et Faïta, 2000).

¹⁴ Le « Cercle de Bakhtine » fait référence à un groupe d'intellectuels qui se réunissait périodiquement à partir de 1920 pour discuter de différents sujets. Bien que ses membres ont changé au fil des années, nous retrouvons notamment : Bakhtine, Chagall, Kagan, Kanaev, Kliouev, Medvedev, Pumpianski, Sollertinski, Volosinov et Zoubakine.

Dans ce sens, les genres professionnels « fixent, dans un milieu donné, le régime social de fonctionnement de la langue. Il s'agit d'un stock d'énoncés attendus, prototypes des manières de dire ou de ne pas dire dans un espace sociodiscursif » (Clot, 1999a, p. 195). Les manières de faire, de dire et de sentir dans un milieu professionnel donné, qui fonctionnent comme une mémoire collective transpersonnelle, se rendent disponibles pour chaque sujet à travers les générations (Clot, 2008). Les ressources du passé sont ainsi convoquées dans l'action présente des travailleurs, en agissant sur cette dernière. C'est dans et par le genre professionnel que les sujets appartenant à un collectif de travail donné peuvent se reconnaître. Le genre professionnel est également compris comme une espèce de « stock socio symbolique » (Miossec et Clot, 2011) ou encore comme un « mot de passe » (Clot, 2008 ; Clot et Faïta, 2000) qui connaissent seulement les sujets appartenant au même collectif de travail. Ces expressions semblent très pertinentes pour illustrer justement ce qui est commun aux différents professionnels, ce qui les réunit et ce qui leur indique comment s'y prendre dans les situations de travail. En outre, le genre professionnel permet au travailleur de se sentir soutenu et plus sûr de lui-même dans les différentes décisions individuelles qu'il est amené à prendre au quotidien (Brito, Muniz, Santorum et al., 2011). Etant vécu comme une création *sui generis*, à travers les obligations qu'il impose aux travailleurs, le genre professionnel permet notamment d'organiser l'activité (Fernández et Clot, 2010).

Toutefois, il faut souligner que ces obligations partagées dans un milieu professionnel donné, vont parfois à l'encontre de la prescription établie par la hiérarchie :

Pour dépasser les difficultés, pour gagner du temps, pour se protéger du danger, pour économiser de la peine, pour s'ajuster aux spécificités de la situation à traiter..., il faut bien faire autrement que ce que prévoient les procédures officielles. (Lhuillier, 2002, p. 288)

Cela soulève la question de savoir comment les professionnels font pour travailler ensemble, malgré les conditions de travail, les différentes situations rencontrées et bien souvent malgré la prescription officielle. Ceci est particulièrement important dans cette étude qui s'intéresse aux compétences professionnelles des travailleurs frontaliers. Comme nous le verrons dans la partie dédiée aux résultats, ils sont bien souvent amenés à aller au-delà de la prescription afin de proposer une prise en charge efficace. Dans tous les cas, les normes propres au genre professionnel déterminent comment les travailleurs peuvent s'affranchir des prescriptions officielles, lorsque celles-ci ne s'adaptent pas à la situation ou mettent en péril le but à atteindre. Les travailleurs sont ainsi tenus à deux formes de prescription ; d'une part la prescription formelle et officielle provenant de la hiérarchie et d'autre part un système

d'obligations partagées par un collectif de travail, qui pourrait se désigner comme le *prescrit informel* (Santos, 2006).

Lorsqu'il y a un écart à cet ensemble de normes transpersonnelles partagées, la clinique de l'activité parle de stylisation (Clot, 1999b, 2006, 2008). En s'inspirant encore une fois des travaux bakhtiniens, cette approche définit le style comme « une métamorphose du genre en cours d'action » (Clot et Faïta, 2000, p. 15). C'est donc grâce à cette transformation, à cette retouche du genre professionnel que ce dernier se régénère et continue à vivre : « l'histoire d'un milieu de travail continue si et seulement si elle est alimentée par les contributions stylistiques personnelles, mises en patrimoine au cours d'une percolation toujours à recommencer dans le brassage des générations » (*ibid.*, p. 16).

Nous voyons de cette manière le va-et-vient constant entre le genre professionnel et le style qui est défini comme plus personnel. Finalement, c'est le style qui donne la possibilité au sujet d'ajuster le genre professionnel car à travers celui-ci, le sujet met entre lui et les obligations propres au genre une distance psychologiquement nécessaire, qui lui permet d'ajuster aussi bien les règles, le geste et les mots (Fernández et Clot, 2010). La clinique de l'activité affirme que c'est justement le style qui maintient en vie le genre professionnel car c'est lui qui le renouvelle en introduisant des nouvelles variantes. Il ne doit pas être compris comme un écart à la norme mais plutôt comme ce qui permet de varier l'action des sujets qui, sont capables de régénérer les attendus génériques auxquels ils sont tenus (Clot, 2006).

Cependant, lorsque les sujets ne sont plus capables de mobiliser la mémoire transpersonnelle du métier ni de l'alimenter à travers le style, la santé physique et psychique du travailleur peut se fragiliser. Lors de la mise en souffrance du genre professionnel, le sujet est privé de stylisation et tout cela provoque non seulement un dérèglement de l'activité du travailleur, mais aussi la non-reconnaissance de cette activité. Le sujet, ne se reconnaissant plus dans ce qu'il fait et ayant perdu la fonction psychologique du répondant collectif, demande qu'une reconnaissance externe vienne le compenser (Clot, 2008). Cette difficulté à pouvoir se reconnaître dans le métier entraîne une fragilisation du collectif de travail qui finit par se réduire à des individus isolés. Dans ce type de situations le sujet agit sans se sentir actif et survit dans un milieu de travail sans pouvoir déployer plus aucune initiative.

C'est exactement de cette manière que le sujet perd son pouvoir d'agir (*ibid.*). Celui-ci est conçu comme étant hétérogène puisqu'il s'accroît ou se réduit : « en fonction de l'alternance fonctionnelle entre le sens et l'efficacité de l'action où se joue le dynamisme de

l'activité, son efficacité. Cette efficacité n'est pas seulement atteinte des buts poursuivis. C'est tout autant la découverte de buts nouveaux » (*ibid.*, p. 13). Dans ce sens, le pouvoir d'agir doit être compris comme la possibilité de créer, de trouver de nouveaux buts, de découvrir quelque chose de nouveau, jusque là inconcevable ou inattendu. Grâce notamment au pouvoir d'agir peut se développer ce que la clinique de l'activité appelle « travail bien fait » (Clot 2008, 2010), compris comme « celui dans lequel on peut se reconnaître individuellement et collectivement, au diapason d'une histoire professionnelle qui se poursuit et dont on se sent comptable » (Clot, 2008, p. 13). C'est aussi le travail bien fait qui permet au sujet de prendre du plaisir au travail (Lhuillier, 2008), car il se sent reconnu dans son action, tout à la fois par les autres et par lui-même. Ici l'activité du professionnel devient synonyme de santé puisque, dans cette perspective, le bien être se manifeste justement en revitalisant la mémoire collective du métier à travers les stylisations, en découvrant des nouveaux intérêts et des nouveaux buts et en renforçant l'idée qu'il est possible d'aller au-delà de ce qui était prévu ou attendu. Dans ce sens, le travail en lui-même devient un synonyme de santé (Lhuillier et Litim, 2009).

Ainsi conçu, le pouvoir d'agir du travailleur permet de découvrir d'autres aspects de son activité, d'autres intérêts, d'autres initiatives, d'autres choix qui viennent montrer qu'au-delà de ce qui est prévu et de ce qui se fait effectivement, il existe encore tout un champ de possibilités. Ces possibilités, non soupçonnées mais bel et bien présentes chez le professionnel, constituent ce que la clinique de l'activité désigne comme le *réel de l'activité*. C'est précisément ce que nous verrons dans le sous-chapitre suivant, lorsque nous expliciterons l'importance de rendre compte de cette facette inobservable de l'activité professionnelle.

1.3.3 Réel de l'activité et compétences professionnelles

Nous nous attarderons ici sur un autre concept qui nous paraît central dans l'approche de la clinique de l'activité et qui nous semble particulièrement pertinent pour aborder notre objet d'étude. Comme il a été expliqué précédemment, l'ergonomie de langue française a distingué la tâche de l'activité ou le travail prescrit du travail réel (Leplat et Hoc, 1983 ; Wisner, 1962/1995). Cependant, Clot (1999b) remarque que cette différenciation faite par l'ergonomie ne prend pas assez en compte la dimension subjective de chaque être humain et que de ce fait, il faut faire un pas en avant en ne pas se contenter de cette distinction. Selon l'auteur, entre la tâche prescrite et l'activité réalisée se trouve le *réel de l'activité*, c'est-à-dire

tout ce qui est possible mais aussi tout ce qui pourrait devenir possible dans l'activité des sujets. Autrement dit, lorsque nous nous intéressons à l'activité professionnelle, il est important non seulement de regarder ce qu'il faut faire et ce qui se fait effectivement, mais aussi le vécu interne du sujet et les possibilités écartées de cette activité réalisée. Comme le notait Vygotski « le comportement est un système de réactions qui ont vaincu » (1925/2003 p. 74). Cela veut dire que dans une espèce de lutte de réactions, certaines arriveront à la surface (activité réalisée) mais d'autres resteront dans l'obscurité. Toutefois, ces options qui n'ont pas été victorieuses, n'ont pourtant pas cessé d'agir chez le sujet :

L'action non réalisée n'est pas abolie pour autant. Elle continue d'agir dans, contre, ou encore au service de l'action qui l'a finalement emporté, lui conservant ou non une ouverture sur un autre développement possible. L'analyse du travail cherche à conserver ce volume et cette contenance à l'expérience professionnelle. Mieux, elle s'efforce de les développer. (Diallo et Clot, 2003, p. 2)

Nous voyons de cette manière toute l'importance d'étudier le réel de l'activité afin de comprendre que ce qui se fait n'est qu'une des options de ce qui aurait pu être réalisable à un moment donné, une parmi toutes les possibilités que le sujet avait à sa disposition à ce moment-là. Dans ce sens précis la formulation de Vygotski (1925/2003) prend toute son importance « l'homme est plein à chaque minute de possibilités non réalisées » (p. 76). Ce qui se manifeste n'est donc que la surface de ce qui aurait pu se manifester dans une situation donnée, ce n'est que la *pointe de l'iceberg*, pour ainsi dire. Le réalisé, n'a donc aucunement le monopole du réel, comme le signalent maintes fois les travaux en clinique de l'activité. C'est pourquoi l'activité réalisée, celle qui est directement observable, trahit l'activité en elle-même car elle la révèle d'une part mais la cache d'une autre (Clot, 2005a). Ce qui se cache est précisément le réel de l'activité marqué par un éventail de possibilités écartées :

Le réel de l'activité c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir –les échecs –, ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense ou qu'on rêve pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter –paradoxe fréquent– ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ou encore ce qu'on fait sans vouloir le faire. Sans compter ce qui est à refaire. (Clot, 1999b, p. 119)

Cette dimension de l'activité n'est donc pas une réalité directement observable, ni directement énonçable, le réel de l'activité fait partie d'un autre registre dont il faut se munir des moyens appropriés pour pouvoir l'étudier. Cela montre toute l'importance des méthodes dites *indirectes* qui permettent de revivre l'activité de travail dans un nouveau cadre.

Comme nous le verrons dans le chapitre consacré aux aspects méthodologiques de cette recherche, ce n'est que par des moyens détournés qu'il est possible de saisir le réel de

l'activité, ce qui continue à agir chez le sujet bien que cela ne se soit pas manifesté en surface. Cette perspective, inspirée de l'approche historico-culturelle de Vygotski, se caractérise entre autres, par le fait d'utiliser une méthodologie développementale qui montre que ces moyens détournés ont la possibilité de provoquer le développement de l'activité des sujets. Ainsi, si l'on veut connaître l'arrière-plan de l'action et accéder au réel de l'activité, il faut mettre en mouvement l'activité et l'étudier dans son développement (Clot, 2004b).

Dans ce sens, les interventions de la clinique de l'activité dans les milieux professionnels ont comme objectif de transformer les milieux de travail. Entre autres, c'est un des buts principaux qui se donne cette approche pour laquelle il ne suffit pas de comprendre un milieu professionnel pour le transformer, il faut aussi le transformer afin de le comprendre (Clot, 1999b ; Clot, 2005a ; Clot, 2008, Clot et Faïta, 2000). Ces transformations passent entre autres, par la mise en mouvement des activités collectives qui, en changeant de statut, peuvent mener à une prise de conscience du sujet et à une transformation de son activité professionnelle. En rendant disponible l'expérience professionnelle pour une autre expérience, le sujet peut donner un nouveau sens à son travail. Comme le souligne Vygotski « avoir conscience de ses expériences vécues n'est rien d'autre que les avoir à sa disposition à titre d'objet [...] pour d'autres expériences vécues. La conscience est l'expérience vécue d'expériences vécues » (1925/2003 p. 78-79). C'est grâce à ce type de méthodes que les sujets ont une possibilité de reprendre l'action dans un nouveau contexte.

C'est exactement dans ce sens que nous évoquons le concept vygotkien de « migration fonctionnelle » (1925/2003) qui rend compte du déplacement du vécu, qui revécu dans un nouveau contexte, prend un nouveau sens pour le sujet. Ce déplacement donne à l'expérience vécue une chance de devenir un moyen pour vivre une nouvelle expérience. C'est pourquoi lorsque l'activité de travail est abordée dans son développement, il est possible de l'inscrire dans une autre histoire, différente de celle dont elle est issue. Comme le remarque Clot (1995a) :

Le travail, répétons-le, est une constellation de compétences en actes dans une histoire. Entre la tâche fixée à l'horizon de la production et les conditions effectives qu'il faut pouvoir réunir pour s'en rapprocher, existe toujours la situation que les hommes aménagent pour y parvenir. (p. 190-191)

Ces propos viennent nous montrer que l'activité et les compétences professionnelles renvoient toujours à une histoire, aux conditions et aux situations où se déroule cette activité. De ce fait, analyser l'activité professionnelle par des méthodes détournées permet de l'étudier

dans son développement, dans son histoire possible et impossible, et nous pensons que c'est aussi une manière d'arriver à saisir les compétences mises en œuvre par les travailleurs. Comme nous le voyons depuis le début de ce travail, les compétences sont des phénomènes en partie inobservables et dont nous n'y avons pas toujours un accès direct. Mais, en passant par l'activité du sujet, il serait possible de saisir ces ressources qui permettent à l'individu d'agir en situation. Pour cette raison, il est pertinent de faire appel aux méthodes dites *indirectes* qui permettent que le chercheur « interroge ainsi des compétences incorporées [...] dans les champs du rapport à la tâche et du rapport aux autres » (Miossec et Clot, 2011, p. 352). Les auteurs font ici référence au concept développé par Leplat (1995) et qui concerne les « compétences incorporées » comprises comme étant très liées à l'action, et bien que facilement accessibles, restent difficilement verbalisables.

Les méthodes utilisées en clinique de l'activité nous permettraient donc de faire ressortir les compétences exprimées par les sujets dans les situations professionnelles. Si nous admettons que l'activité est toujours un jeu entre possibles et impossibles, entre ce qui se manifeste (activité réalisée) et ce qui ne se manifeste pas forcément mais qui continue à agir chez le sujet (réel de l'activité), nous sommes donc amenée à penser l'activité comme un monde de possibilités. Ce monde de possibilités s'inscrit dans une histoire et dans un contexte, d'où la perspective historico-culturelle tant évoquée dans ce travail. Cette histoire et ce contexte sont en perpétuelle transformation, ce n'est jamais quelque chose de *fini à jamais*. C'est pourquoi nous pensons que, comme le signale Clot (1995a), les compétences font partie de l'histoire inachevée d'un milieu de travail.

Cela amène à reconnaître que la compétence est toujours située, elle est toujours *en cours* du travail effectué par le sujet, et comme le souligne l'auteur « en tout état de cause c'est aussi dans les rapports du sujet à sa propre activité, et pas seulement à sa tâche que se forment et se transforment les compétences » (1995b, p. 116). Dans le rapport entre activité et subjectivité nous aurons donc une chance de saisir les compétences de l'Homme au travail.

D'ailleurs il faut souligner que d'après cette approche, les compétences se caractérisent par le fait d'être *voilées*, c'est-à-dire qu'il est difficile d'en avoir un accès direct ; ni le chercheur, ni la hiérarchie, ni les collègues, ni même les travailleurs ne sont toujours en mesure de *savoir ce qu'ils savent*. A ce sujet, Clot (1995a) explique que « c'est là, dans cette zone mal éclairée du travail humain, que peuvent se révéler utiles ce que j'ai proposée d'appeler des milieux d'analyses et d'actions durables associant les compétences de l'acte et celles du concept » (p. 262). Même si nous savons qu'il existe des discordances entre les

travaux en clinique de l'activité et ceux développés dans la théorie des champs conceptuels par Vergnaud, nous croyons qu'il est possible de rapprocher cette affirmation de Clot de la forme opératoire et prédicative de la connaissance esquissée par Vergnaud (2006, 2007).

Comme nous l'avons montré auparavant, ce dernier auteur souligne que bien souvent le sujet n'est pas conscient de ce qui se trouve à l'origine de ses propres actions, ce qui est l'une des grandes difficultés lorsque l'on aborde les compétences professionnelles. Il est donc important que le sujet puisse en prendre conscience en partie, en verbalisant ses connaissances-en-acte. Cela relève de la distinction faite entre la forme opératoire et prédicative de la connaissance, l'une très liée à l'action et difficilement explicitable, l'autre comme étant celle qui repère les relations entre les objets et dont la restitution est bien plus facile. C'est pourquoi nous croyons pertinent de rapprocher la forme opératoire de la connaissance des travaux de Vergnaud avec les affirmations de Clot (1995a) explicitées auparavant. Celles-ci se réfèrent à l'aspect *voilé* des compétences et au fait qu'elles sont de difficile accès, aussi bien pour le sujet que pour les autres.

Nous voyons de cette manière que certains aspects des approches présentées ici peuvent communiquer, sans que cela veuille dire qu'elles sont d'accord. Si en effet, dans notre cadre théorique nous avons évoqué plusieurs théories et cela dans plusieurs domaines c'est que pour nous ces théories dialoguent, s'articulent et nous font comprendre notre objet de recherche d'une manière plus holistique. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous proposons d'établir un dialogue entre les différentes perspectives présentées ici. Pour nous, ce dialogue est une manière de rendre compte des échanges entre les auteurs, qui se tissent à travers la littérature. Il est, par exemple, très intéressant de porter son attention sur un manuscrit écrit par un auteur qui répond à un autre, comme c'est le cas des commentaires que Piaget¹⁵ a élaborés à l'égard de l'œuvre de Vygotski et qui se trouvent à la fin de la grande œuvre vygotskienne *Pensée et langage*. Ou, lorsque Clot (2007) discute à propos de l'activité humaine et du concept de schème dans un livre traitant de l'œuvre de Vergnaud¹⁶. Il est également enrichissant d'observer que des auteurs provenant de la didactique comme Pastré (2011) écrivent et dialoguent avec d'autres auteurs en argumentant en quoi leur théories

¹⁵ Piaget, J. (1962/1985). Commentaire sur les remarques critiques de Vygotski concernant Le langage et la pensée chez l'enfant et Le jugement et le raisonnement chez l'enfant. Dans L.S Vygotski, *Pensée et langage* (p. 387-399). Paris : Editions Sociales.

¹⁶ Clot, Y. (2007). Le schème, les invariants et les variations. Dans M. Merri (dir.), *Activité humaine et conceptualisation. Questions à Gérard Vergnaud* (p. 179-185). Toulouse : Presses universitaires du Mirail.

diffèrent¹⁷. Nous remarquons ainsi que certains auteurs convoqués¹⁸ dans cette thèse, dialoguent entre eux, à travers leurs points de ressemblance et de dissemblance, et permettent ainsi d'ouvrir des nouveaux débats qui contribuent au développement de la science. C'est exactement sur ce point que nous consacrerons le prochain chapitre de ce travail, où nous tenterons brièvement de montrer aussi bien les concordances que les discordances entre ces approches.

Chapitre 2 : Au-delà des concordances et discordances : quels dialogues possibles entre les différentes perspectives ?

Après avoir présenté les différentes perspectives qui nous servent de référence pour comprendre qu'est ce que l'activité et les compétences professionnelles, nous proposons ici une sorte de dialogue entre ces perspectives. Il est important que nous puissions montrer que, bien que ces approches ne puissent pas apparaître comme complémentaires, tous leurs points ne sont pas non plus contradictoires. Ce débat nous semble pertinent car au-delà du fait de comprendre qu'il y a des différences et des ressemblances entre ces théories, il est essentiel de voir ce que celles-ci apportent d'un point de vue scientifique.

Il faut souligner que les perspectives évoquées ici, à savoir ; l'ergonomie, la théorie des champs conceptuels, la didactique professionnelle et la clinique de l'activité portent leur attention sur les milieux de travail et sur l'activité des professionnels qui s'insèrent dans ces milieux. Nous avons pu remarquer que ces perspectives s'accordent globalement sur la distinction établie entre le travail prescrit et le travail réel, c'est-à-dire entre la prescription et ce qui est fait effectivement par le sujet. Ainsi, il y a toujours un écart entre ce qu'il est demandé de faire au professionnel et ce qu'il fait réellement. Sur ce point, nous pensons que la clinique de l'activité a fait un pas en avant car elle ne reste pas dans ce modèle binaire de tâche prescrite – activité réalisée, elle propose un troisième terme qui est celui du *réel de l'activité*. Avec ce dernier, nous comprenons qu'au-delà de la prescription et de ce qui se fait effectivement, il y a aussi ce qui ne se fait pas, ce qui a été empêché pour une raison ou pour une autre, ce que le professionnel aurait voulu faire mais n'a pas réussi, etc. Ce concept vient ainsi rendre compte de l'arrière-plan de l'activité, de ce qui ne se voit pas mais est pourtant bien présent.

¹⁷ Nous pensons notamment au passage écrit par Pastré (2011) où il fait une sorte de débat imaginaire entre Piaget, Clot et lui-même en essayant de montrer les différentes conceptions qu'ont ces trois auteurs à propos du développement humain.

¹⁸ Nous parlons notamment des travaux d'Y. Clot, P. Mayen, P. Pastré, J. Piaget, G. Vergnaud et L. Vygotski.

Trois de ces approches s'accordent également sur le fait que c'est en analysant l'activité du sujet que nous aurons une chance de pouvoir saisir les compétences convoquées dans l'action. Comme le remarque Leplat (1991) dans le domaine de l'ergonomie : « la recherche des compétences sous-jacentes à une activité commence par l'analyse de cette activité. Cette activité a, rappelons-le, une double facette, externe –manifeste et observable–, interne –cachée et inobservable– » (p. 269-270). Ces affirmations peuvent être rapprochées de celles de Vergnaud (2000b) : « si on s'intéresse à la compétence comme à une meilleure manière de s'y prendre, on ne peut pas se contenter d'évaluer la compétence comme le résultat de l'activité. Il faut aussi analyser l'activité elle-même. De quoi est-elle faite ? » (p. 141) Ou encore : « La compétence renvoie ainsi inéluctablement à l'analyse de l'activité » (Vergnaud, 1996, p. 283). Dans cette lignée, Coulet (2011) remarque à juste titre que :

L'analyse de la littérature révèle que la compétence reste trop souvent abordée en termes de juxtaposition d'éléments (savoirs, savoir-faire, savoir-être) ou de combinaison de ressources mais, sans analyse fine des processus organisant la mobilisation et la régulation de l'activité qui l'exprime. (p. 25)

C'est également ce qui est souligné par le champ de la didactique professionnelle : « on va regarder l'organisation de l'activité en inférer des compétences du point de vue des invariants dans cette organisation de l'activité du sujet dont on veut connaître les compétences » (Rogalski, 2007, p. 170). Ou encore ce qui est souligné par Pastré (2007) : « la compétence renvoie à une action humaine organisée, régulière adaptable » (p. 79).

Par ailleurs, la plupart des approches s'accordent sur le fait que cette activité est située, elle n'est pas « dans le vide » mais toujours associée à une situation professionnelle en concret. Pour certains (notamment pour la didactique professionnelle), des situations sont plus propices que d'autres pour développer les compétences au travail et il est important de repérer ces situations. C'est plus précisément ce que Mayen (2008, 2012) a désigné comme *situations potentielles de développement* qui offriraient les conditions nécessaires pour le développement cognitif du sujet. La clinique de l'activité, comme nous l'avons expliqué auparavant, place également le développement au centre de ses préoccupations, c'est d'ailleurs pour cette raison que les méthodes utilisées ont pour but la reprise de l'action dans un nouveau contexte afin de le provoquer.

D'ailleurs, toutes les approches évoquées ici –et c'est peut-être le point le plus fort qui les réunit– expliquent clairement qu'il est difficile d'avoir un accès direct aux compétences professionnelles. Cela s'explique, en partie, par le fait que le travailleur ne peut pas toujours

expliciter les ressources qu'il utilise pour traiter les différentes situations au travail. C'est-à-dire que si ni la hiérarchie, ni le chercheur, ni le travailleur lui-même ne sont en mesure de rendre compte des compétences directement, il est nécessaire –voir incontournable– d'utiliser des moyens *indirects* afin de les saisir. Ici nous retrouvons toute l'importance des méthodes utilisées par ces approches. Finalement, elles utilisent presque toutes des méthodes dites *ex-post*, c'est-à-dire après-coup, après que l'action soit réalisée. Que ce soit à travers les debriefings, les autoconfrontations ou les instructions au sosie, la plupart de ces perspectives s'accordent sur l'importance de recréer les situations de travail à l'aide de dispositifs qui permettent de revisiter l'action passée, et surtout de pouvoir lui accorder un nouveau sens.

Toutefois, nous avons remarqué les aspects sur lesquels ces approches ne semblent pas trouver un accord. Cela concerne notamment la manière de concevoir le fonctionnement et le développement présents dans toute activité humaine. Commençons par la clinique de l'activité : pour cette approche le centre de leur analyse ne se situe pas dans les invariants de l'action, c'est-à-dire de l'action effectivement réalisée par le sujet. Plutôt que chercher à faire un inventaire des schèmes, compris comme étant la structure de l'activité (Clot, 2005a), il s'agit d'étudier la structure du développement de l'activité. Pour cela, cette perspective propose des dispositifs développementaux qui permettent justement d'organiser l'activité dans un nouveau cadre, afin de provoquer une transformation où l'expérience vécue devient objet d'une nouvelle expérience (Clot, 2008). Selon cette approche, ce changement est à la source du développement du sujet.

Ainsi, l'auteur souligne (2004a, 2007) qu'au lieu de s'attarder sur l'étude des invariants du fonctionnement, il faut plutôt se consacrer aux invariants du développement. Mais une précision s'impose. Pour ce courant l'activité est conçue comme un champ de variations ; pour cette raison il est important que l'analyse de l'activité soit une analyse des variations, des singularités, que bien souvent essayent d'être réduites (Clot, 2007). Cela est à mettre en relation avec le fait que le sujet, en agissant sur le réel, transforme le réel ; « l'activité du sujet n'est pas déterminée mécaniquement par son contexte mais le métamorphose » (*ibid.*, p. 179). Vu que l'activité du sujet se définit à partir des variations :

Pour rester disponibles à ces variations, il leur faut surtout éviter de devoir ré-inventer en permanence leurs moyens d'agir. Pour s'économiser ou encore pour se protéger, ils travaillent donc aussi à stabiliser des dispositions qui puissent organiser durablement leur action. Ils se préparent à l'inattendu en tentant de fixer les attendus de l'action. Ils s'outillent en s'organisant à l'aide d'un stock d'instruments disponibles, d'un répertoire d'opérations possibles et « pré-travaillées. (Clot, 2007, p. 180)

De cette manière, les travailleurs se préparent à l'inattendu, aux situations jamais rencontrées auparavant, en fixant tout d'abord ce qui est attendu pour eux. Nous voyons déjà l'étroite relation existante entre l'invariance et la variation et il est possible d'observer que d'après cette perspective, il ne peut pas y avoir de variation sans invariants, puisque pour être disponible aux variations, il a fallu d'abord stabiliser certains patrons. Cependant, et c'est là un point crucial, la clinique de l'activité soutient que les invariants de l'action ne sont pas à chercher du côté de l'individu en tant que singularité, mais ils doivent être situés du côté du collectif. Ainsi, les schèmes sont compris non pas comme d'emblée individuels, mais sociaux :

En effet, loin d'être d'entrée des attributs personnels du sujet, ils sont d'abord des "patrons" sociaux, des manières de prendre les choses et les gens, encouragées ou inhibées dans un milieu de travail donné. En situation professionnelle, il s'agit d'antécédents sociaux de l'action individuelle, de précédents socialement mémorisés et disponibles mais dont chacun doit réussir à disposer pour organiser son action. (*ibid.*, p. 181).

Nous voyons avec cet extrait que l'auteur parle ici du genre professionnel, de la mémoire collective transpersonnelle du métier qui est retouchée, stylisée par chaque individu, afin de la régénérer. Le schème personnel est compris comme la modulation du genre en tant qu'organisateur collectif. Dans ce sens, le schème individuel de l'action n'est rien d'autre, selon l'auteur, que l'affinement du schème social : « C'est donc à partir de la reconnaissance des variantes du genre professionnel comme organisateur collectif –on pourrait dire comme schème social et générique– que j'en suis venu à regarder le style de l'action comme son développement possible » (*ibid.*).

Cela vient clairement nous montrer que, pour la clinique de l'activité, les schèmes sont d'abord sociaux et ce n'est qu'en se les appropriant, en les retouchant, en les affinant par chaque sujet que l'on arrive au schème individuel. Pour cette approche, il paraît donc clair que dans l'étude de l'organisation de l'activité humaine, il faudrait aller du social vers l'individuel et non pas l'inverse. Bien que genres professionnels et styles organisent l'action du sujet, la clinique de l'activité se situe dans une perspective historico-culturelle marquée par l'histoire des possibles et des impossibles de l'action, et du coup, l'invariance des ces organisateurs de l'activité reste critiquable. Mais, pourquoi ? Parce que selon cette approche, genres professionnels et styles sont relatifs à l'histoire inachevée de l'activité, c'est-à-dire au *réel de l'activité*, à ce réel qui exprime aussi bien ce qui se manifeste que ce qui ne se manifeste pas, mais qui fait pourtant partie de l'activité du sujet. Si c'est présent cela veut dire qu'il est

possible que cela apparaisse en surface à un moment donné, c'est d'ailleurs pour cela que, dans cette perspective, le dernier mot n'est jamais dit et que le dernier acte n'est jamais accompli (Clot, 2005a ; Fernández et Clot, 2010). Ces options inaccomplies ou empêchées à un moment donné (et non pas à jamais) sont encore présentes chez le sujet et continuent à agir en lui. Ainsi, cette histoire inachevée va au-delà du fonctionnement de l'action, il s'agit plutôt du développement de l'activité. C'est sur ce point précis que les discordances entre la théorie des champs conceptuels et celle de la clinique de l'activité sont manifestes.

Pour cette dernière approche, la théorie des champs conceptuels a bien élucidé les mécanismes du fonctionnement de l'action, grâce notamment au concept de schème. En revanche, elle serait beaucoup moins éclairante concernant le développement de l'activité. Du coup, bien que les variations propres à l'activité nécessitent des invariants (comme nous l'avons expliqué auparavant), celles-ci ne seraient pas du tout engendrées par l'invariant. C'est-à-dire que par cette posture, la clinique de l'activité soutient que ce n'est pas le schème qui engendre l'activité du sujet ; la source des variations est à chercher ailleurs, mais surtout pas dans l'invariant. L'invariant est conçu seulement comme un produit de l'expérience répétée des variations, c'est pourquoi cette perspective affirme qu'il n'est pas possible que ce soit lui qui engendre l'activité (Clot, 2007). La source se trouve, d'après l'auteur, dans les échanges que le sujet entretient avec le monde, c'est-à-dire avec les autres et avec les instruments collectifs que le sujet s'approprie, comme par exemple, le genre professionnel. C'est dans ces échanges, dans ces contacts sociaux qui se trouve la source du développement de l'activité et « les invariants eux, réalisent ce développement dans le fonctionnement de l'action en position de ressources. Développement de l'activité et fonctionnement de l'action n'ont pas la même origine » (*ibid.*, p. 182). C'est pour cette raison d'ailleurs, que l'auteur souligne que ce n'est pas le schème qui explique l'activité mais qu'au contraire, c'est l'activité qui est expliquée par le schème.

A ce sujet, et d'ailleurs dans le même ouvrage¹⁹, Vergnaud (2007) observe que variation et invariant sont des concepts qui doivent être compris comme dialectiquement liés ; il n'y a pas l'un sans l'autre. L'auteur affirme que le schème, en tant qu'organisation invariante, engendre bel et bien l'activité dans une classe de situations et que bien qu'il existe des schèmes culturels leur appropriation reste un processus intrasubjectif. D'ailleurs l'auteur souligne (2013b) que le concept d'habitus (Bourdieu, 1980) pourrait être considéré comme un

¹⁹ Nous faisons référence à l'ouvrage Merri, M. (dir.) (2007). *Activité humaine et conceptualisation : questions à Gérard Vergnaud*. Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.

équivalent sociologique du concept de schème, mais que dans les formes d'organisation de l'activité individuelle, une part est toujours propre à l'individu. Ainsi comprise, l'appropriation des *habitus* ou des schèmes culturels est nécessairement individuelle et intrasubjective pour cet auteur, alors que pour la clinique de l'activité, les schèmes sociaux sont retouchés et transformés par le sujet. C'est précisément à partir de cette transformation, de cette stylisation que l'on arrive au schème individuel : « le schème individuel de l'action mérite d'être d'abord vu comme un affinement instrumental –plus ou moins réussi– de son schème social » (Clot, 2007, p. 182).

Nous avons ainsi tenté d'expliciter succinctement les deux débats en voyant que *grosso modo* la différence se situe dans la place accordée au collectif et à l'individuel. Nous pensons que c'est là que réside la différence principale. Mais ce débat ne se termine pourtant pas ici car la didactique professionnelle est aussi intervenue dans cette discussion quelques années plus tard, notamment avec l'ouvrage de Pastré (2011). Dans celui-ci, l'auteur souligne que l'Homme ne peut pas être conçu comme un être qui se développe en permanence, et que de ce fait l'activité humaine passe par des moments de simple fonctionnement et d'autres effectivement de développement. L'auteur critique la position adoptée par Clot (2008) car ce dernier, se basant sur la dimension constructive et productive de l'activité, ne ferait pas de différence entre le développement et le fonctionnement. Ainsi, Pastré (2011) remarque que :

Clot s'engouffre dans la faille qui marque cette ambiguïté et en vient à récuser la distinction entre activité productive et activité constructive [...] Pour lui il n'est pas possible de séparer une dimension productive et une dimension constructive dans l'activité pour la bonne raison que l'activité productive est elle-même source de développement. (p. 101)

Comme nous l'avons vu, les deux perspectives utilisent cette distinction faite par le marxisme, mais il apparaît que la manière de la considérer n'est pas la même selon les approches. L'auteur continue en disant que :

C'est en récusant la distinction entre activité productive et activité constructive que Clot en vient à ne plus faire de différence entre le fonctionnement de l'activité et son développement [...] on pourrait dire que pour l'auteur tout est développement, d'abord et avant tout le fonctionnement lui-même. (*ibid.*)

Par rapport à cette remarque, et à ce qui a été exposé précédemment, nous pensons que la clinique de l'activité fait effectivement une différence entre fonctionnement et développement de l'activité. Clot (2004a, 2007) se questionne et problématise d'ailleurs la question de la source du développement et celle du fonctionnement, ce qui montre que les

deux processus ne sont pas traités comme des synonymes. L'article *Le travail entre fonctionnement et développement* (Clot, 2004a) en atteste largement. Cependant, la didactique professionnelle a une autre posture. Elle reconnaît d'ailleurs que la clinique de l'activité a très pertinemment remarqué que l'activité est adressée mais que ce n'est pas pour autant que cela permet de comprendre le développement dans ses moments de progression et de régression. Comme nous le savons, la didactique professionnelle affirme que des situations facilitent le développement et d'autres le freinent (Mayen, 2008, 2012 ; Pastré, 2008), d'où l'importance accordée à la distinction entre les moments de fonctionnement et de développement.

En tout cas, Pastré (2011) signale que la question des invariants pose l'un des problèmes majeurs, car d'après lui, la clinique de l'activité leur donne une place trop restreinte. Pour l'auteur, le développement ne peut pas être conçu comme un flux constant qui s'arrête seulement lorsqu'il est empêché, cela donnerait une place beaucoup trop grande au social et à autrui. Selon cette perspective, cette place devrait être revisitée. De cette façon, nous observons que beaucoup des points restent encore dans l'obscurité et cela est dû, en partie, à l'interprétation donnée à chaque approche. Finalement, et au-delà des variations, des invariants, des schèmes, du genre professionnel, du style et de tout ce qui a été évoqué, nous pensons que la discordance se situe entre la place accordée au social et à l'individuel. Nous remarquons que, notamment sur cet aspect, ces théories divergent et ce n'est pas un débat actuel.

La place du social dans l'individu et de l'individu dans le social n'est pas nouvelle et il est évident que selon la perspective où l'on se place, le positionnement n'est pas le même. Reste à savoir si les différentes origines épistémologiques de ces auteurs peuvent jouer un rôle dans leur vision de choses. Parmi eux, certains sont plutôt vygotskiens et d'autres plutôt piagétien même s'il faut admettre que tous, sans exception, reconnaissent l'importance majeure de Vygotski et de Piaget ; et que d'autres comme Pastré (2011) expliquent enfin que l'on peut être vygotskien et piagétien à la fois.

Pour finir ce chapitre, nous dirons qu'il est capital d'aller au-delà de la simple distinction individu / société en mettant l'accent plutôt sur les relations complexes qui se tissent entre l'individu et son milieu. Dans ce sens, il faut clairement définir si les deux éléments sont considérés comme séparés l'un de l'autre, comme l'un dans l'autre ou en relation d'interdépendance (Abbey, 2007 ; Valsiner, 1998). Ces questions seront discutées dans le cinquième chapitre de cette première partie où nous exposerons justement notre conception de cette relation, ainsi que de l'activité et des compétences professionnelles.

Avant cela, dans le chapitre suivant, nous nous attarderons spécifiquement sur le concept d'activité. Cela répond au fait qu'après avoir présenté quatre approches différentes, quatre conceptions de l'activité humaine, il nous semble nécessaire d'explicitier le concept d'activité dans le détail, notamment en revenant aux sources de ce concept.

Chapitre 3 : L'activité comme concept clé

Nous aborderons ici le concept d'activité afin de mieux comprendre l'arrière-plan psychique où se construisent les compétences humaines. Grâce aux approches qui ont été explicitées précédemment, nous avons constaté que l'étude des compétences ne peut aucunement faire l'économie de l'étude de l'activité du sujet. De ce fait, il nous semble essentiel de faire appel aux contributions théoriques à l'origine de ce concept.

Tout comme la notion de compétence, le concept d'activité est également très vaste et a été abordé par des approches très différentes tout au long de l'histoire. Bien qu'utilisé par Spinoza et Leibniz, c'est Kant qui lui aurait donné en premier un vrai statut, à travers le mot allemand *Tätigkeit* (Schwartz, 2007). Avec ce terme, que Kant a défini comme « un art caché dans les profondeurs de l'esprit humain » il aurait voulu exprimer « ce pouvoir de rapiècement, de médiation, hautement énigmatique, concernant certaines facultés humaines [...] » (*ibid.*, p. 125).

Plus tard, cette notion a été reprise par Hegel et notamment par le marxisme. Ce dernier lui a donné un sens qui le relie avant tout à la pratique concrète du sujet. Avec l'idée du matérialisme dialectique, selon laquelle l'Homme n'est pas un être passif qui subit les conséquences de son évolution en tant qu'espèce, le marxisme est venu rompre avec les conceptions de l'époque. Dans les *Thèses sur Feuerbach* écrites en 1845, Marx souligne clairement que la réalité doit être comprise comme une activité humaine sensible, comme ce qui relève d'abord de la pratique. Une des critiques faites à Feuerbach est justement qu'il n'a pas été capable de concevoir l'Homme dans son contexte social, dans ses conditions de vie actuelles (Marx et Engels, 1845/1976). Selon Marx, Feuerbach « ne parvient donc jamais à saisir le monde sensible comme la somme de l'activité vivante et physique des individus qui le composent [...] » (*ibid.*, p. 26). Ainsi, l'activité humaine n'est pas comprise par le marxisme comme une simple adaptation de l'Homme à son milieu mais plutôt comme sa transformation ; c'est l'idée qui s'exprime dans la fameuse affirmation de Marx (1867/1978) selon laquelle c'est en transformant la nature que l'Homme se transforme lui-même.

Nous voyons de cette manière que le concept d'activité est présent dans les travaux kantiens, hégéliens et a pris une place importante dans l'œuvre marxiste ; toutefois le terme rencontre une réduction de son utilisation après 1845, car il serait devenu trop large (Schwartz, 2007). L'école russe de psychologie, notamment avec les travaux de Vygotski et de Leontiev, donne au concept d'activité un nouvel essor. D'après cette perspective qui s'inspire du marxisme, l'activité, désignée par le terme *deyatel'nost* (Rivière 1990) n'est pas comprise comme la simple réponse de l'individu à son milieu mais comme la transformation de ce milieu (*ibid.*). Pour aller au-delà du modèle de stimulus – réponse de l'époque, Vygotski développe tout au long de son œuvre une conception de l'Homme fondé sur la médiation instrumentale. Autrement dit, à travers son activité, l'être humain transforme le milieu, et cette transformation se fait à travers des outils et des instruments qui lui ont été donnés par l'environnement social. Ces créations artificielles, qui médiatisent l'activité du sujet et se construisent tout au long de l'histoire humaine, sont par exemple l'algèbre, le comptage, l'écriture, le calcul, les œuvres d'art, les cartes, les plans, et tout particulièrement le langage. Ces outils sont nécessairement sociaux car élaborés entre les Hommes, et se trouvent à l'origine du développement de la conscience. Cette dernière se construit justement à travers les signes dont la caractéristique est de médiatiser la relation du sujet aussi bien avec les autres qu'avec lui-même.

Comme le remarquent Moro et Schneuwly (1997) il est possible de repérer deux phases dans l'œuvre vygotskienne, la première instrumentale et la seconde plutôt sémiotique, puisque le signe y prend un statut particulier. Cependant, nous remarquons à travers les travaux vygotskiens cette idée centrale : l'activité humaine est médiatisée par des outils culturels. Le psychisme humain répond ainsi à une genèse sociale qui prend ses origines à l'extérieur, dans les différents rapports que le sujet développe avec les objets et avec autrui. Ainsi, toutes les activités développées par le sujet se caractérisent par la médiation et l'activité de travail n'est pas une exception :

De même, pour expliquer de manière satisfaisante le travail en tant qu'activité de l'homme appropriée à une fin, nous ne pouvons nous contenter de dire qu'il a pour origine les buts, les problèmes qui se posent à l'homme mais nous devons l'expliquer par l'emploi des outils, par l'application de moyens originaux sans lesquels le travail n'aurait pas pu apparaître ; de même encore la question centrale pour expliquer les formes supérieures de comportement est celle des moyens qui permettent à l'homme de maîtriser le processus de son propre comportement. (Vygotski, 1934/1997, p. 198-199)

Cette importance capitale accordée par Vygotski aux rapports sociaux dans la construction psychique de l'être humain vient, comme nous l'avons dit, de la philosophie marxiste dont l'auteur s'inspire davantage. En effet, quelques décennies auparavant, Marx postulait dans la sixième des *Thèses sur Feuerbach* que : « l'essence humaine n'est pas une abstraction inhérente de l'individu pris à part, dans sa réalité, c'est l'ensemble des rapports sociaux ». Vygotski (1931/1995) a certainement retenu cette sixième thèse au moment de dire :

Modificando la conocida tesis de Marx, podríamos decir que la naturaleza psíquica del hombre viene a ser un conjunto de relaciones sociales trasladadas al interior y convenidas en funciones de la personalidad y en formas de su estructura. No pretendemos decir que ese sea, precisamente, el significado de la tesis de Marx, pero vemos en ella la expresión más completa de todo el resultado de la historia del desarrollo cultural. (p. 104)

Selon cette affirmation la nature psychique de l'Homme repose sur un ensemble de rapports sociaux « extérieurs » conduits « à l'intérieur » du sujet sous forme des fonctions de la personnalité. C'est dans cette thèse, dit-il, que s'exprime le résultat de l'histoire du développement culturel. L'être humain, compris de cette manière, ne serait pas constitué par une quelconque essence individuelle séparée du monde, il se constitue au contraire en tant qu'être social et historique. Avec cette idée, nous observons que le sujet ne peut pas être seulement le résultat de l'évolution et des propriétés physiques de l'organisme, son essence doit forcément provenir de la vie sociale construite entre les Hommes. Cet ensemble des rapports sociaux engendre les activités productives entre eux, et ces activités sont elles-mêmes médiatisées puisque possibles, grâce à la création et à la reprise des moyens artificiels par les générations qui se succèdent au cours de l'histoire. Dans ce sens, le produit de ces activités, tels que les outils, les œuvres d'art, les instruments, les systèmes de signes, les connaissances, etc., se transforment et se transmettent grâce à cet ensemble de rapports sociaux que l'Homme crée et recrée pendant toute sa vie. Si les êtres humains cumulent, transforment et transmettent ses productions culturelles, c'est aussi parce que les générations suivantes vont pouvoir s'approprier ces productions, c'est-à-dire qu'elles les font siennes et à nouveau les transforment et les transmettent pour les nouvelles générations.

Ainsi, et au vu de ce que nous venons d'exposer, l'être humain n'hérite pas seulement et simplement du biologique, son héritage est d'essence historique : « en la medida en que el desarrollo orgánico se produce en un medio cultural, pasa a ser un proceso biológico históricamente condicionado » (Vygotski, 1931/1995, p. 36). Comme il a été souligné par le psychologue russe, le développement organique se produit dans un contexte et c'est justement

pour cette raison que l'héritage biologique est conditionné historiquement. L'Homme doit ainsi s'approprier l'essence historique qui lui a été transmise, et qu'à son tour il va transformer et transmettre. Nous parlerons d'appropriation dans le sens que Brossard (2012) donne à ce concept :

On entend par appropriation l'ensemble d'activités par lesquelles l'individu fait sien ce monde humain : apprendre à se servir des objets usuels, apprendre à lire et à écrire ; à compter, à résoudre un problème d'arithmétique, mais aussi s'emparer des différents rôles sociaux et des multiples formes d'intervention mis à disposition. (p. 98)

Ce processus consiste donc à faire sien le monde à travers les différentes productions culturelles élaborées au fil de l'histoire, et c'est à travers cette appropriation que se forme et se développe le psychisme humain. Dans la perspective vygotskienne, le développement se caractérise justement par la capacité de transformation des activités produites et accumulées sous forme d'échanges sociaux et par l'appropriation de celles-ci. Par ailleurs et comme il a été souligné par Vygotski (1931/1995), le développement humain ne peut être considéré comme une structure fixe, tout au contraire, il est :

[...] un complejo proceso dialéctico que se distingue por una complicada periodicidad, la desproporción en el desarrollo de las diversas funciones, las metamorfosis o transformación cualitativa de unas formas en otras, un entrelazamiento complejo de procesos evolutivos e involutivos, el complejo cruce de factores externos e internos, un complejo proceso de superación de dificultades y de adaptación. (p. 96)

Selon l'auteur, le développement est un processus complexe où s'entrecroisent des processus évolutifs et involutifs, imprégné à la fois de l'idée de transformation et d'adaptation. Ainsi, le développement des fonctions psychiques supérieures n'est pas seulement fondé sur des bases organiques, elles s'appuient davantage sur des bases culturelles et d'après l'auteur, c'est à partir du culturel qu'elles réorganisent et reconfigurent leur base organique. Ces fonctions ont également un caractère dialectique marqué par le fait qu'elles ne sont pas considérées comme statiques, elles se modifient au cours de la vie de l'individu, s'interpénètrent, changent de rôle et ne répondent pas à une logique linéaire. Les fonctions psychiques supérieures trouvent ainsi leurs racines dans les différents échanges, et de ce fait elles apparaissent deux fois au cours du développement : premièrement à un niveau social, c'est-à-dire entre les personnes, et deuxièmement à l'intérieur du sujet lui-même (Vygotski, 1931/1995). Ce passage de l'interpsychologique vers un plan intrapsychologique n'est pas une simple reproduction de l'extérieur vers l'intérieur, c'est avant tout un processus qui implique une réorganisation et une transformation (Rochex, 1997). L'intériorisation en tant que reconstruction interne de l'activité externe (Rivière, 1990) implique ainsi une reprise de

ce que les générations précédentes ont construit et transmis aux suivantes, de leur modes de penser et d'agir sur le monde. Le patrimoine de l'espèce humaine toute entière est donc manifeste dans les différents signes qui médiatisent l'activité du sujet.

Cette idée est également présente chez Leontiev (1976, 1984), psychologue russe, faisant partie de la *troïka* et étant considéré comme l'un des principaux théoriciens de l'activité humaine. En effet, une partie de sa carrière a été réalisée aux côtés de Vygotski et Luria au milieu des années 20, à l'Institut de Psychologie de Moscou. Cependant, au début des années 30, Leontiev part à Kharkov où il donne un nouvel élan à la conceptualisation de l'activité humaine proposée par Vygotski. Bien que partageant plusieurs idées avec ce dernier, sa conception de l'activité et des processus qui la structurent ne serait pas exactement la même que celle du leader de la *troïka*. Ainsi, et en raison de certaines différences théoriques entre les deux auteurs, l'unité épistémologique de l'école historico-culturelle a été remise en question par certains auteurs (Friedrich, 1997 ; Van der Veer et Valsiner, 1991). Quoi qu'il en soit, Leontiev (1976) rejoint sans doute les travaux de Vygotski en établissant que l'activité humaine ne peut être comprise hors des rapports sociaux. Comme le remarque l'auteur :

L'individu est placé devant un océan de richesses accumulées au long des siècles par d'innombrables générations d'hommes, les seuls êtres, sur notre planète, qui soient des créateurs. Les générations humaines meurent et se succèdent, mais ce qu'elles ont créé passe aux générations suivantes, qui multiplient et perfectionnent par leur travail et leur lutte les richesses qui leur ont été transmises et prennent le relai du développement de l'humanité. (1976, p. 259)

Dans cette perspective, le psychisme n'est ni une réponse à un stimulus ni une adaptation passive au milieu ; il est le résultat de la transmission et de l'appropriation de tout ce qui a été acquis par les générations précédentes en termes matériels et idéels. Le développement historique du psychisme humain s'exprime justement par cette appropriation et par la transformation des créations antérieures. Ces mécanismes d'appropriation, de métamorphose, de fixation et de transmission des acquis de l'espèce humaine sont possibles parce que l'activité se caractérise par être avant tout productive. Autrement dit, l'héritage de l'humanité s'exprime par les produits de l'activité créatrice des Hommes, qui, à leur tour, enrichissent et perfectionnent cet héritage, et ainsi évolue le développement historique de l'humanité. L'auteur souligne précisément que : « au cours de l'activité des hommes, leurs aptitudes, leurs connaissances et savoir-faire se cristallisent en quelque sorte dans ses produits (matériels, intellectuels, idéels) » (*ibid.*, p. 257).

Cette cristallisation exprime ainsi l'activité productive des Hommes, qui est tout d'abord une activité extérieure, pratique, qui se transforme et donne naissance à l'activité intérieure du sujet par l'intermédiaire d'un processus d'intériorisation. Ce dernier n'implique pas une reproduction de l'activité extérieure vers l'activité intérieure mais c'est la transformation des processus extérieurs en processus intérieurs, processus qui donne d'ailleurs naissance à la conscience humaine (Leontiev, 1984). L'auteur remarque ainsi que « l'activité intérieure, tout en émanant de l'activité pratique extérieure, ni ne s'en sépare ni ne se situe au-dessus d'elle, mais conserve un lien fondamental et de réciprocité avec elle » (*ibid.*, p. 111). Des passages réciproques incessants s'opèrent ainsi entre l'activité mentale et l'activité pratique, ce qui explique que l'activité en elle-même soit caractérisée par un processus de transformation permanent. Ces passages et transformations répondent au fait qu'aussi bien l'activité intérieure qu'extérieure médiatisent la relation du sujet avec le monde et sont possibles car toutes les deux ont la même structure. C'est justement grâce à elle que l'activité peut être abordée non pas comme une réaction, mais comme un système structuré marqué par des passages et des métamorphoses.

La structure de l'activité est pour Léontiev (1976, 1984) intégrée par des processus tels que les motifs, les actions et les opérations, qui doivent être compris non pas en tant qu'unités déconnectées les unes des autres, mais comme étant en étroite relation. Cette perspective part du principe que pour que l'activité existe, il faut tout d'abord un besoin. Cependant, et comme le souligne l'auteur, le besoin en lui-même ne peut pas orienter l'activité :

[...] le besoin ne peut pas déterminer l'orientation concrète d'une activité, car c'est seulement dans l'objet de l'activité qu'il trouve sa détermination ; il doit pour ainsi dire se trouver en lui. Puisque le besoin trouve sa détermination dans l'objet (il « s'objective » en lui), le dit objet devient motif de l'activité, ce qui le stimule. (1976, p. 99)

Compris de cette manière, l'objet de l'activité en devenant son motif (matériel ou idéal) permet d'orienter l'activité du sujet pour répondre à un besoin particulier. C'est pourquoi dans cette perspective, l'activité est conçue comme un processus qui prend appui et est orienté par un motif, sans lui, il ne peut exister d'activité humaine (Leontiev, 1984). Cependant, ce motif ne coïncide pas toujours avec l'objet des actions réalisées par le sujet ; ces actions, bien qu'orientées vers un but déterminé, ne se réduisent pas à celui-ci car elles sont avant tout impulsées par le motif de l'activité. Finalement, la coïncidence entre les deux reste secondaire et lorsqu'elle existe c'est : « soit que le but acquiert une force motivante autonome, soit que la prise de conscience des motifs les transforme en *motifs-buts* » (*ibid.*, p.

223). L'auteur cite d'ailleurs un exemple qui vient illustrer ces propos, où le motif de l'activité du sujet est de consulter des ouvrages ; pour cela il se fixe comme but d'aller à la bibliothèque et son action est donc celle de se rendre effectivement dans cet espace où il pourra accomplir ce but. Cependant, ce même motif aurait pu orienter la personne vers d'autres actions, comme par exemple, aller chez quelqu'un qui a les ouvrages en question.

De cette manière, un motif peut incarner des actions et des buts différents, et en même temps, une seule action peut répondre à des motifs distincts. Les actions, en tant que processus répondant à un but conscient généralement distinct du motif, ne sont pas isolées de l'activité en elle-même ; au contraire, l'activité de l'Homme se manifeste justement à travers un ensemble d'actions successives. Ainsi, nous ne connaissons l'activité du sujet qu'à partir des actions qu'il réalise, mais cela ne veut pas dire que ces actions expriment l'intégralité de l'activité. D'ailleurs, pour qu'une action puisse atteindre son but, il faut des procédés que l'auteur désigne (1976, 1984) comme des opérations ; celles-ci étant comprises comme les modes d'accomplissement d'une action. Les opérations ont justement la responsabilité de répondre aux conditions dans lesquelles se situe le but de l'action du sujet, mais elles ne sont pas déconnectées de l'activité en elle-même car tout comme les buts et les motifs, les opérations font partie de la structure générale de l'activité.

De cette manière, nous pouvons remarquer que l'activité, les actions et les opérations, bien que séparés en éléments distincts pour leur étude, ne sont pas pour autant détachées les unes des autres. C'est justement cela qui donne une unité à l'activité humaine, qui ne peut exister en dehors des actions par lesquelles elle se manifeste, ni en dehors des moyens d'accomplissement de ces actions. Dans ce sens, l'activité est comprise comme les processus qui répondent à un besoin et qui, pour ce faire, instaurent un rapport entre l'Homme et son environnement. En reprenant le terme allemand *Tätigkeit*, Leontiev désigne exactement dans ce sens ces processus complexes, marqués par la transmission, l'appropriation et la transformation des acquis de l'espèce humaine à travers lesquels le sujet se relie avec le monde concret (Leontiev, 1984). En outre, cet auteur observe que l'activité ne peut aucunement être réduite au comportement du sujet ni à ses processus cérébraux ; elle va bien au-delà des actions et des buts observables car est sur un autre plan de la vie. C'est pourquoi Leontiev affirme que « l'activité visible en cache une autre » (*ibid.*, p. 206), ou encore que l'activité visible n'est qu'une enveloppe d'une autre activité qui relie l'Homme au monde (*ibid.*).

Cette idée capitale proposée par Leontiev, distinguant l'action de l'activité, a d'ailleurs été reprise et élargie dans d'autres domaines et par plusieurs auteurs, notamment par les ergonomes de langue française et par la psychologie du travail qui cherchent à comprendre l'écart entre « travail prescrit » et « travail réel » (Schwartz, 2007). Plus tard, la clinique de l'activité reprendra les travaux de la *troïka*, notamment ceux de Vygotski et de Leontiev, dans le but d'intervenir dans les milieux de travail. Comme nous l'avons vu précédemment, la clinique de l'activité accorde une place primordiale au réel de l'activité, c'est-à-dire à ce qui ne se manifeste pas forcément en surface sous forme d'actions, mais qui est pourtant présent en arrière-plan chez le sujet. L'action n'est finalement qu'une partie de ce qui aurait pu être réalisé. Dans ce sens, et par rapport à l'activité du sujet, Clot (2011) signale que « son activité réalisée, autrement dit, son action, contient d'autres réalisations possibles du réel de l'activité. On aurait ainsi défini les rapports entre activité et action. L'action, comme activité réalisée est une composante de l'activité » (p. 19). Nous comprenons ainsi que l'activité et l'action ne se superposent pas, et surtout que l'activité du sujet ne peut se réduire à son action, c'est-à-dire à son activité réalisée. Cette idée forte, léguée parmi d'autres par Leontiev, est d'une extrême importance pour l'analyse des situations professionnelles.

Enfin, l'héritage épistémologique et théorique laissé par Leontiev a été repris par le chercheur finlandais Engeström (1987, 1999), qui a approfondi ces travaux en les orientant vers une nouvelle direction. Cet auteur souligne entre autres, que l'activité humaine doit être envisagée comme un processus issu du contexte, médiatisé par la culture, et dont la formation est déterminée par des processus historiques (Engeström, 1987). Dans cette perspective, l'activité est comprise dans une structure systémique, où l'importance est accordée à son objet en tant qu'élément qui donne du sens à l'activité et aux moyens par lesquels elle se réalise. Celle-ci n'est pas comprise comme un phénomène isolé, mais en interaction permanente avec d'autres activités ; d'où l'aspect dynamique et changeant souligné par cette approche. Dans ce sens, et tout comme Leontiev et la clinique de l'activité, Engeström (1987, 1999) souligne que l'activité s'insère dans un système d'activités collectives qui ne peut aucunement être réduit à la somme d'actions individuelles. Ces actions s'expliquent à travers le modèle systémique des activités humaines, mais doivent être cependant distinguées de ces dernières.

De cette manière, nous pouvons voir que la conceptualisation faite par Vygotski à propos de l'activité humaine, a été reprise et retravaillée par Leontiev qui, à son tour, laisse un immense héritage théorique, réapproprié ensuite par d'autres perspectives. Tous ces travaux montrent le rôle primordial du contexte dans la formation du psychisme humain et de

l'activité humaine, cette dernière étant le processus qui permet à l'Homme d'agir sur le monde en le transformant et au même temps, en se transformant à lui-même. Nous pensons que tous ces travaux attestent eux-mêmes que l'être humain transmet, s'approprie et modifie l'héritage de l'humanité en assurant ainsi son développement. Finalement les contributions de ces approches viennent montrer que ce que l'Homme crée en termes matériels et idéels fait toujours l'objet d'une reprise et d'une métamorphose qui améliore (ou perfectionne, dirait Leontiev, 1976) le patrimoine de l'espèce humaine.

Ces contributions nous permettent ainsi de comprendre les processus qui organisent l'activité du sujet, à travers laquelle s'expriment les compétences humaines. Ces travaux nous servent également d'appui pour développer notre propre conception des compétences professionnelles, qui sera exposée par la suite. Avant cela, nous ferons référence à une autre approche particulièrement précieuse à cette étude, puisqu'elle concerne les travaux réalisés dans le champ de l'interculturalité. Ainsi, nous verrons comment les compétences professionnelles sont comprises par cette perspective qui met l'accent sur les aspects culturels et linguistiques de l'être humain.

Chapitre 4 : Compétences culturelles, interculturelles et linguistiques : une approche vers la reconnaissance de la diversité

Dans ce chapitre nous aborderons les compétences professionnelles à partir d'une autre perspective qui s'inspire des travaux réalisés dans le domaine de l'interculturalité. Nous pensons que cette approche est pertinente dans notre travail, car bien qu'elle ne mette pas l'accent sur l'organisation de l'activité, elle s'intéresse à la rencontre interculturelle et linguistique et au soin interculturel dans les situations professionnelles. De plus, plusieurs de ces contributions ressortent directement du champ de la pratique professionnelle dans le domaine de la santé, et au vu de notre objet d'étude, nous avons considéré que nous ne pouvions pas faire l'économie de ce cadre théorique.

Comme nous l'avons montré auparavant, le concept de compétence est un concept polysémique dont la conception dépend en grande mesure de l'approche où l'on se situe. Par ailleurs, il n'y a pas non plus de consensus ici puisque certains auteurs parlent de compétence culturelle (Cross et al., 1989), d'autres de compétences interculturelles (Abdallah-Pretceille, 1996 ; Marandon 2008 ; Windmüller, 2010), et d'autres encore d'approche interculturelle (Cohen-Emerique, 2011). Nous verrons ainsi à quoi font référence ces concepts et comment

ceux-ci peuvent nous aider à comprendre les relations soignant-soigné dans le contexte frontalier Uruguay-Brésil.

Aborder les compétences professionnelles à partir de cet angle implique de donner une place centrale à la culture de chaque individu, sans pour autant le réduire à celle-ci. Autrement dit, il s'agit de comprendre le cadre culturel du sujet sans tomber dans le *folklorisme*, ni dans les descriptions superficielles où le sujet est réduit à l'ensemble de caractéristiques de la culture (ou des cultures) à laquelle il appartient. Lorsque nous nous intéressons au concept de culture, nous pouvons remarquer que nous sommes à nouveau devant un concept vaste et polysémique. Il a été travaillé par des nombreuses approches théoriques et rendre compte de chacune d'entre elles ici ne serait pas possible. Nous en avons choisi seulement quelques-unes afin de donner un bref aperçu de cette notion, dont la première utilisation se rattache au philosophe romain Cicéron dans sa fameuse métaphore *cultura animi philosophia est*²⁰.

Cette notion est définie par Abou (1986) comme « l'ensemble de manières de penser, d'agir et de sentir d'une communauté dans son triple rapport à la nature, à l'homme, à l'absolu » (p. 30). C'est ainsi qu'à l'intérieur d'une communauté donnée, les individus élaborent consciemment et inconsciemment leur expérience culturelle qui est toujours une expérience singulière. Dans le champ de l'interculturalité, nous retenons les apports de Camilleri (1989) qui souligne que :

La culture est l'ensemble plus ou moins lié des significations acquises les plus persistantes et les plus partagées que les membres d'un groupe, de par leur affiliation à ce groupe, sont amenés à distribuer de façon prévalente sur les stimuli provenant de leur environnement et d'eux-mêmes, induisant vis-à-vis de ces stimuli des attitudes, représentations et comportements communs majoritairement valorisés, dont ils tendent à assurer la reproduction par des voies non-génétiques. (p. 27)

Nous comprenons ainsi que la culture dote l'individu d'un système particulier de significations qui déterminent en quelque sorte ses représentations du monde et ses comportements. Ainsi, se confronter à des sujets qui ne partagent pas la même identité culturelle peut amener à des malentendus, en raison de l'absence de significations culturelles partagées. Si à cela nous ajoutons le manque de références linguistiques partagées, la communication pourrait se voir compromise entre les sujets en question.

²⁰ « La philosophie est la culture de l'âme ». Le terme latin « *cultura* » était rattaché à l'agriculture ; il désignait l'activité de cultiver la terre. Cicéron utilise ce mot pour rendre compte de tout ce qui est fécond pour l'enrichissement et le développement de l'esprit humain.

Ce point nous intéresse tout particulièrement car nous pensons que les professionnels de santé, selon le contexte où ils travaillent, peuvent rencontrer des difficultés culturelles et linguistiques plus ou moins importantes. Les barrières dues à la culture et à la langue peuvent rendre difficile la prise en charge des patients ou peuvent empêcher que celle-ci soit adaptée et efficace. Cette situation pourrait donc amener à des incompréhensions et à des difficultés non seulement entre deux personnes de pays différents mais aussi entre des personnes qui, bien que compatriotes, peuvent ne pas partager les mêmes références culturelles et/ou linguistiques.

Comme nous le verrons dans la deuxième partie de ce travail, le fait d’habiter dans un espace frontalier qui fonctionne comme un ensemble unique marqué par de forts échanges entre les deux pays, fait que la population frontalière est amenée, à certains moments, à se faire soigner dans le pays voisin. Par conséquent, dans cette étude nous rencontrons principalement deux cas de figure : d’une part, les patients peuvent être originaires du pays voisin et dans ce cas le soignant a affaire effectivement à un patient culturellement et linguistiquement différent de lui-même, d’autre part, notamment si nous nous situons du côté uruguayen de la frontière, le professionnel peut avoir affaire à des patients qui même en étant originaires de son pays, peuvent avoir une autre langue de communication ou encore, avoir un cadre culturel « frontalier » (Bento, 2012 ; Bentancor, 1989, 2009 ; Pérez-Caraballo, 2011). Autrement dit, les professionnels de santé de l’espace frontalier étudié travaillent dans un contexte marqué par l’hybridisme culturel, social et linguistique. Il s’agit donc de comprendre comment ces professionnels s’y prennent dans les différentes situations rencontrées afin d’assurer une prise en charge adéquate, malgré les facteurs contextuels.

En adoptant une perspective interculturelle où l’accent est mis sur les interactions et les transformations produites par les contacts culturels, nous pensons qu’il est possible de mieux comprendre les enjeux présents dans ce type d’espaces. Nous avons choisi de retenir la proposition de Clanet (1990) parmi les diverses conceptions qui existent à l’égard de l’interculturalité, qui est selon lui : « l’ensemble des processus –psychiques, relationnels, groupaux, institutionnels...– générés par les interactions des cultures, dans un rapport d’échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d’une relative identité culturelle des partenaires en relation » (p. 21). C’est donc une approche qui s’intéresse à la rencontre et à l’interaction des cultures différentes et aux transformations psychiques produites par ces échanges. Nous pensons que le degré de différence culturelle doit également être pris en compte puisque l’interaction qui peut s’établir, par exemple, entre un uruguayen et

un brésilien de la frontière, ou entre un uruguayen du sud et un brésilien du nord, n'est pas du tout la même.

En tout cas, l'interculturalité ne doit pas être confondue avec le multiculturalisme, ce dernier impliquant « une situation où se côtoient une multiplicité de personnes ou de groupes porteurs d'identités différentes, sans que cela implique des contacts entre eux » (Cohen-Emerique, 2011, p. 49). La différence est ainsi établie : dans un cas il y a un contact, une interaction, alors que dans l'autre cas il n'y en a pas. Cependant, il faut admettre que pour qu'une rencontre interculturelle puisse avoir lieu, il faut d'abord avoir une situation multiculturelle. Dans ce sens, il n'y a pas d'interculturel sans multiculturel mais l'inverse n'est pas forcément vrai.

Ce cadre ayant été posé, nous présenterons dans le sous-chapitre suivant, les différentes conceptions des compétences culturelles et interculturelles, en montrant justement l'importance de ces compétences dans les situations où la diversité culturelle et linguistique est présente.

4.1 Les compétences culturelles et interculturelles

Nous aborderons ici certaines approches théoriques concernant les compétences culturelles et interculturelles ainsi que leur manière de les concevoir. Pour commencer, nous dirons que la connaissance d'une langue ou d'une culture n'implique pas forcément la compréhension d'autrui. A ce sujet, Abdallah-Pretceille (1996) signale que de toute façon « la question demeure de savoir s'il faut apprendre à connaître d'autres langues ou d'autres cultures, ou apprendre à comprendre l'Autre, à travers notamment sa langue et sa culture (ses langues et ses cultures) ? » (p. 31). L'expression *apprendre à comprendre l'autre* utilisée par l'auteur nous semble extrêmement pertinente car nous avons pu voir, à travers d'autres recherches (Pérez-Caraballo, 2010, 2011), que la difficulté principale semble résider justement à ce niveau-là. Il ne suffit pas de savoir que l'autre porte en lui une culture et/ou une langue différente, l'essentiel, c'est une vraie volonté de la part du sujet de vouloir comprendre l'autre en tant que différent de lui-même. Plus que la volonté, il s'agit d'une ouverture à l'apprentissage et à la diversité.

Dans cette perspective, pour comprendre autrui, il faut d'abord sortir de soi-même, c'est-à-dire qu'il faut pouvoir se décentrer, et ce faisant, il serait possible de se placer du point de vue d'autrui. Pour cela, il est nécessaire de faire appel à la communication verbale et non-

verbale, au désir d'apprendre des personnes culturellement différentes, entre autres (Cohen-Emerique, 2011). Cela dit, il apparaît que pour *apprendre à comprendre l'autre*, il soit nécessaire de développer une série de compétences qui permettent effectivement de le faire. Ces compétences, appelées parfois culturelles (Cross et al., 1989), parfois interculturelles (Abdallah-Pretceille, 1996 ; Marandon 2008 ; Windmüller, 2010) joueraient un rôle essentiel dans cette compréhension.

En ce qui concerne les compétences culturelles, il n'existe pas de consensus pour pouvoir les définir, ce qui nous place devant le même cas de figure que lors de notre tentative de définir le concept de compétence au début de ce travail. Non seulement nous avons affaire à une multiplicité de définitions mais aussi à une diversité d'approches théoriques. Les apports que nous exposerons ici sont issus du champ de la psychologie, des sciences du langage, de la sociologie et du travail social. Malgré l'absence de consensus, nous avons remarqué que dans la littérature existante à ce sujet, c'est généralement la définition proposée par Cross et al. (1989) qui est retenue. L'approche développée par cet auteur nous semble particulièrement pertinente, non seulement parce qu'il est une référence mondiale en compétences culturelles, mais aussi parce que c'est lui le fondateur et le directeur de la National Indian Child Welfare Association (NICWA)²¹. Cette association située à Portland, Oregon, travaille pour le bien-être et la protection des enfants d'origine amérindienne. Diplômé en sciences politiques, en sociologie et en travail social, Cross propose une théorie qui tend vers *un système de soin culturellement compétent*²². Selon l'auteur, les compétences culturelles sont un ensemble cohérent de comportements, d'attitudes et de politiques qui s'intègrent dans un système, une organisation ou entre des professionnels, et qui habilitent ce système, cette organisation ou ces professionnels à travailler de façon efficace dans des situations interculturelles. Ce système qui vise des soins culturellement compétents, met l'accent sur la diversité de cultures, s'évalue lui-même sur le plan culturel –c'est-à-dire qu'il tient compte de ses propres références culturelles– et reconnaît que l'interaction entre cultures amène toujours à une dynamique singulière (*ibid.*). De cette manière, les professionnels s'insérant dans un système culturellement compétent doivent être capables de s'adapter aux besoins spécifiques du patient malgré les différences culturelles.

²¹ <http://www.nicwa.org/>

²² Cross et al. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care, 1*. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.

Cela rejoint les travaux de Windmüller (2010), et bien que ceux-ci soient dans le domaine des sciences du langage, nous trouvons que plusieurs liens peuvent être faits. Avec cette approche nous voyons qu'il existe une étroite relation entre la compétence culturelle, interculturelle, et de communication. L'auteur souligne que la compétence culturelle serait avant tout « un champ de savoirs thésaurisés » (p. 135) ; ce champ de savoirs, étant lui-même issu de la culture, ferait référence aux pratiques propres d'une culture donnée. Cependant, la compétence culturelle ne peut pas être réduite aux savoirs qui se réfèrent à la société, à l'économie, ou à l'art de telle ou telle culture. La compréhension des *mentalités collectives* doit être surtout mise en avant, car la compétence culturelle nécessiterait la prise en considération de certains aspects sociologiques et anthropologiques. Ce sont justement ces aspects qui servent « de cadre de référence sémantique dans la production et l'interprétation langagière et sur l'acquisition de composantes sociolinguistiques spécifiques des situations de communication » (*ibid.*). Dans cette perspective, la compétence culturelle est comprise comme une composante de la compétence de communication car elle est constituée d'un ensemble de connaissances implicites qui guident les interactions verbales entre des sujets culturellement différents.

Nous remarquons que pour cette approche, la compétence culturelle est forcément reliée aux questions qui touchent à la communication mais rien ne nous est dit, mise à part que ce sont de connaissances implicites, à propos de la manière d'aborder ces situations par le sujet. C'est pourquoi l'auteur propose la définition de compétence interculturelle comme étant « une démarche qui tend vers la compréhension et la reconnaissance des cultures dans leur diversité en s'appuyant sur une approche cognitive du système de références maternelles de l'apprenant » (*ibid.*, p. 136). La compétence interculturelle met ainsi l'accent sur la compréhension et la reconnaissance d'autrui dans sa diversité. Dans cette perspective c'est seulement en tenant compte de son propre cadre de référence et en ayant une démarche de reconnaissance d'autrui, que la décentration pourra avoir lieu. L'importance est, avant tout, de pouvoir donner une place à l'autre en tant que sujet forcément différent de soi-même afin que la communication avec celui-ci ne soit pas seulement modulée par les connaissances que l'on a sur sa culture.

C'est d'ailleurs ce que remarque Abdallah-Pretceille (1996), pour qui il faut aller au-delà d'une simple approche culturaliste pour arriver enfin à une approche interculturelle. Pour l'auteur, la compétence culturelle :

[...] suggère un discours d'attribution et de catégorisation, et produit même un artefact qui à son tour justifie les analyses culturalistes. Dans une perspective de compréhension de la communication en situation de pluralité linguistique et culturelle, un tel savoir est inefficace et, au contraire, risque d'occulter la réalité (non pas de la culture mais des processus culturels en jeu). (p. 32)

Nous voyons de cette manière le risque de se situer uniquement dans une démarche culturaliste, où la connaissance profonde de l'autre pourrait finalement ne pas avoir lieu. En outre, l'auteur signale que bien que les connaissances culturelles soient nécessaires, elles ne sont pas suffisantes pour comprendre les enjeux culturels présents dans l'interaction entre les individus. Ainsi, si l'on enferme la compétence culturelle dans cette vision liée à la catégorisation, les paramètres culturels des sujets sont surévalués. Cela ne permettrait pas de comprendre toutes les dimensions présentes dans une situation marquée par la rencontre entre cultures. Il paraît clair que la mise en avant des aspects strictement *folkloriques* d'une culture n'est pas une démarche qui conduit à la reconnaissance ni à la compréhension de l'autre dans sa globalité.

C'est d'ailleurs ce que constate Cohen-Emerique (2011) en critiquant les modèles qui mettent l'accent sur la connaissance d'une culture spécifique, où finalement la reconnaissance et la prise en compte de la différence ne sont pas du tout présentes. Dans ce sens, ces modèles se limitent tout simplement à donner des recettes toutes faites du genre « comment travailler en Chine » ou encore « comment négocier au Moyen-Orient » (*ibid.*). Nous pensons qu'effectivement ce type d'approche peut enfermer le sujet dans un système où non seulement sa subjectivité et son individualité ne sont pas prises en compte (avec des affirmations du type « les asiatiques sont tous pareils ») mais en plus, il n'y a pas vraiment une démarche de compréhension d'autrui dans son intégralité. En ce sens, nous pensons qu'il est nécessaire de rester vigilant à l'égard des recettes trop rapides, des descriptions trop succinctes ou des folklorismes trop simplistes.

En conséquence, la question qui se pose est de savoir comment aller au-delà de ces modèles culturalistes ou de la propre compétence culturelle. A ce sujet Abdallah-Pretceille (1996) explique que : « entre le “zéro culturel” [...] et le “tout culturel”, entre une dévalorisation et une survalorisation, la marge de manœuvre est étroite, d'où la nécessité de développer une compétence interculturelle » (p. 36). L'idée est justement de réussir à se défaire des typicalités culturelles simplistes pour aller vers la compréhension de la singularité propre à chaque être humain. C'est de cette manière que le risque de laisser le sujet prisonnier d'un cadre culturel trop restreint, qui ne le prendrait que partiellement en compte, est réduit.

C'est pourquoi l'auteur observe qu'il faut bien distinguer les deux approches –culturaliste et interculturelle– car leurs intérêts et leurs manières de concevoir l'être humain ne sont pas exactement les mêmes.

De cette façon, il semble clair que l'approche interculturelle, et la façon qu'elle a d'envisager la compétence interculturelle, va bien au-delà de l'approche culturaliste car elle fait appel à des processus (et non pas seulement à des descriptions) qui sont mis en œuvre par le sujet afin de bien comprendre la situation où plusieurs cultures sont présentes. L'important est qu'en se décentrant de sa propre culture, le sujet puisse entamer un processus psychique qui lui permette de donner un sens plus précis et moins *folklorique* à la situation rencontrée.

Cependant, pour certains auteurs notamment Cohen-Emerique (2011), parler de compétence interculturelle comporte des limites importantes. Comme nous l'avons vu, il est souhaitable d'aller de la compétence culturelle vers la compétence interculturelle, mais pour cet auteur il faut encore faire un pas en avant et ne pas parler de compétence, mais d'approche interculturelle. Pourquoi devrions-nous assumer cette posture ? Parce que d'après cette psychologue clinicienne, devenue spécialiste dans les questions relatives aux relations interculturelles, les compétences interculturelles font plutôt appel à une simple capacité à communiquer avec des personnes d'origines culturelles différentes. Ainsi, la compétence interculturelle née dans les années 90 aurait été utilisée comme critère pour choisir les personnes capables de s'adapter le mieux, si un travail à l'étranger leur avait été proposé. Dans ce cas, l'idée était de « mesurer » ce type de compétences, comme n'importe quelle autre capacité qui pourrait être requise pour effectuer un travail hors de son pays d'origine.

Comme l'explique l'auteur : « ces compétences ne sont que des portraits-robots de personnes capables d'ouverture à une autre culture et d'adaptation à un nouveau pays : sont exclus et les contextes dans lesquels se déroulent la communication et les statuts de ses protagonistes » (p. 166). Dans ce sens, ces compétences ne seraient pas en mesure d'expliquer les processus qui sous-tendent la capacité d'ouverture, de respect ni de tolérance vis-à-vis de la différence culturelle. Les compétences interculturelles ne se révéleraient pas non plus suffisantes pour expliquer les enjeux présents dans des situations où, par exemple, les professionnels travaillent dans leur propre pays d'origine auprès des migrants et non à l'étranger.

A cela, nous ajouterions également le cas des sujets qui travaillent dans leur pays d'origine auprès de personnes de leur propre pays, mais dont le cadre culturel pourrait ne pas

être le même. Nous pensons aux professionnels de santé qui, en travaillant à la frontière entre deux pays, sont confrontés non seulement aux sujets qui habitent dans le pays voisin mais aussi à des compatriotes, sans que cela implique forcément un partage de références culturelles et/ou linguistiques. Par exemple, un professionnel provenant du sud de l'Uruguay, où la culture a certaines caractéristiques européennes et où l'espagnol est strictement le standard, pourrait rencontrer des différences avec un patient uruguayen comme lui, mais qui provient d'une région frontalière marquée par une culture hybride²³ et par l'utilisation d'un dialecte appelé Portugais de l'Uruguay. De même, nous pourrions imaginer qu'un professionnel brésilien provenant d'une ville du sud du pays, où la culture allemande et italienne sont très présentes, ne partagera pas exactement les mêmes références culturelles avec une personne venant de l'Amazonie par exemple.

Quoi qu'il en soit, l'approche interculturelle proposée par cet auteur a l'avantage d'être une perspective dynamique qui prend en compte aussi bien le contexte dans lequel se déroule l'interaction, que les différents statuts des acteurs concernés dans cette interaction. Ainsi, l'approche interculturelle est un modèle qui peut s'adapter aux différentes populations au-delà de leurs origines, et qui permet de développer des comportements favorisant le respect et la tolérance vis-à-vis de la diversité culturelle.

Mais concernant la compréhension de la culture d'autrui à partir des comportements qui favorisent la diversité, comment est-ce que l'approche interculturelle atteint ses objectifs ? Elle le fait notamment en s'appuyant sur trois démarches : la décentration, la découverte du cadre de références de l'autre et la négociation-médiation. En ce qui concerne la première, Cohen-Emerique (2011) souligne qu'il s'agit d'un processus permettant de prendre distance de soi-même. Par cette démarche, le sujet prend conscience de son propre cadre de références qui est associé à sa nation, religion, profession, ses institutions d'appartenance, etc., en évitant ainsi les jugements de valeur vers d'autres cultures. De plus, cette attitude permet de lutter contre le racisme, si présent dans les nombreux contacts culturels qui s'établissent dans le monde.

Dans le cas des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux, leur formation les initie déjà à réfléchir sur leur propre implication dans la relation qui s'établit avec la patiente. C'est-à-dire qu'une réflexion de ce type a déjà eu lieu mais la décentration va lui demander un

²³ Comme nous allons l'expliquer dans les aspects contextuels de cette recherche, la culture présente à la frontière Uruguay-Brésil pourrait bien être qualifiée d'hybride dans le sens que c'est un espace qui est perçu comme n'appartenant ni à l'Uruguay ni au Brésil, qui a ses propres pratiques culturelles et ses propres caractéristiques.

effort en plus, un effort qui implique « de réfléchir sur “sa culture subjective, intériorisée” ou du moins sur la part qui est impliquée dans le choc culturel. C’est pourquoi ce processus, difficile à mener à bien seul, demande, en plus d’une capacité à l’auto-réflexivité, un apprentissage » (*ibid.*, p. 167). Cela vient poser la question de la formation professionnelle car si cela demande un apprentissage, il paraît important que soient développées des formations où les professionnels puissent travailler ce type de question. Cela pourrait aider le professionnel, qui travaille avec un public issu de diverses cultures, à repérer les incompréhensions pouvant se manifester dans la rencontre soignant-soigné. C’est en portant son attention sur ces aspects que la relation de confiance avec le patient peut être facilitée, et ainsi amener à une prise en charge plus efficace.

La deuxième démarche décrite par l’auteur est la découverte du cadre de référence de l’autre. Elle se révèle complémentaire de la démarche décrite précédemment. D’après l’auteur, bien que la décentration soit essentielle, elle ne constitue qu’une partie dans la compréhension des sujets provenant d’autres cultures. Pour cette raison, il est important que le cadre de référence de l’individu soit également pris en compte. C’est justement la découverte de ce cadre qui amènerait à une reconnaissance de ce qu’il est et de ce qu’il porte en lui au niveau culturel, linguistique et subjectif. Pour cela, le professionnel devrait être capable de développer une attitude d’ouverture, où l’écoute et un vrai intérêt pour autrui soient au rendez-vous. Même s’il n’y a pas un partage de références de l’autre, l’important est de les découvrir et de les reconnaître, c’est aussi cela ce qui amène au respect d’autrui et à la construction d’une relation de confiance.

Enfin, la troisième démarche est la négociation et la médiation culturelle. A ce sujet il existe une abondante littérature que nous ne pourrions pas traiter ici, mais dont nous voudrions évoquer quelques éléments. La médiation culturelle est une pratique qui s’est surtout développée en Europe, au Royaume-Uni et au Canada, elle est née dans le but de donner une réponse aux besoins communicationnels des populations venues d’ailleurs, et qui rencontrent des difficultés face au travailleur social ou au professionnel de santé. Le fait même que cette pratique soit née implique en soi une reconnaissance de la diversité. Le but est que les patients aient à leur disposition des intermédiaires de la même culture, et qui puissent mieux communiquer avec l’équipe soignante. Bien que leur intervention soit recommandée par le Conseil de l’Europe, il faut souligner qu’aujourd’hui les interventions dans ce domaine paraissent peu nombreuses, peut-être aussi parce que les médiateurs culturels n’ont pas un diplôme qui les reconnaissent en tant que professionnels. Cependant, ces acteurs pourraient

être essentiels dans la compréhension du patient et pourraient améliorer la communication avec le soignant. C'est également une manière de reconnaître l'autre et de trouver un terrain d'entente dans la relation soignant-soigné. Comme l'observe Cohen-Emerique (2011) « négociier, c'est entreprendre, par une série d'échanges de points de vue, de démarches, de trouver ensemble –professionnel et usager– une voie où chacun se voit respecté dans son identité et ses valeurs tout en se rapprochant de l'autre » (p. 380).

Nous remarquons ainsi que les trois démarches qui composent l'approche interculturelle esquissée par cet auteur vont vers la compréhension, le respect, la tolérance et la reconnaissance de l'autre, sans l'enfermer dans sa culture, en essayant de comprendre ses singularités. Il paraît essentiel que, pour pouvoir développer des compétences interculturelles, il faut avant tout avoir une posture d'ouverture à la diversité et à l'autre en tant que différent de soi-même. C'est dans ce sens que Marandon (2008) souligne que l'important est d'avoir une conscience culturelle, une conscience interculturelle et une sensibilité interculturelle. La première serait essentielle dans la compréhension de la culture de l'autre ; la deuxième reconnaît l'importance de la diversité culturelle et des conséquences que cette diversité amène sur le plan individuel et relationnel ; enfin, la sensibilité interculturelle est capitale pour sortir de l'ethnocentrisme que souvent est à l'origine de la discrimination. Dans ce sens, la compétence interculturelle doit permettre une compréhension profonde et fine à la fois du vécu du sujet. Comme le souligne l'auteur, qui travaille depuis des nombreuses années dans le champ de la psychologie interculturelle, ni l'accompagnement ni l'empathie ne sont suffisantes et ne peuvent remplacer la compétence interculturelle en tant que compréhension approfondie de l'autre.

Nous avons pu voir avec les différentes approches présentées ici que la compétence culturelle et interculturelle peuvent être appréhendées de différentes manières. Ce qui paraît clair est que la compétence culturelle en tant que simple description ne suffit pas à une vraie compréhension de la subjectivité d'autrui. Hormis la définition de Cross et al. (1989), nous la concevons plus comme un manuel ou un stéréotype que comme une compétence. Dans ce sens, la compétence culturelle, souvent enfermée dans une approche culturaliste, ne permettrait pas toujours d'aller vraiment vers la connaissance et la reconnaissance de l'autre dans son intégralité. La compétence interculturelle fait un pas en avant, elle dépasse pour ainsi dire la compétence culturelle car il s'agit d'une démarche réflexive qui, en plus de se donner comme but une vraie compréhension de l'autre, amène le sujet à une compréhension et à une réflexion sur son propre cadre culturel.

Bien que certains auteurs parlent de compétence interculturelle et d'autres d'approche interculturelle, nous trouvons pertinent de garder le terme de compétence. Pourquoi ce terme serait-il plus pertinent ? Parce que bien que nous connaissions les confusions et les limites du terme « compétence », c'est un concept qui revient la plupart du temps à nous montrer qu'il s'agit d'une manifestation de l'activité du sujet, qui cherche à traiter efficacement les différentes situations rencontrées.

Ces aspects ayant été exposés, nous allons voir maintenant comment les compétences culturelles et interculturelles sont abordées dans le domaine de la santé. Bien que certains éléments ont été convoqués dans ce sous-chapitre, c'est dans le suivant que nous traiterons la question plus en profondeur.

4.2 Les compétences culturelles et interculturelles dans le domaine de la santé

Comme nous venons de le voir, les compétences culturelles et interculturelles dans le domaine de la santé deviennent essentielles lorsque les professionnels travaillent avec un public dont le cadre culturel n'est pas forcément le même que le leur. La méconnaissance du cadre culturel de l'autre peut devenir une source de conflit et de malentendus et lorsque cela arrive, la confiance entre le professionnel et le patient peut être vite compromise. Ainsi, si le soigné n'a pas confiance dans le professionnel auquel il livre ses difficultés physiques ou psychiques, le suivi du patient peut également se voir sérieusement compromis. Dans ce cadre, nous pouvons penser que la méconnaissance du patient au niveau culturel et linguistique peut aboutir à une prise en charge inadéquate car pas en relation avec les vrais besoins du patient. Pour cette raison il est essentiel que les professionnels de santé puissent se décentrer, en réfléchissant à leur propre cadre culturel, afin d'aller vers une compréhension et une reconnaissance de celui des patients.

Cette thématique, concernant le développement de compétences culturelles et interculturelles dans le domaine de la santé, est très répandue au Canada où cette question a pris une place centrale. L'apparition de la notion de compétence culturelle dans ce pays date des années 90 lorsque les services de santé ont commencé à s'intéresser tout particulièrement à cette affaire. Cependant et comme le signale Aucoin (2008), la question des aspects culturels des soins de santé était déjà soulevée dans le pays dans les années 70. A cette époque, les professionnels de santé avaient déjà remarqué que certaines barrières aussi bien linguistiques que culturelles pouvaient influencer d'une manière négative la prise en charge du patient. Ils avaient pu faire ces constats à partir de l'expérience de prise en charge des

immigrés et réfugiés dont le cadre culturel différait considérablement de celui de la société d'accueil, en plus de leurs connaissances très limitées en anglais.

C'est ainsi que les professionnels de santé auraient commencé à se pencher sur cette question, afin d'apporter une solution aux différentes difficultés qui étaient liées à ces populations venues d'ailleurs. Il s'agissait notamment de

[...] passer d'un paradigme purement biologique de la maladie à une vision plus biopsychosociale; faire exprimer les patients sur la perception de leur maladie et de ses causes; expliquer la pathologie, le diagnostic et le traitement dans des termes compréhensibles pour le patient; négocier un plan de traitement avec le patient qui satisfasse à la fois les exigences professionnelles du praticien et les valeurs et préférences des patients. (Aucoin, 2008, p. 4)

Comprendre les choses de cette manière venait montrer à l'époque qu'aussi bien le professionnel que le patient ont leur propre cadre culturel et qu'il fallait en prendre conscience. C'est notamment dans les années 2000 que certains chercheurs se sont intéressés à la question des compétences culturelles et linguistiques et que certains travaux commencent à affleurer dans le domaine.

Parmi eux, nous retrouvons notamment Bowen (2000), chercheur à l'Université d'Alberta au Canada, qui explique que la compétence culturelle consiste à proposer des soins qui répondent de manière efficace aux différents besoins des patients et de leur famille. L'auteur souligne qu'il est essentiel de tenir compte du contexte culturel, linguistique, éducationnel et socio-économique à l'heure de la prise en charge. Ainsi, pour être un professionnel culturellement compétent, l'auteur signale qu'il est capital de prendre conscience de son propre système de valeurs, du concept de culture et de leur importance dans le domaine de santé. Nous remarquons que cette vision rejoint ce que nous avons exposé auparavant : l'important est que le professionnel ait une posture d'ouverture et de décentration s'il veut devenir culturellement compétent.

A partir des années 80 aux Etats-Unis, le concept de compétence culturelle dans le domaine de la santé prend de plus en plus d'importance, notamment auprès des populations afro-américaines et hispaniques, affectées lourdement par la discrimination. Pour répondre aux discriminations raciales, le gouvernement américain a créé plusieurs organisations fédérales. Elles ont pour but le traitement de cette question afin de pouvoir proposer des soins plus équitables. Autrement dit, il s'agit de combattre les discriminations et que toutes les personnes, quelle que soit leur origine, bénéficient de la même qualité de soins. Dans ce sens, et comme le souligne Aucoin (2008), plusieurs organismes ont vu le jour, notamment :

- ✓ Le National Center on Minority Health and Health Disparities, au sein des National Institutes of Health (NIH)²⁴, en 2000 ;
- ✓ L'Office of Minority Health, au sein du Department of Health and Human Services²⁵ en 1986 ;
- ✓ The Center for Linguistic and Cultural Competence in Health Care, au sein de l'Office of Minority Health²⁶, en 1995.

Ici nous nous attarderons d'avantage sur les deux derniers centres, qui se trouvent au sein du bureau de santé des minorités. Ces bureaux nous semblent être de très bons exemples de prise en considération des populations venues d'ailleurs, car non seulement ces populations ont été reconnues dans leur diversité, mais en plus, il y a eu effectivement une pratique concrète visant une prise en charge efficace. Le bureau de santé des minorités aurait comme but d'améliorer et de protéger la santé de minorités ethniques à travers le développement des politiques et de programmes de santé, vers l'éradication des inégalités présentes dans le domaine de la santé.

En se basant sur le concept de compétence culturelle développé par Cross et al. (1989), cet organisme signale que l'accent doit être mis sur une offre de services de santé qui respecte les croyances des patients, et qui réponde à la différence culturelle et linguistique propre à ceux-ci. Dans ce sens, il est important de prendre en compte non seulement l'image qu'ont ces patients à propos du bien-être, mais aussi les croyances qu'ils possèdent sur la maladie et ses causes. C'est-à-dire qu'il faut reconnaître le cadre culturel propre au soigné et au soignant afin que la rencontre entre ces deux acteurs puisse aller au-delà des différences. C'est justement en dépassant ces différences que l'accès au soin peut être plus équitable et d'une meilleure qualité.

Les travaux réalisés par cet organisme rejoignent ceux qui ont été effectués par l'*Institute of Medicine*, situé également aux Etats-Unis, une organisation non gouvernementale qui s'occupe des questions de santé dans le pays. Cet organisme consacre ses efforts à réduire les inégalités dans le domaine de la santé et à améliorer la qualité des soins que reçoivent les patients. Pour cela, il se base sur six principes fondamentaux. D'une part, l'accent est mis sur la sécurité des soins, c'est à dire réunir tous les éléments nécessaires afin d'éviter un mauvais diagnostic dû à une difficulté dans la communication entre le

²⁴ <http://www.nimhd.nih.gov/>

²⁵ <http://minorityhealth.hhs.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=15>

²⁶ <http://minorityhealth.hhs.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlID=16>

soignant et le soigné. De ce fait, la connaissance du cadre culturel et linguistique du patient est essentielle, non pas seulement pour éviter des éventuels problèmes dans la communication mais aussi des problèmes de compréhension vis-à-vis du diagnostic et du traitement. C'est pourquoi le professionnel culturellement compétent doit être capable de mesurer l'effet que peut faire sur le patient le diagnostic et le traitement proposé. Un autre principe essentiel est l'efficacité, en relation avec la prise d'informations nécessaires par les systèmes de soins afin de savoir si au-delà des différences culturelles et linguistiques, les soins proposés sont effectivement équitables. D'ailleurs, le troisième principe est centré sur le fait qu'au-delà de ces différences, le professionnel de santé doit pouvoir se montrer sensible aux différents besoins des patients, qui peuvent varier d'une culture à une autre. Ici, aussi bien la compassion que l'empathie deviennent capitales. Le cinquième point revient à nouveau sur l'équité, c'est-à-dire que les soins proposés doivent être effectivement équitables quelle que soit la langue, le sexe ou la culture du patient. Enfin, ces soins doivent être proposés en temps opportun et efficace, malgré toutes les barrières qui peuvent se présenter entre le praticien et le patient.

Ainsi, et comme le précise Aucoin (2008), il est essentiel que les compétences culturelles et linguistiques soient abordées d'une manière clinique, organisationnelle et systémique. Cela veut dire qu'il faut savoir avant tout si le professionnel est culturellement compétent, si l'organisation de santé tend vers un système reconnaissant ces compétences et enfin si les politiques de santé elles-mêmes accordent ou non une place à la diversité linguistique et culturelle. Il devient alors capital que d'une part il y ait une sensibilisation sur ces questions et une mise en œuvre des plans d'action concrets, et d'autre part des formations qui contribuent au développement des compétences culturelles et linguistiques des professionnels.

Il s'agirait avant tout de développer une vraie compétence interculturelle qui nécessite aussi et surtout d'une connaissance approfondie de soi-même, de ses préjugés et ses représentations sur sa propre culture et sur la culture des autres. Comme le souligne Purnell (1999), le professionnel culturellement compétent doit être en mesure de reconnaître ces facteurs et de ne pas les laisser intervenir négativement à l'heure de prendre en charge les patients. Dans cette perspective la construction des compétences culturelles serait un processus non-linéaire où des progressions mais aussi des régressions aboutissent à des nouvelles progressions. Celles-ci sont tout particulièrement marquées, d'après l'auteur, par

l'acquisition des nouvelles connaissances et des habiletés qui se construisent dans la rencontre des diverses cultures.

Dans ce sens, la confrontation à la diversité, en dépit d'autres facteurs qui ont mentionnés, constitue un terrain propice à la construction de ces compétences. Cette construction résulterait d'un processus plus ou moins long selon le professionnel, et qui dépend en grande mesure de ses contacts antérieurs avec d'autres cultures et de son expérience avec des populations culturellement et linguistiquement différentes. C'est d'ailleurs ce qui est remarqué dans le modèle de la compétence culturelle proposé par Campinha-Bacote (2002). Cet auteur, qui a beaucoup travaillé avec des infirmiers en psychiatrie souligne dans ce modèle que la compétence culturelle est un processus qui résulte de cinq éléments essentiels.

D'abord, l'auteur parle de la *prise de conscience culturelle*, comprise comme une remise en cause de l'ethnocentrisme et comme une sensibilité particulière aux relations interculturelles qui peuvent s'établir entre le professionnel et le patient. Deuxièmement, l'auteur parle des *connaissances culturelles*, elles font référence à un processus qui permettrait à l'infirmier de connaître les cultures, les croyances, les différentes pratiques, les valeurs, etc. Dans ce sens, il est primordial que l'infirmier travaille à partir du cadre de référence du patient afin d'avoir une vision intégrale de celui-ci. Troisièmement nous trouvons les *habiletés culturelles* que, d'après cet auteur, tout praticien compétent devrait avoir. Ces habiletés font appel à l'expertise que peut avoir le professionnel par rapport aux éléments culturels du patient, mais aussi à ceux de sa famille et de ses groupes d'appartenance. Une autre composante de la compétence culturelle serait la *rencontre culturelle* à travers laquelle le professionnel entre en relation avec le patient. Ce processus est défini comme le savoir-être d'un praticien qui s'exprime par sa capacité d'écoute, sa sensibilité par rapport aux problématiques des patients et par son empathie. Enfin, nous trouvons le *désir culturel* qui revient à la motivation et à l'envie des professionnels à travailler avec des patients culturellement différents.

Bien que les travaux de Campinha-Bacote (2002) s'intéressent aux infirmiers en milieu psychiatrique, nous pensons que cet ensemble de composantes de la compétence culturelle peut être transposable à d'autres catégories du domaine de la santé. Finalement et comme nous l'avons vu tout au long de ce sous-chapitre, l'acquisition des compétences culturelles chez les professionnels dépend d'une pluralité de facteurs : des formations, des contacts antérieurs avec d'autres cultures et de l'envie de travailler auprès des populations culturellement différentes. Mais, il n'y a pas que cela, les différents auteurs évoqués ici

remarquent que l'essentiel est que le professionnel puisse avant tout tenir compte de son propre cadre de référence en comprenant que c'est à partir de celui-ci que se construit sa propre vision de la différence. C'est donc en se décentrant que le professionnel aurait une chance d'avoir une vraie ouverture à autrui et qu'il pourra mieux comprendre le patient dans sa globalité.

Nous observons que toutes les approches explicitées ici traitent des questions où la diversité culturelle est présente, soit parce que les populations se trouvent dans le pays d'où est originaire le professionnel (c'est le cas des migrants), soit parce que le professionnel exerce son activité professionnelle dans un pays étranger. Cependant, notre étude ne paraît pas se situer exactement dans ces cas de figure. Notre recherche comporte fondamentalement deux situations particulières, déjà mentionnées au début, que nous reprenons ici d'une manière plus approfondie. Dans la première situation nous trouvons des professionnels qui ont affaire à des patients originaires du pays voisin ; dans ces cas, le concept de compétence interculturelle pourrait bien être utilisé car il s'agit de la rencontre de deux cultures différentes (brésilienne et uruguayenne). Néanmoins, si le patient et le professionnel sont originaires du même espace frontalier et bien que la nationalité ne soit pas la même, ils sont tous les deux des frontaliers. Cet espace frontalier comporterait une identité propre, où brésiliens et uruguayens se reconnaissent comme faisant partie du même espace géographique et, de ce fait, partageraient globalement des références culturelles. Dans ce cas, il faudrait alors se demander si nous sommes vraiment dans une vraie rencontre interculturelle.

Dans le deuxième cas de figure nous sommes face à des professionnels qui ont affaire à des patients originaires du même pays qu'eux, mais qui ne partageraient pas exactement les mêmes références culturelles. Par exemple, un professionnel brésilien non-frontalier qui prend en charge un patient brésilien frontalier, ou un professionnel uruguayen non-frontalier qui a affaire à un patient uruguayen frontalier. Dans ce cas il paraît peut-être plus adéquat de parler de variations intraculturelles, c'est-à-dire des variations au sein d'une même culture.

Par ailleurs, il n'y a pas que les variations culturelles et interculturelles qui sont présentes dans cet espace, nous trouvons également des différences linguistiques entre le soignant et le soigné. Dans ce sens, et pour arriver au bon diagnostic et à un traitement adéquat, il est nécessaire que les différentes informations soient transmises par le professionnel d'une manière compréhensible pour le patient, qui peut avoir comme langue maternelle ou d'usage, une autre langue que celle du professionnel. Dans ce sens, les compétences interculturelles nécessitent aussi la prise en compte de la langue ou du dialecte

du patient. Comment le professionnel de santé agit-il face à la différence linguistique ? Comment fait-il pour y faire face ? La diversité linguistique vient faciliter la prise en charge, ou au contraire, vient-elle la rendre plus difficile ? Nous ne répondrons pas à ces questions ici mais dans la quatrième partie de ce travail. Néanmoins, il paraît important de s'attarder sur les compétences linguistiques requises par tout professionnel qui travaille avec un public linguistiquement différent.

4.3 Les compétences linguistiques dans le domaine de la santé

Dans ce succinct sous-chapitre nous essaierons de montrer l'importance des compétences linguistiques dans le domaine de la santé, notamment lorsque le professionnel travaille dans un contexte linguistiquement hybride. Comme nous venons de le voir dans le sous-chapitre précédent, il est essentiel que le professionnel possède des compétences linguistiques que lui permettent de communiquer efficacement avec le patient. Toutefois, il peut arriver que ce patient communique dans une langue ou dialecte que le professionnel ne maîtrise pas ou insuffisamment, et dans ce cas, les barrières linguistiques peuvent se transformer en une entrave à la prise en charge.

Partons du principe que dans toute communication humaine il existe six éléments essentiels pour que celle-ci ait lieu : l'émetteur, l'encodage de l'émetteur, le message, le canal de communication du message, le récepteur et le décodage du message de la part du récepteur. Cependant, et comme le souligne Cohen-Emerique (2011), l'interaction de ces éléments peut devenir fort complexe notamment lorsque l'émetteur et le récepteur appartiennent à des cadres culturels différents. Dans ce cas l'encodage et le décodage du message transmis peut se voir altéré. Des « bruits » dans la communication peuvent alors amener à « des incompréhensions liées à des interprétations erronées des messages des deux côtés et, lorsqu'il s'agit de communication entre des personnes de cultures différentes, le risque de malentendus, voire d'échecs dans la communication, est amplifié » (*ibid.*, p. 57). Nous voyons ainsi que les paramètres qui règlent la communication humaine peuvent se complexifier selon le contexte où se déroule cette communication.

C'est également ce qui est soulevé dans le travail de Coutu-Wakulczyk (2003) qui, en se basant sur le modèle transculturel de Purnell (1999), observe que la communication entre des locuteurs ne partageant pas le même cadre de référence culturel peut constituer un grand obstacle. L'auteur explique que :

Les dialectes très différents les uns des autres peuvent poser un sérieux défi au moment de la collecte des données subjectives augmentant les risques d'un diagnostic inexact. Il est préférable d'obtenir les services d'une personne capable d'interpréter le message et sa signification plutôt que de traduire les mots. Il faut sélectionner des phrases et des mots simples, s'assurer de l'intonation correcte de la voix, éviter les argots régionaux et les jargons afin de bien se faire comprendre. (p. 39)

Cependant, la communication verbale n'est pas la seule qui compte, mais aussi d'autres caractéristiques propres à la communication qui renvoient au non-verbal, c'est-à-dire aux gestes, à la posture, au toucher, à la distance sociale, etc. Ces facteurs jouent un rôle tout aussi important que le langage verbal notamment lorsque celui-ci ne permet pas une compréhension réciproque. A ce sujet Cohen-Emerique (2011) signale que dans la communication certains freins peuvent apparaître, puisque le professionnel se base notamment sur un entretien pour comprendre ce qui arrive au malade. L'entretien en tant que registre verbal pourrait soulever certains problèmes : les patients peuvent avoir une capacité d'expression verbale limitée, ou un vocabulaire n'étant pas riche du fait de la non-maîtrise de la langue du pays. C'est dans ce cas précisément que la communication non-verbale devra prendre le relais, car le but est qu'avant tout le professionnel puisse en faire un bon diagnostic (et pour cela il doit prélever une certaine quantité d'informations) et que le patient comprenne ce qui lui arrive et le traitement à suivre.

Toutefois, la situation peut devenir d'autant plus complexe si les professionnels ne ressentent pas le besoin d'avoir une ouverture à l'autre car finalement, ils exercent leur métier dans leur pays et de ce fait ils se plient à la langue nationale. Cette posture viendrait ainsi ajouter de nouveaux « bruits » dans la communication, dans la relation soignant-soigné. Nous pensons qu'au-delà du degré d'ouverture à la différence que peut avoir le professionnel, il est souhaitable de veiller à que la transmission de l'information au patient soit compréhensible par lui.

Pour finir nous dirons que les compétences culturelles et linguistiques mettent l'accent sur la responsabilité, aussi bien de la part des professionnels que des institutions, pour que des connaissances et des comportements soient développés, dans le but d'assurer une prise en charge efficace vis-à-vis du patient dont la langue et la culture diffèrent de celles du professionnel ou de l'institution. C'est en développant ce type de compétences qu'une relation basée sur la confiance et la compréhension des ses acteurs pourra avoir lieu. Nous pensons notamment aux patients de l'espace frontalier brésilo-uruguayen, dont la langue maternelle n'est pas toujours la même que celle du professionnel qui le prend en charge. Dans cet espace

frontalier marqué par le plurilinguisme, il paraît ainsi important que ce dernier ne vienne pas entraver la compréhension entre le patient et le professionnel. Nous sommes donc devant un espace frontalier complexe, non seulement en raison des aspects linguistiques mais aussi en tant que territoire à part entière, comme nous le montrerons dans la deuxième partie de ce travail.

Chapitre 5 : Vers une conception socio-historique des compétences professionnelles

Dans ce chapitre nous exposerons notre conception du concept de compétence car il nous semble qu'il ne suffit pas de présenter la littérature qui existe à ce sujet, il faut prendre une position par rapport à celle-ci. Tout au long de cette première partie, nous avons essayé de rendre compte de plusieurs approches qui ont théorisé ce concept, et tous ces travaux nous ont aidé d'une manière ou d'une autre à créer notre propre conception des compétences professionnelles. Nous avons pu remarquer que les différentes perspectives soulignent un fait capital : les compétences n'existent que par rapport à une situation ou à une classe de situations. Nous sommes d'accord avec le fait qu'elles ne peuvent pas se manifester « dans le vide » et qu'il faut forcément une situation dans laquelle elles puissent s'exprimer. Nous pensons que l'activité humaine à travers laquelle se manifestent les compétences, est d'abord une activité pratique, extérieure (Leontiev, 1976, 1984) et que, comme le souligne Vergnaud (1996) « Au début n'est pas le verbe, encore moins la théorie. Au début est l'action » (p. 275). C'est bel et bien dans l'action (qui s'inscrit nécessairement dans une situation) qui naît la pensée ; mais nous nous demandons dans quelle mesure la situation en elle-même est responsable de la construction de compétences. Ou plutôt, quelle est la part du contexte dans lequel s'insère cette situation dans cette construction ? Puisque la compétence a pour but de traiter efficacement et pertinemment une situation ou une classe de situations, ne faudrait-il pas se demander dans quelle mesure le contexte, le social, la culture offrent au sujet les ressources nécessaires pour traiter efficacement cette situation ou cette classe de situations ?

Notre avis est qu'effectivement « la culture donne forme à l'esprit » (Bruner, 1991) et nous croyons qu'il ne suffit pas de s'attarder sur la situation où s'expriment les compétences. Il est également nécessaire d'élargir cette conception, en partant du fait que la situation s'insère toujours dans un contexte particulier, et que c'est justement ce contexte qui forgerait telle ou telle manière de traiter la situation. Ce contexte donnerait, d'après nous, les ressources nécessaires aux sujets pour traiter les situations d'une certaine manière, pas

toujours pertinente, qui ne conduit pas forcément à la réussite, mais qui conditionne en tout cas la manière de la traiter. En conséquence, les sujets devant traiter une situation dans un contexte culturel qui n'est pas le leur, pourraient avoir tendance à traiter la situation différemment.

Dans ce sens, nous sommes d'accord avec le fait que des formes d'organisation de l'activité (individuelle) sont renforcées socialement (Vergnaud, 2013b), mais plus que renforcées, nous dirions forgées. Pourquoi introduire cette différence ? Parce qu'avec le concept d'habitus (Bourdieu, 1980), nous comprenons qu'en tant que dispositions durables et transposables, l'habitus génère des pratiques aussi bien individuelles que collectives en imposant une logique précise. Mieux, selon l'auteur, l'habitus engendre « en toute liberté (contrôlée) des produits –pensées, perceptions, expressions, actions– qui ont toujours pour limites les conditions historiquement et socialement situées de sa production » (*ibid.*, p. 92). Ces dispositions forgent ainsi des conduites qui sont en accord avec le « sens commun » en excluant celles qui ne le sont pas, qui ne sont pas envisageables par ces dispositions construites socialement. Si nous partons de ce fait, il est alors difficile de concevoir des pratiques humaines dépourvues de ces dispositions construites entre les Hommes au cours de l'histoire. Ces dernières viennent modeler en quelque sorte l'activité du sujet et donc sa manière de s'y prendre dans les différentes situations rencontrées. A notre avis, cela n'exclut aucunement le fait que le sujet puisse en inventer d'autres manières, en introduisant ainsi sa propre touche, son « style personnel », lui permettant ainsi d'aller au-delà des dispositions qui le déterminent.

Par ailleurs, le concept de genre professionnel esquissé par la clinique de l'activité, nous apprend un aspect semblable, mais plus spécifique à un métier. En tant que normes implicites qui découlent d'une mémoire transpersonnelle, le genre professionnel organise l'activité collective au sein d'un milieu professionnel. Tout comme l'habitus, il autorise au sein d'un collectif de travail des gestes, des mots et des actions qui répondent à des attendus sociaux. Il se caractérise, en outre, par le fait qu'à travers les contributions stylistiques de chaque sujet, il a la possibilité de se régénérer car des nouvelles variantes lui sont introduites. Nous observons que l'habitus et le genre professionnel n'excluent donc pas l'invention individuelle au sein de ces normes implicites et socialement construites. Cela permet de comprendre que le social, même en forgeant les manières de s'y prendre, laisse bien évidemment toujours une place pour la création individuelle, plus ou moins grande en fonction des contextes et des époques.

En outre, nous pensons qu'il est possible de rapprocher les concepts d'habitus et de genre professionnel avec ce que Vergnaud (2007) désigne comme « schèmes culturels », c'est-à-dire comme des formes collectives d'organisation de la conduite que le sujet, en passant par des processus intersubjectifs, s'approprie par des processus intrasubjectifs. Bien que cette appropriation soit indubitablement individuelle et que le sujet soit maître de celle-ci, le contenu de cette appropriation est de nature sociale. Si l'on suit Leontiev (1976, 1984), c'est le patrimoine de l'humanité toute entière qui est approprié. Il existe indubitablement une responsabilité propre à l'individu dans ces processus mais l'activité (et les actions qui l'expriment) est davantage déterminée par des variables sociales. C'est pourquoi nous pensons que le contexte conditionne dans une très grande mesure la construction des connaissances et des compétences humaines.

Ceci nous mène à une question centrale : quelle est la part de l'individuel et du social dans cette construction ? Répondre à cette question est un grand défi en sciences humaines où les débats sur ce sujet sont nombreux ; et même si nous ne pourrions pas la résoudre, il faut cependant qu'elle soit discutée. Nous pensons que des bonnes pistes pour ce débat se trouvent dans la psychologie soviétique, notamment dans les travaux réalisés par Vygotski et Leontiev. Si nous nous plaçons du point de vue de l'école russe de psychologie, avec laquelle nous nous accordons tout particulièrement, l'internalisation existe non pas en tant que processus passif de simple incorporation des acquis de l'espèce, mais en tant que processus actif qui implique une réorganisation, une transformation, une recréation des activités externes sur un plan intrapsychologique. Mais ce n'est pas un processus unidirectionnel de l'externe à l'interne ; cela n'en constitue qu'une partie, car des passages permanents se tissent entre ces activités internes et externes, ce qui suppose en retour un processus d'externalisation. Autrement dit, le sujet s'approprie le monde social et culturel mais aussi, et à son tour, il modifie et enrichit ce monde en contribuant à la rénovation et au perfectionnement des acquis de l'humanité.

Ces constats nous questionnent à nouveau sur la place du collectif et de l'individuel dans la construction du psychisme, mais aussi sur le rapport entre les deux. Sont-elles des unités séparées ou intégrées l'une dans l'autre ? Et dans ce cas, qui englobe qui ? L'individu est-il vraiment « immergé » dans un monde social rempli de normes explicites (lois) et implicites (habitus, genre professionnel), qu'il s'approprie et perfectionne ? Ou, en plus de cela, y a-t-il une interrelation à part égale entre les deux où il n'est plus nécessaire de parler d'« immersion » ? A notre avis, il est plus judicieux de concevoir l'individu et le social comme deux entités qui sont en interdépendance, qui sont plus précisément dans une

séparation inclusive (Abbey, 2007 ; Valsiner, 1998). Cette notion nous semble particulièrement pertinente car elle permet de trouver un juste milieu entre le tout individuel et le tout social. Autrement dit, la séparation inclusive en tant que processus de mise en relation réciproque entre l'individu et le social, permet de dépasser non seulement la « séparation exclusive » (Valsiner, 1998) où les deux entités sont considérées comme indépendantes et presque sans aucune relation, mais aussi la « non-séparation » (*ibid.*) où la fusion des deux ne permet plus de faire des distinctions. Dans ce sens, la séparation inclusive met l'accent non seulement sur l'individu et le social en tant qu'entités distinctes mais aussi et notamment sur la relation entre les deux. Finalement, pas de l'un sans l'autre, leur existence est déterminée par les processus de mise en relation entre les deux.

Nous rejoignons ces auteurs, car il nous semble qu'en adoptant cette perspective, il est possible d'aborder le sujet et l'environnement dans leurs relations constantes et réciproques c'est-à-dire, à partir des relations qui vont dans les deux sens en excluant une quelconque subordination de l'une à l'autre. En s'appuyant sur cette base d'interrelation et d'interdépendance, nous pouvons concevoir que le psychisme humain est à la fois culturel et individuel ; en soi ce n'est pas une découverte mais cela nous amène toutefois à mieux comprendre quel type de relation est envisageable entre les deux. En adoptant cette perspective, nous pouvons considérer qu'aussi bien l'internalisation que l'externalisation, en tant que processus réciproques et complémentaires, sont déterminants dans l'activité de l'Homme, dans cette « matrice de toute historicité humaine » (Schwartz, 2007).

C'est exactement le concept d'activité esquissé par l'école russe de psychologie, repris par plusieurs approches théoriques contemporaines, qui nous permet de comprendre que les connaissances, les savoirs, les savoir-faire, les capacités et toutes les potentialités humaines s'inscrivent dans cette matrice de nature socio-historique, qui médiatise le rapport de l'Homme au monde. L'activité est ici comprise comme cette vaste matrice, en partie inconnue et imprévisible par le sujet, qui ne peut pas toujours rendre compte de ce qui se trouve dans l'arrière-plan de ses actions, ni toujours exprimer le *réel de l'activité*. Et si cette matrice est d'essence sociale et historique, alors les compétences ne peuvent pas être autre chose que son expression socio-historique. Une expression dont nous pouvons faire état ici et maintenant, à travers des descriptions et des évaluations ; dont nous pouvons développer, à travers des situations potentielles de développement (Mayen, 2008, 2012), mais sans pourtant oublier que les manières de s'y prendre dans une situation donnée sont le produit de la transmission et de l'appropriation. Cela veut dire qu'en tant qu'être humains, nous ne partons pas du néant mais

nous ne modifions pas absolument tout non plus. C'est pourquoi nous concevons les compétences comme un jeu complexe entre le processus d'internalisation, marqué par l'appropriation de ce qu'a pu accumuler l'espèce humaine en termes de connaissances, de capacités et de savoir-faire, et le processus d'externalisation marqué par la transformation de cette appropriation.

C'est d'ailleurs ce que remarque Zarifian (2001) lorsqu'il souligne que les compétences peuvent être comprises comme un « au-delà » du temps et de l'espace puisqu'elles sont construites à partir d'un savoir social qui oriente le sujet dans les différentes situations. Ainsi, l'ici et maintenant n'existe que par rapport à une histoire socialement construite, où justement les situations rencontrées constituent l'expression de ce savoir, de l'habitus, du genre professionnel et de toutes les normes implicites et explicites qui traversent l'activité humaine. C'est pourquoi les compétences, que nous concevons toujours au pluriel du fait qu'elles s'expriment par des processus complexes de l'activité, représentent cet héritage inachevé, toujours modifiable, toujours « retouchable » par les Hommes au fil des générations.

A notre avis il devient alors essentiel de considérer qu'à un endroit (frontière Uruguay-Brésil), un moment (deuxième décennie des années 2000), dans un domaine (la santé), les professionnels travaillent d'une manière qui est nécessairement déterminée par l'habitus et par le genre professionnel présents dans cet espace. Leur activité professionnelle et les compétences qui l'expriment sont comprises ici comme des constructions qui dépassent l'espace-temps présent et qui ne se limitent pas seulement aux savoir-faire techniques mais qui intègrent également d'autres aspects essentiels.

Dans ce sens, nous rejoignons tout particulièrement Vergnaud (2000b) lorsqu'il souligne que des compétences sociales, communicationnelles et affectives sont tout autant nécessaires que les compétences techniques. A notre avis, et comme il a été souligné d'ailleurs par d'autres contributions théoriques (Abdallah-Pretceille, 1996 ; Aubrun et Orofiamma, 1990 ; Cohen-Emerique, 2011), il est essentiel que le professionnel de santé puisse développer au cours de son activité professionnelle, des compétences autres qui concernent notamment la capacité de pouvoir se décentrer de son propre cadre de référence afin qu'une réelle compréhension d'autrui soit possible. Dans des espaces culturellement et linguistiquement hybrides, comme c'est le cas à la frontière Uruguay-Brésil, la meilleure manière de s'y prendre pour traiter une situation donnée ne peut pas faire l'économie de ces aspects.

Autrement dit, un professionnel compétent serait celui qui a développé des compétences techniques, relationnelles, affectives, culturelles, linguistiques et de décentration qui lui permettent de s'y prendre d'une meilleure manière devant une situation, et dans un contexte socio-culturel donné. Pour nous, cette meilleure manière de s'y prendre, comme l'a bien indiqué Vergnaud (2001), consiste à être plus efficace, plus compatible avec le travail des autres et à être moins dépourvu devant les situations rencontrées, notamment devant celles qui constituent une nouveauté pour le sujet. Cependant, d'après nous, cela ne soulève pas assez la question des initiatives, envies, empêchements ni de la santé du travailleur. C'est pourquoi, à notre avis, un professionnel compétent est celui qui, en plus de ce qui a été énoncé auparavant, est capable de découvrir des nouveaux buts dans son activité professionnelle, de prendre des initiatives et de faire de contributions stylistiques, en régénérant le genre professionnel et en élargissant son pouvoir d'agir. A notre avis, c'est aussi grâce à ces aspects, qui relèvent du développement de l'activité, qu'en conséquence, le professionnel peut être plus efficace, plus compatible avec le travail des autres et moins dépourvu devant les différentes situations professionnelles rencontrées.

Notre conception de l'activité humaine et des compétences professionnelles ainsi exposée, nous présenterons notre problématique de recherche dans le prochain et dernier chapitre de cette première partie.

Chapitre 6 : Présentation de la problématique

Nous exposerons ici notre problématique de recherche qui découle de cadres théoriques déjà explicités ainsi que des aspects contextuels présentés par la suite. Après avoir étudié les questions relevant de la construction identitaire dans les espaces frontaliers, aussi bien à la frontière franco-suisse (Pérez-Caraballo, 2010) qu'à la frontière qui se trace entre l'Uruguay et le Brésil (Pérez-Caraballo, 2011), nous avons pu remarquer que ce sont des espaces hybrides, avec un fonctionnement propre qui s'enrichit des deux pays voisins tout en se différenciant de ceux-ci. C'est notamment le cas de l'espace frontalier brésilo-uruguayen, considéré par ses habitants comme un territoire à part entière. Dans ce sens, la frontière ne peut pas seulement être vue comme une simple ligne institutionnelle qui sépare deux pays, mais comme un espace plus large auquel les individus s'identifient, et où se construit leur identité. Lors de la recherche à la frontière Uruguay-Brésil (Pérez-Caraballo, 2011), où nous avons étudié les processus de construction identitaire liés à la spécificité de cet espace frontalier, nous avons pu observer une forte volonté politique de créer de projets qui visent à

combler certains besoins de la population frontalière, particulièrement dans le domaine de la santé. Ainsi, nous avons voulu mener cette étude en nous intéressant à un domaine spécifique : les professionnels de santé.

A cette époque, nous avons étudié certaines caractéristiques de cet espace qui pourrait être caractérisé par l'hybridisme culturel et linguistique. Nous avons constaté que c'est un espace marqué par la culture uruguayenne et brésilienne à la fois, et que du fait des différentes pratiques et identifications multiples, celui-ci est perçu comme espace tiers ou comme une interface (Odgers, 2001). Cette idée, qui fait référence à un nouvel espace qui n'appartient complètement ni au Brésil ni à l'Uruguay, est influencée par le fait de considérer les frontières comme le centre d'une région et non pas comme la séparation entre deux pays. Dans ce sens, les identifications et les pratiques ne s'arrêtent pas à la ligne frontalière mais vont au-delà de celle-ci, créant ainsi un espace de vie situé géographiquement « autour » de la ligne et non pas « jusqu'à » la ligne.

D'autre part, dans cet espace, la population frontalière (nous entendons par là aussi bien les brésiliens que les uruguayens) transite en permanence des deux côtés de la frontière et cela quelle que soit la nationalité du sujet. Cette libre circulation d'un côté et de l'autre a engendré une utilisation binationale des services. Vue la liberté de circulation d'un côté et d'autre de la *ligne* et tenant compte de l'hybridisme présent –aussi bien culturel que linguistique– nous nous demandons comment les professionnels de santé travaillent dans un espace si complexe. Avec quelles compétences ? Ont-ils toutes les ressources nécessaires pour une bonne prise en charge des patients frontaliers ? Ces réflexions ont abouti à nos questions de départ où nous nous demandions comment se déroule le travail de ces travailleurs dans un contexte si singulier. Comment font-ils face aux facteurs culturels et linguistiques lors de la réalisation de leur travail ? Autrement dit, nous voulions savoir comment les professionnels de santé gèrent la complexité linguistique et culturelle de cet espace marqué par deux langues officielles (espagnol et portugais) et notamment par Portugais de l'Uruguay (PU), connu populairement sous le nom de *portugol*. Ainsi, ces questions de départ ont abouti à la problématique suivante :

Comment se développe l'activité professionnelle des travailleurs du domaine de la santé dans un espace frontalier marqué par la rencontre de deux cultures (uruguayenne et brésilienne), en plus d'une « culture frontalière » et de la présence du plurilinguisme ? Dans quelle mesure des compétences, autres que techniques, ont-elles été développées par ces

professionnels, qui ont pour but de mieux répondre aux demandes et besoins de la population frontalière brésilo-uruguayenne?

Par ailleurs, nous nous demandons si les compétences exprimées dans leur travail émergent directement du contexte en lui-même. Autrement dit, le contexte ferait-il développer des nouvelles compétences afin de répondre aux caractéristiques spécifiques de cette population et de cet espace ? Quelles sont les difficultés rencontrées dans la relation soignant-soigné, à quelles raisons répondent-elles et quels sont les moyens mis en œuvre pour surmonter ces difficultés liées au contexte ? Il s'agit de comprendre si les compétences, pour faire face aux spécificités frontalières et aux éventuelles difficultés rencontrées dans la pratique professionnelle, varient en fonction des catégories socio-professionnelles, de la nationalité, du lieu de naissance, de la langue maternelle et de la compétence linguistique dans les différentes langues présentes dans la région.

Pour répondre à ces questions nous avons mené cette étude auprès des médecins généralistes, des cadres de santé, des infirmiers et des agents de service hospitalier, aussi bien du côté uruguayen que du côté brésilien de la frontière. Nous pensons que se centrer sur une seule catégorie professionnelle nous donnerait une vision beaucoup trop étroite de la situation, nous en avons donc choisi quatre. Nous savons que chaque domaine a ses propres caractéristiques, son propre genre professionnel et nous ne voulions pas nous limiter à une seule profession. Nous avons choisi celles que, d'après nous, sont les plus représentatives du domaine en question. Dans ce cadre, nous nous intéressons à l'activité professionnelle et aux compétences qui l'expriment dans ce contexte particulier.

Partie 2 : Aspects contextuels de la recherche

Cette deuxième partie vise à aborder le contexte dans lequel a eu lieu cette recherche, à savoir, la frontière entre l'Uruguay et le Brésil. Ces deux pays étant très différents, aussi bien au niveau de la taille, que du nombre d'habitants, que des caractéristiques culturelles et linguistiques. Le Brésil est l'un des plus grands pays du monde, avec une superficie de 8.514.876 km² il se place comme le plus grand pays du sous continent sud-américain. C'est également l'un des pays les plus peuplés de la planète car bien que le dernier recensement national de 2010 ait comptabilisé 190.732.694 personnes, actuellement les estimations indiquent que le pays est peuplé par 202.638.533 sujets²⁷. Ce pays se divise en 26 états, 11 d'entre eux ayant des frontières internationales avec neuf pays d'Amérique du Sud. L'état faisant frontière avec l'Uruguay est celui de Rio Grande do Sul qui a comme villes principales Porto Alegre, Caxias do Sul, Rio Grande et Pelotas.

Concernant l'Uruguay, sa taille et son nombre d'habitants le situe parmi les plus petits pays du monde. Avec une superficie de 176.215 km² et un total de 3.286.314 habitants²⁸, il est le deuxième plus petit pays d'Amérique du Sud après le Surinam. Ce pays qui a des frontières avec l'Argentine et le Brésil, est divisé en 19 départements, Montevideo étant le plus petit et le plus peuplé : presque la moitié de la population du pays habite dans ce département. Du même nom que le département, la ville de Montevideo est la capitale de l'Uruguay et aussi le siège du Mercosud²⁹.

L'Uruguay et le Brésil partagent une frontière qui s'étend sur 1068 kilomètres (Golin, 2004) qui a des caractéristiques assez différentes selon que l'on soit dans un endroit ou dans un autre. Avant de nous attarder sur ces caractéristiques, nous verrons dans un premier temps ce que recouvre la notion de frontière et les différentes manières dont nous pouvons la concevoir. Globalement, c'est une notion qui est tout à la fois géographique, politique et qui est construite psychiquement de façon symbolique chez les individus qui habitent ces espaces. Nous sommes ainsi amenée à nous demander si la frontière est-elle une simple ligne qui démarque deux Etats ou si sous certaines conditions peut-elle devenir un espace plus vaste

²⁷ Tous les chiffres sont issus de l'Institut Brésilien de Géographie et Statistique (IBGE). <http://www.ibge.gov.br>

²⁸ Selon l'Institut National de Statistique uruguayen (INE). <http://www.ine.gub.uy/>

²⁹ Marché Commun du Sud : c'est une communauté économique intégrée par l'Argentine, le Brésil, la Bolivie, le Paraguay, l'Uruguay et le Venezuela. www.mercosur.int

telle qu'une région ? Quelle serait donc la différence entre la frontière-ligne et la frontière-région ? Quelle est la conception de ces deux types d'espaces géographiques ?

Dans un deuxième temps, nous montrerons pourquoi la frontière Uruguay-Brésil peut être considérée comme une frontière-région, c'est-à-dire comme un espace unifié où la ligne qui divise les deux pays est chargée d'un imaginaire bien particulier qui donne naissance à des pratiques de vie elles aussi bien particulières à cette région. Nous décrirons les principales caractéristiques de cet espace frontalier et pour cela nous donnerons quelques informations qui concernent aussi bien le nombre d'habitants que les caractéristiques qui définissent les différentes villes où cette étude a eu lieu. Pour ce faire, nous nous appuierons sur les données statistiques des derniers recensements nationaux des pays en question, sur des observations ethnographiques et des entretiens informels que nous avons faits sur place, ainsi que sur d'autres recherches ayant été faites sur cette région frontalière (Aveiro, 2006 ; Bontempo, 2013 ; Carletti et Kotz, 2012 ; Da Silva, 2009 ; Pérez-Caraballo, 2011 ; Persia, 2010 ; Sanchez, 2002).

Dans le troisième chapitre nous discuterons des tentatives de coopération binationale en matière de santé, que les différents acteurs politiques ont essayé de mettre en place depuis les années 1990. Nous décrirons les accords qui existent jusqu'à nos jours tout en expliquant les obstacles qui dans ce processus, sont venus entraver l'application de ces accords dont le but n'est autre que d'offrir une meilleure prise en charge de la population frontalière.

Enfin, dans le quatrième chapitre, nous nous attarderons sur les aspects linguistiques qui caractérisent cet espace frontalier et qui attirent tout particulièrement notre attention en raison du plurilinguisme présent à cet endroit et des enjeux psychiques qui en découlent. Dans un premier temps nous décrirons la situation linguistique du côté brésilien de la frontière, puis celle du côté uruguayen en explicitant l'interaction qui existe entre langues standards (espagnol – portugais) et dialectes locaux (*Português Gaúcho da Fronteira* et *Português del Uruguay*).

Le but de cette deuxième partie étant donc de mieux comprendre le contexte historique, géographique, politique et linguistique où les travailleurs dans le domaine de la santé développent leur activité professionnelle.

Chapitre 1 : Espaces frontaliers : quelles spécificités ?

Les espaces frontaliers se présentent comme des espaces très complexes, parfois caractérisés par la diversité culturelle et linguistique due aux différentes populations qui sont en contact et qui s'entrecroisent de manière quotidienne. En français, le mot « frontière » est l'adjectif féminin du mot *front* et son emploi était militaire ; l'idée étant d'aller *en frontière* pour faire *front*. Selon le Centre National de Ressources Textuelles³⁰ l'emploi de cette notion remonte à l'année 1213 et désigne une limite qui sépare deux Etats. Cela est confirmé par Foucher (1991) qui explique que l'étymologie de ce mot renvoie à la ligne de front et donc à la guerre. D'après l'auteur, les frontières sont des structures spatiales de forme linéaire et qui ont notamment une fonction de marquage. Dans ce sens, la frontière peut être considérée comme une discontinuité géopolitique qui a pour but la démarcation réelle, symbolique et imaginaire des territoires. Selon ce géographe et géopoliticien français, les frontières sont comme une enveloppe continue qui contient l'ensemble spatial d'un Etat, cette enveloppe étant comprise comme la limite extérieure de celui-ci. Lorsque deux enveloppes terrestres se touchent (une frontière commune à deux Etats) l'auteur parle de *dyades* et chaque dyade est faite de *segments*. En ce qui nous concerne, la dyade brésilienne-uruguayenne s'étend, comme nous l'avons dit, sur un total de 1068 kilomètres (Golin, 2004).

Lorsque nous nous intéressons à la frontière en elle-même, il est important de savoir à partir de quel point de vue nous la concevons ; soit comme une frontière-limite qui sépare deux pays ; soit comme un espace bien plus large où la ligne frontalière serait plutôt le centre d'une région. Dans certains endroits du monde, la frontière fonctionne comme une ligne-limite où les deux Etats se touchent à ce point précis sans qu'il y ait pourtant des échanges entre eux ; soit parce que les deux côtés de la ligne ne sont pas peuplés, soit parce que les pays en question sont en conflit. Si nous considérons la frontière à partir d'une définition qui met surtout en avant l'idée de limite, nous pouvons nous référer à la définition de Malgesini et Gimenez (2000) qui soutiennent que la frontière doit être comprise comme un espace qui démarque les Etat-Nations. Cette ligne représente donc la limite du pouvoir d'un Etat et le début du pouvoir d'un autre. Dans ce sens, Bento (2012) soutient que:

A palavra fronteira não é uma palavra neutra. Ela suscita sentimentos e valores diferentes. Mas ela é, também, uma palavra descritiva, designa o lugar do início o do fim: início de um Estado, ou fim de outro Estado. Numa linha visível ou imaginária de

³⁰ <http://www.cnrtl.fr/etymologie/frontiere>

fronteira, um Estado termina e outro começa. Fronteira é o fim do mundo para quem deixa o seu Estado de pertença; ou o início do mundo, para quem volta ao seu Estado de pertença. (p. 14)

Comme le remarque l'auteur, le mot frontière n'est pas du tout neutre du fait qu'elle est à la source de valeurs et de sentiments différents. C'est en même temps un mot descriptif géographiquement parlant puisqu'il désigne la ligne –celle-ci pouvant être visible ou imaginaire– qui marque la fin d'un Etat et le début d'un autre. Cependant, d'autres auteurs (Bentancor, 1989, 2009 ; Leenhardt, 2002 ; Odgers, 2001) soutiennent que la frontière peut être vue effectivement comme quelque chose qui sépare mais aussi comme un phénomène géographique qui unit. Dans cette perspective, la frontière ne peut pas être seulement abordée comme une borne séparatrice représentant des limites et établissant des divisions. Il faut surtout l'aborder à partir d'une autre dimension, celle de passage, de communication, d'échanges et de tissage de liens permanents. Regardée de cette manière, la frontière peut être considérée comme un espace plus vaste et plus flexible qui véhicule un concept imprégné de mobilité, d'intégration et de mélange aussi bien culturel que linguistique. Cet espace où plusieurs entrecroisements sont possibles peut, dans certaines frontières, configurer un nouvel espace d'intégration unique et différent des deux pays qui l'entourent.

Comme le souligne Odgers (2001) dans son travail sur l'identité frontalière entre les Etats-Unis et le Mexique « le fait d'habiter à quelques minutes du Mexique permet de créer un espace mythique qui ne serait ni le Mexique ni les Etats-Unis, mais une sorte d'interface » (p. 107). Cette idée d'un nouvel espace ou bien d'un troisième espace montre bien que les frontières peuvent aussi être vues comme le centre d'une région et non pas seulement comme la séparation entre deux pays. Même si au niveau cartographique, les frontières sont toujours placées à la périphérie, les pratiques quotidiennes des populations habitant dans ces endroits font que cette ligne devienne parfois imaginaire, voire inexistante, notamment lorsque les sujets s'identifient aussi bien à un côté de la frontière qu'à l'autre. L'auteur parle justement de l'identification affective qui se fait par rapport à l'ensemble de l'espace frontalier qui s'étale dans ce cas des deux cotés de la frontière et qui de ce fait va permettre la construction d'une véritable identité frontalière. La frontière en tant qu'espace circulaire autour duquel les interactions peuvent être plus ou moins nombreuses constitue ainsi une toute autre frontière pour les sujets, loin de les séparer, celle-ci les unit et leur fait créer leur propre espace quotidien auquel ils s'identifient au-delà de la nationalité.

Pour donner un exemple, nous pourrions penser au village de Saint Gingolph qui se trouve à la frontière franco-suisse et où la moitié de celui-ci appartient au département français de Haute-Savoie et l'autre moitié au canton suisse du Valais. C'est également et largement le cas de la frontière Uruguay-Brésil où plusieurs villes et villages sont présents aussi bien d'un côté comme de l'autre de la ligne frontalière formant ainsi des espaces singuliers et uniques.

C'est ce que nous avons pu constater dans la littérature mais aussi grâce aux résultats obtenus dans une autre recherche que nous avons effectuée dans cette même région frontalière (Pérez-Caraballo, 2011). Cette étude qui traitait de la construction identitaire dans cet espace a montré que la plupart de l'échantillon –constitué de 68 personnes d'origine uruguayenne et brésilienne– perçoit son espace de vie comme une région à part entière. C'est-à-dire que la frontière n'est pas simplement une ligne mais représente un ensemble unifié qui est vécu comme un espace tiers qui, certes, se nourrit des deux pays mais qui a une identité propre. Ce phénomène a été observé tout au long de la frontière, bien qu'il soit d'autant plus fort lorsque les villes sont séparées seulement par une rue. C'est le cas, par exemple, de l'ensemble urbain frontalier qui concerne les villes de Rivera (Uruguay) et de Sant'Ana do Livramento (Brésil). A ce sujet Bento (2012) observe que :

[...] podemos afirmar que Santana do Livramento e Rivera constituem uma espécie de terceiro Estado, muito mais de fato do que do direito. Os cidadãos que nascem e vivem neste caldo cultural binacional, em vez de um *ethos* nacional típico do miolo dos Estados, manifestam um *ethos* diferente, binacional, *ethos* fronteiriço de fronteira integrada. Um quase Estado, peculiar, de dois Estados distintos, entre dois Estados distintos, integrados aos seus dois Estados de partida, Brasil e Uruguai... (p. 22-23)

Dans ce sens, nous pouvons dire que les échanges permanents et la forte intégration entre les deux pays, ont contribué à la création d'un nouvel espace géographique qui a ses propres pratiques, sa propre culture et sa propre identité. Il peut être ainsi défini comme une frontière vive en raison justement des forts échanges historiques et actuels qui sont facilités par l'absence d'obstacles physiques ou naturels (Schäffer, 1993). L'urbanisation de plusieurs centres urbains frontaliers s'est faite sur la ligne frontalière même, où d'un côté de la rue nous sommes dans un pays et de l'autre côté de celle-ci nous sommes dans l'autre, ce qui entraîne une configuration spatiale et identitaire singulière.

Chapitre 2 : Caractéristiques de l'espace frontalier Uruguay-Brésil

La frontière entre l'Uruguay et le Brésil est formée par les départements uruguayens d'Artigas, Rivera, Cerro Largo, Treinta y Tres et Rocha. Ceux-ci ont une superficie de 55.026 km² et l'ensemble de la population de ces départements faisant frontière avec le Brésil est de 207.872 personnes³¹. Du côté brésilien, nous trouvons l'Etat de Rio Grande do Sul avec une superficie de 280.674 km² et une population de 10.693.929³² millions d'habitants. Au total, si l'on compte uruguayens et brésiliens, environ 700.000 personnes habitent proches des régions frontalières des deux pays en question (Gallo, Costa et Moraes, 2004).

En utilisant les termes de Foucher (1991), nous pouvons dire que cette frontière comporte des *segments* qui sont aussi bien secs que fluviaux. Une frontière est sèche lorsqu'il n'y a pas d'obstacles naturels pour la traverser, il est ainsi possible d'être dans l'autre pays du simple fait de traverser une rue. Dans ce cas, la division d'un Etat et de l'autre se fait par des bornes frontalières qui sont installées tout au long de la ligne de frontière, passant aussi bien par des villes qu'en plein milieu de la campagne (Annexe 3). Les deux pays sont divisés par 319,6 kilomètres de frontière sèche, celle-ci étant délimitée par 1169 bornes frontalières qui ont été installées entre le début et la moitié du XXe siècle (Golin, 2004). En revanche, la frontière est fluviale lorsque celle-ci comporte un cours d'eau quelconque et dans le cas de la frontière étudiée ce phénomène concerne 748,8 kilomètres (*ibid.*).

La division entre les deux pays s'organise en six paires de villes ; c'est-à-dire des centres urbains qui sont composés de douze villes ; six appartenant à un pays et six à l'autre. Cette recherche se situe dans les villes et le village suivants : Chuí (Brésil) / Chuy (Uruguay) – Sant'Ana do Livramento (Brésil) / Rivera (Uruguay) et dans le petit village frontalier de Masoller (Uruguay) comme le montre la figure 3 :

³¹D'après le dernier recensement national de l'Institut National de Statistique uruguayen, fait en 2011.

³²D'après le dernier recensement national de l'Institut Brésilien de Géographie et Statistique, fait en 2010.



Source: Google Maps, 2014. Repris par l'auteur

Figure 3 : villes frontalières concernées par cette recherche

Masoller a la particularité de se situer à la campagne mais aussi sur la ligne frontalière et notamment dans un point très particulier au niveau géographique. Il se trouve juste en face du village brésilien Vila Thomaz Alborno. Cet espace géographique est extrêmement intéressant du fait que les villages sont situés sur une frontière contestée. Ceux-ci s'inscrivent sur un territoire de 237 m² appelé *Rincón de Artigas*, autrefois nommé *Rincão do Maneco*. Ici, l'Uruguay considère qu'il y a une erreur dans les accords de délimitation de frontière de 1851 et 1856 qui établissent que ce territoire est brésilien. Les limites internationales à cet endroit sont donc confuses car pour l'Uruguay, la zone de Vila Thomaz Alborno, devrait être en territoire uruguayen, alors que pour le Brésil il n'y a pas d'erreur de démarcation. De ce fait, ce dernier a déclaré l'affaire comme close en 1989³³. Au-delà de se situer dans une limite contestée, Masoller a la particularité d'appartenir à la fois à trois départements uruguayens : au département de Rivera, d'Artigas et de Salto. Nous sommes donc devant un village qui a trois frontières départementales et une frontière internationale, ce qui est assez singulier géographiquement parlant. Vu que c'est une frontière sèche, nous trouvons plusieurs bornes frontalières qui indiquent que d'un côté c'est l'Uruguay et que de l'autre c'est le Brésil. Dans la figure 4 il est possible de voir le village de Masoller et la localisation de son centre de santé

³³ Cette simple synthèse de la question ressort des échanges maintenus entre le ministre des Relations Extérieures uruguayen et l'ambassadeur brésilien en Uruguay entre 1988 et 1989. Une description bien plus fine de la question est traitée par Golin, 2004.

ainsi que le village brésilien de Vila Thomaz Albornoz. Le point rouge indiqué avec la lettre A, signale la route nationale uruguayenne numéro 30 qui relie Masoller à la ville d'Artigas (Uruguay) qui se trouve à 54 kilomètres. La ligne jaune représente la frontière institutionnelle séparant les deux pays et le point rouge indique exactement l'endroit où la photo de la figure 5 a été prise.



Source: Google Maps, 2014. Repris par l'auteur

Figure 4 : localisation de Masoller et Vila Thomaz Albornoz



Source : photo réalisée par l'auteur

Figure 5 : localisation de Masoller par rapport à la limite internationale

Dans cette figure il est possible de voir que la photo a été prise du côté uruguayen et que les commerces et la voiture en face sont déjà en territoire brésilien, ce qui fait que la population des deux villages fonctionne presque comme un seul et même espace. En plus, la centaine de personnes habitant du côté brésilien a besoin de certaines infrastructures uruguayennes liées à l'éducation et à la santé à défaut de les avoir dans son pays. Ainsi, et malgré les bornes frontalières qui les divisent, uruguayens et brésiliens ont toujours vécu ensemble ; pour eux, limite contestée ou pas, vivre ensemble est devenue la norme. Du côté uruguayen de la frontière, Masoller compte 240 personnes³⁴ et malgré sa petite taille, nous trouvons un centre de santé (Annexe 4) qui fonctionne depuis presque 20 ans. Ce centre dépend essentiellement des services de santé de la grande ville de Rivera, c'est elle qui leur apporte les ressources matérielles nécessaires au bon déroulement de la prise en charge.

Lors de notre séjour à cet endroit, nous avons constaté la présence de patients uruguayens mais aussi brésiliens qui viennent consulter dans ce centre, car Vila Thomaz Albornoz ne compte pas de centre de santé³⁵. Dans ce village, le seul accès au soin se fait lorsque l'armée se rend une fois par an avec quelques professionnels de santé afin de proposer

³⁴ D'après le dernier recensement national de l'Institut National de Statistique uruguayen.

³⁵ A ce sujet, un journal uruguayen a publié en 2008 un article intitulé « *Frontera dudosa* » http://historico.elpais.com.uy/Suple/QuePasa/08/12/06/quepasa_385401.asp

notamment des soins dentaires et optiques. Mis à part cette occasion, rien d'autre n'existe dans le village brésilien, c'est donc la raison pour laquelle ils vont se faire soigner à Masoller si les soins dont ils ont besoin ne sont pas de grande complexité. Il paraît évident que c'est bien plus simple de traverser le chemin en terre pour voir un infirmier ou un médecin que de se déplacer à plus de 100 kilomètres pour rejoindre l'hôpital le plus proche (celui de Sant'Ana do Livramento). Cependant, le fait que Masoller ne compte pas avec des spécialistes réguliers fait que les professionnels uruguayens ne puissent pas toujours résoudre les problèmes de santé de leurs voisins brésiliens. Comme le souligne l'un d'entre eux :

Si viene una madre con un niño, yo lo tengo que derivar y yo para derivarla de acá, si la mando a Tranqueras no lo atienden, si la mando a Rivera no lo atienden, la tengo que derivar de acá a Santana do Livramento que son dos horas, o sea yo pierdo dos horas con ese niño que puede ser cualquier cosa, que puede pasar cualquier cosa con él...

Dans l'exemple évoqué, le professionnel souligne que si une mère amène son enfant (les deux étant brésiliens) consulter avec lui, il ne peut pas agir de la même manière qu'il agirait avec un uruguayen. Cela est dû au fait que s'il envoie cet enfant dans les villes uruguayennes les plus proches (Tranqueras ou Rivera) cet enfant ne sera pas pris en charge. Il doit donc conseiller la mère de l'enfant d'aller consulter dans son pays, cela veut dire dans le centre de santé le plus proche, qui se situe à Sant'Ana do Livramento, au Brésil. Cependant, cette ville se situe à deux heures du village et durant ces deux heures il peut arriver n'importe quoi avec cet enfant, dit-il. De cette manière, nous voyons déjà quelques difficultés qui peuvent surgir du fait de se trouver éloignés des hôpitaux urbains et du fait que si un brésilien consulte à Masoller avec un problème qui demande un spécialiste (dans ce cas, un pédiatre), les professionnels de santé du village ne peuvent pas l'envoyer là où ils enverraient un uruguayen.

Un autre fait à remarquer dans cet espace est que même si la frontière devient imaginaire ou inexistante à certains moments, en raison des échanges permanents entre les deux villages, et bien que des accords en matière de santé existent entre les deux pays, l'Ordre de médecin brésilien ne les reconnaît pas toujours. Comme nous le verrons plus loin, il y a une réglementation pour la prestation des services d'un côté et de l'autre de la frontière mais leur application reste relative. Dans le cas de cet ensemble rural frontalier, cela peut devenir un frein dans la prise en charge des brésiliens et certaines situations feraient de la frontière un lieu presque impénétrable. Comme l'observe l'un des professionnels :

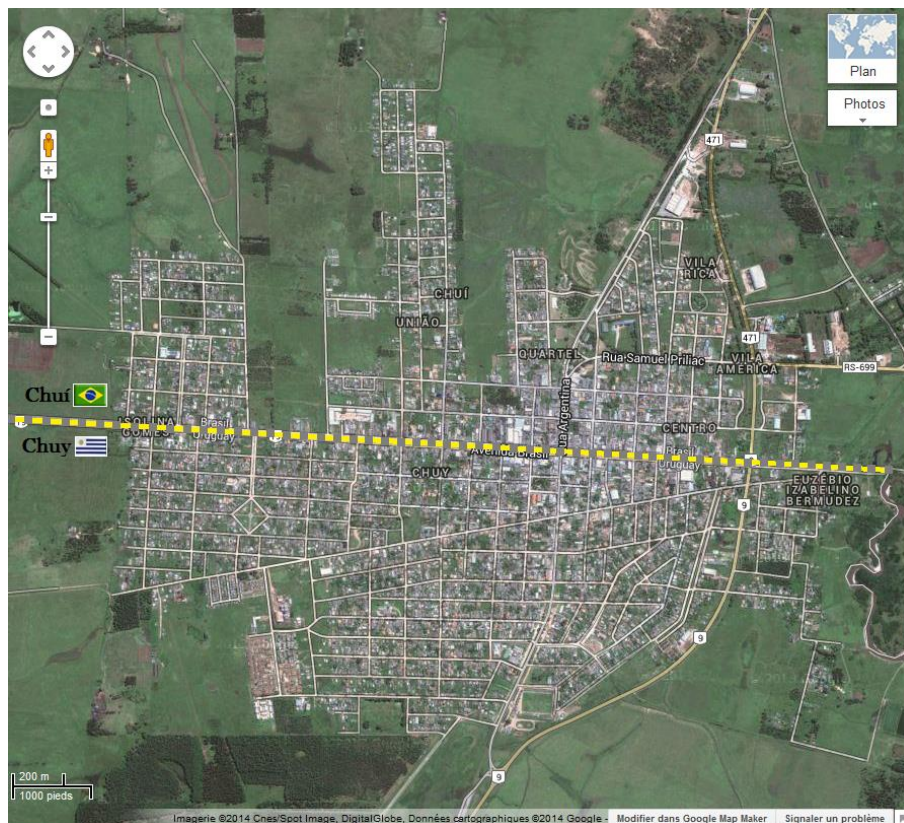
La otra vez me llamaron porque había un herido, de acá yo no puedo ir, yo no puedo ir, me lo traen hasta policlínica y ahí yo lo veo y ahí yo sé los mecanismos, bueno, me llegó acá, yo estoy en mi país, acá yo sé a quién tengo que llamar y cuáles son los pasos que tengo que seguir, pero ¿qué pasa si yo me meto allá? Del otro lado, que es otra legislación que yo no conozco, no sé lo que realmente pasó allí y me complico la vida...o sea en esos momentos...y de acá no tengo ningún apoyo, de acá no pueden...o sea tengo que llamar a policía, y la policía de acá [d'Uruguay] no puede actuar allí también [au Brésil].

Dans cet exemple, le professionnel explique que si un blessé est du côté brésilien, il le prend en charge à condition que quelqu'un amène ce patient jusqu'au centre de santé où il travaille. Il ne traversera pas la frontière pour aller le prendre en charge, car selon lui, cela représente un trop grand risque, vu que de l'autre côté c'est un autre pays avec une autre législation. De plus, dans ce type de cas, il devrait appeler la police uruguayenne pour qu'elle lui vienne en aide, cependant il ne peut pas le faire car il sait bien que la police de son pays ne peut pas agir dans celui d'en face.

Un autre endroit où cette étude a eu lieu est Chuy / Chuí. Du côté uruguayen, Chuy a un total de 9675 habitants³⁶ et constitue la deuxième ville du département de Rocha. Chuí, est la ville frontalière brésilienne qui est habitée par 5917 personnes³⁷ et qui se trouve en face de Chuy ; de ce fait les deux villes constituent un seul espace qui est seulement séparé par une rue. La figure 6 donne une vue d'ensemble de cet espace frontalier :

³⁶ D'après le dernier recensement national de l'Institut National de Statistique uruguayen.

³⁷ D'après le dernier recensement national de l'Institut Brésilien de Géographie et Statistique brésilien.



Source: Google Maps, 2014. Repris par l'auteur

Figure 6 : vue d'ensemble des villes frontalières Chuy / Chuí

Comme nous pouvons le voir c'est un ensemble urbain divisé en deux par la frontière institutionnelle qui a été tracée entre les deux pays en question (ici représentée par la ligne jaune entrecoupée). La seule chose qui les sépare est une avenue ; du côté uruguayen celle-ci s'appelle *Avenida Brasil* et du côté brésilien elle porte le nom d'*Avenida Uruguai*. D'après les habitants, cela représente un signe de paix, d'intégration et d'harmonie.



Source : photo réalisée par l'auteur

Figure 7 : centre ville de Chuy / Chuí

Vu la grande quantité des magasins présents à cet endroit, ces deux villes proposent de nombreux services au niveau de la restauration et de l'hôtellerie. En fait, Chuy / Chuí représente une zone commerciale assez importante dans la région en raison des *free shops* (duty free) qui se trouvent du côté uruguayen. Ces commerces se comptent par dizaines et les clients sont notamment des brésiliens ; ici ils peuvent trouver des produits de marque, voire de luxe, à des prix réduits (car ces produits sont hors-taxes). Du côté brésilien, il y a également une quantité importante de magasins, majoritairement de vêtements et une grande quantité d'entre eux sont tenus par des commençants d'origine sirio-libanaise. L'immigration de cette population vers le Brésil se situe entre la fin du XIXe et le début du XXe siècle et sur place ils sont notamment connus sous le nom de *turcos*. Bien qu'ils ne soient pas d'origine turque, le fait d'avoir quitté leurs pays avec des passeports de cette nationalité a fait que les brésiliens les aient toujours appelés *turcos* (Carletti et Kotz, 2012). Cependant, ce nom est assez péjoratif et fait référence aux magasins qui vendent des vêtements tout en essayant d'imiter la mode, de qualité inférieure et avec une marque falsifiée (Jardim, 2000, cité par Sanchez, 2002).

Concernant les services de santé proposés par cet espace frontalier, la ville de Chuy possède une petite polyclinique dans le quartier *Samuel* et également un hôpital (Annexe 5). Ce dernier compte plusieurs médecins, quelques spécialistes, une salle d'opération et un service d'urgences. Il prend en charge environ 3500 personnes par mois (urgences comprises)³⁸. Sans parler des spécialistes, on compte au total 64 professionnels de santé entre médecins, cadres de santé, infirmiers et agents de service hospitaliers. Si l'on ajoute les différents spécialistes, le chiffre monte à 84, parmi eux nous trouvons des gynécologues, des cardiologues, des psychologues, des sages-femmes, des pédiatres, un chirurgien, un anesthésiste, un dentiste, un neurologue, une nutritionniste, un dermatologue et un oto-rhino-laryngologiste. Cet hôpital comprend une salle d'opération, plusieurs cabinets et une quinzaine de lits pour les patients nécessitant une hospitalisation. Le service d'urgences possède six boxes où il y a en permanence entre deux et trois infirmiers, un médecin et un cadre de santé par service de garde. La garde des médecins est de 24 heures alors que pour les cadres et les infirmiers le service se limite à 6 heures. C'est un service qui dispose également de trois ambulances et qui prend en charge environ 1700 urgences par mois³⁹.

³⁸ Données fournies par la Direction de l'hôpital.

³⁹ Idem.

Du côté brésilien, nous trouvons le *Posto de Saúde do Chuí*⁴⁰, un centre de santé (Annexe 6) éloigné du centre ville et qui actuellement compte 35 professionnels. Parmi eux, 25 sont des médecins, des cadres de santé, des agents de service hospitalier et des infirmiers, le reste étant des spécialistes parmi lesquels nous trouvons des pédiatres, des dentistes, des gynécologues, une psychologue et un physiothérapeute. Vu la difficulté de trouver des professionnels de santé dans cet endroit, la municipalité a établi un accord avec une coopérative médicale (Unimed) afin que celle-ci fasse la prestation de services des médecins et des spécialistes.

C'est un centre qui accueille environ 500 patients par mois⁴¹. Pour ce qui concerne les urgences, le centre possède deux boxes où le patient peut être stabilisé pour être ensuite emmené à Santa Vitória do Palmar qui se trouve à 20 kilomètres d'ici et qui possède une plus grande infrastructure. Cette dernière ville compte 60 lits d'hospitalisation ainsi que des professionnels pour les spécialités suivantes : pédiatrie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, traumatologie, cardiologie, dermatologie, gastroentérologie, chirurgie et anesthésie. Le *Posto de Saúde* ne possède donc pas une infrastructure qui permettrait de prendre en charge toutes les situations de maladie ou d'urgences susceptibles de se présenter. Ainsi, maintes fois les professionnels doivent emmener le patient dans un hôpital plus lointain, lui-même devant parfois reconduire le patient plus loin. Dans ce cas, les patients sont emmenés vers des villes ayant une plus grande infrastructure comme Rio Grande, Pelotas ou Porto Alegre (villes situées respectivement à 200, 250 et 500 kilomètres).

Dans cette frontière, aussi bien uruguayens que brésiliens utilisent les services de santé du pays voisin mais si le patient n'a pas les documents nécessaires, ce pays ne le prend en charge que d'une manière partielle. Par exemple, si un uruguayen veut se faire soigner à Chuí, il doit présenter soit sa carte d'identité brésilienne, soit un justificatif qui montre que même en étant uruguayen, il habite en territoire brésilien. A ce moment là, une carte SUS⁴² lui est délivrée et la personne peut se faire soigner. Comme nous l'explique une personne:

Dentro de todas as normas do SUS, né, nós não poderíamos atender estrangeiros sem uma, é, uma entrada na duana, na nossa fronteira, sem dar uma entrada no Brasil. Ou sem um registro de endereço, né, no Brasil, no território brasileiro. Mas o que é que acontece, nós não podemos negar atendimento a ninguém. Qualquer ser humano tem direito ao atendimento ambulatorial, tá? [...] Aqui principalmente eu não nego esse

⁴⁰ Au Brésil ces centres de santé sont également nommés *Unidades Básicas de Saúde*.

⁴¹ Données fournies par la Direction du Département de Santé de la municipalité de Chuí.

⁴² SUS signifie Système Unique de Santé et c'est le système de santé actuel qu'a le Brésil.

atendimento. Ninguém aqui nega. E se tiver que passar por uma autorização, eu autorizo na hora, eu não vou deixar a senhora com pé quebrado porque a senhora é uruguaia, sem o atendimento.

Dans ce cas, et au-delà de la nationalité la prise en charge ambulatoire est assurée car les deux villes forment une seule et les deux populations s'entraident comme si elles cohabitaient dans un seul et même espace : « *como o brasileiro ajuda o lado uruguaio e o uruguaio ajuda o lado brasileiro. E os dois lados dão as mãos juntos* », commente cette personne. Elle explique, en outre, que la ligne institutionnelle qui sépare les deux villes serait imaginaire et que tout le monde devrait avoir accès aux soins, que ce soit d'un côté ou de l'autre de la frontière. Cette personne souligne que dans cette frontière « on est tous des voisins » : « *Aqui é diferente porque é um município pequeno, tá entendendo? Somos todos vizinhos. Eu não vou negar praqui e vou dar pro meu vizinho, se tu também é meu vizinho, tá entendendo?* ».

Dans ce sens, du côté uruguayen de la frontière, des propos semblables ont été recueillis : « *claro, por eso es que la normativa es muy local, se trata de considerar que es una única ciudad y no que hay una línea que nos separa y que son dos países distintos, porque la realidad no es así* ». Les normes deviennent ici « très locales » car l'espace géographique est perçu comme une seule et même ville. Dans ce centre, les professionnels prennent également en charge les patients brésiliens mais deux cas de figure se présentent. Dans le cas des urgences, si un brésilien, par exemple, a un accident du côté uruguayen, celui-ci est directement amené à l'hôpital de Chuy (Uruguay), une fois stabilisé, les deux centres communiquent afin que l'ambulance brésilienne vienne chercher le patient. Mais, comme nous l'avons vu, le petit centre de santé brésilien ne peut pas toujours le prendre en charge car il n'a pas une grande infrastructure pour pouvoir le faire. Ce patient va donc être reconduit dans une ville plus lointaine qui peut être Santa Vitória do Palmar ou encore une autre. Cette professionnelle de la santé uruguayenne commente encore que :

En la emergencia, el que venga se atiende. Después se verifica el tipo de usuario que es, si es brasileño que tiene hecha la declaración jurada en Uruguay, y bueno, y ahí, generalmente se evalúa la continuidad asistencial, ¿qué pasa si lo pasamos a Santa Victoria? ¿Qué pasa si lo seguimos hacia Uruguay? a veces, acá no hay... las condiciones... que se requieren para el traslado del lado brasileño, y bueno, entonces se decide seguir en Uruguay por el tema de la sobrecarga; se evalúa directamente el riesgo.

Dans ce cas, l'essentiel est sans doute la survie du patient et c'est pour cela que le cadre de santé nous explique que toute personne qui arrive aux urgences est prise en charge et

ce n'est qu'après que l'hôpital vérifie la nationalité de celle-ci. Même si le patient est brésilien, s'il court un risque vital, il peut être reconduit dans une ville uruguayenne. Dans l'autre cas de figure, celui où le patient brésilien vient consulter un médecin ou un spécialiste, des documents lui sont demandés afin de voir si cette personne a le droit d'être prise en charge en Uruguay ou pas. Pour cela, il faut que la personne soit dans le registre d'Asse⁴³ ou qu'elle ait la carte frontalière. Cette carte est un bel exemple de coopération entre les deux pays. Depuis 2004 les personnes possédant cette carte ont le droit de vivre, de travailler et d'étudier dans un rayon de 40 kilomètres autour de la frontière, c'est-à-dire 20 kilomètres à l'intérieur de l'Uruguay et 20 kilomètres à l'intérieur du Brésil. Depuis 2010 les détenteurs de cette carte peuvent aussi se faire soigner dans ce rayon de 40 kilomètres. Le cadre de santé commente encore que si le patient n'est pas uruguayen et n'a pas la carte frontalière, la prise en charge ne peut pas être assurée du fait que le système informatique de gestion des patients de l'hôpital ne permet pas de créer des fiches avec des cartes d'identité étrangères :

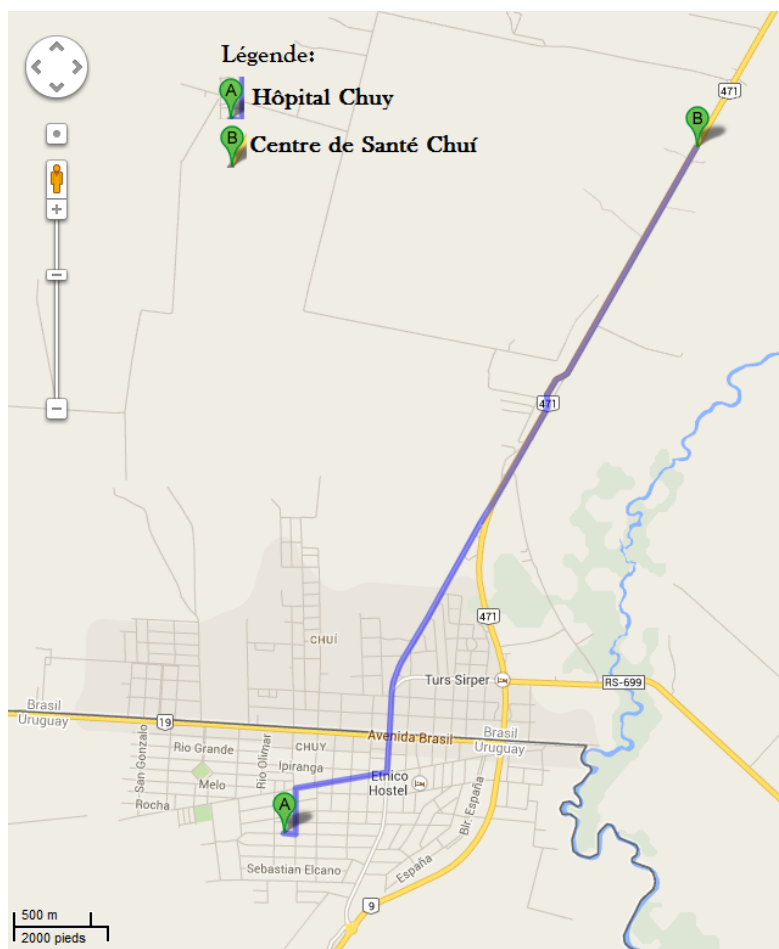
El sistema este comenzó en enero 2013, anteriormente, ingresábamos extranjeros, con el cambio de sistema y que tiene que presentar la cédula, no te permite entrar. Están contemplados en el programa, van a contemplarlo, pero en este momento, no está contemplado [...] antes sí, ponías la cédula brasileña y sacabas, el día y hora, medicación, digo, por supuesto que tenía que estar en el registro de usuarios de Asse, que lo hace todos los días de 8 a 12, tienen que traer cierta documentación básica, de domicilio, de ingreso familiar.

C'est-à-dire que lorsqu'il ne s'agit pas d'une urgence, le propre système informatique fonctionne comme un frein pour prendre en charge les *voisins*, car il ne permet pas de rentrer les numéros des cartes d'identité brésiliennes. De ce fait, cet hôpital s'est organisé d'une autre manière dans le but de pouvoir offrir leurs services aux brésiliens qui en auraient effectivement le droit.

Nous pouvons ainsi repérer la forte volonté qui existe de la part des deux centres de santé pour que brésiliens et uruguayens puissent se faire soigner dans le pays voisin en cas de besoin. L'important pour les deux centres est d'arriver à faire une complémentarité des services qui atteste de l'identité binationale - frontalière qui s'est créée dans cet espace frontalier. Les membres de la direction de l'hôpital uruguayen nous expliquent en outre que cette complémentarité pourrait bénéficier les deux populations mais aussi les Etats en question car, en se complétant, les deux centres dépenseraient moins de ressources. De plus, ces derniers ont la particularité de se trouver à 5 kilomètres l'un de l'autre, donc la

⁴³ Administration des Services de Santé de l'Etat (uruguayen).

complémentarité des services pourrait également réduire les trajets que doivent faire certains patients lorsqu'ils ne trouvent pas ce dont ils ont besoin dans leur ville.



Source: Google Maps, 2014. Repris par l'auteure

Figure 8 : distance entre les centres de santé de Chuy / Chuí

L'intégration et la complémentarité des services seraient donc des issues pour pouvoir rabaisser les frais et proposer des soins plus adaptés. C'est exactement dans ce sens qu'une personne nous explique qu'il serait important de faire une prestation des services efficiente qui ne demande pas forcément plus de ressources. Bien au contraire, avec moins, cette personne croit qu'il est possible de faire plus (« *con menos podés dar más* »), mais pour cela il faudrait nécessairement une complémentarité des services :

Si consideramos que somos una población única y no somos dos países.... tendríamos que ver qué hacer, bueno, qué servicios hay de un lado y del otro y de alguna manera potenciar esos servicios pero que sean de las dos partes, prestaciones para toda la población, ¿no? eso sería lo ideal [...] y mantener la eficiencia de ambos lados: capaz que efectivos somos pero eficientes no, porque estamos haciendo un gasto para la población, de un esfuerzo económico de los dos lados y en realidad con menos podés dar más.

A ce sujet, une autre personne ajoute que : « *nosotros pensamos que la integración debe ser a nivel público, privado y en el caso de frontera, con la frontera, entonces... Para poder mejorar la atención del usuario y que a su vez, el Estado también gaste menos recursos* ». Dans ces extraits d'entretiens, nous pouvons voir que l'efficacité des deux centres de santé est remise en question dans le sens où il serait possible de faire plus avec moins de ressources économiques. En tout cas, selon la direction de cet hôpital, il est fondamental de pouvoir s'organiser de manière à ce que la prise en charge soit assurée sans dépenser le double d'argent.

Nous passons à la description d'un autre espace frontalier où cette étude a été réalisée : Sant'Ana do Livramento / Rivera. C'est l'ensemble urbain le plus important par rapport au nombre d'habitants de toute la frontière entre l'Uruguay et le Brésil, et dans cet endroit celle-ci porte le nom de *frontière de la paix*. Du côté uruguayen, Rivera est la capitale du Département de Rivera et la ville compte 64.485 habitants⁴⁴. Du côté brésilien, 82.464 personnes habitent à Sant'Ana do Livramento⁴⁵. Etant toutes les deux à la même distance (500 kilomètres) de leur capitale respective (Brasilia et Montevideo) et ayant dans le passé des difficultés de communication avec celles-ci, ces deux villes se sont développées ensemble en méconnaissant les limites nationales. Dans ce sens, pour cette population, la frontière ne signifie pas contrôles de passeports ou barrières douanières, bien au contraire, cet espace se caractérise par un vrai échange politique, social, culturel et économique (Da Silva, 2009).

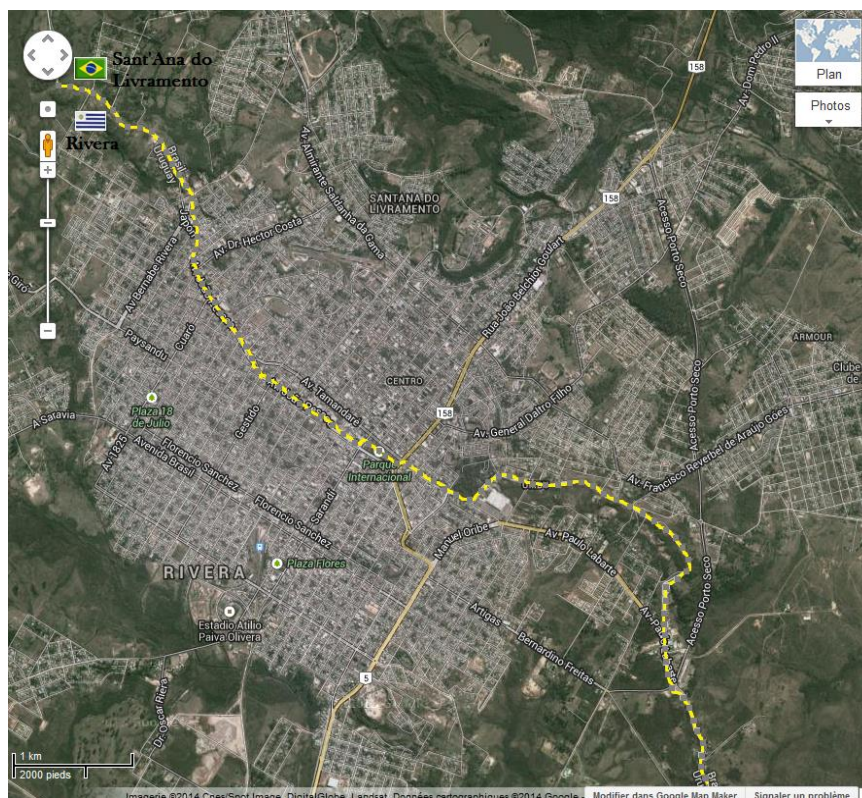
Les deux villes sont configurées en tant qu'espace urbain unique, singulier et uni, comme nous le voyons dans la figure 9. La seule chose qui divise les deux pays est une rue et un parc international qui a été inauguré en 1942, celui-ci se trouve exactement à la ligne de frontière. Un obélisque avec deux horloges, l'une orientée vers l'Uruguay, l'autre vers le Brésil, couronne ce parc (Annexe 7). Nous pouvons dire qu'il existe une grande intégration entre ces deux villes et que celle-ci se reflète dans les liens qu'elles ont développés au niveau commercial, culturel, politique et familial. Comme l'observe Bento (2012) :

[...] entre Rivera e Santana do Livramento a distância é de menos de um passo. Pode-se colocar um pé no lado brasileiro da cidade e outro no lado uruguaio. São duas cidades-irmãs, ou melhor, gêmeas, distintas por uma linha imaginária que atravessa ruas e bairros. Duas cidades de dois Estados que formam uma única cidade, conurbada, de um povo binacional, fronteiriço. (p. 20)

⁴⁴ D'après le dernier recensement national de l'Institut National de Statistique uruguayen.

⁴⁵ D'après le dernier recensement national de l'Institut Brésilien de Géographie et Statistique.

L'auteur souligne à juste titre que la distance entre les deux villes est de moins d'un pas et en effet, il est tout à fait possible d'avoir un pied du côté uruguayen et l'autre du côté brésilien puisque rien ne sépare les deux pays si ce n'est que la ligne imaginaire qui traverse rues et quartiers. De ce fait Bento (2012) remarque que ces deux villes forment une seule et même ville habitée par une population binationale et frontalière.



Source: Google Maps, 2014. Repris par l'auteure

Figure 9 : les villes de Rivera et Sant'Ana do Livramento

En ce qui concerne l'intégration de ces deux villes *sœurs*, comme le disent souvent ses habitants, elle est très forte aussi bien en raison de l'histoire que des liens qui se tissent sans arrêt à l'heure actuelle. L'intégration entre Sant'Ana do Livramento et Rivera est une intégration *de fait* dans le sens où elle échappe en grande partie aux réglementations et aux lois territoriales (Bentancor, 1989). Le fait de partager un seul et même espace, fait que les deux populations s'intègrent à plusieurs niveaux, notamment en matière d'économie. Le commerce est sans doute l'activité principale de ces deux villes. Au-delà des « *free shops* » situés du côté uruguayen, d'autres structures moins formelles sont également présentes. Cela répond au fait qu'acheter à la frontière est toujours perçu comme « faire une bonne affaire », vu que les contrôles douaniers ne se situent pas au cœur des villes et que la contrebande à petite et moyenne échelle a toujours permis de faire vivre une partie des habitants. Toutefois,

les personnes concernées par ces pratiques ne perçoivent pas ceci comme étant de la contrebande mais plutôt comme un gagne-pain. Plus qu'une pratique illégale, elle est plutôt considérée comme un moyen pour vivre et une manière de profiter des échanges que la frontière leur offre (Pérez-Caraballo, 2011). Tout comme à Chuy / Chuí, nous trouvons une partie des commerces du côté brésilien de la frontière qui appartiennent à des familles d'origine sirio-libanaise mais aussi arabe et palestinienne. Actuellement plus de 400 personnes ayant ces origines habiteraient à cette frontière (Bento, 2012 ; Sanchez, 2002).

Un autre phénomène qui fait partie des caractéristiques propres de cette frontière est la présence des « *camelôs* ». Ce sont des espèces de kiosques qui se situent sur une place ; la moitié étant brésilienne, l'autre moitié uruguayenne, mais le principe est le même : la vente de vêtements, gadgets, jeux vidéo, etc. moins chers qu'en magasin. Cela constitue un autre exemple de travail informel qui ne respecte pas toujours les lois, en commençant par le fait que selon le Statut Juridique de Frontière, aucune construction ne devrait exister dans la limite de dix mètres au-delà de la frontière institutionnelle (Persia, 2010).

Il est important de souligner que cet espace est marqué par des activités qui visent à promouvoir l'intégration et les échanges entre les deux pays, comme par exemple celles qui se réalisent par le Ministère de Développement Social uruguayen (MIDES) qui en 2006 a créé le programme « *Politiques d'intégration de frontière* ». Parmi les objectifs à atteindre figure l'articulation entre les différentes institutions qui se situent dans les espaces frontaliers, la reconnaissance, la légitimation et la diffusion de l'identité culturelle frontalière et la collecte de données sociodémographiques de la population qui habite cet espace afin de mieux répondre à ses besoins. Le MIDES œuvre pour la construction d'un modèle de gestion décentralisé qui intègre la réalité sociale, économique, politique et culturelle de toute la frontière qui se trace entre l'Uruguay et le Brésil. Pour ce faire, des « *groupes de frontière* » se sont créés dans les villes frontalières afin que les représentants des institutions locales et de la société civile uruguayenne et brésilienne, puissent élaborer des diagnostics de la situation de chaque endroit et proposer ainsi des solutions pour faire face aux difficultés propres à ces espaces. La création de ces groupes et des politiques d'intégration de frontière vise notamment à la participation de toute la population habitant ces endroits (au-delà de la nationalité) dans la prise de décision en matière d'urbanisme, d'éducation, de santé, etc.

Egalement, et avec des objectifs qui visent l'intégration entre les deux pays, a été créé en 2010 le *Núcleo de Estudos Fronteiriços*⁴⁶ dans la ville de Sant'Ana do Livramento. Ce centre intègre à la fois le Mercosud et l'Université Fédérale de Pelotas (UFPel) et a pour but l'intégration transfrontalière grâce à des programmes d'échanges au niveau culturel et éducationnel qui concernent le Brésil et les pays du Mercosud. C'est donc à partir de la création d'institutions, de centres de recherche, de centres d'étude et de diverses activités que la réalité frontalière du Brésil avec le reste du Mercosur est mise en évidence. Dans la frontière qui nous concerne, le *Núcleo de Estudos Fronteiriços* développe et soutient des projets interdisciplinaires de chercheurs brésiliens et uruguayens qui traitent des thématiques relatives à la frontière et ayant un intérêt pour la population locale. Ainsi, des séminaires, des journées d'étude, des ateliers et diverses activités sont réalisés dans ses locaux afin de promouvoir la coopération frontalière. Comme nous pouvons le remarquer, c'est une frontière caractérisée par plusieurs accords concernant l'intégration et les échanges et cela dans plusieurs domaines. Cependant ces accords ne permettent pas toujours d'arriver à des politiques frontalières touchant des domaines clés comme celui de la santé. Bien que certains accords existent, ils sont encore en discussion et suscitent encore de nombreuses difficultés comme nous le verrons plus loin.

Actuellement, la ville de Rivera possède un hôpital et plusieurs polycliniques publiques en plus de quelques structures de santé de nature privée. L'hôpital (Annexe 8) comprend la plupart des spécialités médicales ainsi qu'un service d'urgences, une unité de soins intensifs, un service de gynécologie et maternité, de pédiatrie et de psychiatrie. Il a également une salle d'opération et 116 lits pour les patients ayant besoin d'une hospitalisation.

Par ailleurs, la ville de Rivera possède 9 centres de santé distribués dans les différents quartiers, qui assurent une prise en charge de la population se trouvant dans la périphérie de la ville. Dans ces centres, il est possible de faire des vaccins, quelques examens (sang, urine, etc.) et notamment de consulter des médecins généralistes et des pédiatres.

Une particularité concernant la gestion de la santé dans le Département de Rivera est la présence du bus *Expreso Esperanza* (Annexe 9) qui fonctionne depuis 2007 en allant dans les zones rurales du département. C'est un bus payé par la mairie de Rivera (*Intendencia Municipal de Rivera*) et qui a comme objectif d'arriver à des endroits très éloignés de la

⁴⁶ Centre d'Etudes Frontalières. <http://wp.ufpel.edu.br/mercosul/nucleo-de-estudos-fronteiricos/>

campagne départementale uruguayenne afin que les personnes habitant à ces endroits puissent avoir un accès aux soins. Dans ce bus, il y a plusieurs professionnels de santé : trois médecins, une infirmière, deux dentistes et une assistante dentaire. Trois fois par semaine les professionnels vont, selon un chronogramme précis, dans les différents villages du Département de Rivera et le bus stationne toujours devant l'école primaire du village en question. Lors de ces voyages participent un professionnel de chaque catégorie, une personne qui se charge des tâches administratives et une autre qui est le chef de l'équipe. Ce dernier a comme fonction la supervision mais également le recueil des différents besoins et problématiques sociales exprimées par la population de ces endroits.

Mais ces services gratuits ne se limitent pas aux soins médicaux et dentaires puisque le bus propose également de gérer des démarches administratives telles que la carte d'identité, les démarches de retraite, de pensions, etc. En 2013 ce service a rendu visite à plus de 30 villages en proposant des soins médicaux à 2100 personnes et des soins dentaires à 1850⁴⁷ ; de ce fait la population rurale n'a pas eu à se déplacer à la ville de Rivera pour se faire soigner. En plus de la possibilité de réaliser des consultations avec ces professionnels, les personnes des villages visités peuvent bénéficier de vaccins et d'examens médicaux tels que : électrocardiogrammes, test de glucose, examen de vue et frottis cervico-utérin. Lors de l'un des voyages que nous avons pu faire avec l'équipe, nous avons observé que les services du bus sont utilisés aussi bien par les uruguayens que par les brésiliens. Grâce au fait d'avoir un calendrier des visites stipulé à l'avance, les brésiliens des zones rurales proches des villages visités, s'organisent afin de bénéficier des soins eux aussi. Ils utilisent parfois le bus d'un des villages brésiliens pour arriver au village uruguayen visité par l'*Expreso Esperanza* (Annexe 10). D'après nos observations, la nationalité ne pose pas vraiment de problème dans la prise en charge des personnes désirant bénéficier des services du bus *Expreso Esperanza*.

Ce département uruguayen propose donc différents services de santé, aussi bien en plein centre ville, que dans la périphérie ou dans la campagne. La ville compte un total de 118 médecins, 425 infirmiers et 71 cadres de santé⁴⁸. Rivera assure ainsi des soins pour les deux nationalités, car sous certaines conditions, les brésiliens sont aussi pris en charge ; pour cela, et comme nous l'avons déjà souligné, ils doivent avoir la carte frontalière ou le registre dans le système de santé uruguayen Asse. De toute manière, la population brésilienne possède également plusieurs centres de santé à Sant'Ana do Livramento, parmi lesquels nous

⁴⁷ Selon l'Intendencia Municipal de Rivera.

⁴⁸ Selon la Direction Départementale de Santé de Rivera.

remarquons deux hôpitaux et 14 polycliniques appelées *Unidades Básicas de Saúde* (UBS). Parmi ces deux hôpitaux nous trouvons la *Casa de Saúde* et l'*Hospital Santa Casa de Misericórdia*, ce dernier étant un hôpital philanthropique et l'un des endroits où nous avons effectué la construction des données (Annexe 11). C'est la plus grande structure de santé de la ville et en 2012 l'hôpital a pris en charge 70.668 personnes⁴⁹. Ce centre propose des consultations avec différents spécialistes, un service d'urgences, une unité de soins intensifs, des opérations chirurgicales et 169 lits destinés aux hospitalisations. Il compte également des spécialistes de presque tous les domaines et propose des examens médicaux divers, tels que tomographies, électroencéphalographies, radiologies, ultrasonographies, etc.

Une particularité qui caractérise cet endroit est que le manque d'infirmières-obstétriciennes dans la ville, a amené l'hôpital à embaucher des sages-femmes uruguayennes pour le service de maternité. Concernant la formation académique ; en Uruguay, une sage-femme (*partera*) doit réaliser cinq ans d'études universitaires et cela constitue une profession libérale. Au Brésil le diplôme de *partera* est différent puisque pour le devenir il faut d'abord être cadre de santé (*enfermeira padrão*) puis faire une spécialisation de deux ans en obstétrique. Cependant, les universités proches de Sant'Ana do Livramento ne proposent pas cette spécialité et même s'il est possible de le faire dans des grandes villes comme Porto Alegre, il reste très difficile de trouver un stage qui valide la formation. C'est la raison principale pour laquelle cette ville ne compte pas d'infirmières-obstétriciennes et est dans le besoin d'aller les chercher dans le pays d'en face. Ainsi, depuis des dizaines d'années ce sont les *parteras* uruguayennes qui, avec le médecin obstétricien, aident à mettre au monde les nouveau-nés brésiliens. Actuellement cinq sages-femmes uruguayennes intègrent le service de maternité de la *Santa Casa de Misericórdia* où elles font des gardes de 24 heures.

Nous avons pu observer que certaines sentent que la reconnaissance n'est pas la même que dans leur pays d'origine, comme l'explique l'une d'entre elles : « *acá somos un fantasma, no existimos* ». Cela est argumenté par le fait qu'en Uruguay il y a une liberté beaucoup plus grande, plus de visibilité et plus de reconnaissance, alors qu'au Brésil elle se sent plutôt comme un fantôme, comme réalisant un travail invisible aux yeux des autres. Des propos semblables ont été exprimés par une autre sage-femme qui explique que : « *Acá tu dependés mucho del doctor, es una diferencia que tenés con Uruguay ahí* ». Elle soulève ainsi le fait qu'au Brésil elle dépend beaucoup du médecin obstétricien et que cela constitue une différence par rapport à l'Uruguay. Ce à quoi elle ajoute que : « *nuestra carrera acá es como*

⁴⁹ Selon les chiffres officiels de *Santa Casa de Misericórdia*.

que no vale lo que tendría que valer ¿no?» C'est-à-dire que d'après cette sage-femme uruguayenne, sa formation au Brésil ne vaut pas vraiment ce qu'elle devrait valoir. Ce sentiment est d'ailleurs assez remarquable dans l'ensemble de ces professionnelles de la santé, et malgré les encouragements des cadres de santé, la subordination au médecin obstétricien au moment de la prise en charge d'une femme enceinte (lors d'une consultation ou d'un accouchement) reste difficile à accepter pour elles. Comme nous dit une sage-femme, les *parteras* ont plutôt une fonction d'accompagnement du médecin obstétricien et de ce fait elle ressent que sa formation au Brésil ne vaut pas ce qu'elle devrait valoir, ou en tout cas, ce qu'elle vaut dans son pays d'origine. En tout cas, nous pensons qu'au-delà de ces difficultés, il est important de souligner que cet hôpital a préféré embaucher des sages-femmes étrangères, habitant peut-être de l'autre côté de la rue, que de faire appel à des professionnels brésiliens qu'il faudrait sûrement aller chercher à des centaines de kilomètres. A ce sujet, une personne des *Unidades Básicas de Saúde*, nous dit :

Nós temos as parteiras na Santa Casa, que elas são uruguaias, né, porque lá é um tipo, aqui é outra maneira. Mas elas fazem um trabalho muito bom, um trabalho diferenciado, até porque aqui nós deveríamos ter obstetra 24 horas de plantão, nós não temos, nós temos sobreaviso. E elas que ficam ali que atendem as mulheres, né, as mulheres, sejam elas uruguaias ou brasileiras, quando chegar, vão passar por elas. A maior parte são brasileiras. Então essas mulheres brasileiras tão sendo atendidas por uma parteira que é uruguaia, ela tem um conhecimento muito bom, né? Então esse interagir dessas duas pessoas é muito importante, ver esse vínculo, é um aviso muito legal, muito interessante.

D'après elle, le travail des sages-femmes uruguayennes est remarquable non seulement en raison des connaissances qu'elles possèdent mais aussi du fait que ce sont elles qui assurent une présence jour et nuit. Dans l'ensemble, nous avons pu observer qu'il y a une vision très positive des *parteras* uruguayennes malgré le manque de reconnaissance ressenti par elles. Cela viendrait du fait que la manière d'exercer la profession n'est pas la même d'un côté et de l'autre de la frontière et la subordination au médecin obstétricien est forte au Brésil alors qu'elle est presque inexistante en Uruguay.

Un parallélisme peut être fait entre cette situation et ce qui s'est passé en 2007, lorsque l'hôpital *Santa Casa de Misericórdia* a fermé ses portes en raison de mouvements sociaux dus au manque de ressources financières. A cette époque-là, un accord avait été mis en place pour permettre aux femmes brésiliennes d'accoucher à l'hôpital de Rivera. C'était une situation singulière où exceptionnellement il a été permis aux gynécologues brésiliens d'aller travailler à l'hôpital uruguayen afin d'assurer ces accouchements. Dans cette situation, qui reste

anecdotique pour la population frontalière, plusieurs aspects culturels et professionnels ont été soulevés.

D'une part, des gynécologues uruguayens qui travaillaient à cette période à l'hôpital de Rivera nous ont expliqué que la manière de faire les accouchements par les gynécologues brésiliens était très différente de la leur et que pour eux ce fut choquant de voir certaines pratiques. Comme par exemple, le fait que lorsque le nouveau-né avait besoin d'un traitement avec des médicaments, les professionnels brésiliens auraient préféré la sonde naso-gastrique au cathéter ombilical. Un pédiatre brésilien ayant été présent lors de cette période, nous confirme cela en disant que dans son pays ils ont toujours fait « comme ça » et que la pédiatrie est très différente dans les deux pays. Selon lui, au Brésil il y aurait plus une tradition de travail issue de l'académie américaine de pédiatrie alors qu'en Uruguay cette pratique serait plutôt associée à la tradition française.

Dans cette organisation qui semble avoir été fort complexe, il a bien été prévu que des gynécologues brésiliens assurent les accouchements des femmes brésiliennes. Pourquoi ? C'est là où nous voyons l'importance d'être issu de la même culture que le patient afin de comprendre comment il faut le recevoir, le traiter, le rassurer, etc. Et surtout, nous comprenons que dans cette situation, praticiens uruguayens et brésiliens se sont confrontés à leurs propres pratiques et à celles des autres et cela a été une expérience qui leur a fait dire « moi, je ne fais pas comme ça » (comme nous l'expliquent les gynécologues uruguayens pour qui certaines situations méritaient l'utilisation d'un cathéter ombilical et non pas d'une sonde naso-gastrique). Au-delà de la stylisation, pour reprendre les termes de la clinique de l'activité, que le professionnel peut faire dans son travail, nous voyons qu'ici c'est le genre professionnel qui diffère en fonction du pays du professionnel. Il est également possible de voir que chaque travailleur renforce la pratique professionnelle de son pays d'origine et cela malgré le fait qu'il soit en train d'exercer son activité de travail de l'autre côté de la frontière.

Encore un exemple qui vient nous montrer les différentes pratiques professionnelles en fonction des pays, est celui d'un professionnel uruguayen travaillant dans une institution brésilienne. Selon lui, ce n'est pas toujours facile de s'adapter à travailler dans le pays voisin car :

La parte técnica es complicado porque los protocolos, hay mucha cosa diferente. Por ejemplo en Uruguay el licenciado en enfermería es un poco más técnico que administrativo y en Brasil es más administrativo que técnico. En Uruguay el auxiliar de enfermería y el licenciado prácticamente hacen lo mismo. En Brasil es delimitado

las funciones que tienen que hacer el auxiliar y el licenciado. El enfermeiro tiene bien delimitado la función de él, como procedimientos invasivos: sonda vesical, sonda nasogástrica, punciones complicadas, punciones de yugular, valoración del paciente, es más arraigado al enfermeiro que al técnico. Hay una separación grande entre uno y otro, y en Uruguay está mezclado uno y otro.

Avec cet exemple, il est possible de voir qu'au Brésil il existe une différence plus accentuée entre le cadre de santé et l'infirmier, le premier devant assurer des tâches administratives et des procédures techniques plus complexes (pose de différentes sondes, ponction de la veine jugulaire, diagnostic du patient) tandis que le second se limiterait à la réalisation de procédures moins risquées.

C'est d'ailleurs ce qui a été exprimé par une cadre de santé uruguayenne travaillant en Uruguay. Selon cette personne, il serait important d'implanter la « consultation de soins infirmiers »⁵⁰ tout comme cela se fait au Brésil. Cette consultation consiste à ce que le cadre de santé prenne en charge le patient avant que celui-ci voie le médecin, l'idée étant de faire une première évaluation est de décider si ce patient a vraiment besoin de voir le médecin où si le problème peut être directement traité par le cadre lui-même. Cette professionnelle nous explique qu'il serait très important de pouvoir commencer à faire cela en Uruguay mais que, d'abord, la mentalité dans le système de santé de ce pays doit changer afin de considérer le cadre de santé comme quelqu'un qui peut, lui aussi, faire un diagnostic. Actuellement, cette tâche est réservée au médecin et de ce fait la reconnaissance envers les cadres n'est pas toujours présente, à tel point que, selon elle, entre le cadre et l'infirmier il n'y aurait aucune différence. Cette personne affirme que la vision générale dans le système de santé uruguayen est que le cadre de santé est un professionnel plus cher qu'un infirmier, mais que la différence dans les procédures paraît floue à certains moments. Dans le but, dit-elle, de changer les mentalités, elle a commencé à implanter dans son service le « rapport des soins infirmiers ». C'est-à-dire qu'au moment où l'équipe se réunit pour parler de l'évolution des patients, il n'y a pas que les médecins qui donnent leur avis, désormais, un moment de cette réunion est réservé pour que les cadres de santé s'expriment eux aussi.

De cette manière, nous voyons que les pratiques professionnelles dans cette frontière sont fortement influencées par le pays et les politiques établies par chaque institution mais aussi par le genre professionnel du praticien. A travers ces exemples, nous observons qu'il y aurait des différences dans l'exercice de la profession d'un côté et de l'autre de la frontière, cependant, et au-delà des différentes manières de travailler, les deux pays essayent

⁵⁰ Au Brésil, cela s'appelle « *consulta de enfermagem* ».

d'organiser un travail conjoint. Actuellement, l'hôpital de Rivera (Uruguay) et celui de Sant'Ana do Livramento partagent certains accords en matière de santé, mais comme le signalent les propres acteurs sociaux, il reste encore du chemin à faire. Ici comme à Chuy / Chuí, les deux villes essaient de s'entraider par rapport à la prestation de services. Toutefois, et malgré la volonté des personnes impliquées dans la mise en place des accords frontaliers, nous verrons dans le prochain chapitre que certaines difficultés se présentent entravant ainsi l'application desdits accords. De ce fait, Sant'Ana do Livramento continue à s'organiser pour que les patients requérant de soins qui ne se trouvent pas dans la ville, puissent aller les faire dans les municipalités voisines. Pour cela, le Département de Santé de cette ville propose un service de microbus qui amène les patients, par exemple à Rosario do Sul où sont faits les cathétérismes. Par l'instant, et comme nous l'explique une personne des *Unidades Básicas de Saúde*, la municipalité travaille pour qu'un partenariat plus fort soit établi entre les deux villes frontalières. Cela permettrait qu'il y ait une prise en charge plus fluide, plus intégrale car « *a fronteira não pode separar* » (« la frontière ne peut pas séparer »), dit-elle, d'où l'importance de mettre en place des projets conjoints entre les deux pays. C'est exactement sur ce point que nous nous attarderons dans le prochain chapitre.

Chapitre 3 : Vers une coopération binationale des services de santé

A la frontière Uruguay-Brésil, nous avons pu voir qu'il existe une forte volonté de créer des projets binationaux, entre autres dans le domaine de santé. Cependant, que ce soit à cause de barrières mentales, économiques ou politiques, la totalité de ces projets n'a pas encore vu le jour. Ces projets visent à prendre en compte la singulière situation géographique, autrement dit, à comprendre que la ligne institutionnelle qui se trace entre les deux pays ne constitue pourtant pas un frein pour que la population aille d'un côté ou d'autre de la frontière pour se faire soigner. Le fait de cohabiter dans un seul et même espace urbain, rend plus facile la circulation des personnes qui, face aux fragilités du système de santé de leur pays d'origine, cherchent une solution dans l'autre pays (Da Silva, 2009). Toutefois, les barrières légales et politiques ne permettent pas toujours la libre utilisation des services du pays voisin car des documents sont souvent exigés. Comme le soulignent Gallo, Costa et Moraes (2004) :

O processo de integração é lento, uma vez que demanda diversos acordos e harmonizações que precisam ser construídos ao longo do tempo. Isso, no entanto, não influencia o fato de que gestores das fronteiras já compartilham ações e que populações que se deslocam diariamente utilizam-se de serviços em países vizinhos.

Nesse caso, a realidade cotidiana impõe-se às restrições legais vivenciadas por pessoas que vivem em regiões de fronteira. Essa imposição de uma solução conjunta é particularmente visível no setor saúde [...]. (p. 42-43)

D'après les auteurs, la réalité quotidienne de cet endroit s'impose devant les restrictions légales qui existent ; le plus important étant de trouver une solution conjointe. Au vu de cette situation qui s'est toujours manifestée d'une manière plus ou moins importante et dans l'esprit de développer ces espaces, en 1989, le Brésil a décidé d'installer des comités dans les zones frontalières avec l'Uruguay. Ainsi, au début de 1990 a été signée la *Déclaration de Jaguarão* dans la ville brésilienne de Jaguarão qui fait frontière avec la ville uruguayenne de Rio Branco. A cette occasion ont été créés trois comités de frontière dans les villes suivantes : Chuí / Chuy, Jaguarão / Rio Branco et Sant'Ana do Livramento / Rivera. Quelques mois plus tard, a été mis en place le comité de frontière qui concerne les villes de Quaraí / Artigas et quatre ans plus tard ce sont les villes de Barra do Quaraí / Bella Unión et d'Aceguá / Acegua qui bénéficient de ces comités. L'objectif principal de cet accord était de promouvoir le développement socio-économique de la région et de faciliter la circulation des personnes et des marchandises. L'idée étant de pouvoir développer ces régions de manière conjointe entre les deux pays en question et de pouvoir ainsi privilégier l'intégration.

O estabelecimento dos Comitês foi extremamente positivo e as populações locais viram nisso uma oportunidade para resolver dificuldades diárias. Órgãos que envolvem a esfera federal, estadual e municipal, os Comitês viabilizaram um diálogo maior entre autoridades e cidadãos lindeiros, uma vez que levaram essas comunidades a ter maior articulação no cenário nacional e contribuíram para que houvesse no Estado maior convergência de interesses entre o centro, isto é, as capitais nacionais, e as regiões de fronteira. (Aveiro, 2006, p. 95)

Comme l'a signalé l'auteur, ces comités visaient à établir une meilleure communication et une articulation plus efficace entre la capitale et les périphéries du pays, en cherchant des solutions adaptées aux différentes problématiques frontalières. Ainsi, dans les comités de frontière de Chuí / Chuy et de Sant'Ana do Livramento / Rivera, plusieurs questions ont été discutées, notamment en matière de santé où l'amélioration de la prise en charge des patients frontaliers semblait être une priorité. Pour cela, le réaménagement des infrastructures de santé et le travail conjoint concernant les questions sanitaires, étaient indispensables. Toutefois et malgré l'enthousiasme initial ces comités n'ont pas pu atteindre les objectifs prévus en raison du manque de soutien du gouvernement en question :

A falta de eficácia desses órgãos decorreu, principalmente, da morosidade da esfera governamental em apresentar soluções às demandas apresentadas. Os Comitês, na

verdade, não possuem poder de decisão, constituindo-se órgãos de fraca articulação com as esferas governamentais. A euforia inicial foi substituída por um sentimento de desapontamento. (*ibid.* p. 105)

Malgré donc les efforts qui avaient été faits au niveau frontalier, le gouvernement n'a pas vraiment donné suite aux demandes qui lui ont été adressées. De ce fait, les réunions de ces comités sont devenues de plus en plus rares et l'efficacité de moins en moins présente. Pour faire face à cette situation, en avril 2002 se sont réunis à Montevideo le président brésilien F. Cardozo et son homologue uruguayen J. Batlle. Lors de cette réunion a été établi le « Nouvel Agenda de Coopération et de Développement Frontalier » où le but était à nouveau l'intégration et le développement des zones frontalières, en reconnaissant que les contraintes bureaucratiques avaient fait échouer les efforts réalisés auparavant (Bontempo, 2013). Grâce à ce « Nouvel Agenda » les individus habitant à la frontière Uruguay-Brésil ont commencé à être vus à partir d'une nouvelle perspective et c'est la première fois que ceux-ci sont reconnus en tant que « frontaliers » porteurs d'une identité propre.

Les villes frontalières ont gagné en autonomie et ont été plus que jamais considérées comme un ensemble d'individus qui bien plus qu'uruguayens ou brésiliens, étaient avant tout frontaliers. Dans ce sens, cet Agenda a reconnu une réalité qui existait déjà dans ces régions (Aveiro, 2006). C'est donc à partir de cette reconnaissance qui s'est célébré l'un des accords les plus importants jusqu'à aujourd'hui en matière d'intégration frontalière : le *Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios*⁵¹ (Annexe 1). Cet accord signé en août 2002, permet aux frontaliers habitant dans un rayon de 40 kilomètres d'extension : 20 kilomètres de chaque côté de la frontière, de vivre, travailler et étudier sans restrictions. Entré en vigueur en avril 2004, à travers le décret brésilien numéro 5105, et inauguré par les chanceliers uruguayen et brésilien dans la ville de Jaguarão, cet accord a marqué une nouvelle étape dans le développement des relations binationales entre les deux pays. Il est établi que les villes frontalières concernées par cet accord sont les suivantes :

- ✓ Chuí, Santa Vitória do Palmar, Balneário do Hermenegildo et Barra do Chuí (Brésil) / Chuy, 18 de Julho, Barra de Chuy et La Coronilla (Uruguay) ;
- ✓ Jaguarão (Brésil) / Rio Branco (Uruguay) ;
- ✓ Aceguá (Brésil) / Acegua (Uruguay) ;
- ✓ Santana do Livramento (Brésil) / Rivera (Uruguay) ;
- ✓ Quaraí (Brésil) / Artigas (Uruguay) ;

⁵¹ Accord de permission pour vivre, étudier et travailler pour les nationaux frontaliers brésiliens et uruguayens.

- ✓ Barra do Quaraí (Brésil) / Bella Unión (Uruguay).

Ainsi, « le document spécial frontalier » serait seulement délivré aux personnes qui habitent dans une de ces villes mais n'est pas extensif pour les autres. Autrement dit, si un uruguayen habite à Artigas, son document frontalier l'autorise à vivre, travailler et étudier à Quaraí, mais non pas à Sant'Ana do Livramento ou à Chuí. Ce document qui a une durée de cinq ans (avec possibilité de renouvellement) n'a pourtant pas fonctionné tout de suite après son entrée en vigueur car plusieurs mois se sont écoulés et les pays en question n'en ont délivré aucun. Des problèmes liés au prix des cartes (qui n'était pas le même en fonction des pays) et liés aux institutions délivrant ces cartes, ont fait que la population n'a pas pu bénéficier immédiatement de cet accord même s'il avait été signé.

Peu à peu la situation a commencé à se rétablir et l'intégration est devenue de plus en plus forte entre les deux pays. C'était une période marquée par la reconnaissance des zones frontalières qui avait réussi à capter l'attention des capitales, à tel point qu'en 2005 naît le *Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras* (SIS-Fronteiras). Implanté par le Ministère de la Santé brésilien, le SIS-Fronteiras cherchait à fortifier les systèmes de santé en réalisant des actions et des accords bilatéraux ou multilatéraux dans les zones frontalières avec le Brésil (Santos et Benetti, 2012). Organisé en trois phases d'exécution, il devait tout d'abord étudier les besoins locaux et la meilleure manière d'intégrer les ressources humaines et matérielles dans les 121 municipalités brésiliennes qui possèdent des frontières internationales. Cependant, des difficultés de gestion survenues dans la deuxième phase du projet ont altéré significativement son déroulement. Malgré cela, il a incité à la création d'autres projets et d'autres instances de travail dans les municipalités brésiliennes ayant des frontières internationales.

Dans ce sens, en octobre 2005 s'est célébrée la première Conférence d'Intégration en Santé organisée à la fois par Sant'Ana do Livramento et par Rivera. Cette conférence avait comme devise « Partager, Intégrer, Légaliser et agir en matière de santé ». Comme nous le voyons, un des items est « légaliser », ce qui montre le besoin de régulariser certaines pratiques, qui bien que courantes, n'étaient peut-être pas inscrites dans un cadre légal qui les rende légitimes. Plus de 280 personnes des deux pays en question ont assisté à ces deux journées de travail parmi lesquelles étaient présents les autorités municipales, des membres du Ministère de la Santé et des professionnels de santé. C'est à partir de cette conférence qu'en décembre de la même année est né le *Comité Binational* ayant pour objectif l'élaboration de politiques publiques de santé en intégrant à la fois la population de Sant'Ana do Livramento

et celle de Rivera. Le Comité est intégré par 30 membres : 15 brésiliens et 15 uruguayens parmi lesquels il y a des autorités gouvernementales, des professionnels de santé, des usagers et des prestataires de services de santé (comme la *Santa Casa de Misericórdia*, CASMER et COMERI⁵²). Ce comité vise principalement à la participation de toute la population frontalière dans la création de politiques de santé, en essayant d'être un interlocuteur privilégié dans la transmission d'informations aussi bien avec les autorités gouvernementales et nationales que celles du Mercosud. Enfin, le Comité Binational cherche à articuler les différentes institutions publiques et privées, ainsi comme les acteurs politiques et communautaires des deux pays en question, afin de trouver des solutions aux problèmes communs à la frontière Rivera / Sant'Ana do Livramento⁵³. Pour atteindre les objectifs fixés, ce Comité avait prévu de se réunir fréquemment dans les cinq sous-commissions suivantes : accidents de la route, drogues, vigilance sanitaire et épidémiologique, VIH/SIDA et prise en charge des Soins de Santé Primaires. Ayant effectué plusieurs réunions par an, l'activité de ce Comité est actuellement moins intense. Au début de l'année 2013, le Comité centrait ses activités sur un travail binational par rapport à la vigilance sanitaire concernant la dengue et le VIH. Ces maladies pouvant, selon eux, être prévenues et être mieux prises en charge si une organisation binationale efficace a lieu.

En continuant avec l'ordre chronologique d'apparition des accords frontaliers, nous pouvons dire que la naissance du *Comité Binational* en 2005 à Sant'Ana do Livramento / Rivera, qui a commencé son travail en 2006, est l'un des exemples les plus significatifs en matière de coopération transfrontalière. A cette époque-là, plus précisément en 2007, la frontière Chuí / Chuy avait elle aussi établi un agenda de travail binational qui s'organisait en tant que Commission de Santé du Comité de Frontière. Cette commission, intégrée par le Département de santé des deux pays, par l'hôpital de Chuy ainsi que par COMERO⁵⁴, a signalé que la coopération en matière de santé se voyait freinée par l'absence de cadre légal qui la rend légitime. Il s'agissait donc de trouver une solution légale pour qu'il soit possible d'embaucher des professionnels de santé, d'établir des assurances pour les ambulances et pour qu'il puisse y avoir un vrai échange dans la prise en charge des patients de ces régions (Bontempo, 2013).

⁵² CASMER signifie Cooperativa Asistencial Médica de Rivera. COMERI veut dire : Cooperativa Médica de Rivera.

⁵³ Selon des documents qui nous ont été fournis par la Direction Départementale de Santé de Rivera.

⁵⁴ Cooperativa Médica de Rocha.

Ce diagnostic a contribué, en partie, pour qu'en novembre 2008 soit signé le *Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde* (Annexe 2). Entré en vigueur en juillet 2010, ce nouvel accord constitue une complémentation à l'ancien accord qui avait été signé en 2002 et appliqué en 2004. Ce nouveau document vise à l'échange frontalier dans la prestation de services de santé dans un cadre légal afin de faire face aux difficultés soulevées en 2007. Nous nous attarderons sur certains articles de cet accord, car comme nous le verrons par la suite, malgré le fait que ce soit un document officiel, son exécution a été rendue difficile, notamment par le Conseil Régional de Médecine brésilien.

Le premier article établit qu'il est tout à fait légal que les personnes juridiques brésiliennes et uruguayennes embauchent des services de santé dans les endroits prévus par l'accord de 2002. Il est également indiqué que la prestation de services de santé sera faite au travers d'un contrat spécifique entre les intéressés de chaque pays ; cette prestation concernant aussi bien la prévention de maladies, le diagnostic, le traitement, les chirurgies, les hospitalisations et les urgences (Article 3). Le paiement des services de santé proposés d'un pays vers l'autre peut être réalisé à travers la compensation réciproque de ces services (article 4). Le cinquième article établit que les ambulances peuvent circuler librement dans les zones concernées par l'accord, d'un côté et de l'autre de la frontière, sous condition d'être identifiées comme telles.

C'est grâce à ce nouveau document que les deux pays ont pu renforcer la prestation de services pour la population frontalière. Dans ce sens, une autorité du Ministère de Santé Publique de Rivera, nous explique qu'en 2013 et dans le cadre du *Comité Binacional* de santé, des institutions uruguayennes, aussi bien publiques que privées, ont fait 15 jours de prestation de services en traumatologie pour les patients brésiliens. Elle nous dit qu'au lieu de se faire payer ces prestations, et devoir faire des virements bancaires dont les taxes sont très élevées, aussi bien uruguayens que brésiliens ont décidé de faire autrement. Au vu de l'article 4 de cet accord, ils ont établi que le Brésil allait payer ces 15 jours de travail à l'Uruguay en faisant un certain nombre de résonances magnétiques. Vu le manque de ces appareils du côté uruguayen de la frontière, il a été décidé que la population de Rivera pourrait aller à Sant'Ana do Livramento pour passer ce type d'analyses médicales. C'est une manière de faire une complémentation de services et d'éviter au patient de devoir se déplacer dans des villes plus lointaines dans la recherche d'un service qui est proposé de l'autre côté de la rue.

Ce qui a été également soulevé, aussi bien par des praticiens que par les Départements de Santé lors de notre séjour, est le fait que grâce à cet accord de 2010, il est tout à fait légal d'échanger des services de santé si l'un des deux côtés de la frontière en a besoin. Dans ce sens, que ce soit des services matériels ou humains, ils peuvent faire l'objet d'un accord entre les deux pays afin d'assurer une prise en charge adéquate de la population frontalière. En partant de cette base, en cas de besoin, un professionnel uruguayen pourrait aller travailler du côté brésilien et un brésilien pourrait venir proposer ses services du côté uruguayen. Néanmoins, le Conseil Régional de Médecine de Rio Grande do Sul n'entend pas les choses de cette manière ; il considère que sans avoir fait une validation du diplôme au Brésil, un médecin uruguayen n'a pas le droit d'aller travailler en territoire brésilien. Cependant, le Décret 5105 (signé en 2002, entré en vigueur en 2004) explique clairement dans l'article 1 aléa b, qu'il est admis l'exercice d'un travail, métier ou profession dans les zones géographiques prévues par l'accord. Egalement, le Décret 7239 (signé en 2008, entré en vigueur en 2010), comme nous l'avons vu, permet aux personnes juridiques uruguayennes et brésiliennes de faire un contrat pour la prestation des services de santé. Ces accords ne parlent pas de l'obligation de la validation des diplômes par une quelconque instance brésilienne. Ayant donc un cadre légal qui soutient ces pratiques, certains professionnels uruguayens avaient commencé à être embauchés par des prestataires de santé de Sant'Ana do Livramento et de Santa Vitória do Palmar. Aussitôt, ceux-ci ont été dénoncés par le Conseil Régional de Médecine de l'Etat de Rio Grande do Sul⁵⁵ et l'affaire a finalement fini aux mains de la Justice. Ce Conseil est une institution de droit public qui se charge de surveiller l'éthique dans la pratique médicale et de garantir une bonne qualité des soins de la part des professionnels en question. Il faut également remarquer que ce Conseil Régional appartient au Conseil Fédéral de Médecine, dont l'équivalent en français serait l'Ordre National des Médecins.

Dans le cas de Santa Vitória do Palmar, trois médecins uruguayens avaient été embauchés par la municipalité afin de combler le manque de ce type de professionnels. Dénoncés par le Conseil Régional, en 2013 les Tribunaux brésiliens ont donné une sentence provisoire qui était en faveur des professionnels uruguayens car ils ont considéré que les besoins en matière de santé de la population devaient être pris en charge. Tenant compte du fait qu'aucun médecin brésilien ne s'était présenté pour assumer les postes libres, les

⁵⁵ <http://www.cremers.org.br/>

Tribunaux à cette époque-là se sont montrés plutôt favorables à l'embauche de ces professionnels uruguayens.

Néanmoins, mi-mars 2014, les Tribunaux ont exprimé la sentence définitive qui interdit formellement aux professionnels uruguayens de travailler au Brésil si leur diplôme n'était pas validé par ce pays⁵⁶. Nous voyons de cette manière que les accords de 2004 et 2010 n'ont pas été plus forts que la pression qu'a pu exercer le Conseil Régional de Médecine. Selon l'autorité de Sant'Ana do Livramento, le Conseil Régional a beaucoup de pouvoir et pour lui, il paraît impossible qu'un Conseil Régional puisse aller plus loin qu'une loi binationale. Cette personne nous explique que la vie humaine et la santé devraient être une priorité et non pas se voir compromise par « des législations absurdes » qui ne prennent pas en compte les droits et les besoins de la population frontalière.

Dans ce même sens, Santos et Benetti (2012) observent que :

A solução do litígio parece colocar em evidência os valores que precisam ser cotejados em grau de importância: se, de um lado, apresenta-se o argumento da suposta inabilidade profissional e falta de formalização por registro de um médico uruguaio, de outro, a efetiva carência de profissionais que os hospitais enfrentam afetando o fundamental direito à saúde das populações de fronteira. (p. 74)

Nous remarquons ainsi que bien que plusieurs politiques et accords frontaliers soient mis en place, il reste encore des problèmes à résoudre, notamment en ce qui concerne l'exercice des professions de santé dans le pays voisin. Pour les praticiens brésiliens, il n'y a pas de difficultés pour qu'ils aillent en Uruguay, les autorités uruguayennes ne s'opposent pas à ce qu'ils puissent faire une prestation de service en cas de besoin. Par contre, pour le professionnel uruguayen, les choses sont un peu différentes ; pour pouvoir exercer sa profession de l'autre côté, il lui faut avoir revalidé son diplôme. Cependant cette situation semble vraiment compromettre le droit au soin des populations habitant dans un seul et même espace. En raison des différentes manières d'interpréter un décret, la prise en charge de la population peut être affectée, notamment si la ville où cette personne vit ne dispose pas du professionnel dont elle a besoin et que ce même professionnel, disponible de l'autre côté de la rue, n'est pas autorisé à traverser la frontière.

Cette situation pourrait s'expliquer en partie par le fait que la formation en médecine en Uruguay et au Brésil n'est pas exactement la même, en tout cas pas en termes d'années. Au

⁵⁶http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24564:stj-proibe-medicos-uruguaio-de-trabalhar-em-santa-vitoria-do-palmar-rs&catid=3

Brésil la formation a une durée de six ans et est composée notamment des cours académiques du début jusqu'à la fin. Une partie de la sixième année est dédiée à un internat dans un hôpital universitaire et une fois les épreuves réussies, au bout de ces six années d'études, la personne reçoit son diplôme de médecin. Cette première étape étant terminée, un autre internat optionnel de deux ans est vivement conseillé et pour pouvoir y accéder il est nécessaire de passer un concours. Cependant, le manque de place fait que dans certains Etats brésiliens (comme à São Paulo) 61% des médecins brésiliens n'ont pas pu réaliser ces deux années complémentaires⁵⁷. Bien que ce ne soit pas le cas dans tous les Etats, cela reste une réalité et une difficulté à surmonter pour chaque jeune médecin⁵⁸ où le nombre de candidats à l'internat est supérieur au nombre de places disponibles. Dans l'Etat de Rio Grande do Sul, dont une partie fait frontière avec l'Uruguay, les places pour la réalisation de l'internat ont d'été augmentées en 2014 et bien que le nombre reste encore faible vu le nombre de candidats, le Département de Santé de cet Etat assure en créer encore d'autres⁵⁹.

En Uruguay, chaque personne voulant devenir médecin doit réaliser sept ans et demi d'études universitaires ; la dernière année étant faite sous le régime d'internat. Pour accéder à cet internat il est nécessaire de passer un concours qui, bien qu'obligatoire, n'est pas éliminatoire. Autrement dit, le candidat passe un concours public où il sera classé sur une liste selon la note obtenue. Les premières places de la liste peuvent choisir le domaine dans lequel se réalisera l'internat (médecine, chirurgie, gynécologie ou pédiatrie), ce qui ne sera pas le cas pour les dernières places. Malgré cela, chaque personne qui passe ce concours aura une place dans l'infrastructure de santé publique uruguayenne où il exercera en tant qu'interne pendant un an et avec une charge horaire de 44 heures hebdomadaires⁶⁰. Une fois l'internat fini et validé et après quelques démarches administratives, le diplôme de Docteur en Médecine est délivré.

Nous observons ainsi que certaines différences existent entre les deux pays concernant la formation en médecine ; l'une d'entre elles étant l'accès car au Brésil, il est nécessaire de passer un examen éliminatoire avant l'entrée à l'université, alors que ce n'est pas le cas pour l'Uruguay. Une fois la formation académique faite et validée, les deux pays exigent la réalisation d'un internat pour pouvoir devenir médecin. Comme nous l'avons vu cette

⁵⁷ http://www.ufcg.edu.br/prt_ufcg/assessoria_imprensa/mostra_noticia.php?codigo=6060

⁵⁸ <http://m.g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2013/08/vagas-de-residencia-medica-sao-insuficientes-para-formandos-por-ano.html>

⁵⁹ http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/7848/?Governo_do_Estado_amplia_vagas_em_Resid%C3%A2ncia_M%C3%A9dica_no_RS

⁶⁰ http://www.dem.fmed.edu.uy/Intenado%20Obligatorio/index_i_ob.htm

formation diffère en nombre d'années et la suite après le diplôme n'est pas non plus la même car au Brésil il est conseillé de réaliser un autre internat pour lequel les places sont insuffisantes alors que cet internat-là ne se réalise pas en Uruguay.

Ces aspects ayant été exposés, nous passerons maintenant à expliciter un autre volet de la frontière Uruguay-Brésil et qui concerne tout particulièrement les aspects linguistiques caractéristiques de cet espace géographique.

Chapitre 4 : Situation linguistique dans l'espace frontalier étudié

Ce chapitre constitue une partie clé de ce travail car c'est ici que nous montrerons quels sont les aspects linguistiques de l'espace frontalier où cette recherche a eu lieu. Divisé en deux parties, nous expliquerons la situation linguistique de chaque côté de la frontière en nous focalisant sur les langues et dialectes présents sur cet espace. Comme nous allons le voir, la frontière Uruguay-Brésil est caractérisée par la présence de deux langues standards telles que le portugais et l'espagnol et par deux dialectes locaux : le *Portugués del Uruguay* (PU) et le *Português Gaúcho da Fronteira* (PGF). Dans le cas de cette recherche, nous nous intéressons uniquement au dialecte PU, populairement appelé *portugnol* et que, comme nous le verrons, est source de plusieurs stéréotype négatifs. Avant la description des aspects linguistiques de chaque côté de la frontière étudiée, il nous semblait important de faire quelques rappels rapides concernant les concepts de langue et de dialecte. De cette manière, nous poserons rapidement quelques bases théoriques importantes pour la compréhension des aspects linguistiques que nous décrirons par la suite.

Malgré les nombreuses définitions qui existent à propos de la notion de langue, nous allons nous référer rapidement à deux d'entre elles ; d'abord à celle de Saussure (1969), selon qui, la langue est un système de signes arbitraires et différentiels. Dans ce sens, elle est considérée comme un système sémiotique qui permet d'interpréter la parole dans une communauté donnée. La langue est composée de signes dans lesquels nous trouvons une union arbitraire, conventionnelle, sociale, entre signifiant et signifié. Le premier désigne, selon l'auteur, l'aspect matériel du signe, son image acoustique, alors que le deuxième fait référence à l'aspect conceptuel, c'est-à-dire à la réalité à laquelle le signe se réfère. Ainsi, pour

le signifiant [livR] (aspect sonore du signe), il y aura une représentation mentale de l'objet « livre ».

Par ailleurs, Yaguello (1988) propose de concevoir la langue en tant que « code écrit et structuré par une grammaire de type scolaire qui possède un statut national et/ou officiel ainsi qu'une tradition littéraire » (p. 33). Ici, la grammaire doit être comprise comme les règles à suivre pour produire des énoncés conformes au bon usage de la norme. Cela a justement à voir avec une caractéristique essentielle de la langue ; le fait qu'elle doit être fixée, normalisée, standardisée ; c'est cet aspect-là qui permet de parler de *langues standards*. Mais, la langue est également comprise comme l'ensemble de dialectes définis dans un espace donné et qui permettent une intercompréhension entre leurs usagers. De ce fait, une langue dite standard n'est qu'un dialecte qui a réussi (Calvet, 1974, cité par Yaguello, 1988).

Toutefois ces derniers, apparaissent comme des formes moins stables et souvent sans écriture, ce qui d'une manière générale, leur confèrent des connotations négatives. Le terme dialecte se réfère à n'importe quelle variété linguistique partagée par un groupe de locuteurs (Carvalho, 2007). Dans un sens strictement technique et neutre, cette notion fait simplement référence au parler d'un espace géographique donné, cependant, en raison du caractère instable, cette notion a fini par être chargée de valeurs péjoratives (Behares, 2007).

Comme l'explique Abou (1986), un dialecte est une variété linguistique et toutes les langues ont au moins trois types de variations : celles qui sont relatives à l'individu, au groupe et à la région. Lorsque les variations sont d'ordre individuel nous sommes devant un idiolecte, celui-ci est marqué par une utilisation particulière de la grammaire, de l'intonation, des mots, de la prononciation, etc. Concernant les sociolectes, ce sont des variations linguistiques propres à un groupe social donné. Enfin, un régiolecte est une variété propre d'une région et serait, d'après l'auteur, un terme préférable à celui de « dialecte » ou « patois » car il permet d'en finir avec les ambiguïtés et les représentations négatives véhiculées par ces mots.

Ces différentes variations linguistiques qui peuvent se manifester dans un espace donné, comme c'est le cas de la frontière Uruguay-Brésil, font que dans une communauté plurilingue il y ait une langue A dominante –perçue d'une manière positive– et une langue B dominée –en général stigmatisée et méprisée–. Dans ce type de circonstance, les sujets transitent d'une variation linguistique à une autre en fonction de la situation et des interlocuteurs. Nous arrivons ainsi au concept de diglossie (Ferguson, 1959 ; Fishman, 1961), qui fait référence à l'alternance d'utilisation d'une variété linguistique considérée comme

haute et d'une autre considérée comme *basse*. Ce phénomène renvoie à la fonction sociale de chacune de ces variétés au sein d'une communauté, où un certain prestige est associé à la variété *haute* et un certain mépris à la variété *basse*. La séparation des codes se fait alors en suivant deux orientations : une langue H (*high*) utilisée pour la religion, l'enseignement et d'autres aspects de la culture, et une langue L (*low*) employée pour les sujets quotidiens, pour la maison et la famille. Cette situation diglossique est caractéristique du nord de l'Uruguay et constitue un des aspects que nous traiterons dans la partie consacrée à la description de la situation linguistique du côté uruguayen de la frontière. Mais, tout d'abord nous commencerons par expliciter rapidement certains aspects qui caractérisent le côté brésilien.

4.1 Aspects linguistiques du côté brésilien de la frontière

A ce jour, peu de recherches ont été réalisées sur le dialecte parlé dans les zones frontalières brésiliennes avec l'Uruguay et l'Argentine. Ainsi, l'étude du *Português Gaúcho da Fronteira* (PGF) comporte encore certaines lacunes. La plupart des travaux qui ont été faits concernent surtout et presque uniquement la description linguistique –et non pas sociologique– de celui-ci. Dans ce sens, les analyses de Laytano (1981) et de Trindade, Behares et Fonseca (1996) sont à remarquer par leur richesse et leur description fine des parlers *gaúchos* en termes phonétiques et morphologiques.

Actuellement, le PGF est considéré comme une variété dialectale intégrée à la langue portugaise parlée à l'extrême sud du Rio Grande Do Sul, notamment dans les zones frontalières du Brésil avec l'Uruguay et l'Argentine (Behares, 2007). Parmi les diverses influences qui marquent ce dialecte, nous trouvons le portugais brésilien et açoréen, le tupi-guarani et des langues africaines. Il est évident que parmi elles, celle de l'espagnol est particulièrement importante, elle est présente en raison de l'histoire de la région ainsi que par les échanges économiques qui unissent ces deux pays depuis plusieurs décennies. Cependant, certains aspects morphologiques, phonologiques et syntaxiques du PGF ne sont pas seulement le fruit du contact avec l'espagnol mais cela relève plutôt du fait que d'autres langues soient rentrées en jeu lors de sa constitution. Toutefois, l'influence de l'espagnol dans l'utilisation de certains mots paraît indiscutable, mais cela n'est pas extensif aux différentes expressions culturelles qui marquent cette région. Comme le souligne Sturza (2006) :

No entanto, as influências do espanhol sobre as expressões culturais do Rio Grande do Sul, principalmente na constituição de um linguajar do gaúcho, foi objeto de muito

debate por parte da intelectualidade gaúcha, como Guilhermino César, Dante Laytano, Moisés Velinho, Manoelito Dornellas, entre outros. (p. 50)

Bien qu'il y ait énormément de choses à dire sur les caractéristiques linguistiques de ce dialecte en termes de palatisations, nasalisations, déclinaisons, etc., nous n'allons pas évoquer ces aspects dans cette recherche. Nous pouvons dire, à titre d'exemple, que le PGF et le dialecte uruguayen *Portugués del Uruguay* (PU) se ressemblent par rapport à l'acquisition de certaines formes verbales qui ne sont présentes ni en espagnol ni en portugais. Nous trouvons des verbes, qui en portugais standard ont le préfixe *es*, alors qu'en PU et en PGF, ont le préfixe *a*, comme c'est le cas du verbe « chauffer » : *esquentar* devient *aquentar*. Dans d'autres cas, en PGF et PU certains verbes prennent le préfixe *a*, comme c'est le cas pour « bouillir » qui passe de la forme portugaise standard *ferventar* à *aferventar* ou de *remexer* à *arremexer* (remuer). Un autre exemple où nous percevons les différences entre langues standards et dialectes est le mot *graisse* : en PU et en PGF cela se dit *graxa*, alors qu'en espagnol c'est *grasa* et en portugais c'est *gordura*. Il y aurait donc de nombreuses ressemblances et de spécificités à ces deux dialectes par rapport aux langues standards présentes dans cet espace (Behares, 2007).

Nous avons pu constater lors d'une autre recherche (Pérez-Caraballo, 2011) et de celle-ci, que ce dialecte n'est pas marqué par des stéréotypes négatifs ni par le mépris qui est souvent associé au *Portugués del Uruguay* (PU), comme nous le verrons par la suite. Au contraire, Le PGF est une réalité linguistique qui est perçue comme faisant partie de la région frontalière et qui est considérée comme un élément parmi d'autres de la culture du sud du Brésil. Ainsi, dans les villes frontalières brésiliennes, la forme la plus utilisée est le portugais standard, marqué par certains traits régionalistes propres de cette zone. En revanche, en nous éloignant des villes, le PGF devient bien plus présent.

4.2 Aspects linguistiques du côté uruguayen de la frontière

La situation linguistique du côté uruguayen est assez complexe et a fait l'objet de plusieurs études, notamment dans le domaine de la linguistique et de la sociolinguistique (Barrios, 1996, 2008, 2009 ; Behares, 2007 ; Carvalho, 2003, 2007 ; Elizaicín et Behares, 1981 ; Elizaicín, Behares et Barrios, 1987). Tout d'abord il faut souligner que la langue nationale de l'Uruguay est l'espagnol, même si celle-ci n'est reconnue dans aucun texte juridique en tant que langue officielle. Elle est donc la langue officielle de *facto* et non pas de

jure et comme nous le verrons, dans les départements uruguayens du nord, celle-ci n'est pas toujours la langue maternelle de ses habitants.

La présence des portugais et des espagnols au XVIIe, XVIIIe et XIXe siècle dans la région frontalière qui nous concerne a eu plusieurs effets linguistiques sur les populations qui se trouvaient dans cet espace. Une partie considérable de lusophones habitait les territoires du nord de l'Uruguay qui étaient considérés comme étant séparés du reste du pays car leur langue était le portugais et non pas l'espagnol. « Au nord tout est brésilien, même la langue. Seule l'école primaire peut nous défendre de cette invasion qu'est en train de faire l'élément brésilien sur notre pays » proclamait Zavala Muniz, homme politique uruguayen, en 1922. Mais déjà, bien avant cette époque, la langue portugaise était vue comme une invasion et les départements du nord comme victimes de celle-ci sans pour autant qu'il y ait une compréhension des facteurs historiques qui étaient responsables de cette situation.

Depuis plusieurs siècles les lusophones habitaient ces espaces sans que les traités de démarcation de la frontière signés en 1851, 1856, 1903, 1909 et 1913, ni que la première Constitution de l'Uruguay de 1830, aient provoqué des différences pour eux. Ils ont continué à vivre dans leur territoire, dans l'espace qu'ils habitaient depuis tant d'années. Ainsi, l'Uruguay s'est érigé en tant que pays indépendant mais les habitants des régions concernées n'ont pas changé de langue en dépit de leur appartenance à un pays dont la langue nationale était désormais l'espagnol. De toute évidence, ces populations ont continué à parler et à transmettre leur langue qui était une variété du portugais.

Cependant, la langue portugaise était considérée comme une invasion et représentait une possible perte de l'identité nationale, de ce fait et dans le but de fortifier la nationalité, les hommes politiques de l'époque ont considéré nécessaire d'éradiquer toutes les différences linguistiques présentes sur le territoire (Barrios, 1996). Dans cette quête d'unification identitaire et linguistique, José Pedro Varela, sociologue et homme politique uruguayen, impose la Loi d'*Educación Común* en 1877, qui déclare l'espagnol comme unique langue d'enseignement sur tout le territoire national. Sous couvert d'appliquer des idéaux d'une école laïque, gratuite et obligatoire, cette loi vient gommer les différences linguistiques et culturelles présentes sur le territoire uruguayen. L'école s'est donc construite sur la négation de la différence car elle a été instaurée selon une philosophie impliquant de laisser les différences aux portes de l'institution sous prétexte que cette dernière se base sur l'égalité.

Cette loi, appliquée à l'ensemble du pays, fait que l'alphabétisation de la population frontalière soit faite dans une variété standard (l'espagnol) différente de leur langue maternelle. De cette manière, la population du nord et du nord-est uruguayen, passe d'être monolingue (leur langue était une variété du portugais) à bilingue (une variété du portugais et l'espagnol). C'est-à-dire que contrairement à ce qui était prévu, l'homogénéisation linguistique n'a pas abouti et au contraire, il y a eu une formation d'un répertoire plurilingue qui incluait des variétés de l'espagnol et du portugais (Barrios, 2009). La loi de 1877 a provoqué, entre autres, que la langue maternelle de cette population ait commencé à reculer et que son usage se soit réduit à la sphère privée, comme la maison, la famille et les amis. Cette imposition de l'espagnol a fait que vers 1920, les individus de ces régions pouvaient déjà être considérés comme bilingues et diglossiques (Behares, 2007). C'est-à-dire qu'ils pratiquaient couramment les deux langues à disposition (une variété du portugais et l'espagnol) mais ces langues n'avaient pas le même prestige social et leur usage différait selon le contexte. Ainsi, et si l'on se réfère au concept de diglossie évoqué plus haut, l'espagnol est la variété *haute* et est utilisé dans les situations formelles et le dialecte, qui était une variation du portugais, constituait la variété *basse*, uniquement utilisée dans les situations informelles (Barrios, 1996 ; Brovetto, Geymonat et Brian, 2007 ; Carvalho, 2007 ; Elizaicín, 1992).

A partir des années 1950, certains chercheurs se sont intéressés à la situation linguistique du nord de l'Uruguay sans vraiment soupçonner que le pays était loin d'être monolingue (Behares, 2007). Le premier chercheur à avoir mené une étude dans les régions frontalières des départements d'Artigas, Rivera et Cerro Largo a été le linguiste Rona (1959, 1963). A travers ses différentes études faites donc au nord de l'Uruguay, il a observé la complexe situation linguistique frontalière.

Quando examinamos la zona de encuentro de estas dos lenguas, observamos, a pesar de lo dicho, la ausencia total de una neta línea divisoria y, lo que es más interesante todavía, la formación de un dialecto intermedio por mezcla de ambas lenguas. Esto hace que la realidad lingüística en la zona de la frontera corresponda, más bien, al tipo de variación dialectal, como si se hubiese hablado antes una sola lengua común al Brasil y al Uruguay y esta lengua común se hubiera diversificado formando dialectos, hasta llegar a la situación actual. (Rona, 1963, p. 202)

Ce dialecte intermédiaire dont il parle et qui avait des éléments portugais et espagnols, a été baptisé par l'auteur comme *Dialecto Fronterizo*⁶¹. L'auteur remarque que celui-ci a la particularité de posséder des éléments des deux langues, par exemple voici ce qui se passe

⁶¹ Dialecte Frontalier.

pour le mot *tasse* : « al lado de *tijela* “taza”, se usa también *tação* como sinónimo, tratándose de la palabra castellana *tazón* modificada de acuerdo al sistema fónico del portugués ». (*ibid.*, p. 213). Ici l’auteur observe que le mot *tasse* en Dialecte Frontalier devient aussi bien *tijela* que *tação* et nous voyons que cette dernière forme s’élabore à partir du mot espagnol *tazón* qui a été modifié en suivant le système phonique du portugais. C’est l’un des exemples signalés par l’auteur afin de montrer que le Dialecte Frontalier est variable et qu’il n’est pas uniforme tout au long de la frontière.

Plus tard, Elizaicín et Behares (1981) ont mené d’autres études qui sont venues montrer qu’il s’agissait bien d’un phénomène linguistique de base portugaise mais que ce n’était pas un dialecte mais plutôt un ensemble variable de parlers. De ce fait, les auteurs ont rebaptisé ce phénomène comme *Dialectos Portugueses del Uruguay*⁶² (DPU). Quelques années plus tard, Elizaicín, Behares et Barrios (1987) ont fait une analyse détaillée de ces parlers frontaliers, de leur contexte d’utilisation et des enjeux qu’ils entraînaient pour leurs locuteurs. Ils observent que ces parlers sont plutôt instables et variables et qu’ils constituent la langue maternelle d’une grande partie de la population frontalière uruguayenne. A ce sujet, ils remarquent que par exemple, à l’école c’est l’espagnol qui était la langue de référence alors qu’un grand nombre d’enfants (notamment ceux habitant les zones rurales) était monolingues de DPU.

Cet ensemble de dialectes présentait la caractéristique d’avoir des aspects morphologiques et phonologiques proches d’un portugais plutôt colloquial et une simplification de la marque du pluriel. Ainsi, Behares (2007) donne quelques exemples des découvertes faites à l’époque : « *todo os animal das gaiolas* » (tous les animaux des cages), « *vamo botá duas galleta de moio na água* » (on va mettre à tremper deux biscuits dans l’eau), « *ela costumava dá uns biscoito doce pra us minino piqueno da estância* » (elle avait l’habitude de donner des biscuits sucrés aux enfants du ranch). De cette manière, les travaux de 1987 marquent une nouvelle étape dans la description de ces parlers frontaliers qui ont été analysés à partir d’autres perspectives que celles de Rona.

Plus tard, Carvalho (2003, 2007), sociolinguiste brésilienne, redéfinit cet ensemble de parlers en leur donnant une nouvelle désignation : *Portugués del Uruguay*⁶³ (PU). Pour l’auteur, ce phénomène n’est pas un ensemble de parlers mais un continuum dialectal qui a comme extrêmes le portugais uruguayen rural et le portugais brésilien standard ou urbain.

⁶² Dialectes Portugais de l’Uruguay.

⁶³ Portugais de l’Uruguay.

L'oscillation entre les deux extrêmes dépend du groupe social d'appartenance du locuteur et du contexte de communication (Carvalho, 2007). Dans ce continuum plusieurs influences de l'espagnol sont repérables, faisant ainsi que des éléments de la langue majoritaire (l'espagnol) soient présents dans le répertoire grammatical de la langue minoritaire (le PU) (*ibid.*). Voici quelques exemples donnés par l'auteur à partir de ses travaux et qui concernent les emprunts lexicaux (soulignés) : « *No aniversário a gente se reúne e faz uma torta e coisas assim* » (pour l'anniversaire on se réunit et on fait un gâteau et des choses comme ça), « *hoje é martes* » (aujourd'hui c'est mardi), « *passam o dia na calle* » (ils passent la journée dans la rue), « *quando tô nas casa eu gosto de oiá películas* » (quand je suis à la maison j'aime regarder des films).

Nous voyons ainsi que ce continuum dialectal a fait l'objet de plusieurs études et qu'à travers le temps les dénominations académiques de celui-ci n'ont pas été les mêmes. Néanmoins, celles-ci ne sont pas utilisées par ses locuteurs car pour eux leur linge s'appelle *brasileiro* ou *portugol*. Ces noms sont pourtant assez péjoratifs, notamment le dernier qui fait référence à un simple mélange entre le portugais et l'espagnol et à une incapacité de séparer les deux langues (Barrios, 2008 ; Carvalho, 2007). C'est en partie en raison de cela que ce dialecte véhicule des images négatives et des stéréotypes qui ne favorisent pas ses locuteurs.

Actuellement, nous pouvons dire que du côté uruguayen de la frontière, il y a une partie de la population qui a comme langue maternelle la langue symbolisant un véritable prestige social : l'espagnol ; et une autre partie qui a le PU en tant que langue maternelle ou d'usage. La première est surtout associée à la langue autorisée, correcte, propre. Elle représente une certaine supériorité sociale, en rapport avec les classes supérieures de la population et se rattache à une identité nationale. Cette dernière est fortement véhiculée par la langue nationale, cependant le PU fait également partie du pays mais malgré cela, il est associé à la marginalisation, à l'analphabétisme, aux classes populaires, à la ruralité, et à une identité locale. Comme l'observe Persia (2010) :

El portuñol viene por lo tanto asociado al interior, a la ruralidad, a la pobreza. En un cierto sentido se podría decir, pasa a ser una lengua ilegal y en contraposición a la "legalidad" de la lengua nacional que tiene su mayor fuerza en el centro del País. (p. 7)

Enfin, de ce côté de la frontière il est également possible de trouver des locuteurs natifs du portugais standard, mais cela reste un phénomène restreint ; le contact avec celui-ci est plutôt donné par les échanges quotidiens avec l'autre côté de la frontière et par les médias (Barrios, 1996, 2009). Effectivement, les chaînes de télévision uruguayennes sont arrivées à la

frontière bien après leur apparition à la capitale. De ce fait et pendant longtemps, les personnes de plusieurs villes et villages uruguayens où la télévision uruguayenne ne transmettait pas, regardaient les chaînes de télévision brésiliennes. Même si actuellement, plusieurs chaînes de télévision uruguayenne sont disponibles dans cet espace frontalier, l'habitude fait que de nombreuses personnes continuent à regarder celles du pays voisin. Voici un exemple qu'illustre cette situation : « *nosotros no miramos canal uruguayo, nosotros acá miramos todo lo brasileño, yo por ejemplo, yo no me siento a mirar un formativo uruguayo, yo me siento a mirar el jornal nacional*⁶⁴ [brésilien] » dit une infirmière uruguayenne de la ville de Rivera.

Ce fait n'est pas du tout négligeable, car c'est ici que nous voyons le poids et l'influence que les médias peuvent avoir sur les contacts entre deux langues à un moment et dans un espace donnés. En tout cas, aussi bien le portugais que l'espagnol, en tant que langues standards présentes sur cet espace géographique, sont valorisés socialement et sont perçus comme un symbole de réussite. Par contre, et au vu de tout ce qui a été explicité à propos du PU, celui-ci est source de plusieurs représentations négatives ce qui a fini par entraîner une certaine honte chez cette population où la marge géographique s'est transformée en marge sociale. C'est-à-dire que les membres de cette communauté linguistique vont même arriver à nier leur propre identité linguistique en disant « on ne parle pas comme ça », « tout le monde le parle mais pas nous » ou encore qu'il est faux de croire que le PU soit parlé à la frontière.

A ce jour, il n'y a pas de chiffres officiels sur le nombre de personnes qui parleraient ce dialecte, ni en tant que langue maternelle, ni en tant que langue seconde. De Bittencourt (2004), linguistique uruguayen, estime qu'entre 100.000 et 150.000 personnes parleraient le PU. Ce chiffre est confirmé par Leclerc, sociolinguiste canadien, qui estime qu'environ 100.000 personnes parlent portugol⁶⁵. Toute la difficulté à avoir des chiffres exacts réside dans le fait que jusqu'à maintenant aucun recensement national a investigué à propos des aspects sociolinguistiques du pays. Dans les recensements qui existent à ce jour, aucune question ne concerne la langue maternelle ou d'usage de l'enquêté. Mais cela n'est pas la seule entrave car étant un phénomène source de plusieurs stéréotypes, il est peu avoué par ses locuteurs.

⁶⁴ Le « *jornal nacional* » est un programme d'informations transmis par la chaîne de télévision brésilienne « *Globo* ». Connue pour être la meilleure chaîne de feuilletons brésiliens, c'est une chaîne très populaire au Brésil et également à la frontière étudiée.

⁶⁵ <http://www.axl.cefan.ulaval.ca/amsudant/uruguay.htm>

En tout cas et comme, le signalent deux auteurs ayant beaucoup travaillé sur ce phénomène linguistique (Barrios, 2009 ; Carvalho, 2007) bien qu'il n'y ait pas un nombre exact de locuteurs, il est possible de trouver davantage de locuteurs de PU dans les classes de la population moins scolarisées et dans les périphéries de la ville. C'est dans ces cas-là que l'espagnol aurait une présence moins importante. Dans une étude qui a été réalisée entre les années 2000 et 2002 par Barrios (2009), l'auteur explique dans les résultats que 53% des personnes provenant de la ville de Rivera déclarent parler mal et très mal l'espagnol. Parmi eux, 79% des personnes ont signalé que les erreurs viennent du contact entre l'espagnol et le portugais et du « mélange » qui se forme entre les deux langues. A la question « voudriez-vous mieux parler l'espagnol ? » 72% des sujets auraient répondu de manière affirmative, parmi eux, 79% sont des personnes ayant eu une scolarisation qui se limitait à l'école primaire.

Comme nous l'avons vu, et contrairement à cette idée de « mélange », le PU n'est pas une simple fusion entre deux langues mais constitue un continuum dialectal avec certaines caractéristiques propres, certes instables, mais aussi avec certaines régularités. Dans ce sens, une distinction s'impose car effectivement, il y a des cas où c'est plutôt un mélange mais à ce moment-là nous postulons que nous ne sommes pas face au continuum dialectal mais à un simple moyen d'assurer la communication entre deux personnes. Lors d'un autre travail de recherche (Pérez-Caraballo, 2011) nous avons constaté que ce que les sujets désignent populairement en termes de portugol, fait référence aussi bien à un continuum dialectal, qu'à une interlangue, qu'à un simple moyen d'assurer la communication entre deux personnes n'ayant pas la même langue. Comme nous l'avons vu, la première forme linguistique concerne notamment les uruguayens, car c'est chez eux que s'est développé ce continuum dialectal.

Mais ce mot peut également désigner un processus d'interlangue qui fait référence à la grammaire transitoire construite par chaque personne dans le processus d'acquisition d'une langue seconde. L'interlangue est comprise comme la langue qui se forme chez l'apprenant d'une langue étrangère à mesure qu'il est confronté à des éléments de la langue cible, sans pour autant qu'elle coïncide totalement avec cette langue cible (Vogel, 1995). Dans ce sens, elle est composée de formes grammaticales correctes et incorrectes par rapport à la langue cible qu'elle est censée atteindre. Il s'agit ainsi d'un processus d'acquisition d'une langue B à partir d'une langue A, cette dernière étant la langue maternelle du sujet. L'interlangue est donc orientée vers la langue cible (B) tout en étant dépendante de la langue de départ (A). Il s'agit

donc d'un répertoire verbal qui se différencie à la fois de la langue source et de langue cible (Gajo, Matthey, Moore, et al., 2004). Ce cas est visible, par exemple lorsqu'un brésilien qui apprend l'espagnol (ce qui suppose aller de sa langue A vers une langue B) va passer par des moments d'interlangue de portugnol, où il mélangera les deux.

Enfin, le portugnol en tant que moyen de communication fait référence aux personnes qui mélangent le portugais et l'espagnol afin de pouvoir bien se comprendre. C'est le cas d'un uruguayen qui, connaissant certains mots en portugais, essaie de communiquer avec un brésilien qui n'a pas de connaissances linguistiques en espagnol. Ou dans la situation inverse : un brésilien qui, connaissant certains mots en espagnol, essaie de communiquer avec un uruguayen qui n'a pas de connaissances linguistiques en portugais. Nous soulignons donc le fait que le mot « portugnol » ne désigne pas seulement le dialecte mais il fait également référence à d'autres phénomènes linguistiques.

Cette différence étant faite, nous expliciterons certaines observations faites concernant la langue dans laquelle se déroulent les interactions dans les centres de santé où cette étude a eu lieu. Bien que ces aspects soient traités plus en profondeur dans la partie dédiée aux résultats, il nous semblait important de finir cette description contextuelle en incluant les phénomènes linguistiques qui ont pu être observés sur place ; ceux-ci pouvant aider à une meilleure compréhension du contexte.

Tout d'abord, nous mentionnerons le cas de Masoller qui, comme il a été dit, est un village uruguayen qui prend en charge aussi bien la population locale que celle du village brésilien voisin. D'après ce que nous avons vu pu observer, il y a une grande diversité linguistique car dans la rue la langue entendue davantage est le *Portugués del Uruguay* (PU). Bien que l'espagnol soit présent, la présence du PU est encore plus remarquable. Dans la salle d'attente du centre de santé, nous avons constaté que certains patients (sans doute ceux du village voisin) parlaient en portugais, et ceux qui semblaient être uruguayens parlaient presque exclusivement en PU. Le climat était détendu, marqué par des rires, des blagues et des anecdotes (racontées en PU), et vu leur contenu, les personnes semblaient bien se connaître. Cependant, au moment de saluer le médecin ou l'infirmier et au moment de rentrer ou de quitter le cabinet, le registre linguistique bascule généralement vers l'espagnol. C'est un espagnol standard qui à des moments, comporte quelques traces de PU et/ou de portugais non seulement à un niveau phonétique mais aussi lexical. Le médecin et l'infirmier présents parlaient en espagnol entre eux ainsi que quelques personnes assises dans la salle d'attente.

Dans la ville uruguayenne de Chuy, nous avons observé qu’aussi bien dans la rue qu’à l’hôpital, la langue qui prédomine le plus c’est l’espagnol. En ce qui concerne le PU, il est moins entendu ici que dans d’autres frontières (comme Rivera / Sant’Ana do Livramento). Dans la rue, il est peu présent et c’est la langue standard nationale qui reste largement majoritaire. A l’hôpital, nous avons entendu très peu de patients parler en PU, la grande majorité de ces patients communiquaient en espagnol aussi bien entre eux qu’avec les professionnels de santé. C’est d’ailleurs ce même registre linguistique qui a pu être entendu entre les professionnels. Dans les rues de la ville brésilienne qui se trouve juste en face : Chuí, nous avons entendu aussi bien l’espagnol que le portugais, car la frontière étant sèche (une rue), les deux populations se mélangent facilement. L’arabe est rarement entendu, sauf dans les magasins tenus par des personnes ayant ces origines. En ce qui concerne le centre de santé visité, bien que dans la salle d’attente et dans le hall d’entrée, nous avons entendu quelques patients parler en espagnol, la langue qui prédomine le plus est le portugais standard, aussi bien entre les professionnels qu’entre les patients. Celui-ci est marqué par une intonation et par certains mots caractéristiques du sud du Brésil, sans que nous puissions vraiment affirmer la présence du *Português Gaúcho da Fronteira* (PGF).

Enfin, la frontière Rivera / Sant’Ana do Livramento est, d’après nos observations, l’endroit le plus diversifié, linguistiquement parlant. Nous dirons qu’au niveau linguistique, il y a une forte présence du dialecte PU, c’est ici que cette variation linguistique se parlerait le plus et aurait le plus de locuteurs natifs. Nous l’entendons moins au centre ville mais dès que nous nous éloignons en allant vers les quartiers, la langue pour communiquer est presque exclusivement le PU. L’espagnol et le portugais sont également présents, notamment en centre ville. En ce qui concerne l’hôpital visité, les registres langagiers utilisés par les patients sont l’espagnol et le PU avec une légère prédominance de ce dernier. Parmi les professionnels de santé, nous avons pu observer que la plupart parlent entre eux en espagnol, cependant, certaines infirmiers parlent entre eux en PU et la plupart des agents de service hospitalier utilisent également le PU comme langue de communication entre eux. Les observations dans les polycliniques périphériques sont semblables à celles de l’hôpital, toutefois, dans ces centres l’utilisation du portugnol paraît bien plus importante, aussi bien chez les patients que chez les professionnels et dans les interactions entre les deux. Contrairement à d’autres endroits, dans ces centres périphériques, nous avons entendu plusieurs infirmiers parler avec les patients exclusivement en portugnol.

A Sant'Ana do Livramento, il est également possible d'entendre plusieurs langues : le portugais, l'espagnol et le portugol, ce dernier étant plutôt utilisé comme moyen de communication et non pas en tant que dialecte. En tout cas, dans les centres de santé que nous avons visités, c'est plutôt un portugais standard qui domine avec certaines caractéristiques propres de cette région sans que pour autant nous ayons reconnu le PGF dans ce type de centres. Selon nos observations, les interactions aussi bien entre professionnels qu'entre patients se font plutôt dans la forme du portugais standard. Toutefois, nous avons entendu un petit nombre de patients parler en espagnol, et bien qu'en général la communication se déroule sans trop de difficultés, dans certains cas, quelques incompréhensions peuvent apparaître comme le montrent les résultats de cette recherche. Cependant, la prise en charge des patients ne semble pas être compromise en raison de la diversité linguistique présente sur cet espace frontalier.

Partie 3 : Méthodologie

Dans cette partie nous exposerons les aspects méthodologiques concernant ce travail de recherche qui a pour objectif l'étude de l'activité et des compétences des professionnels de santé qui réalisent leur travail à la frontière Uruguay-Brésil. Cette partie se divise en quatre chapitres, et dans un premier temps, nous présenterons quelques remarques préliminaires à propos de la méthodologie utilisée dans ce travail. Celle-ci s'inspire à la fois de l'approche historico-culturelle du psychisme proposée par Vygotski (1925/1994, 1925/2003, 1927/2010, 1931/1994, 1931/1995, 1933/1998, 1934/1997) et de l'approche développée par le groupe de la clinique de l'activité. Ce dernier, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, s'inspire fortement de l'école russe de psychologie pour la réalisation de ses interventions en milieu professionnel. La première approche nous donne ainsi des outils épistémologiques, théoriques et méthodologiques pour une compréhension de l'Homme, basée sur les aspects historiques et culturels qui construisent son psychisme. Autrement dit, l'approche vygotskienne part du postulat fondamental selon lequel les processus psychiques s'enracinent dans les contacts sociaux, et propose en conséquence, une méthodologie de travail spécifique, capable d'étudier cette sociogenèse humaine. La clinique de l'activité qui s'inspire de ces contributions de la psychologie russe dans son travail d'intervention clinique en milieu professionnel, nous apporte ainsi d'autres éléments méthodologiques qui nous permettent de traiter notre problématique qui touche justement au milieu professionnel.

Une fois exposées ces remarques préliminaires qui permettent de mieux comprendre le pourquoi d'une telle méthodologie ainsi que les méthodes utilisées, nous expliciterons les hypothèses de travail ainsi que la description de l'échantillon. Enfin, nous décrirons nos cinq outils méthodologiques en expliquant les conditions de passation de ceux-ci, les atouts et les limites de chacun pour enfin montrer en quoi ils sont complémentaires et en quoi ce croisement de méthodes a été pertinent dans cette recherche.

Chapitre 1 : Remarques préliminaires

Nous traiterons ici des aspects méthodologiques qui concernent aussi bien les travaux de l'école russe de psychologie que ceux réalisés par le groupe clinique de l'activité. Commençons par Vygotski, qui a consacré une part importante de ses travaux au développement psychique de l'Homme. Ses nombreuses contributions, originales et

révolutionnaires pour l'époque, expriment le besoin de trouver de nouvelles voies méthodologiques qui rendent compte des processus impliqués dans le développement psychique ; cette préoccupation transparaît de façon explicite dans le fragment ci-dessous : « El proceso del desarrollo psíquico del hombre es una parte del proceso general del desarrollo histórico de la humanidad. Así pues, nos vemos en la necesidad de buscar y encontrar una fórmula metodológica nueva para el experimento psicológico » (Vygotski, 1931/1995, p. 62). Ce besoin de trouver une nouvelle « formule méthodologique » naît du fait que les premières décennies du XXe siècle ont été marquées par un modèle descriptif, en termes biologiques, voire embryologiques du développement humain. Les psychologies objectiviste et subjectiviste de l'époque, n'ont pas su, d'après Vygotski, apporter des réponses adéquates pour rendre compte du processus de développement qu'il ne fallait pas seulement décrire mais également –et surtout– expliquer. C'est ce que développe l'auteur dans l'une de ses œuvres les plus importantes : *Histoire du développement des fonctions psychiques supérieures*⁶⁶. Dans ce vaste travail, Vygotski explique longuement comment les théories objectiviste et subjectiviste avaient échoué à trouver les méthodes pertinentes pour étudier les processus et fonctions complexes de l'être humain. Selon lui, la *vieille psychologie* (subjectiviste) considérait que la tâche fondamentale de la recherche en psychologie consistait à extraire les éléments primaires du vécu présents dans les phénomènes psychiques élémentaires, comme les sensations et les sentiments de plaisir-déplaisir. Les processus supérieurs et complexes étaient fractionnés en autant d'éléments qui les composaient, ce qui amenait à les réduire à des combinaisons du vécu ou des processus primaires. De cette manière, il y avait une *énorme mosaïque de vie psychique*, formée par des morceaux du vécu, ce qui aboutissait à une vision beaucoup trop fractionnée de l'esprit humain.

Mais, la *nouvelle psychologie*, la psychologie objectiviste-causaliste ne connaissait pas non plus, d'après Vygotski, d'autres voies pour atteindre les processus supérieurs et complexes de l'être humain. De plus, elle ne ferait pas de différence entre les fonctions psychiques supérieures et inférieures, elle se limiterait tout simplement à classifier les réactions du sujet en innées et acquises. Comme le remarque Vygotski : « La investigación de una reacción simple o la de una compleja se ha organizado esencialmente según un mismo método » (1931/1995, p. 53). Cette indifférenciation entre réactions simples et complexes s'explique par le fait que le modèle stimulus – réponse de l'époque était appliqué aussi bien à

⁶⁶ Cet ouvrage a été traduit en langue française par Françoise Sève et a été édité par La Dispute. Sa date de parution est toute récente : le 27 mai 2014. En ce qui concerne cette recherche, nous avons consulté la version en langue espagnole, disponible depuis 1995.

l'étude du comportement humain qu'à celle du comportement animal. De cette manière, toute la différence qualitative de l'histoire humaine, tous les changements dans sa nature, toutes les nouvelles modalités de son adaptation, ne se reflètent pas dans le comportement humain, comme si tout cela n'avait pas provoqué chez l'Homme des changements essentiels (*ibid.*).

Le principe de stimulus – réponse comme base initiale de la méthode psychologique est fréquemment considéré comme une réussite spécifique de la psychologie objectiviste, comme une caractéristique propre de la méthode objectiviste et en général s'oppose à la méthode subjectiviste de la psychologie empirique. Nous avons ainsi l'impression, dit l'auteur, qu'au sein de la psychologie empirique les choses se passent autrement. Néanmoins, en examinant attentivement la question, ce n'est pas comme cela. C'est pourquoi Vygotski souligne maintes fois que ces deux psychologies « apparaîtront moins comme des ennemies que comme des jumelles » (1933/1998, p. 300). C'est-à-dire que malgré leur opposition apparente, ni l'une ni l'autre n'a pu dépasser les explications mécanistes de la causalité psychique régnante à l'époque.

Nous voyons de cette manière que les deux courants psychologiques du début du XXe siècle, ainsi que les méthodes utilisées, n'étaient pas en mesure de répondre à des questions plus complexes qui dépasseraient les perceptions immédiates et observables directement. Ce problème méthodologique constitue une préoccupation centrale dans l'œuvre vygotskienne et pour trouver une issue l'auteur établit une distinction entre deux méthodes (Vygotski, 1927/2010). D'une part des méthodes dites *directes* dominantes en psychologie jusque dans les années 1930 et qui sont basées essentiellement sur l'expérience du sujet et sur l'observation immédiate ; d'autre part des méthodes dites *indirectes*, c'est-à-dire qu'elles permettent d'observer ce qui est présent derrière l'expérience immédiate du sujet. C'est ce deuxième type de méthode que Vygotski retient. C'est que pour ce psychologue, il s'agit d'étudier le développement et les processus sous-jacents de manière historique, c'est-à-dire en mouvement car, d'après lui, c'est seulement en mouvement que le corps démontre ce qu'il est :

Estudiar algo históricamente significa estudiarlo en movimiento. Esta es la exigencia fundamental del método dialéctico. Cuando en una investigación se abarca el proceso de desarrollo de algún fenómeno en todas sus fases y cambios, desde que surge hasta que desaparece, ello implica poner de manifiesto su naturaleza conocer su esencia, ya que solo en movimiento demuestra el cuerpo que existe. (1931/1995, p. 67-68)

Pour pouvoir étudier le développement, il faut donc sortir du *dogme de l'expérience immédiate*, comme disait Vygotski, c'est-à-dire qu'il faut l'étudier par des méthodes dites indirectes et il faut le provoquer. Vu que l'expérience du sujet n'est pas accessible directement, il faut utiliser une méthode développementale, une *voie d'accès* qui confronte le sujet à une transformation de son activité. C'est cette provocation du développement qui permettra indirectement de l'étudier. Cela répond au fait que, selon cette perspective développementale, si l'on veut étudier les fonctions psychologiques supérieures, il faut en saisir les processus sous-jacents et pour cela il faut en saisir le développement. Ce qui est important est l'explication et non pas seulement la description de ces processus, et, encore une fois, ces processus doivent être en mouvement, en changement, si l'on veut les étudier historiquement et si l'on veut avoir une chance de les saisir dans leur complexité.

Vygotski a ainsi contribué à ce que la psychologie crée de nouvelles méthodes qui permettent d'avoir un accès différent aux processus psychiques complexes. Il a mis en évidence cette nécessité de nouvelles voies d'accès dans l'étude de l'être humain en rompant avec les idées de l'époque et en proposant une nouvelle manière d'aborder la psychologie. Mais, comment pouvons-nous articuler la méthodologie développementale et les méthodes indirectes, développées par Vygotski et ses collaborateurs, avec l'étude de l'activité et des compétences dans un milieu professionnel ? En quoi ce type d'approche est-il pertinent pour saisir ce qui n'est pas directement observable chez le sujet mais qui est bel et bien présent ? L'équipe clinique de l'activité située au Conservatoire des Arts et Métiers (CNAM) à Paris, a des réponses à nous apporter du fait qu'elle poursuit les travaux de Vygotski, en adoptant sa perspective théorique et méthodologique. C'est un groupe de travail qui croit dans la nécessité des méthodes indirectes et des moyens détournés afin de provoquer le développement des sujets.

Traditionnellement, l'analyse psychologique du travail use déjà de "moyens détournés" pour accéder au réel de l'activité des sujets par le truchement des traces qu'il laisse. Mais l'exercice d'une clinique de l'activité suppose en plus l'installation délibérée d'un dispositif développemental : l'organisation d'une nouvelle activité dirigée se superposant à l'activité ordinaire qu'on cherche à comprendre et à transformer. (Clot, 2004a, p. 9)

Comme l'observe l'auteur, pour avoir accès au réel de l'activité du sujet il faut réunir certaines conditions, construire un dispositif développemental qui permette d'avoir un accès à l'expérience du sujet afin de la comprendre. Comme nous l'avons déjà signalé lors de la première partie de ce travail, l'activité ne peut pas être décrite seulement en termes de tâche prescrite et d'activité réalisée mais elle devrait l'être aussi en termes du réel de l'activité. Ce

dernier ne se limite pas à ce qui doit être fait ni à ce qui se fait, il va bien au-delà, il atteste de ce qui n'est pas fait, de ce que le sujet cherche à faire sans réussir, de ce qu'il ne fait pas mais qu'il aimerait faire, de ce qu'il fait mais ne devrait pas faire, de ce qu'il fait sans le vouloir, etc. (Clot, 1999b). Il s'agit de comprendre que l'activité réalisée n'est qu'une partie de ce qui aurait pu être réalisé, elle est le résultat d'une lutte parmi d'autres activités qui, pour une raison ou pour une autre, ne sont pas apparues en surface.

Cette idée de lutte entre plusieurs activités postulée par la clinique de l'activité, s'inspire d'un postulat énoncé par Vygotski (1925/2003) selon lequel « le comportement est un système de réactions qui ont vaincu » (p. 74). Ces réactions qui ont triomphé n'ont pas plus d'importance que celles qui n'ont pas été victorieuses car le comportement, tel qu'il est conçu par Vygotski est seulement « une infime part de ce qui est possible. L'homme est plein à chaque minute de possibilités non réalisées » (*ibid.*, p. 76). Il faut souligner que ces possibilités écartées, non réalisées méritent toute notre attention car elles n'ont pas pour autant, cessé d'agir chez le sujet, bien qu'elles ne soient pas accessibles directement, elles peuvent rendre compte de l'expérience du sujet.

C'est également une idée qui est présente chez Leontiev (1984), qui comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, souligne que :

En ce cas, l'activité visible en cache une autre, et c'est celle-ci quelle que soit la somme des actions concrètes qui la réalisent, qui entre dans la configuration psychologique de la personnalité. L'activité visible ne constitue, en quelque sorte que l'enveloppe de cette autre activité qui réalise tel rapport au réel de l'homme au monde –enveloppe qui dépend de conditions parfois fortuites. (*ibid.*, p. 206)

Ainsi, afin d'étudier le développement réel et ses principes, aussi bien les activités réalisées que celles qui ne sont pas arrivées à la surface, la clinique de l'activité a repris les fondements théoriques et méthodologiques de l'école russe de psychologie pour poursuivre ses travaux dans cette direction. L'idée est de « permettre au sujet de transformer des fonctionnements réalisés en objet d'un nouveau fonctionnement afin d'étudier le développement réel –possible et impossible– et ses principes » (Clot, 2004a, p.7). Cette affirmation s'inspire de l'idée vygotkienne selon laquelle la conscience serait l'expérience vécue d'une expérience déjà vécue, et l'idée est que pour qu'il y ait une reliaison de l'expérience, il faut d'abord que celle-ci puisse se délier. Dans ce sens, en se détachant de l'expérience, celle-ci peut se rendre disponible pour vivre d'autres expériences. Lors de ce processus de déliaison, comme l'explique Clot (2008), la prise de conscience ne consiste pas à découvrir un objet mental jusque là inaccessible, mais il s'agit d'une re-découverte de cet

objet, de sa re-création dans un contexte nouveau, nous assistons de cette manière à une transformation du passé.

Comme nous le verrons plus loin, certains de nos outils de construction de données s'inspirent des méthodes indirectes utilisées par la clinique de l'activité et qui consistent à reprendre l'expérience vécue du sujet afin de comprendre ce qui se trouve à l'arrière-plan des actions réalisées. Ces méthodes établissent une sorte de jeu dans les relations qui existent entre l'activité, l'objet de l'activité et les autres sujets auxquels celle-ci s'adresse. Comme Vygotski (1931/1994) l'a très bien expliqué :

L'objet ne se découvre pas réellement lors de l'expérience directe mais dans la diversité des liens et rapports qui déterminent sa place dans le monde et sa liaison avec le reste de la réalité, la notion sera plus profonde, elle correspondra davantage à la réalité, elle sera plus exacte et son expression plus complète de la représentation. (p. 185)

L'idée est donc de travailler avec des dispositifs qui permettent un déplacement des activités professionnelles du sujet dans un nouveau contexte, ce qui permettra leur renouvellement et leur développement. Il s'agit ainsi de produire un espace-temps diff  rent qui permette de construire des traces de cette expérience vécue, car ce sont ces traces qui se co-construisent avec les sujets, et qui, en les transformant en dialogue, deviennent des sources pour les faire vivre dans un nouveau contexte. En clinique de l'activité, les chercheurs recréent « artificiellement » ce phénomène de production de sens, avec des méthodes telles que les entretiens d'instruction au sosie et d'autoconfrontation (simple et croisée). Cette équipe travaille ainsi avec une méthodologie historico-développementale et avec des méthodes indirectes toujours à la recherche d'une méthodologie soucieuse d'une *troisième* voie en psychologie. C'est-à-dire d'une voie qui va au-delà d'une psychologie purement explicative ou descriptive, une voie où le développement s'explique par l'histoire des activités que le sujet réalise. L'analyse ne se contente pas de l'explication externe de la part du chercheur ni d'une simple description du vécu de la part du sujet, c'est, en revanche, une analyse où explication et compréhension sont associées au moment même où l'activité est re-décrite dans ce nouveau contexte. Une bonne description de l'activité serait, dans cette perspective, sa re-description dans un nouveau contexte (Clot, 1999a).

Grâce à ces dispositifs, les professionnels ont la possibilité de développer une activité nouvelle à partir de leurs activités antérieures, ces nouvelles activités donnant accès à une nouvelle expérience. Ces dispositifs sont donc un moyen de vivre autre chose à partir de ce qui a déjà été vécu, c'est l'opportunité de saisir le réel de l'activité à travers l'analyse

conjointe faite par le chercheur et par le professionnel. Cette co-analyse peut également induire à une prise de conscience de la part du professionnel aussi bien de ce qui a été réalisé que de ce qui ne l'a pas été, permettant ainsi une analyse de la dialectique qui s'établit entre la tâche prescrite, l'activité réalisée et le réel de l'activité.

Cette recherche s'inscrit ainsi dans cette perspective méthodologique que nous trouvons pertinente pour l'étude de l'activité des professionnels de santé et des compétences qui sont mises en œuvre dans un contexte culturellement et linguistiquement hybride. Comme nous l'avons énoncé dans la première partie, certains chercheurs (Coulet, 2011 ; Leplat, 1991 ; Pastré, 2007 ; Rogalski, 2007 ; Vergnaud, 1996, 2000b) et nous-mêmes, pensons que c'est par l'analyse de l'activité qu'il est possible de saisir les compétences qui s'expriment dans les situations professionnelles. De ce fait, une partie de nos outils méthodologiques sont des méthodes indirectes ; utilisées justement dans le but de comprendre aussi bien la partie visible qu'invisible de l'activité professionnelle et des compétences déployées dans le contexte frontalier brésilo-uruguayen. Nous passons ainsi au rappel de notre problématique de recherche et à l'explicitation des hypothèses.

Chapitre 2 : Rappel de la problématique et hypothèses

Dans ce chapitre nous énoncerons les hypothèses de travail de cette recherche, élaborées pour répondre à la problématique suivante : comment se développe l'activité professionnelle des travailleurs du domaine de la santé dans un espace frontalier marqué par la rencontre de deux cultures (uruguayenne et brésilienne), en plus d'une « culture frontalière » et de la présence du plurilinguisme ? Dans quelle mesure des compétences, autres que techniques, ont-elles été développées par ces professionnels, qui ont pour but de mieux répondre aux demandes et besoins de la population frontalière habitant entre le Brésil et l'Uruguay ?

Comme nous l'avons évoqué dans la deuxième partie de ce travail, la diglossie et le bilinguisme caractérisent l'endroit où cette étude a eu lieu. Ces deux phénomènes linguistiques se retrouvent notamment du côté uruguayen de la frontière où une partie de la population a comme langue maternelle le dialecte Portugais de l'Uruguay (PU), appelé populairement *portugol*. Comme il a été présenté dans la partie précédente, bien qu'il n'existe pas de chiffres exacts, la littérature existante à ce sujet indique qu'une partie de la population frontalière, notamment celle habitant dans le nord de l'Uruguay, aurait comme langue maternelle ou comme une des langues maternelles le PU. Ce phénomène linguistique a

été davantage observé dans les zones rurales, les périphéries des villes et aussi chez les personnes dont l'éducation formelle s'est arrêtée au niveau de l'école primaire (Barrios, 2009 ; Carvalho, 2007). C'est donc dans ces types de contextes où le PU se manifesterait le plus sans qu'il faille pourtant le réduire à ceux-ci. Au-delà du fait que le portugol soit considéré comme un dialecte, ou plus précisément comme un continuum dialectal (Carvalho, 2007), celui-ci fonctionne également comme une interlangue, c'est-à-dire comme une grammaire transitoire construite par chaque personne dans le processus d'acquisition d'une langue seconde, et fonctionne aussi comme un moyen de communication, autrement dit, comme une manière possible de communiquer entre personnes qui ne parlent pas la même langue.

C'est donc en tenant compte des aspects évoqués dans les deux premières parties de ce travail et de notre problématique que nous avons élaboré nos hypothèses. Quelques-unes sont en rapport avec les phénomènes linguistiques présents à la frontière étudiée et avec ce qu'ils pourraient induire en termes de facilités ou de difficultés dans l'activité professionnelle. D'autres sont plutôt en relation avec l'influence du contexte frontalier dans le développement de compétences professionnelles.

- 1) Le contexte frontalier amène les professionnels de santé à développer des compétences autres que techniques qui sont liées à la réalité frontalière et qui ont pour but une meilleure prise en charge du patient.
- 2) Les professionnels de santé dont leur langue maternelle se situe uniquement dans la variété linguistique *haute* –portugais ou espagnol– éprouveront davantage de difficultés linguistiques dans leur activité professionnelle.
- 3) Les professionnels de santé dont leur langue maternelle ou l'une d'entre elles se situe dans la variété linguistique *basse* –portugol, aussi bien en tant que dialecte, qu'interlangue et que moyen de communication– éprouveront davantage de facilités linguistiques dans leur activité professionnelle.
- 4) Les professionnels de santé qui sont originaires de la frontière, sont ceux qui rencontrent le moins de difficultés –aussi bien générales que linguistiques– dans leur activité professionnelle.

Chapitre 3 : Echantillon

Nous avons mené cette recherche concernant l'activité et les compétences des professionnels de santé à la frontière Uruguay-Brésil auprès de différentes catégories professionnelles, à savoir : médecins généralistes, cadres de santé, infirmiers et agents de service hospitalier. Cette étude a été faite des deux côtés de la frontière et les données ont été construites sur quatre villes jumelles telles que Chuí / Chuy, Sant'Ana do Livramento / Rivera et sur le village uruguayen de Masoller. Comme nous l'avons mentionné lors de la partie consacrée à l'explicitation du contexte de la recherche, les villes frontalières uruguayennes et brésiliennes sont délimitées par une frontière sèche, c'est-à-dire qu'aucune limite naturelle ne les sépare et le marquage se fait par des bornes en béton ou tout simplement par la rue qui les divise.

Nous avons réalisé ce travail dans ces cinq endroits et en ce qui concerne l'échantillon, nous avons travaillé avec un échantillon de convenance, c'est-à-dire qu'il a été choisi pour des raisons d'accessibilité. Il est composé de 208 personnes, toutes catégories professionnelles confondues. Par rapport à ces catégories, il est important de faire quelques précisions. D'une part nous avons décidé de travailler seulement avec ces catégories car, d'après nous, ce sont les plus représentatives du domaine de la santé et elles impliquent différents niveaux de scolarisation. D'autre part, il faut signaler que si nous nous référons au cadre français, les catégories avec lesquelles nous avons travaillé seraient au nombre de quatre : médecins généralistes, cadres de santé, infirmiers et agents de service hospitalier. Si nous nous référons au cadre uruguayen, ces catégories sont aussi au nombre de quatre. Par contre, du côté brésilien, on ne compte pas quatre mais cinq catégories. Nous avons réalisé un tableau qui récapitule ces catégories et qui donne une idée de correspondance entre une profession et une autre selon le pays, même si ces correspondances peuvent être approximatives pour certaines professions.

Catégories professionnelles de l'échantillon		
Brésil	Uruguay	France
Médico clínico geral	Médico general	Médecin généraliste
Auxiliar de serviços gerais	Auxiliar de servicio	Agent de service hospitalier
Enfermeiro padrão	Licenciado en enfermeria	Cadre de santé
Auxiliar de enfermagem	Auxiliar de enfermeria	Infirmier
Técnico de enfermagem		

Tableau 1 : catégories professionnelles de l'échantillon

Comme nous pouvons le voir, du côté brésilien nous avons cinq catégories et du côté uruguayen nous en avons quatre et nous avons essayé de faire une correspondance avec ces mêmes catégories en France, afin d'avoir certains repères. Au Brésil, cette étude a été faite avec des *enfermeiros padrão*, c'est-à-dire des personnes qui ont suivi entre quatre et cinq années d'études supérieures et qui, tout comme les *licenciados en enfermería* uruguayens, apprennent tout ce qui touche aux soins infirmiers mais aussi à la gestion des équipes. Nous avons également travaillé avec les *técnicos de enfermagem*, qui sont formés au bout de deux ans et demi en soins infirmiers. De même, cette étude s'est réalisée auprès de quelques *auxiliares de enfermagem*, ils sont formés au bout d'un an mais en ce moment cette catégorie professionnelle tend à disparaître car il n'y a presque plus de formation. L'idée est que les intéressés dans ce domaine-là s'orientent vers la formation de *técnico de enfermagem* ou d'*enfermeiro padrão*. Depuis quelques années, le Brésil promeut ainsi la formation d'*enfermeiros padrão* et de *técnicos de enfermagem* mais très peu d'endroits continuent à former des auxiliaires infirmiers.

De ce fait, le domaine des soins infirmiers au Brésil est composé de trois catégories alors qu'il est composé de deux en Uruguay. Dans ce dernier pays, les *licenciados en enfermería* ont effectué cinq ans d'études universitaires dans le but d'obtenir une licence en soins infirmiers. Cette formation inclut l'apprentissage des techniques propres au métier ainsi que la gestion et l'organisation d'équipes. Dans ces équipes, subordonnées au médecin et au *licenciado en enfermería*, nous trouvons les *auxiliares de enfermería* qui ont une formation de trois ans et qui à différence des *licenciados* n'ont pas la responsabilité de gérer l'équipe infirmière. Dans les deux pays, nous avons travaillé avec des médecins et les caractéristiques des formations ont été explicitées dans la deuxième partie de ce travail. Rappelons qu'en Uruguay les médecins sont diplômés au bout de sept ans et demi d'études universitaires et au Brésil au bout de six ans. Enfin, cette recherche porte également sur les agents de service hospitalier dont la fonction est d'assurer la propreté et la désinfection des centres de santé. En Uruguay, les *auxiliares de servicio*, obtiennent leur diplôme au bout d'une année d'études dans un centre d'enseignement (privé en général) et la condition pour y rentrer est d'avoir terminé l'école primaire. Ce n'est pourtant pas le cas du côté brésilien de la frontière car pour être *auxiliar de serviços gerais*, il ne faut aucune formation particulière, du moins dans les endroits où nous avons mené cette étude. Ici, les personnes sont désignées par la municipalité et la seule exigence est d'avoir fini l'école primaire, mais pour l'instant aucun diplôme n'est exigé dans ces municipalités.

Voici deux tableaux qui montrent la répartition de l'échantillon par pays et par catégorie professionnelle :

Professionnels brésiliens	Effectifs	Pourcentages
Técnico de enfermagem	35	59,32
Enfermeiro	9	15,25
Auxiliar de enfermagem	2	3,39
Auxiliar de serviços gerais	7	11,87
Médico clínico	6	10,17
Total	59	100,00

Tableau 2 : catégories professionnelles de l'échantillon brésilien

Profesionnels uruguayens	Effectifs	Pourcentages
Licenciado en enfermeria	15	10,07
Auxiliar de enfermeria	68	45,64
Auxiliar de servicio	38	25,50
Médico	28	18,79
Total	149	100,00

Tableau 3 : catégories professionnelles de l'échantillon uruguayen

Cette étude a été faite auprès de ces professionnels et uniquement dans des institutions publiques de santé, sauf dans le cas de Sant'Ana do Livramento où une partie des données a été construite avec les professionnels de la *Santa Casa de Misericórdia* qui est un hôpital philanthropique de nature privée. Nous passons maintenant à la présentation d'un tableau afin de montrer quelques caractéristiques de l'échantillon concernant la nationalité, le sexe et le lieu de résidence. La dernière variable est particulièrement intéressante car elle nous permet de savoir si ces professionnels habitent à la frontière entre les deux pays concernés par cette recherche ou s'ils habitent ailleurs. Cela est capital dans ce travail, car pour l'étude des compétences professionnelles, il paraît essentiel de savoir si les professionnels vivent dans l'espace frontalier, et ont ainsi un contact quotidien avec la réalité frontalière, ou s'ils viennent sporadiquement dans le seul but d'accomplir leur travail.

Nationalité	Sexe		Lieu de résidence		Total
	Hommes	Femmes	Dans l'espace frontalier	Hors l'espace frontalier	
Brésiliens	9	45	51	3	54
Uruguayens	26	115	135	6	141
Double nationalité	1	12	12	1	13
Total	36	172	198	10	208

Tableau 4 : répartition de l'échantillon par nationalité, sexe et lieu de résidence

Nous voyons ainsi que notre échantillon se compose aussi bien d'uruguayens que de brésiliens et de personnes possédant la double nationalité, ces derniers étant les moins nombreux. Nous remarquons que 198 personnes habitent dans l'espace frontalier en question, c'est-à-dire dans la ville ou aux alentours de la ville où cette étude a eu lieu. Seulement 10 personnes habitent ailleurs, en général dans le même département. Un autre constat est que plus de femmes que d'hommes⁶⁷ et plus d'uruguayens que de brésiliens ont participé à cette étude. Cette dernière caractéristique est liée à plusieurs raisons, d'une part dans la première frontière visitée (Chuy / Chuí) la structure de santé du côté uruguayen était bien plus grande que celle qui se trouve du côté brésilien. En effet, la population concernée par notre étude à l'hôpital de Chuy (Uruguay) était de 64 personnes et l'échantillon à cet endroit-là est de 55 sujets. Cependant, le centre de santé de Chuí (Brésil) est bien plus petit et sur une population de 25 personnes nous avons pu travailler avec un échantillon de 14 sujets. Donc la première différence résulte du nombre inégal de professionnels d'un côté et de l'autre de la frontière. La deuxième raison résulte du fait que lors de notre séjour dans la deuxième frontière (Rivera / Sant'Ana do Livramento) les centres de santé brésiliens étaient en pleine campagne contre la grippe. De ce fait et vu la charge importante de travail à cette période-là, nous avons eu des refus de la part des professionnels et des rendez-vous pris, qui pour la même raison, n'ont finalement pas abouti.

Pour finir la présentation de notre échantillon, il est important de souligner le fait que nous ne considérons pas avoir réalisé un « recueil » des données auprès de cet échantillon mais plutôt une « construction » des données. Bien que la première acception soit globalement acceptée en sciences humaines, d'après nous, il serait préférable de parler en termes de construction car la réalité n'est jamais quelque chose à « récolter » mais plutôt quelque chose à construire avec les sujets. L'idée de récolter va dans le sens de repérer

⁶⁷ D'ailleurs plusieurs études et notamment celle d'Araújo et Rotenberg (2011) montrent que le domaine de la santé est caractérisé par une division sexuée : les soins infirmiers sont davantage assurés par des femmes alors que la prise en charge médicale serait notamment assurée par des hommes. C'est d'ailleurs ce qui souligne la recherche de Fonseca (1996, cité par Araújo et Rotenberg, 2011) où l'auteur constate qu'au Brésil les femmes infirmières (*técnicas de enfermagem*) représentent le 89,5% de la profession alors qu'en ce qui concerne le domaine médical, le taux d'hommes au Brésil s'élève à 67,5%.

quelque chose qui est déjà là, comme une espèce de photographie d'une situation donnée, dans un temps-espace donné. Comme l'observe Litim (2012) du groupe de clinique de l'activité « quelle que soit notre manière d'aborder le milieu, notre simple interaction avec lui le transforme et nous transforme aussi d'ailleurs » (p. 161). De plus, et comme nous l'avons expliqué dans les remarques préliminaires, la méthodologie et les méthodes de notre étude se situent dans une perspective historico-développementale où l'important est de voir l'Homme en mouvement afin de pouvoir étudier les processus sous-jacents à son activité professionnelle. Le sujet socio-historique est toujours en construction, toujours en train de se métamorphoser, ses processus sont sans cesse en mouvement. Si le sujet est donc en perpétuelle transformation, les données ne peuvent pas alors être récoltées, elles ne peuvent être que construites. C'est ce que nous essayerons de montrer dans le prochain chapitre de ce travail lorsque nous présenterons les outils méthodologiques avec lesquels nous avons travaillé.

Chapitre 4 : Outils de construction des données

Cette partie vise à expliquer les outils méthodologiques qui ont été choisis pour cette recherche qui traite de l'activité et des compétences professionnelles dans le domaine de la santé à la frontière Uruguay-Brésil. Parmi les différents outils que nous aurions pu utiliser pour répondre à notre problématique, nous avons choisi de travailler avec les outils suivants : des observations ethnographiques, un questionnaire socio-professionnel, des entretiens dits d'instruction au sosie, des entretiens d'autoconfrontation simple et des entretiens informels.

Cela provient du fait que l'activité professionnelle et les compétences exprimées dans cette activité, ne peuvent pas, d'après nous, être étudiées directement, encore une fois et pour le dire à la manière de Vygotski, il faut sortir *du dogme de l'expérience immédiate*. De ce fait, il nous paraissait capital de travailler avec plusieurs outils méthodologiques qui puissent se compléter et nous permettre d'aborder notre objet d'étude à partir de différents angles. C'est un objet d'étude qui vise à comprendre un ensemble de processus complexes que les professionnels mettent en œuvre pour arriver à une prise en charge efficace malgré les différences culturelles et/ou linguistiques qui peuvent exister entre eux et le patient. Au vu de cela, il nous semblait pertinent d'utiliser un ensemble d'outils pour rendre compte d'une réalité qui se situe plus dans l'enchaînement de plusieurs processus complexes que d'une réalité directement observable.

Comme le dit Vergnaud (2006) une bonne partie de la compétence, qu'elle soit individuelle ou collective, repose sur des éléments qui ne sont pas explicités. La forme prédicative de la connaissance, comme nous l'avons vu dans la partie conceptuelle, est difficilement explicitable, il y a toujours des aspects qui sont difficiles à mettre en mot et à expliquer à autrui. Alors, si nous partons du principe que les compétences recouvrent aussi bien la forme opératoire que la forme prédicative de la connaissance, il faut donc que nous disposions des méthodes qui nous permettent de les comprendre dans leur intégralité. C'est ce que nous avons essayé de faire en construisant et en adaptant à notre objet d'étude les outils méthodologiques que nous décrirons un par un. De cette manière, nous verrons comment ces outils viennent se compléter les uns les autres et comment ils nous permettent de répondre aux objectifs et à la problématique de cette recherche.

Ce croisement de méthodes, qui nous permettra d'avoir des données aussi bien qualitatives que quantitatives, est connu sous le nom de *cross-fertilization* et se montre adéquat pour traiter des objets d'étude qui nécessitent d'une combinaison pertinente d'outils et de disciplines dans le but de mieux comprendre ce que nous nous apprêtons à étudier. A ce sujet, les travaux d'Acioly-Régner et Régner (2008) montrent à quel point cette méthode peut être intéressante et enrichissante. D'après les auteurs, même si ces approches méthodologiques combinées sont difficiles à gérer, du fait de l'existence des risques d'interprétation, elles sont nécessaires pour une meilleure compréhension des objets d'étude. La critique du soi-disant éclectisme théorique et méthodologique de cette méthode ne serait pas tenable car la *cross-fertilization* :

[...] préserve la cohérence et l'adéquation avec les contraintes posées par la nature des objets d'étude, en renonçant consciemment à une forme de subordination au modèle de recherche qui prend appui sur un cadre uni-disciplinaire et une approche méthodologique centrée sur une unique méthode de construction des données. (*ibid.*, p. 369)

Nous pensons donc que c'est avec une approche interdisciplinaire et avec une approche méthodologique combinée, que nous pourrions mieux étudier l'activité et les compétences professionnelles de l'espace frontalier en question.

4.1 Réalisation d'observations ethnographiques

Un des nos outils est précisément l'observation ethnographique (Laplantine, 1996, 2007) que nous avons utilisée pour aborder, dans un premier temps, notre terrain de recherche. Cette méthode qui se définit comme « l'observation rigoureuse, par imprégnation

lente et continue, de groupes humains minuscules avec lesquels les ethnologues entretiennent un rapport personnel » (Laplantine 1996, p. 11) a été d'une grande importance dans cette recherche. Même si ce terrain ne nous est pas complètement étranger du fait qu'une recherche avait déjà été menée à cet endroit (Pérez-Caraballo, 2011), il fallait cependant mieux s'approprier le contexte où les professionnels de santé développent leur activité de travail. C'est pourquoi nous avons effectué ces observations, suivies de diverses notations, dans des institutions telles que les centres de santé et dans le bus *Expreso Esperanza* où nous avons réalisé la construction des données.

Lors de ces observations, le but était de voir et comprendre le fonctionnement de l'institution, les installations, les services de santé proposés (et les conditions pour pouvoir y accéder), le flux des patients et des professionnels dans la journée, bref, l'ambiance générale de ce centre. Ces observations ethnographiques étaient pour nous un moyen d'avoir une première approche de la situation et du contexte de santé et également un moyen de commencer à connaître les professionnels avec qui nous allions donner suite au reste des étapes de cette recherche. C'est donc un outil qui nous a permis d'entrer dans le domaine de la santé et de commencer à créer une relation avec la hiérarchie et avec les professionnels. Une fois que les contacts avaient été faits et qu'un membre de la direction nous avait donné son accord, nous avons procédé à ce type d'observations qui se passaient dans plusieurs endroits du centre de santé. Nous avons principalement fait ce travail d'observation dans :

✓ Les couloirs de l'institution : nous pensons que ce sont des espaces assez intéressants pour voir le fonctionnement de l'institution car ce lieu de passage où personne ne s'arrête longtemps est intéressant afin d'essayer de saisir le mouvement quotidien d'un endroit. Dans ces couloirs nous avons la possibilité de « croiser » des professionnels, des patients, des membres de la direction, entre autres, et lorsque nous fréquentons un même endroit plusieurs fois, nous commençons à voir les régularités de cet endroit. Par exemple, l'agent de service hospitalier (ASH) qui s'occupe du nettoyage et qui met son charriot chargé de produits ménagers toujours au même endroit du couloir à la même heure, un infirmier qui court à la recherche d'un ASH pour qu'il aille nettoyer dans le secteur des urgences, la manière dont certaines personnes se saluent, le bruit ou le silence, les langues et dialectes parlés par toutes ces personnes... Plusieurs phénomènes ont ainsi été observés dans ces couloirs et notamment les échanges linguistiques et les rapports professionnels.

✓ La salle d'attente : un autre endroit où il a été important de faire des observations ethnographiques a été la salle d'attente où se trouvent les patients. C'est un

endroit que nous qualifierons comme ayant « deux vitesses » ; d'une part c'est un lieu où les patients attendent d'être reçus par le professionnel et d'une autre part c'est un lieu de passage où, tout comme dans les couloirs nous voyons par exemple, des professionnels aller d'un endroit à un autre à la recherche de quelque chose ou de quelqu'un. L'avantage de cet endroit est que nous trouvons aussi bien ceux qui courent que ceux qui attendent et qui auront encore des minutes ou des heures devant eux avant d'être reçus. C'est donc dans ce type d'endroits que nous avons pu voir quelques caractéristiques des patients, de quoi ils parlent pendant qu'ils attendent et surtout dans quelle langue lorsqu'ils communiquent entre eux et lorsque le professionnel vient les chercher. Ici nous avons pu observer comment s'établit le premier contact patient-professionnel, la langue, les gestes et tout ce qui relève du langage non-verbal. C'est également dans cette situation que nous avons eu l'occasion de parler avec certains patients, lorsqu'ils trouvent le temps long, ils essayent parfois d'entamer une conversation évidemment informelle où le but est juste de communiquer pour « faire passer le temps ». Nous avons profité de ces moments pour avoir aussi un contact avec eux, ne serait ce que juste pour les écouter, pour que pendant ce temps, ils puissent s'exprimer sur un thème quelconque, en général à propos de l'hôpital et de la qualité des services. En les écoutant, nous avons pu comprendre ce qui se passe pour eux, comment ils voient les choses, quels aspects de la prise en charge ils aimeraient voir améliorer, changer, etc. Bien que nous n'ayons pas réalisé d'entretiens formels avec les patients, les écouter semblait les soulager et pour nous c'était l'occasion de mieux connaître le contexte de notre terrain de recherche.

✓ Les différents services : une fois que nous avons reçu l'autorisation de la direction, nous avons également effectué des observations dans l'ensemble des services des institutions de santé visitées. Lors de notre présence dans ces lieux, nous avons essayé d'observer tout ce qui se passait à l'intérieur en portant notamment notre attention sur les registres linguistiques, la relation soigné-soignant ainsi que les relations soignant-soignant. Ceci nous a permis de mieux comprendre comment travaillent les professionnels, dans quelles conditions, dans quel espace physique, avec quelles ressources et dans quelle ambiance.

✓ D'autres endroits tels que les salles où le personnel se repose, autrement dit, ce qui est connu en France sous le nom de « salles de garde ». Dans les institutions où nous sommes allée, les salles ne mélangeaient pas plusieurs professions, au contraire, il y a une salle de garde pour les médecins, une autre pour les cadres et les infirmiers et une autre pour les agents de service hospitalier. Dans ces salles, plutôt accueillantes où le but est de se reposer, de manger et de parler avec les collègues, nous avons pu observer les relations entre

les professionnels et partager avec eux ces moments de détente lorsque nous étions invités par eux. Cela a été très intéressant car c'est dans ce type d'endroit où nous avons pu observer certains décalages au niveau linguistique. Par exemple, du côté uruguayen de la frontière, nous avons pu constater que bien qu'à certains moments des infirmiers parlent en portugnol avec les patients, ce phénomène serait plus présent au moment où l'interaction concerne uniquement les professionnels. Autrement dit, dans ces espaces de détente, nous avons pu observer que certains professionnels parlent en Portugais de l'Uruguay (PU) entre eux si c'est leur langue maternelle ou l'une d'entre elles. Ce phénomène a également été observé chez les agents de service hospitalier, notamment ceux de la ville de Rivera. Parfois, gênés par notre présence, l'un d'entre eux dit aux autres de ne pas parler en portugnol, « *¡qué va a decir la muchacha !* ». Dans ce type de situations, nous avons pu constater encore une fois que c'est un dialecte source de stéréotypes et de représentations négatives, non seulement de l'extérieur, mais aussi de la part des locuteurs natifs. « *Qu'est ce qu'elle va dire la jeune fille !* » sous-entendant : qui vient de France pour faire une étude, qui ne partage pas notre même identité linguistique, qui appartient à la variété linguistique *haute* (espagnol) et dont son accent est vraisemblablement celui de la capitale⁶⁸. « *Qu'est ce qu'elle va dire la jeune fille !* » sous-entendant : à propos de ce dialecte qui n'a pas de prestige social et qui est lié à la marginalisation et à l'analphabétisme... Il s'agissait surtout de donner une image positive de soi et de son groupe et pour cela, d'après eux, il n'était pas approprié de parler en portugnol devant le chercheur.

En ce qui concerne le travail réalisé dans le bus *Expreso Esperanza*, les observations ont été faites lors de trois voyages réalisés avec eux dans de petits villages ruraux et qui duraient généralement une journée. C'est donc durant ces occasions que nous avons pu réaliser des observations aussi bien sur leur manière de travailler, sur les rapports avec les patients, sur les conditions dans lesquelles ils travaillent et dans les relations qui se développent entre ces professionnels. Il faut dire que monter un cabinet de secrétaire, d'infirmier, de médecin et de dentiste dans l'espace d'un car, paraît un grand défi, cependant, ici, chaque professionnel a sa place avec le matériel nécessaire pour accomplir son travail. C'est également lors de ces observations que nous avons pu observer les registres

⁶⁸ C'est dans ce type de situations où nos remarques sur la « construction » des données (et non pas le « recueil ») prennent tout leur sens. Ici nous voyons que l'attitude linguistique de ces professionnels n'est pas la même en raison de notre présence et que pour faire un « recueil » des données il aurait fallu tout simplement ne pas être là.

linguistiques utilisés parmi les patients, dans la relation soignant-soigné et parmi les professionnels.

Toutes ces situations observées nous ont permis d'avoir plusieurs éléments d'analyse et de mieux comprendre le contexte où les professionnels travaillent. C'est également grâce à ces observations que nous avons pu établir un premier contact avec les professionnels et leur proposer par la suite le reste des étapes de cette recherche, en commençant par le questionnaire.

4.2 Passation du questionnaire

Tenant compte de notre objet d'étude, nous avons décidé de proposer un questionnaire socio-professionnel à notre échantillon afin d'avoir un profil des participants. Dans ce sens, 208 personnes ont rempli ce questionnaire en présence du chercheur. Nous avons retenu cette modalité en face à face plutôt que celle du format électronique et cela pour plusieurs raisons. D'une part, nous savons à quel point il est difficile d'avoir un taux de réponse élevé lors de la passation de questionnaires sous forme électronique, de plus, nous n'aurions pas pu connaître le professionnel ni n'aurions eu la possibilité de parler directement avec lui. Cela constitue la deuxième raison, pour nous il était important de pouvoir établir un contact direct avec le professionnel. En règle générale, cette instance a permis que la personne partage avec nous son expérience, son savoir, ses ressentis vis-à-vis de la profession, sa manière de concevoir cet espace frontalier, les moyens mis en place pour surmonter certaines difficultés, etc. En fonction de la disponibilité du professionnel, ce moment avait une durée variable qui allait généralement de 15 à 45 minutes pendant lesquelles la personne ne se limitait pas seulement au remplissage du document. Si elle le souhaitait, elle avait la possibilité de s'exprimer à propos de son activité professionnelle et dans ce cas, les différents items du questionnaire fonctionnaient comme le fil conducteur de la rencontre.

Le questionnaire comporte 15 questions ouvertes et fermées et a été élaboré en deux langues : portugais (Annexe 12) et espagnol (Annexe 13). Dans celui-ci nous avons obtenu des informations concernant : le genre, la nationalité, le lieu de naissance, depuis combien de temps la personne habite à la frontière, sa catégorie professionnelle, les formations réalisées, les éventuels contacts antérieurs avec le domaine de la santé, depuis combien de temps la personne exerce son métier à la frontière, entre autres. Ce type de questions nous ont permis d'avoir une idée générale du professionnel et de voir depuis combien de temps il habite et travaille à la frontière, s'il est de la région ou s'il vient d'ailleurs, etc. Puis nous avons des

questions spécifiques concernant les langues présentes dans la région. Dans ce sens notre douzième question concerne la langue ou les langues maternelles de la personne. Il s'agit d'une donnée capitale dans cette recherche où nous nous intéressons à l'activité et aux compétences professionnelles en lien, entre autres, avec les difficultés ou facilités qui peuvent survenir en fonction de la ou les langues maternelles.

Ensuite, les questions 13 et 14 concernent le niveau de connaissance dans les langues présentes dans la région et la manière dont ces langues ont été apprises. Dans ce sens les questions portaient sur la compréhension et l'expression orale et écrite de chaque langue. Premièrement, le professionnel est questionné par rapport à ses connaissances à propos de l'espagnol, du portugais et du portugol, car du fait que ce sont les langues présentes à la frontière, il était essentiel de connaître le niveau de connaissance de ces langues. Ensuite venaient l'italien et l'allemand en raison de la présence de ces langues au sud du Brésil. Puis nous avons interrogé les sujets à propos de l'anglais vu sa portée mondiale et enfin nous les avons interrogé sur leurs connaissances concernant la langue arabe ; cela provient du fait que, comme souligné dans la deuxième partie, des communautés d'origine sirio-libanaise et arabo-palestinienne sont présentes à la frontière Uruguay-Brésil. Afin de connaître les connaissances dans chaque langue, nous avons proposé quatre modalités : bien, raisonnablement, peu et rien. Pour toutes les langues, nous avons demandé la manière dont celles-ci avaient été apprises, le but étant de savoir si la personne les avait apprises en tant que langue maternelle, en raison d'un apprentissage formel (un cours de langue par exemple) ou du fait de vivre à la frontière.

Ensuite, nous avons demandé quels étaient la fréquence et les contextes d'usage de ces langues. Par rapport à la fréquence d'utilisation nous avons quatre modalités (fréquemment, occasionnellement, rarement et jamais) et en ce qui concerne les contextes d'utilisation, nous nous sommes intéressée à la sphère familiale et professionnelle. Cette question nous permet de voir notamment quelles sont les langues utilisées au travail et avec quelle fréquence.

Puis nous avons deux questions concernant les difficultés, dont la question 11 où il est demandé au professionnel quelles sont les difficultés qu'il rencontre dans sa pratique professionnelle qui sont en rapport avec le fait de travailler à la frontière. En posant cette question l'idée était de repérer les possibles difficultés ressenties par la personne et qui découlent directement du contexte frontalier dans lequel s'insère son activité professionnelle. Le but étant de voir comment ces difficultés viennent modifier son activité et les compétences qui sont mises en œuvre pour faire face à celles-ci. Enfin, pour la dernière question, nous avons demandé dans quelle mesure la diversité linguistique présente dans cette frontière rend

facile ou difficile l'activité de travail, puis nous avons demandé d'expliciter ces facilités et/ou ces difficultés. Ces deux dernières questions visaient ainsi à connaître les possibles facilités et/ou difficultés ressenties par le professionnel du fait de travailler dans un contexte plurilingue.

Avec ce questionnaire nous cherchions donc à avoir un profil des participants et à savoir quelle est leur (ou leurs) langue(s) maternelle(s), quelles langues de la région ils connaissent, le niveau de connaissance de celle(s)-ci ainsi que la fréquence et le contexte d'utilisation. A partir de ces questions, nous pouvons avoir une vue d'ensemble de notre échantillon et nous pourrons également faire des croisements de variables au niveau statistique pour voir, par exemple, s'il y a une relation entre le fait d'avoir telle ou telle langue maternelle et le fait de trouver que ce contexte plurilingue engendre des difficultés ou des facilités dans la prise en charge du patient. Nous allons donc pouvoir analyser quantitativement ces questionnaires, même si certaines questions vont être également traitées au niveau qualitatif (notamment les questions ouvertes telles que la 11 et la 15).

La passation de ce questionnaire a donc permis de donner un espace de parole à chaque sujet qui a accepté de participer à cette recherche, de le connaître, de vivre une expérience de partage du sensible (Laplantine, 2007). Nous croyons, en effet, que la rencontre est primordiale, que partager un moment avec le sujet lors de la passation du questionnaire, est une condition *sine qua non* si l'on veut vraiment connaître les professionnels, leurs conditions de travail, la manière dont ils ressentent les choses, pour pouvoir –avec l'aide d'autres outils également– mieux comprendre l'organisation de leur activité et les compétences professionnelles qui s'expriment dans leur travail.

Essayer de comprendre une réalité qui n'est pas observable directement suppose, à notre avis, non seulement une palette diversifiée d'outils pertinents et complémentaires mais aussi une attitude de la part du chercheur. Cette attitude se résume pour nous avec les mots : éthique, engagement, curiosité et rencontre humaine. Ce sont en tout cas ces piliers qui ont été présents tout au long de notre séjour à la frontière brésilo-uruguayenne où chaque rencontre nous a marquée, où les difficultés parfois éprouvées devenaient peut-être plus légères en les verbalisant. Ce n'était pas notre but premier, nous étions sur place en tant que chercheur et non pas en tant que thérapeute, cependant, nous pensons qu'il est important de rester ouvert, empathique et à l'écoute de ceux qui ont voulu exprimer certaines difficultés professionnelles et personnelles avec nous.

Dans une enquête de terrain, bien que préparée à l'avance, il y aura toujours des imprévus, des surprises, des choses auxquelles nous ne nous attendions pas, mais qui ne cessent pas d'arriver pour autant. Se déplacer 13.000 kilomètres dans le but d'étudier l'activité des professionnels de santé, n'est pas un fait sans conséquences. Nous n'étudierons pas que les compétences qui s'expriment dans ce contexte frontalier, ni la manière dont elles se construisent ; penser comme cela serait presque naïf. Il est évident qu'une fois sur place, les données –à construire et non pas à récolter– ne traitent pas que des compétences, lorsque la personne se sent dans une situation de confiance, il arrive parfois que cette personne parle de ce qui ne va pas dans sa vie en général, des problèmes avec la hiérarchie, mais aussi d'autres aspects de sa vie personnelle et professionnelle. En effet, la figure du chercheur – forcément externe à l'institution– a provoqué chez certains sujets l'envie, tout simplement, de parler, de raconter ce qui les affecte positivement ou négativement dans l'actualité.

Un fait particulièrement important à souligner est que quelques fois, nous nous sommes trouvée dans la situation où les professionnels disaient des phrases du type : « *on m'a dit que vous faites une étude et que vous êtes externe à l'hôpital, je voudrais parler avec vous* » ou « *vous m'avez dit la fois passée [lors de la passation du questionnaire] qu'on pouvait avoir un entretien aussi, quand est-ce qu'on peut se voir ?* » ou encore « *bon, je vais répondre à votre questionnaire pour voir si tout ça peut changer* », « *je veux participer pour que tout le monde sache dans quelles conditions on travaille* ». Nous voyons de cette manière que pour certains professionnels, cette rencontre était une possibilité d'exprimer ce qui n'allait pas dans leur travail, notamment en ce qui concerne le manque de ressources humaines et matérielles.

Pour terminer, une phrase qui nous a particulièrement touchée : « *vous faites une recherche sur les professionnels de santé, mais ce n'est pas ici qu'il faut venir, nous, ici, on n'est pas considérés comme des professionnels !* » a exclamé un infirmier uruguayen. Cette personne qui a exprimé ces propos d'un ton ironique, a accepté de passer le questionnaire et lors de cette passation elle a soulevé le manque de reconnaissance qui existerait envers sa profession et qui viendrait notamment de la part des patients. Selon lui, le professionnel de santé n'est pas respecté comme auparavant dans le sens où les patients sont devenus « des clients » d'un système de santé qui se régit par des lois commerciales.

Notre présence, pour certains professionnels paraît donc avoir été un moyen pour se rendre visible et pour demander une certaine reconnaissance. La passation de ces 208 questionnaires en face à face nous a ainsi permis, non seulement de construire des données

pertinentes pour notre problématique mais aussi de découvrir d'autres aspects de l'activité professionnelle qui n'avaient pas été prévus à l'avance.

4.3 Entretiens informels

Un autre outil méthodologique convoqué dans cette recherche concerne la réalisation de plusieurs entretiens informels. Ceux-ci ont été effectués auprès de personnes qui touchent d'une manière ou d'une autre au domaine de la santé dans ce contexte frontalier. Ils concernent des professionnels de santé qui déclaraient ne pas avoir le temps pour s'engager dans un entretien plus long et comportant plusieurs étapes (comme le sont les instructions au sosie et les autoconfrontations simples). Cependant, pendant la passation du questionnaire, certains professionnels se sont montrés ouverts et disponibles pour approfondir certaines questions, notamment celles concernant les aspects linguistiques et culturels de cet espace frontalier. D'autres personnes qui avaient déjà rempli le questionnaire ont voulu nous montrer comment ils travaillent dans ce contexte en nous proposant de passer une partie de la journée dans leur service et à ce moment-là, des entretiens informels ont été faits avec eux. C'est le cas notamment de deux infirmiers brésiliens qui tenaient absolument à ce qu'on les accompagne dans leur service (dédié aux personnes venant de se faire opérer) car « *on veut vous montrer comment on fait* ». Ici, l'idée était encore une fois de pouvoir montrer à autrui – et de se sentir ainsi reconnu – une partie de l'activité professionnelle, notamment concernant la préparation de médicaments, le contrôle des signes vitaux des patients hospitalisés, etc. Cette situation a également été vécue auprès des sages-femmes uruguayennes et avec qui nous avons passé un moment de la journée. De même, des pédiatres et des gynécologues uruguayens et brésiliens nous ont accordé du temps pour parler informellement de leur activité professionnelle. Bien que certaines des catégories mentionnées n'aient pas été retenues pour faire partie de l'échantillon (composé uniquement de médecins généralistes, infirmiers, agents de service hospitalier et cadres de santé) et n'ont donc pas rempli le questionnaire, c'était une occasion de mieux connaître l'activité de travail dans ce contexte frontalier. Dans ces rencontres, le but était de mieux connaître leur façon de travailler, la manière de gérer la diversité linguistique et culturelle de cet espace et les différents moyens mis en œuvre pour que, malgré les difficultés de toute sorte, la prise en charge des patients soit assurée.

Ces entretiens ont également été réalisés avec certaines autorités départementales, les différents directeurs et coordinateurs des centres de santé visités ainsi qu'avec des acteurs

politiques locaux s'intéressant au domaine de la santé de cet espace frontalier. L'idée était de savoir comment s'organisent les politiques de santé, quelle est l'applicabilité réelle des accords bilatéraux dans ce domaine et quelles seraient d'après eux les pistes à suivre pour améliorer la prise en charge de la population frontalière. Ces entretiens nous ont donc apporté de nombreux éléments pour une compréhension plus holistique du contexte et nous ont également permis de comprendre comment s'organisent les deux pays en matière de santé.

4.4 Entretiens d'instruction au sosie

Dans cette partie nous décrivons un autre outil méthodologique utilisé dans cette recherche : l'instruction au sosie. Cette méthode d'entretien a été mise au point dans les années 1970 par Oddone et ses collaborateurs, dans les usines Fiat situées en Italie (Oddone, Re et Briante, 1981). Le psychologue italien, qui cherchait à savoir comment les ouvriers développaient leur expérience professionnelle et comment ils structuraient leur comportement, a développé ce dispositif afin de trouver quelques réponses. Il faut souligner qu'avant d'arriver à l'élaboration de cette méthode, Oddone en a utilisé d'autres, d'abord celle des histoires individuelles, mais elle ne rendait pas compte des résultats attendus : « il s'est avéré que celle-ci ne nous fournissait que le fruit des expériences vécues et non leur mode de développement » (*ibid.*, p. 55). Il essaye alors une autre méthode où il propose aux délégués de l'entreprise de transmettre des instructions à un autre ouvrier, celles-ci étant basées sur les comportements à avoir dans l'usine. Mais, il s'est rendu compte qu'en organisant les échanges de cette manière, les délégués tentaient de transmettre un comportement idéal, une sorte de manuel du travailleur parfait, « c'était un modèle théorique de comportement que l'on voyait émerger progressivement, alors que ce qui nous intéressait, c'était le comportement réel des individus dans une situation donnée, c'est-à-dire leur modèle pratique » (*ibid.*, p. 56).

C'est ici qu'Oddone, toujours dans le but de recueillir l'expérience ouvrière, découvre avec les délégués de l'usine que dans les descriptions du travail faites par les ouvriers, il y avait toujours quatre domaines qui étaient convoqués : la tâche, les camarades, la hiérarchie de l'entreprise et les organisations de classe, c'est-à-dire le syndicat. Plus tard, avec l'introduction d'un nouveau personnage (psychologue ou sociologue) dans certains ateliers de l'usine, Oddone et les délégués ont voulu expérimenter une nouvelle méthode. Celle-ci consistait à donner des instructions à un « moi auxiliaire », à un sosie et la consigne était la suivante :

S'il existait une autre personne parfaitement identique à toi-même du point de vue physique, comment lui dirais-tu de se comporter dans l'usine, par rapport à sa tâche, à ses camarades de travail, à la hiérarchie et à l'organisation syndicale (ou à d'autres organisations de travailleurs) de façon à ce qu'on ne s'aperçoive pas qu'il s'agit d'un autre que toi ? (*ibid.*, p. 57)

Dans ce cadre, et selon ce chercheur et ses collègues, il était possible d'atteindre une certaine restructuration des comportements et une formalisation de l'expérience informelle afin de la rendre transmissible.

Au début des années 1990, le groupe clinique de l'activité s'est approprié cette méthode qui, comme nous l'avons vu, a été mise au point après en avoir essayé d'autres par Oddone et ses collaborateurs. C'est ainsi que Clot et son équipe adoptent la méthode originale en y introduisant certaines modifications. Dans des séances qui sont toujours prévues par avance, le travailleur reçoit de la part du chercheur la consigne suivante : « suppose que je sois ton sosie et que demain je me trouve en situation de devoir te remplacer dans ton travail. Quelles sont les instructions que tu devrais me transmettre afin que personne ne s'avise de la substitution ? » (Clot, 1999b, p. 152-153). Dans ce type d'entretien, et afin d'avoir les détails de la situation, il est important de se focaliser sur une séquence précise de l'activité de travail où l'accent est mis plus sur le *comment* que sur le *pourquoi*. L'important est de savoir comment le sujet réalise son activité, comment il s'y prend dans les différentes situations. L'instruction au sosie est enregistrée et, en principe, devrait être retranscrite par le travailleur qui doit, à la fin, faire un commentaire à partir de son propre matériel.

Cependant, il est souvent difficile de réunir toutes les conditions nécessaires pour que les travailleurs acceptent de s'investir dans la retranscription de l'entretien. Dans ce cas, et comme l'explique Clot (2011), il faut organiser les choses autrement si l'on veut atteindre nos buts. Dans ce type de situations, il est possible de compiler des extraits de l'instruction au sosie, d'en sélectionner certains passages et de réaliser une autoconfrontation avec le professionnel à partir de ces passages. C'est donc une méthode qui comporte plusieurs étapes, les premières sont d'abord consacrées aux instructions proprement dites, puis la dernière phase est celle où l'on se réunit avec le professionnel et où l'on travaille soit à partir de la retranscription et des commentaires faits par lui-même, soit en se focalisant sur des extraits des instructions transmises auparavant au chercheur.

Nous venons de décrire d'un point de vue technique la manière dont ces entretiens sont conduits, enregistrés et retravaillés, mais qu'est-ce qui est recherché avec cette méthode ? En quoi celle-ci propose vraiment quelque chose de nouveau ? Lors de cet entretien dirigé par

le chercheur, le travailleur donne en général une description assez fermée de son activité professionnelle, c'est une description où l'on repère toute de suite la maîtrise de la situation. Le but du chercheur sera de « déstabiliser » le professionnel en lui posant des questions inattendues voire naïves pour que l'instruction ne se limite pas à une description naturelle et *parfaite* qui empêcherait ainsi les différents aspects de l'activité professionnelle d'affleurer. Le sosie doit être guidé pour qu'il puisse faire face à une situation qu'il ne connaît pas, il doit devenir un expert potentiel et pour cela il est nécessaire de penser à tous les obstacles qui pourraient survenir lors de cet hypothétique remplacement du travailleur. Le chercheur, en devenant un sosie, va anticiper ce qui pourrait lui arriver et va demander des précisions, va exprimer des doutes, va retourner les situations décrites naturellement par l'instructeur et va le questionner sur les détails concernant sa manière de travailler. Face à cela, l'instructeur se voit dans la situation de devoir expliquer non seulement ce qu'il fait mais aussi ce qu'il ne fait pas, ce qu'il ne fait surtout pas, ce qu'il aimerait faire mais n'arrive pas à faire, ce qu'il fait mais ne devrait pas faire ou encore ce qu'il ne fait pas mais qu'il devrait faire.

Dans cette explication des *possibles* de l'action « le sosie réclame un accès non pas au seul vécu de l'action, mais à ce qui n'a pas été et n'est pas vécu pour le sujet. Dans cette méthodologie, l'action non vécue fait partie du réel de l'activité au même titre que l'action vécue » (Clot, 1999b p. 155). En réclamant un accès au réel de l'activité du sujet, celui-ci est amené à mobiliser non seulement le déroulement de l'action qu'il raconte au sosie mais aussi les autres possibles déroulements, toutes les autres possibilités abandonnées qui n'ont pas été victorieuses mais qui pour autant n'ont pas cessé d'agir chez la personne. Comme le dit Vygotski « l'homme est plein à chaque minute de possibilités non réalisées ». (1925/2003, p. 76). C'est justement ces possibilités non réalisées qui sont également convoquées lors de l'instruction au sosie. Dans cette situation où le sosie propose d'autres possibilités, imagine d'autres situations et d'autres obstacles, le travailleur réalise qu'il aurait pu faire autrement :

Par la médiation du sosie, il accomplit ce qu'il n'a pas fait, en réponse à cet interlocuteur qui lui propose, sans forcément s'en rendre compte, des choix qu'il avait refusé d'envisager, qu'il avait obliérés ou méconnus, ignorés ou, au contraire, cherché en vain à découvrir. (Clot, 1999b. p.157)

Avec cette méthode, le sosie doit être capable d'anticiper les difficultés qui pourront survenir et les ressources avec lesquelles il devra affronter la situation, il interroge ainsi les compétences incorporées (Leplat, 1997) du sujet, qui, surpris par les questions du sosie et parfois par son incapacité de répondre, est amené à expliciter sa propre manière de travailler et les compétences déployées dans la réalisation de son travail.

C'est une situation à la fois familière et étrange pour le sujet, les opérations de celui-ci se détachent sur ce nouveau cadre, grâce à l'activité du sosie il y a un déplacement de l'activité qui amène à ce que le sujet se détache de ses schèmes d'actions usuels (Clot, 1999b). Nous assistons ainsi à un détachement qui permet au sujet d'élaborer une nouvelle représentation de son activité et de lui-même. A ce propos Clot (2008) observe que « pour vivre mon travail de l'intérieur je dois cesser de travailler. Je dois séparer mon travail de son contexte habituel [...] d'une manière ou d'une autre il faut que je sorte de moi pour y entrer » (p. 200).

Aussi bien la déliaison que la reliaison sont convoquées dans cet exercice qui amène le sujet à une prise de conscience, celle-ci caractérisée par le fait que le travailleur, en plaçant son activité dans un nouveau contexte, accède à une transformation de l'expérience psychique déjà vécue. Cette prise de conscience implique une nouvelle représentation de l'activité mais aussi une nouvelle représentation du sujet lui-même. Nous pouvons voir que de cette manière une nouvelle version de l'action est apparue, le fait de reprendre l'activité dans un nouveau contexte permet une re-signification de l'activité de la part du sujet. Le sosie, en essayant d'*attraper* le réel de l'activité dans l'activité réalisée racontée par l'instructeur, ouvre la voie pour que l'activité se réalise avec d'autres significations et ce sont ces nouvelles significations qui permettront la transformation de l'expérience vécue.

Comme le soulignent les travaux en clinique de l'activité, la prise de conscience consiste moins à retrouver un passé intact qu'à le vivre à nouveau dans le présent et dans un nouveau contexte, c'est aussi réaliser que ce passé était une et tout simplement une des possibilités que le sujet avait à sa disposition à ce moment-là. Comprendre les choses de cette manière implique que ces possibilités non réalisées sont également présentes chez le sujet et qu'elles peuvent se manifester dans l'action, c'est pourquoi Clot (1999b), en s'inspirant des travaux bakhtiniens explique que « le dernier mot n'est jamais dit, le dernier acte jamais accompli » (p. 199).

L'intérêt de convoquer cette méthode dans notre recherche répond au fait que celle-ci permet le déplacement de l'expérience vécue en objet pour vivre autre chose, faisant ainsi émerger de nouvelles significations. Mais ces processus ne pouvant pas être observés directement, il est nécessaire d'employer d'autres moyens afin de pouvoir les étudier. Nous pensons que les compétences professionnelles sont difficilement abordables directement, il s'agit plus de processus sous-jacents que d'une réalité visible et facilement observable. A moins que la seule chose que l'on cherche soit de faire un répertoire des compétences

professionnelles dans une situation donnée. Ce n'est pourtant pas le but de notre étude qui se centre davantage sur le fait de savoir comment s'y prennent les professionnels de santé pour travailler dans un contexte linguistiquement et culturellement hybride. Avec cette méthode, le sujet peut analyser sa propre activité de travail, observer que celle-ci aurait pu être réalisée d'une autre manière, qu'il avait tout un tas de possibilités, que dans certaines situations il pourrait faire autrement. C'est donc une méthode de co-construction et de co-analyse entre le chercheur et le professionnel qui entraîne un processus de décentration de celui-ci où son activité est regardée à partir d'une nouvelle perspective.

Grâce à cette posture de décentration par rapport à sa propre activité et par l'effet d'étrangeté provoqué par ce type de méthode, il est possible d'avoir un accès au réel de l'activité du sujet, réel de l'activité où peuvent se manifester les compétences que le sujet exprime dans son activité professionnelle. Comme il a été expliqué dans la première partie de ce travail, nous pensons que pour étudier les compétences professionnelles, il est nécessaire d'étudier l'activité et dans ce sens, il paraît pertinent que le sujet puisse en décrire la sienne. Même si la description est centrée davantage sur l'activité réalisée, c'est à partir de celle-ci que nous voyons comment la personne s'y prend dans telle ou telle situation et quelles sont les difficultés et les éventuelles stratégies qui ont été trouvées pour les surmonter.

Comme il a été dit, une fois que les premiers rapports avaient été faits entre les professionnels et le chercheur lors des observations ethnographiques, nous avons proposé un questionnaire socio-professionnel. A la fin de la passation de celui-ci, nous avons proposé les autres outils méthodologiques convoqués dans cette recherche, mais, il a été difficile de trouver des volontaires. Malheureusement, nous n'avons pas eu beaucoup de personnes disponibles du fait qu'il fallait se rencontrer deux fois et qu'il fallait évidemment un investissement –notamment du temps– de la part du sujet. De plus, nous avons pu observer que le temps dans le domaine de la santé répond souvent à d'autres rythmes, différents de celui de la vie ordinaire, de ce fait nous avons dû aménager la méthode pour les sujets qui ont participé. Au total, nous avons réalisé 8 instructions au sosie dans lesquelles nous trouvons, d'une part, 4 uruguayens dont deux médecins, un infirmier et un agent de service hospitalier et d'autre part, 4 brésiliens dont trois infirmiers et une cadre de santé.

Les entretiens d'instruction au sosie ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et ont été réalisés dans l'institution où ces professionnels travaillent, toujours dans un espace privé. Nous avons explicité à chaque participant comment allait se dérouler l'exercice en expliquant que celui-ci comportait deux phases sans pour autant leur imposer une durée précise. Cela

répond au fait que c'était souvent le manque de temps, évoqué par les professionnels, ce qui les empêchait parfois de s'engager dans cette étude. Ainsi, nous avons convenu que les entretiens d'instruction au sosie n'allaient pas avoir une durée déterminée, ce qui donnait plus de liberté au sujet qui n'était pas contraint de nous consacrer un temps qu'il n'avait parfois pas.

L'expérience en elle-même a été très enrichissante, au-delà du fait de vouloir étudier l'activité professionnelle, nous avons assisté à une vraie rencontre humaine. La plupart de ces professionnels a bien « joué le jeu » en se livrant à nous avec beaucoup de confiance et en ayant très envie de parler avec quelqu'un d'externe à l'institution qui soit tenu au secret professionnel. Ils remarquaient ce fait à plusieurs reprises, c'est peut-être pour cette raison que deux personnes parmi les huit nous ont adressé une demande explicite pour faire ce type d'entretien. Nous avons donc vu un besoin en eux de parler avec nous ; pour ces professionnels le fait de parler à un chercheur permettait sûrement de rendre visible leur travail. Avec des propos du type « *Mais, vous allez montrer ça en France ? Ils n'ont aucune idée des conditions dans lesquelles on travaille !* » Nous avons vu le manque de reconnaissance ressenti par ces deux personnes et le besoin de se rendre visibles aux yeux de quelqu'un mais aussi d'une institution (dans ce cas, une université française et une université brésilienne).

Cette méthode a été réaménagée par nous dans le sens où le nombre de séances et la durée de celles-ci ne correspondent pas tout à fait à la méthode d'origine. Dans notre cas, il s'agissait de deux séances, dans la première le sujet décrivait son activité professionnelle après la consigne suivante : « *supposez que je sois votre sosie et que demain je vais vous remplacer dans votre travail. Quelles sont les instructions que vous devriez me transmettre afin que personne ne s'avise de la substitution ? J'insiste sur les détails pour savoir comment je dois faire. On va choisir une séquence de travail, celle que vous voulez et on focalisera les instructions pour cette séquence-là* ». Cette première partie a eu une durée de temps variable en fonction des sujets, mais en général elle a duré entre une et deux heures. Concernant la deuxième partie de la méthode, nous l'avons réaménagée car c'est nous qui avons fait la retranscription des entretiens et non pas les professionnels. Une fois cette retranscription faite, nous avons sélectionné les moments « les plus forts » de l'entretien précédent et c'est à partir de cela que s'est structurée la deuxième phase. Par moments « les plus forts », nous entendons ces moments où l'émotion a pris le devant dans le discours, les moments où l'on sent que le sujet raconte des épisodes qui lui sont difficiles, des choses qu'il ne sait pas très bien

comment les expliquer, des moments où il hésite, répète plusieurs mots sans former de phrase, etc. C'est-à-dire que nous avons sélectionné des moments où le professionnel est affecté par ce qu'il est en train de dire, tout comme les moments où il décrit la manière dont il s'y prend pour faire face aux diverses situations professionnelles. L'idée étant ici de repérer le jeu dialectique qui s'établit entre la tâche prescrite, l'activité réalisée et le réel de l'activité mais également le genre professionnel et les innovations stylistiques que les sujets apportent à la mémoire collective transpersonnelle.

Bien que cette méthode ce soit révélée pertinente, nous trouvons qu'elle comporte certaines limites, au moins dans cette étude. Il ne s'agit peut-être pas d'une limite de la méthode en elle-même mais de quelque chose d'autre dont sa source est à trouver ailleurs. En tout cas, nous avons rencontré certaines difficultés à différents moments de la passation de l'instruction au sosie et nous voudrions les présenter ici. Nous aurions pu les inclure dans la partie dédiée aux résultats de ce travail mais nous avons préféré les écrire dans cette partie car c'est ici que nous avons décrit la méthode et ses origines, la manière dont la clinique de l'activité se l'est appropriée et la manière dont nous-mêmes avons réalisé ces entretiens.

Il est important de souligner que dans certains entretiens d'instruction au sosie, nous avons eu le sentiment de ne pas respecter strictement la technique. Pour nous, il était capital que le professionnel se sente à l'aise et dans une relation de confiance où il pouvait se livrer à nous avec le moins de barrières possibles. Comme nous l'avons vu, pour la construction des données de cette recherche, nous avons choisi parmi une grande palette d'outils, ceux qui s'avéraient les plus pertinents pour répondre à notre problématique. Cependant, nous pensons qu'il ne s'agit pas « d'appliquer froidement » une technique afin d'obtenir des données mais il s'agit de travailler avec l'Homme et donc avec la subjectivité de celui-ci. Mais, il n'y a pas que la subjectivité du participant, il y a également la subjectivité du chercheur qui est également présente et dont il est impossible de s'en défaire. Avec ce type d'exercice, nous avons pu observer que le sujet avait des choses à nous dire sur les situations actuelles qu'il vit –professionnelles ou personnelles– et que croire qu'en demandant des instructions pour un faux sosie allait empêcher que le sujet touche à d'autres domaines et ait besoin d'être écouté, était tout simplement une naïveté de notre part.

Dans la plupart des cas, le professionnel, au cours des instructions, commençait à parler d'autre chose en sollicitant toute notre attention et dans des moments comme cela, il serait incorrect voire impoli de lui demander de suivre les instructions. Il y a eu des moments où la personne sortait de la consigne de la méthode pour nous parler à nous, pas à un sosie,

mais à un chercheur qui a un nom, un prénom, qui a une subjectivité. Nous avons compris la situation de cette manière, même si cela n'a pas été verbalisé, mais le message paraissait clair, le sujet coupe en quelque sorte les instructions pour que nous lui accordons notre attention à lui en tant que personne et non pas à lui en tant qu'instructeur. Nous avons senti qu'un jeu constant avait lieu entre l'instructeur, le travailleur, le sosie et le chercheur. En tout cas, il nous semblait qu'il était très important de laisser parler la personne, plutôt que de continuer à lui demander « quelles instructions vous me donneriez ? ». Cela n'aurait pas été pertinent et aurait été, au contraire, une malveillance de notre part.

Dans d'autres situations, il a été plus facile de ramener le sujet aux instructions – nous pensons notamment à un médecin qui a mis de la musique classique et qui a commencé à nous raconter la vie du chanteur. Dans ce type de situations, où nous avons quand même laissé parler le sujet, il paraît plus simple d'inviter le sujet à continuer avec la conversation entamée juste avant l'épisode musical. Cependant, dans d'autres cas, et afin d'assurer le respect de la personne, nous avons laissé parler le sujet et nous avons changé de registre, en devenant à nouveau le chercheur (et non pas forcément le sosie), un chercheur qui posait des questions plus ouvertes ou qui simplement, se limitait à écouter d'une manière empathique. Evidemment, tous les sujets sont différents et n'ont pas assumé ce rôle d'instructeur de la même manière. Certains ont parlé davantage de la partie technique de leur travail, d'autres de choses plus générales, d'autres ont donné une espèce de manuel et quelques-uns ont dit justement qu'il n'y avait pas de manuel, d'où la difficulté de donner des instructions.

Dans tous ces cas, le chercheur doit être le plus neutre possible et conduire la passation de la manière la plus homogène que ce soit. Toutefois, comment couper la parole ou dévier le thème ou le discours pour revenir à nos intérêts académiques ? Il faut évidemment un cadre bien délimité lorsque nous faisons de la recherche, cela n'est pas discutable, ici il s'agit plutôt de réfléchir sur l'élasticité de ce cadre. De notre part, « mesurer » l'élasticité du cadre n'a pas été simple, mais en tout cas nous avons priorisé avant tout le respect de la personne, par un silence ou par une question ouverte.

Nous exposons ces réflexions ici dans le but d'exprimer ce que nous avons observé lors de la passation de ces entretiens car nous pensons que ce sont des questions qui mériteraient d'être discutées et approfondies. Tout comme nous travaillons sur les notions de tâche prescrite et d'activité réalisée, nous avons pu observer dans notre propre travail, la distance qui existe entre le prescrit et le réel, entre ce que nous devons faire et ce que nous faisons réellement en tant que chercheur. Il n'y a pas de technique *toute prête* à « appliquer »

à l'Homme en perpétuelle transformation, en constant mouvement. La technique doit s'adapter, le chercheur aussi. Ou alors, faut-il uniformiser aussi bien du côté de la technique que du chercheur afin de « neutraliser un maximum de variables » comme cela se fait dans d'autres domaines ?

Nous ne pensons pas que la subjectivité puisse se mettre entre parenthèses au nom d'une objectivité *pure* qui rendrait nos travaux plus scientifiques. Il s'agit plutôt de la prendre en compte pour la faire rentrer dans l'analyse comme un élément qui a aussi été présent lors de toutes ces rencontres humaines. Comme l'explique Litim (2012), en faisant référence à Devereux (1980), « la subjectivité inhérente aux chercheurs dans les sciences de l'homme, au lieu d'être considérée comme une source d'erreur, doit être envisagée comme une ressource, la seule ressource même, dont dispose celui qui entretient le projet de comprendre une activité humaine quelconque » (Litim, 2012, p. 172). Nous pensons qu'il y a plusieurs manières de construire les données d'une recherche et que nous pouvons paramétrer tout un tas de choses, nous pouvons neutraliser tout un tas de variables, néanmoins il y aura des éléments qui nous échappent et des choses que nous ferons même à notre insu, que ce soit par empathie, par compassion, par respect ou tout simplement de par notre histoire personnelle.

4.5 Entretiens d'autoconfrontation simple

La méthode d'autoconfrontation simple a été utilisée dans cette recherche dans le but de mieux comprendre l'activité de travail des professionnels de la frontière Uruguay-Brésil. Cette méthode qui nécessite des images filmées de l'activité professionnelle, se présente sous deux formes : l'autoconfrontation simple et l'autoconfrontation croisée et dans cette recherche nous avons réalisé uniquement des autoconfrontations simples. Manque de volontaires –ou des problèmes divers de la part des sujets qui avaient accepté de participer– nous n'avons pas pu réaliser des autoconfrontations croisées, comme il était prévu. Malgré cela, nous pensons que les autoconfrontations simples qui ont été faites, nous fournissent un matériel intéressant pour notre étude de l'activité professionnelle dans l'espace frontalier en question.

Cette méthode *indirecte*, qui constitue la méthode capitale du groupe clinique de l'activité vise à une réflexion orientée vers le développement des sujets et de leur activité professionnelle. Les principaux instruments de cette méthode sont le langage et les images filmées de l'activité du travailleur et le but est de « dénaturiser les points de vue sur l'activité en transformant la surface des actions vécues en ressource pour redonner du volume à l'activité de chacun » (Clot, 2005a, p. 10). L'auteur ajoute que ce dispositif joue « sur la

géographie de l'action située pour donner une histoire à l'activité. Les contraintes de la réalisation deviennent alors des ressources pour le développement du réel au delà du réalisé » (*ibid.*). Tout comme la méthode d'instruction au sosie, les entretiens d'autoconfrontation cherchent, entre autres, à saisir le réel de l'activité du sujet, qui comme nous l'avons dit maintes fois, ce réel ne se limite pas à ce qui est réalisé mais va bien au-delà.

Lorsque ce dispositif est utilisé dans son intégralité, c'est-à-dire en faisant des autoconfrontations simples et croisées, la réflexion se centre, entre autres, sur les effets qui se produisent chez les sujets lorsque ceux-ci changent de destinataire. Dans les cas des autoconfrontations simples, l'activité est dirigée vers le chercheur mais dans le cas des autoconfrontations croisées celle-ci est dirigée aussi vers les pairs. Cette méthode qui permet la reprise de l'analyse du travail dans plusieurs contextes, comporte trois étapes :

- ✓ premièrement : il s'agit pour le chercheur d'observer l'activité professionnelle des sujets et de se mettre d'accord sur les situations de travail sur lesquelles portera l'autoconfrontation ;

- ✓ deuxièmement : le chercheur produit les documents vidéo portant sur l'activité des travailleurs. Ensuite, un entretien d'autoconfrontation simple est organisé, dans ce cas il y a un sujet, le chercheur et les images filmées. Puis, un entretien d'autoconfrontation croisée est réalisé, il s'agit ici d'une rencontre entre le chercheur et deux professionnels, où se déroule la présentation des images filmées de chaque sujet et il est proposé aux professionnels de commenter l'activité professionnelle de son pair. C'est donc un dialogue entre le chercheur et les professionnels à propos des manières de faire de ces derniers ;

- ✓ troisièmement : le retour devant le collectif associé pour continuer les analyses et co-analyses sur l'activité professionnelle.

Dans notre cas, nous avons utilisé l'autoconfrontation simple du fait d'un manque de volontaires pour faire un dialogue croisé entre deux pairs, c'est donc cette modalité-là qui va être expliquée davantage. Une des différences essentielles entre l'autoconfrontation croisée et l'autoconfrontation simple concerne le destinataire auquel s'adressent les commentaires du film. Dans l'autoconfrontation simple les verbalisations sont adressées au chercheur, le sujet qui est devant les images de sa propre activité commente ce qu'il est en train de faire et repense sa situation de travail pour lui et pour le chercheur. En revanche, dans la version croisée, les commentaires sont adressés aux pairs. Nous voyons ainsi que l'activité de verbalisation n'est pas la même selon qu'elle soit adressée aux pairs ou au chercheur et ce

changement de destinataire fait que les données construites lors de ces entretiens n'accèdent pas au réel de l'activité de la même manière.

Dans l'autoconfrontation simple, le professionnel et le chercheur visionnent les images correspondant à l'activité du sujet et celui-ci fait des commentaires à partir de ces images. C'est à partir de cette observation et des questions posées par le chercheur que le sujet déplace son regard sur la manière dont il effectue son activité, faisant que celui-ci se transforme en un observateur extérieur de sa propre activité. Tout comme dans la méthode d'instruction au sosie, l'expérience déjà vécue acquiert un autre statut dans ce nouveau contexte, elle se transforme en moyen pour vivre une nouvelle expérience. C'est ainsi que le vécu se transforme et permet que l'on accède à lui différemment. Il y a donc un déplacement du vécu, une « migration fonctionnelle » (Vygotski, 1925/2003) qui fait que le sujet prend en compte les autres possibilités qui ont été écartées dans l'action passée mais qui continuent à agir en lui. C'est donc une activité adressée, dirigée, où l'activité langagière est à considérer comme une activité à part entière, comme une activité qui va au-delà de la simple expression des actions réalisées. Comme l'observe Vygotski :

La structure du langage n'est pas le simple reflet, comme dans un miroir, de celle de la pensée. Aussi le langage ne peut-il revêtir la pensée comme une robe de confection. Il ne sert pas d'expression à une pensée toute prête. En se transformant en langage, la pensée se réorganise et se modifie. Elle ne s'exprime pas mais se réalise dans le mot. (1934/1997, p. 430-431)

En suivant donc cette approche historico-culturelle, nous voyons que grâce à la verbalisation adressée –dans ce cas au chercheur– l'activité professionnelle du sujet se modifie et se réorganise. De ce fait, cette méthode *indirecte* permet le redoublement de l'action c'est-à-dire que l'action vécue dans le passé peut être revécue dans le présent et de ce fait elle appartient à deux contextes de vie à la fois (Clot, 2008). C'est donc une opportunité pour que le réel de l'activité puisse se manifester en montrant tous les déroulements possibles de l'action. C'est dans ce sens que la verbalisation est considérée comme une action sur l'action, une sorte d'écho qui nous ouvre une voie d'accès sur le réel de l'activité et sur les compétences qui s'expriment dans l'activité du sujet.

Lors de cet exercice, le professionnel va s'efforcer d'expliquer ses actions afin qu'il n'y ait aucune incompréhension de son activité de la part de son interlocuteur, qui dans ce cas, est le chercheur. Cependant, ces explications ne suffisent pas parfois à expliquer ce que le sujet se voit faire dans les images, il arrive que celui-ci cherche à mettre en mots ses actions sans y parvenir. Dans ce cas, il va prendre de la distance par rapport à lui-même pour se

considérer comme quelqu'un d'étranger à ses propres actions, c'est ici que se produit la découverte de sa propre activité. C'est donc en prenant cette distance, que le sujet peut se rendre compte des choix qu'il a faits à ce moment-là et réalise que d'autres choix auraient été possibles (Clot, 1999a, 2008).

Il est intéressant, dans ce type d'exercice, d'observer les passages du « je » au « on », dans le discours du sujet, comme il a été souligné par Clot et Faïta (2000) :

Dans un premier temps de l'autoconfrontation, l'opérateur découvre son travail en même temps que sa qualité de sujet de sa propre activité. Le « je » du discours coïncidant avec le « je » de l'image, sans pour autant se démarquer totalement de la variante « on », sujet de ce « qu'il faut faire » et de comment il faut le faire. (p. 27)

D'après les auteurs, le discours générique du « on » auquel se réfère le sujet, n'est rien d'autre que le genre professionnel, défini comme la mémoire collective des manières de faire, de dire, de penser ou de ressentir dans lesquelles les professionnels peuvent se reconnaître (Clot, 1999b). C'est justement le « on » qui permet au sujet de se sentir protégé au moment de se justifier auprès du chercheur sur ses manières de faire ou de répondre aux questions qui lui sont posées. Finalement, le genre professionnel convoqué dans cette activité discursive vient aider le sujet, en quelque sorte, à expliquer ce qui est difficile à dire et à justifier les actions qui se déroulent à l'écran.

Il est donc important dans ce type d'entretien de repérer ces passages entre le « on » en tant que discours générique et du « je » relevant de l'aspect personnel inhérent à toute activité humaine. Dans l'autoconfrontation croisée, ce dialogue est d'autant plus complexe du fait que le sujet ne se trouve pas seulement en présence du chercheur mais aussi d'un pair, filmé lui aussi dans la même situation de travail que son collègue. Lors de ce dialogue croisé, il est proposé aux professionnels de commenter l'activité de leur collègue, ainsi il n'y a pas que le chercheur qui pose un regard sur l'activité du sujet mais il y a aussi un pair. De ce fait, il est possible de voir les différentes manières de travailler entre ces deux sujets qui ont été filmés dans des situations de travail comparables.

Dans notre cas, il était prévu de faire des autoconfrontations croisées, car c'est un cadre où l'activité est adressée aussi bien au pair qu'au chercheur, et c'est justement cette variation du destinataire qui peut changer le contenu de la verbalisation. C'est précisément cette variation qui peut nous permettre d'accéder différemment au réel de l'activité et aux compétences des travailleurs, cependant cela n'a pas été possible pour plusieurs raisons. D'une part il n'y a pas eu beaucoup de personnes qui se sont portées volontaires pour

participer à cette étape et celles qui avaient accepté ont, en cours de route, changé d'avis. D'autre part nous avons deux agents de service hospitalier qui travaillent dans une institution située du côté uruguayen de la frontière et qui étaient d'accord pour participer dans l'autoconfrontation croisée. Cependant, le jour où l'on devait filmer l'activité de travail des deux personnes accomplissant le même type de travail, l'une d'entre elles n'était pas présente. Sa collègue nous a expliqué que cette personne était partie en vacances et qu'elles avaient en effet, mal calculé les dates... Nous avons donc convié cette personne à travailler en autoconfrontation simple. Du côté brésilien, nous avons rencontré une autre situation problématique ; nous avons convenu d'une date avec deux infirmières et lors de notre arrivée dans l'institution, elles nous ont expliqué que selon elles, au lieu de procéder comme nous leur avons proposé, il valait mieux faire autrement. En tant que chercheurs, nous avons voulu nous laisser surprendre par ce changement soudain afin de tirer des enseignements. En les suivant dans le service où elles travaillent, elles ont préféré nous montrer chaque instrument avec lequel elles travaillent, chaque cahier où elles notent tout ce qui se passe dans la journée, chaque cadeau des patients, le tout accompagné de plusieurs anecdotes concernant le métier et l'institution.

C'était donc une activité complètement différente de celle qui était prévue, mais nous avons senti que pour ces deux infirmières il était très important que l'on puisse en quelque sorte, valider leur travail, le reconnaître, et pour cela elles ont trouvé cette stratégie de montrer au chercheur tout ce qui touche au métier et aux activités quotidiennes. Ce sont donc ces changements en cours de route qui nous paraissaient également très intéressants, au-delà du fait que la réalisation des autoconfrontations croisées n'ait pas été possible, ce sont des situations qui nous permettent également d'analyser certains traits de l'activité professionnelle.

Nous avons donc eu différentes difficultés pour réaliser des autoconfrontations croisées, cependant nous avons réalisé trois autoconfrontations simples avec trois professionnels uruguayens. Il s'agit d'un agent de service hospitalier, d'une infirmière et d'un médecin. Dans un premier temps, nous avons fait des observations sur leurs activités de travail et nous avons convenu des séquences qui allaient être retenues pour l'analyse. Lors des entretiens d'autoconfrontation simple, nous avons pu discuter à propos de l'activité des travailleurs, de comment ils font ce qu'ils font, avec quelles ressources et dans quelles conditions. Malheureusement, nous n'avons pas pu réaliser ce type d'entretien du côté brésilien de la frontière, cependant, les données du côté uruguayen sont très intéressantes et

viennent compléter les données construites lors des observations, du questionnaire, des entretiens informels et des instructions au sosie. Avec ces outils, nous avons donc pu co-construire des analyses à propos des manières de faire et de s'y prendre dans les différentes situations de travail. Cela nous amène à dire que ces outils nous ont effectivement permis d'étudier l'activité professionnelle et les compétences qui s'expriment dans ce contexte frontalier.

Nous terminons ainsi ce chapitre traitant des aspects méthodologiques de cette recherche en soulignant le fait que les 208 personnes participant à cette étude n'ont pas seulement répondu à des questions dans le but d'étudier les compétences professionnelles. Ces personnes nous ont également consacré du temps pour nous montrer comment elles vivent les situations de travail, les inquiétudes et les espérances qu'elles peuvent avoir. En se livrant à nous, en nous faisant confiance, ces rencontres avec les différents professionnels nous ont beaucoup formée. La singularité de chaque rencontre humaine vécue à la région frontalière étudiée nous a ainsi permis d'aborder notre objet d'étude et aurait également permis à une partie des participants de se transformer à travers les entretiens d'instruction au sosie et d'autoconfrontation simple. Entre autres, nous discuterons de ces aspects dans la prochaine partie de ce travail dédiée à la présentation et analyse des résultats.

Partie 4 : Résultats : analyse et discussion

Dans cette dernière partie nous nous consacrerons à la présentation des résultats de cette recherche, repartis en six chapitres. Nous y montrerons comment les professionnels de santé à la frontière Uruguay-Brésil s'y prennent pour atteindre l'objectif de leur activité professionnelle, à savoir, la prise en charge efficace des patients. Dans le premier chapitre nous nous attarderons sur les compétences, autres que techniques, qui semblent avoir été développées par les professionnels que nous avons rencontrés dans cet espace frontalier. Deuxièmement, nous analyserons certains aspects linguistiques, en montrant que maintes fois les professionnels sont amenés à parler dans la langue du patient afin d'assurer sa bonne prise en charge. C'est également dans ce deuxième chapitre que nous montrerons dans quelle mesure le plurilinguisme présent dans cet espace facilite ou rend difficile l'activité des professionnels de santé. Dans le troisième chapitre nous traiterons des aspects qui concernent spécifiquement ce contexte frontalier, en montrant les difficultés d'ordre général rencontrées par les professionnels. Dans le quatrième chapitre nous verrons dans quelle mesure ce contexte semblerait propice aux situations potentielles de développement (Mayen, 2008, 2012). C'est ici que nous nous attarderons sur quelques exemples afin d'illustrer que pour certains professionnels, le contexte frontalier est un endroit qui demande des compétences autres que techniques mais qui, en plus, permettrait d'élargir les compétences strictement techniques. Dans le cinquième chapitre nous analyserons certains aspects concernant le genre professionnel propre à chaque pays et aussi les contributions stylistiques que les professionnels sont amenés à faire pour régénérer la mémoire collective transpersonnelle du métier. Nous verrons comment l'accroissement du pouvoir d'agir des professionnels est d'autant plus important lorsque la prescription laisse une place pour l'invention et la découverte de nouveaux buts. C'est ainsi qu'il sera expliqué le jeu dialectique qui s'établit entre la tâche prescrite, le genre professionnel, les stylisations personnelles et la tâche finalement réalisée. Enfin, dans le sixième et dernier chapitre, nous verrons comment les méthodes *indirectes* telles que l'instruction au sosie et l'autoconfrontation simple auraient permis à certains sujets de prendre conscience de leurs actions, de reconnaître leurs automatismes et notamment de comprendre que ce qui est énoncé à propos de leur activité professionnelle, ne constitue qu'une partie de ce qui pourrait être énonçable.

Tout au long de cette quatrième partie dédiée à la présentation, l'analyse et la discussion des résultats de cette recherche, nous nous attarderons donc sur certains traits de

l'activité des professionnels de santé, sans nous limiter aux compétences professionnelles. Cela répond au fait que, compte tenu de la vaste dimension que comporte l'activité humaine, il nous semblait important de porter également notre attention sur d'autres questions la concernant. Ainsi, cette activité sera abordée sous différents volets et en faisant appel aux cinq outils méthodologiques évoqués dans la troisième partie de ce travail. A savoir, des observations ethnographiques, un questionnaire socio-professionnel, des entretiens informels, d'instruction au sosie et d'autoconfrontation simple. Justement, et concernant les trois derniers outils, tout au long de ces chapitres, nous citerons des extraits d'entretiens dans la langue de l'entretien originel, c'est-à-dire en espagnol ou en portugais. L'idée est de retracer les mots exacts exprimés par les professionnels, sans passer par une traduction qui même la plus fidèle, pourrait ne pas rendre exactement compte des dires de la personne. C'est pourquoi les extraits d'entretiens seront présentés en cursive et dans la langue d'origine ; cela nous permettra aussi de rendre l'analyse plus fine concernant certains termes utilisés par les professionnels ainsi que certaines nuances soulevées.

Nous tenons également à souligner qu'afin de conserver l'anonymat des professionnels ayant participé à cette recherche, nous avons décidé de créer des noms fictifs dans la présentation des fragments d'entretiens. Dans certains cas, nous avons également été amenés à omettre une série de détails afin de protéger encore plus l'identité de la personne. Dans ce sens, nous expliciterons toujours la catégorie professionnelle, la nationalité et le nom fictif de la personne afin que la lecture soit facilitée. Il est important que malgré la petite taille de certains centres de santé, il ne soit pas possible de repérer les professionnels de santé et de garantir la confidentialité et l'anonymat des sujets.

Enfin, nous voudrions remarquer que lorsque nous retraçons un dialogue entre le professionnel et le chercheur, la lettre I (interviewé) correspond aux propos du professionnel et la lettre C (chercheur) correspond à nos propres mots. Il y aura aussi, occasionnellement, dans les transcriptions des productions discursives de l'interviewé, des observations faites par le chercheur qui seront indiquées entre crochets. Ces remarques ayant été faites, nous passons toute de suite à la présentation du premier chapitre où nous nous attarderons sur des compétences autres que techniques qui semblent avoir été développées par les professionnels. Celles-ci concernent les compétences de décentration et les compétences relationnelles, ayant pour but une meilleure prise en charge des patients.

Chapitre 1 : Le contexte frontalier et le développement de compétences de décentration et de compétences relationnelles

Tout d'abord, nous voudrions rappeler le fait que, comme il a été énoncé dans l'introduction de ce travail, notre objectif n'est pas de faire un inventaire des compétences des professionnels de santé travaillant à la frontière Uruguay-Brésil. Comme souligné maintes fois, il s'agit plutôt de savoir comment les professionnels de santé travaillent dans ce contexte frontalier marqué par une « culture frontalière » et par le plurilinguisme. Puisque notre but n'a jamais été celui de faire une évaluation des compétences, ni une liste les énumérant comme une sorte d'ingrédients de l'activité professionnelle à travers laquelle elles s'expriment, nous avons choisi d'en présenter ici deux aspects fondamentaux. Ceux-ci concernent notamment le développement des compétences de décentration et des compétences relationnelles qui contribuent à l'efficacité de la prise en charge du patient.

Nous avons pu constater à travers les observations ethnographiques, les entretiens informels, d'instruction au sosie et d'autoconfrontation simple, que les professionnels de santé travaillant dans cet espace « hybride » auraient développé ce type de compétences qui dépassent les compétences techniques propres à chaque métier. Elles ont été exprimées de diverses manières à travers des actions spécifiques repérées avec les observations ethnographiques et avec les différents entretiens. Parmi ces actions, nous avons remarqué l'utilisation du langage non-verbal qui permet, selon trois infirmiers et un médecin, de mieux se comprendre lorsque la diversité linguistique devient une barrière. C'est ce qui est soulevé par Alain, infirmier brésilien, en nous expliquant que :

Falar em dor, é uma linguagem universal, você vê o lugar, é só tu localizar [...] Geralmente a gente pergunta, né, pergunta pra pessoa: ó, tá sentindo dor aqui? Aqui? [se touche la poitrine] Como é essa dor? Tá com uma dor pra respirar? Tá com uma dor quando levanta o braço? [il fait le geste] De repente diferenciar o muscular da parte pulmonar e fisiológica, né? Então a gente tem que fazer essa diferenciação, né? Ele diz: “ah, sinto dor em tal braço”. Ah, tudo bem, deve ser muscular e articular. “Agora não, sinto dor no braço quando eu... quando eu respiro”, aí já não é uma coisa articular ou muscular, a gente vê que é uma coisa por dentro, entendeu? Uma contusão pulmonar, alguma coisa ali errada, uma fratura, alguma coisa assim, é importante. A gente, isso é coisa da gente do dia a dia.

En parlant avec cet infirmier lors d'un entretien d'instruction au sosie, à propos de la manière de s'y prendre lorsqu'il a affaire à un patient uruguayen, il nous explique l'importance de bien gesticuler à l'heure d'expliquer quelque chose, mais en plus, d'utiliser de registres non-verbaux où il dit se toucher une partie du corps (dans ce cas la poitrine) pour

demander au patient où se situe précisément sa douleur. Nous remarquons ainsi que si une douleur à la poitrine est exprimée sans que le registre verbal suffise à la compréhension mutuelle, il utilise certains gestes (se toucher la poitrine, lever son bras) afin de faire la distinction entre un problème musculaire et un problème articulaire. Cette différence est capitale à l'heure de faire un diagnostic. Dans ce cas, il ne semble donc pas y avoir de difficultés majeures car selon lui, parler de la douleur est, en quelque sorte, un langage universel, il suffit de bien repérer où elle se situe. Par ailleurs, Alain nous dit aussi que dans certains cas il demande au patient de répéter afin de bien le comprendre : « *A gente se compreende. Algumas coisas, o que não dá, eu peço pra eles repetir ou até transformar em portunhol, pra ser melhor compreendido, entende?* ». Nous observons ici que le fait de répéter ou de passer par d'autres registres linguistiques (dans ce cas le portugnol) peut également aider à la compréhension entre soignant et soigné. Il est important de souligner qu'ici il ne s'agit pas du portugnol en tant que dialecte ni en tant qu'interlangue (car cet infirmier a comme seule langue maternelle le portugais et il n'est pas en train d'apprendre l'espagnol par un apprentissage formel). Il utilise ce registre linguistique uniquement en tant que moyen de communication. Comme nous le verrons dans le prochain chapitre, lorsque le professionnel se décentre en utilisant la langue du patient, et concrètement le portugnol, il peut le faire soit en tant que dialecte, soit en tant que moyen de communication. Dans le premier cas, il y a un partage d'identité linguistique entre les deux personnes en question, alors que dans le second, l'utilisation du portugnol ne renvoie qu'à une manière de mieux se comprendre.

Dans certains cas, nous avons remarqué que la décentration ne viendrait pas seulement de la part du professionnel mais aussi de la part du patient qui, dans le but de se faire comprendre par l'infirmier, est amené à faire de gestes. C'est ce qui a été soulevé par Mathilde, infirmière brésilienne lors d'un entretien d'instruction au sosie, en nous expliquant qu'au moment de comprendre ce qui arrive au patient uruguayen, elle utilise le portugnol⁶⁹ et le patient utilise des gestes :

I: *mesmo que a gente tenha que perguntar no nosso portunhol. E eles se tocam, né? se expressam, né? Através do toque, através do olho, das mãos, né?*

C: *e isso facilita então?*

I: *isso facilita, isso facilita*

C: *e na hora de explicar o tratamento, a medicação?*

I: *em portunhol.*

⁶⁹ Elle utilise ce registre linguistique en tant que dialecte, c'est une de ses langues maternelles.

Nous voyons avec cet exemple que la décentration du professionnel se fait à travers l'utilisation d'un registre verbal qui soit plus proche de la langue du patient. Ce patient peut d'ailleurs avoir comme langue maternelle l'espagnol ou le portugais, mais en utilisant ce dernier, les barrières qui pourraient apparaître en raison de la langue semblent disparaître. Dans ce cas, il est intéressant de constater que la décentration s'opère aussi bien au niveau du professionnel qu'au niveau du patient et que cela contribue à la bonne compréhension mutuelle, ce qui aura sans doute un impact sur la prise en charge.

L'utilisation de gestes a également été soulevée par une infirmière uruguayenne (Régine) lors d'un entretien d'autoconfrontation simple où elle nous explique que dans le cas où elle doit faire des examens de vue à des patients brésiliens, elle fait des gestes qui imitent ce que le patient doit faire :

I: *ya me ha pasado, porque vos decís: “tápese la vista con una mano” “como é que é?” “tápese, así”* [elle fait le geste]

C: *¡ah! ahí le hacés el gesto*

I: *si, este así* [elle refait le geste]

C: *¡ah, está!*

I: *porque a veces le decís: “tápese la vista con una mano, señor”... y ellos a veces algunos no entienden, “como é que é?” “así, tápese así”, le muestro en la cara* [elle fait le geste] *“ahora el otro, el otro”*

C: *entonces a veces usás algunos gestos*

I: *si, si, se usa, si.*

Dans ce cas, nous constatons qu'afin que le patient comprenne qu'il doit couvrir l'un de ses yeux avec sa main, elle est amenée à le faire d'abord sur son visage en lui montrant qu'il faut d'abord couvrir un œil, puis l'autre. Etant donné que certains patients ne comprennent pas tout le temps (« *ellos a veces algunos no entienden* ») ce qu'elle leur dit, cette infirmière aurait développé cette stratégie afin de mieux se faire comprendre.

Cela rejoint les propos de Fabrice, médecin uruguayen qui résume bien la situation dans un entretien informel, lorsqu'il exprime que même si soignant et soigné ne parlent pas la même langue, ils se comprennent à travers un autre « idiome » qui consiste à faire des signes et à se toucher des parties du corps :

I: *por ejemplo, si le duele algo, a veces también hay que señalarle partes del cuerpo para hacernos entender, a veces no hablamos el mismo idioma pero si nos entendemos con otro, otro, otra manera de, otro idioma que, con señas, tocándose partes del cuerpo*

C: *¿eso también es una manera de comunicarse?*

I: *eso también, digamos no solo la parte del lenguaje sino que la parte corporal... señalándose partes del cuerpo...*

Dans ce cas Fabrice explique qu'en utilisant des signes et en se signalant des parties de son corps, il est possible de se comprendre correctement, bien que la langue entre le professionnel et le patient ne soit pas la même. Par ailleurs, nous avons pu remarquer dans son discours qu'à certains moments il associe deux stratégies qui visent la compréhension du patient : « *me ha pasado en algunas oportunidades que le decís a un paciente “póngase el termómetro en la axila” y el paciente no entiende, no comprende y le tenés que señalar la axila y decirle “póngase suvaco”* ». Nous observons ainsi que dans certaines situations, comme par exemple au moment de connaître la température corporelle du patient, ce médecin se décentrerait non seulement à travers l'utilisation du langage non-verbal (signaler l'aisselle où il faut mettre le thermomètre) mais aussi en utilisant une langue compréhensible par le patient. Dans ce cas, au lieu de dire « *axila* » (aisselle en espagnol), il utilise le mot « *suvaco* » qui en portugnol fait référence aux aisselles et qui, en portugais argotique « *sovaco* » prononcé « *suvaco* » signifie également « aisselles ».

Ces actions concernant l'utilisation du langage non-verbal seraient réalisées dans le but d'améliorer la communication afin que le professionnel comprenne ce qui arrive au patient et qu'au même temps, ce dernier comprenne ce que le professionnel lui demande de faire. Ces actions consistant à se toucher la poitrine, lever le bras, se couvrir un œil, signaler les aisselles, contribuent à ce que le soignant puisse prendre une série d'informations qu'il utilisera ensuite pour faire un diagnostic et agira en conséquence. De ce fait, il paraît important que le professionnel mette en œuvre certaines actions qui relèvent, à notre avis, de la compétence de décentration et qui répondent au motif de son activité professionnelle, à savoir, la bonne prise en charge du patient. Nous parlons ici de motif dans le sens que Leontiev (1976, 1984) a donné à ce terme, c'est-à-dire comme ce qui oriente l'activité du sujet afin de répondre à un besoin particulier.

C'est d'ailleurs un aspect qui vient se confirmer grâce aux observations ethnographiques réalisées sur place, où nous avons noté qu'effectivement les professionnels de santé sont maintes fois amenés à utiliser d'autres registres afin d'assurer la compréhension et la communication avec le patient. Ainsi, des gestes faits avec les mains, le toucher de son propre corps, mais aussi le regard et la posture, permettraient une communication plus efficace et plus empathique, qui aident à ce que la relation soignant-soigné soit plus proche.

Comme le souligne encore Fabrice : « *me parece que hay que generar un buen entorno en la consulta, de empatía también con el paciente, ponerse en el lugar del paciente y no tan tan aislado el médico paciente sino ser una realidad más uniforme ¿no?* ». Autrement dit, le fait de se décentrer et de se mettre à la place du patient aiderait à établir une relation plus horizontale où les deux acteurs en présence seraient « une réalité plus uniforme » (« *no tan tan aislado el médico paciente sino ser una realidad más uniforme ¿no?*»), comme l'exprime ce médecin uruguayen.

En outre, nous avons pu remarquer qu'une autre action à travers laquelle s'exprime la décentration est le fait de demander de l'aide à un autre professionnel lorsque la communication avec le patient devient difficile. Bien que nous consacrerons un chapitre entier dédié aux aspects linguistiques, nous avons trouvé pertinent d'inclure ici le cas de deux médecins uruguayens qui demandent de l'aide aux infirmières si la compréhension du patient se voit compromise, soit parce que ce dernier parle en portugais, soit parce qu'il parle en portugol. A ce sujet, dans un entretien d'instruction au sosie, Didier, médecin uruguayen, remarque que :

C: *¿o sea que yo le voy a preguntar en castellano?*

I: *en castellano*

C: *en castellano, y él me va a responder...*

I: *y te va a contestar a media lengua, generalmente te va a contestar en portugués*

C: *¿yo lo voy a entender?*

I: *a veces sí, a veces no*

C: *¿y si no le entiendo?*

I: *le preguntás a alguna enfermera*

C: *¿ella me va a hacer de traductora?*

I: *alguna sí*

C: *¿y otras no?*

I: *sí*

C: *¿y si no hay ninguna que me haga la traducción?*

I: *todavía no me pasó [rires]*

Avec cet extrait d'entretien nous pouvons déjà repérer que lorsque le patient parle en portugol (qu'il désigne comme « *media lengua*⁷⁰») ou en portugais, ce médecin demande à une infirmière⁷¹ de l'équipe de traduire. Nous pouvons voir ainsi que si la compréhension

⁷⁰ Tout au long des entretiens d'instruction au sosie, Didier se réfère au portugol comme étant une « demie langue » (« *media lengua* »), ce qui montre déjà sa conception à propos de cette réalité linguistique.

⁷¹ Remarquons le genre dans cette phrase : il dit une infirmière et non pas un infirmier (alors qu'il y en a aussi dans cette institution, bien qu'ils soient moins nombreux). Cela dénote entre autres le genre qui est associé à ce métier ; les soins infirmiers comme étant une profession qui est davantage représentée par des femmes (Araújo et Rotenberg, 2011).

mutuelle soignant-soigné n'est pas assurée, le professionnel n'est pas pour autant démunie devant cette situation, puisqu'il fait appel à d'autres membres de l'équipe. Cela vient montrer également une autre caractéristique essentielle du domaine de la santé, à savoir, que c'est une activité essentiellement collective où la communication est capitale (Osorio, Rotenberg, Araújo et al., 2011). Dans ce sens, nous voyons que l'entraide entre les professionnels de santé est fondamentale et que dans certaines situations elle devient même incontournable.

Cet aspect a également été souligné par un autre médecin uruguayen (Harold) qui nous explique lors d'un entretien d'instruction au sosie que :

I: *si, si, si, acá se habla un portuñol bastante light, como quien dice, también el gaúcho [prononcé en portugais] no es un portugués cerrado, no usa mucha terminología, es más terminología más fronteriza no hay grandes dificultades en comunicación no*

C: *o sea que cuando venga a decirme, que le duele, por ejemplo, la barriga, no me va a decir "me duele la barriga", me va a decir otra cosa y yo ¿le voy a entender?*

I: *si, si*

C: *¿y cómo hago para desarrollar esa competencia, para saber lo que me está diciendo?*

I: *ah, con el tiempo, al principio no entendés nada, pero después con la ayuda de las enfermeras que son de acá, que más o menos te traducen...*

Dans cet exemple nous voyons que Harold semble avoir développé des compétences linguistiques grâce à l'aide donnée par les infirmières. Ce médecin qui n'est pas de la région frontalière remarque qu'au début, lorsque le patient lui parlait dans un « portuñol léger » («*portuñol light*»), il ne comprenait rien («*al principio no entendés nada*») mais qu'avec le temps, et à l'aide des infirmières, il aurait développé cette compétence. Remarquons déjà la conception que Harold semble avoir à propos de ce dialecte en exprimant la phrase «*portuñol light*». Finalement, c'est un dialecte qui ne paraît pas lui provoquer de difficultés dans son activité professionnelle car c'est un « portuñol léger », c'est-à-dire un portuñol pas tellement lourd, ni pas tellement gênant pour accomplir efficacement son travail. Harold semble ainsi avoir développé une compétence linguistique qui viendrait se combiner avec une compétence de décentration où il est capable de reconnaître ses propres limites en demandant de l'aide aux infirmières qui « sont d'ici ». Effectivement, lorsque nous regardons certains résultats quantitatifs, nous pouvons remarquer que parmi les 149 professionnels uruguayens faisant partie de l'échantillon, 92 personnes (62%) sont nées à la frontière ou dans le département frontalier alors que 57 personnes (38%) sont nées ailleurs (c'est-à-dire hors du département frontalier). Concernant plus spécifiquement les infirmiers, nous observons dans

le tableau 5 que parmi les 68 infirmiers faisant partie de l'échantillon uruguayen, 50 d'entre eux (73,5%) sont nés à la frontière :

Catégorie professionnelle	Nés à la frontière ou dans le département frontalier	Nés hors du département frontalier	Effectif
Médecins	11	17	28
Infirmiers	50	18	68
Cadres de santé	10	5	15
Agents de service hospitalier	21	17	38
Ensemble	92	57	149

Tableau 5 : répartition de l'échantillon uruguayen par catégorie professionnelle et lieu de naissance

Ces données nous montrent une différence entre médecins et infirmiers uruguayens : seulement 39% des médecins uruguayens de l'échantillon est né à la frontière ou dans le département frontalier (11 personnes) alors que ce pourcentage s'élève à 73% concernant les infirmiers (50 personnes). A propos de cette institution de santé, ce pourcentage est de 20% et de 72% respectivement. Lorsque que nous regardons ces données avec le test d'indépendance du χ^2 à un niveau de risque de 0,05, nous rejetons l'hypothèse nulle. Ce rejet se fait même à un niveau de risque de 0,01 (Annexe 14a), ce qui nous montre bien un lien significatif entre le lieu de naissance et ces deux catégories de professionnels. Au vu de ces données, nous comprenons l'importance de faire appel à d'autres professionnels de l'équipe qui sont originaires de cet espace frontalier et qui, de ce fait, seraient moins dépourvus face à l'hybridisme linguistique présent sur ce territoire.

Par ailleurs, lorsque nous demandons à Harold lors d'un entretien au sosie, ce que nous devrions faire dans le cas hypothétique où nous ne comprenions pas le patient, il souligne que généralement la communication est assurée car le patient est toujours accompagné d'une personne de la famille qui nous guide. Si ce n'est pas le cas, il remarque à nouveau qu'il fait appel à l'infirmière :

C: *¿si no entiendo nada qué hago?*

I: *no, generalmente entiendes, siempre vienen con algún familiar que es medio uruguayo o "uruguayense" y que es el que te va guiando y sino le preguntas a las enfermeras qué quiso decir y ellas te van a decir.*

Il est intéressant de remarquer que lorsque ce médecin fait référence au membre de la famille qui accompagne le patient, il se réfère à ce membre comme étant « un demi uruguayen » (« *algún familiar que es medio uruguayo* »). Nous pensons que ces propos sont liés à l'image que les non-frontaliers ont des frontaliers, où les premiers remettent parfois en

cause la nationalité des derniers. Autrement dit, le fait de vivre et de s'identifier à un espace culturellement et linguistiquement hybride, différent du reste du pays, pourrait faire penser à quelqu'un qui n'est pas de la frontière (comme Harold) que la personne est à moitié uruguayenne (et l'autre moitié ? frontalière ? brésilienne ?). Le fait d'être originaire d'un endroit marqué par certaines caractéristiques culturelles et linguistiques pourrait amener à penser que cette situation entraîne une perte de l'identité nationale. Cependant, nous avons pu constater dans une autre étude (Pérez-Caraballo, 2011) que ce n'est pas le cas : les uruguayens étant originaires de la frontière Uruguay-Brésil ne se sentent pas « moins uruguayens » ni à moitié uruguayens. Pour ces personnes, c'est la nationalité qui compte avant tout, même s'ils reconnaissent au même temps une forte appartenance frontalière⁷².

En tout cas, et au-delà de ces aspects, nous remarquons que 2 médecins sur 3 ayant participé aux entretiens d'instruction au sosie, demandent de l'aide à une infirmière de l'équipe au moment de la prise en charge si cela dévient nécessaire. D'après nous, c'est un aspect qui montrerait qu'en raison de l'hybridisme linguistique présent à cet espace frontalier, certains professionnels se décentrent sans que cette décentration implique nécessairement l'utilisation du registre linguistique du patient. Bien que cet autre type de décentration ait également été repérée et que nous montrerons par la suite ici, il s'agit plutôt d'actions ou de stratégies d'un autre ordre et qui sont liées au fait de reconnaître ses propres limites et à agir en conséquence.

Parmi ces stratégies nous avons aussi remarqué la prise en compte des conditions de vie spécifiques du patient. Bien que cette stratégie puisse ne pas être directement liée au contexte frontalier, elle nous montre que les professionnels de santé seraient amenés à prendre en compte le contexte spécifique dans lequel se déroule leur activité. Dans ce sens, nous pensons qu'une décentration s'opère de leur part, un « apprendre à comprendre l'autre » (Abdallah-Pretceille, 1996), une prise en compte du fait que cet autre peut vivre dans des conditions différentes des siennes. La connaissance de ces conditions est essentielle notamment à l'heure de s'assurer du suivi du traitement indiqué. Nous avons remarqué ce fait chez deux infirmiers uruguayens et chez un médecin de la même nationalité.

⁷² Les résultats de cette étude montrent que lorsque nous proposons une échelle d'appartenance territoriale et linguistique aux sujets habitant à la frontière Uruguay-Brésil, ayant dix items qu'il faut classer par ordre d'appartenance, 41 sujets faisant partie de l'échantillon uruguayen (composé de 47 personnes) placent l'item « je suis uruguayen » au premier rang.

Nous commençons par Didier qui nous explique que le contexte « critique » dans lequel il travaille fait qu'à des moments il soit amené à hospitaliser un patient afin de s'assurer que le traitement sera bien suivi :

A veces hay patologías que pueden tratarse ambulatoriamente pero en estas zonas que son de contexto crítico, principalmente salud pública, a veces internás un paciente porque sabés que no te va a cumplir el tratamiento, entonces la indicación es por una razón social, como muchas veces sucede y se interna igual, a veces es por... ya sea porque tiene carencias económicas o porque tiene carencias sociales, la carencia económica es que de repente no pueda contar con los medios para movilizarse cada seis horas o cada ocho horas para venir a hacerse una medicación [...]

A partir de ces propos, nous remarquons que bien que certaines pathologies répondent à un traitement ambulatoire, dans cet espace que Didier caractérise comme étant « critique », il faut à certains moments hospitaliser le patient même si la maladie ne requiert pas forcément une hospitalisation. Dans ce cas, ce sont plus les conditions sociales ou économiques qui font que cette hospitalisation a lieu. Comme le souligne ce médecin, le fait que le patient ne puisse pas se déplacer toutes les six ou huit heures pour des raisons économiques, fait qu'il organise son activité professionnelle d'une autre manière. Dans ce cas, au lieu de prescrire un traitement et d'autoriser le patient à partir chez lui, il va l'hospitaliser. Comme il commente encore :

Cuando vos ves que la evolución del paciente en el lugar que está y después de todo lo que hiciste, lo encaminaste al paciente, o a pesar de todo lo que hacés, sabés que tenés más cosas para hacerle, entonces si vos sabés que tenés más cosas para hacerle, lo enganchás con lo que habíamos hablado hoy del problema social, si juntamos las dos cosas y vos decís "a este paciente le vamos a tener que hacer más cosas" o "vamos a tener que complementar todo esto" y el paciente no se puede ir porque tiene carencias económicas, sociales, motrices, se tiene que quedar, ¿no? O sea esto tiene varios puntos de ingreso, al mismo paciente tenés varios puntos de llegada para una misma situación que a veces no es solamente por indicación médica, a veces son indicaciones sociales, las indicaciones, sí, son médicas, porque de repente la persona no se puede movilizar pero al fin y al cabo no le hacen realmente a su enfermedad pero sí al tratamiento.

Avec ce fragment, nous comprenons que Didier, en tant que médecin travaillant aux urgences, est amené à s'y prendre de différentes manières selon les conditions de vie du patient. Dans ce sens, il remarque que si ce dernier est en détresse économique ou sociale ou a des difficultés motrices, il faut l'hospitaliser, non pas à cause de sa maladie mais en raison du traitement. Avant tout, il faut qu'il s'assure que le traitement prescrit sera suivi et si les conditions de vie du patient risquent de mettre en péril ce suivi, il va s'y prendre d'une autre

façon. Finalement, une même situation peut se résoudre de différentes manières (« *tenés varios puntos de llegada para una misma situación* ») et cela dépend aussi des conditions spécifiques dans lesquelles vit le soigné.

Par ailleurs, c'est un aspect que nous avons pu repérer dans un entretien d'instruction au sosie fait avec Jean, infirmier uruguayen. Il souligne l'importance de se déplacer chez les patients afin de bien connaître leur situation :

I: *si me vas a substituir vas a tener que ir a vivir un poco adentro de la casa... que eso es otra cosa ¿no? Nada substituye la casa, ver cómo vive esa persona, en qué condiciones vive, qué tiene adentro de la casa, no para valorar lo económico, si tiene un televisor de plasma o un televisor así ¿no? Pero todas esas cosas te ayudan a armar ese rompecabezas que muchas veces vos entendés cuando lo recibís acá [au centre de santé]*

C: *claro*

I: *y te da una mayor sensibilidad o no, porque viste que también hay lo otro ¿no? Eh...hay personas que...no sé si decir se merecen toda tu atención, de repente no es el término, pero como conocés, vos sabés quien realmente tiene una necesidad y quien viene acá a jo... a... porque no tiene nada que hacer... o... entonces ta, entonces todo eso tenés que evaluar...*

C: *entonces si te substituyo, todo eso que no sé, no lo puedo saber porque no vivo acá y porque no tengo la experiencia que tenés vos...*

I: *si, podés si, si vos vas a vivir adentro de la casa de esa persona o mudarte ¿no?, pero creo que las visitas, muchas veces ayudan mucho, las visitas, ir a la casa de la persona*

Dans cet extrait nous percevons l'importance qu'accorde cet infirmier au fait d'aller « vivre chez les gens » (« *tener que ir a vivir un poco adentro de la casa* ») car c'est grâce à cela qu'il est possible de voir comment le patient vit. En faisant de cette manière, il déclare pouvoir prendre une série d'informations qui l'aideront dans la compréhension du patient lorsqu'il le reçoit par la suite au centre de santé. Cette compréhension est comparée par Jean à un puzzle qui sera d'autant plus facile à résoudre s'il a pris en compte d'autres éléments qui lui sont donnés justement en allant chez les personnes (« *todas esas cosas te ayudan a armar ese rompecabezas* »). Il explique également que cela lui permet de mieux cerner les patients qui ont des vrais besoins (« *quien realmente tiene una necesidad* ») de ceux qui ne les ont pas forcément (« *quien viene acá a jo*⁷³... *a... porque no tiene nada que hacer* »). Nous voyons déjà l'importance de pouvoir se décentrer afin de prendre en compte d'autres variables à

⁷³ Il allait sûrement dire le mot « *joder* ». C'est un mot en espagnol relevant du langage argotique et qui s'utilise dans certains pays d'Amérique Latine pour dire « déranger ».

l'heure de la prise en charge, et qui seraient seulement observables en allant « vivre chez les gens ». Il souligne donc que si nous devions le remplacer, la première chose à faire serait justement celle-ci. C'est intéressant de voir qu'il se met lui-même dans la situation hypothétique où il devrait quitter cet endroit et aller travailler dans un autre, en remarquant encore une fois que la première chose à faire est d'aller voir comment vivent les gens de l'endroit en question (« *si me tocara ir a vivir, si hoy me trasladan para otro pueblo, es lo primero que haría, justamente ir a la casa* »). Il renforce cette idée en disant qu'en plus, cela lui apporte des éléments pour savoir comment il va agir avec certains patients :

I: *yo de repente le digo a una persona así: no podés comer comida con sal ¡pero si voy a la casa y veo que esa persona no tiene heladera! y si esa persona no tiene heladera generalmente sala la carne y es el modo de...* [silence]

C: *¿de conservación?*

I: *bueno ahí tengo que cambiar mi estrategia, voy a decirle, “bueno mirá, ¿te gusta el charque?” Si, me dice que si, “bueno lo tenés que hervir varias veces para sacar toda la sal porque la sal te está haciendo mal, te sube la presión, bla bla bla”, entonces ¿cómo vos sabés de eso? Porque también, si vos le preguntás “¿tenés heladera en tu casa?”, te puede decir que si, te puede decir que no o la persona también se puede preguntar “¿y este para qué quiere saber si tengo heladera en mi casa?” Entonces si vos vas, la observación te permite evaluar mejor la situación...*

Dans cette partie extrêmement riche de l'entretien, Jean remarque qu'il peut conseiller à un patient souffrant d'hypertension de ne pas manger avec du sel, mais grâce au fait d'être allé chez ce patient, il comprend que ce dernier n'a pas de frigo et qu'en conséquence, il va saler la viande pour la conserver. C'est justement parce qu'il s'est déplacé chez cette personne qu'il voit que son traitement ne peut pas être suivi puisque les conditions de vie du patient font qu'il doive saler sa nourriture pour qu'elle ne s'abîme pas. D'ailleurs ce n'est pas une question qui peut être directement posée au patient car s'il lui demande « avez-vous un frigo », le patient peut ne pas comprendre la raison pour laquelle le professionnel de santé lui pose cette question : (« *si vos le preguntás “¿tenés heladera en tu casa?”, te puede decir que si, te puede decir que no o la persona también se puede preguntar “¿y este para qué quiere saber si tengo heladera en mi casa?”* »). Autrement dit, la nature de la question posée peut faire que le patient ne comprenne pas pourquoi cette information relèverait de la compétence d'un infirmier (« *y este para qué quiere saber si tengo heladera en mi casa?* »). C'est pour cette raison que Jean souligne l'importance d'aller chez la personne car observant lui-même les conditions de vie de celle-ci, il peut changer sa stratégie (« *ahí tengo que cambiar mi estrategia* ») et proposer de faire bouillir la viande salée afin d'enlever tout le sel.

C'est une région caractérisée par la grande consommation de ce type de viande (*charque*) et c'est seulement en connaissant les spécificités de cet endroit que le professionnel peut prendre en compte d'autres éléments à l'heure de proposer un traitement. Nous comprenons ainsi qu'en introduisant des variations dans son activité professionnelle, Jean peut mieux répondre aux besoins des patients car ce sont précisément ces variations qui l'amènent à accomplir d'autres actions, comme le fait de conseiller de faire bouillir la viande. C'est plus précisément en faisant varier les contextes de son activité professionnelle que cet infirmier pourrait proposer une prise en charge plus pertinente.

La décentration ici semble donc essentielle et elle est étroitement liée aux caractéristiques du contexte où habitent les patients. De plus, il deviendrait plus compétent, car en visitant les personnes, il peut mieux évaluer qui a un vrai besoin et qui ne l'a pas. C'est d'ailleurs ce qu'il remarque dans l'extrait suivant où il explique que le médecin du centre de santé a fait une évaluation d'une patiente qui différait considérablement de la sienne, parce qu'il n'habite pas à cet endroit :

Si, a mi me pasó cuando empezó a venir este médico, venía con él una supervisora, una licenciada, muy bien, yo no participo de la consulta con el médico acá [...] entonces cuando terminó la consulta, ellos en su consultorio, yo en el mío y me dicen "hay una paciente que está necesitando mucho del apoyo, esa señora hay que apoyarla" no sé qué, yo me hacía un esquema mental ¿no? Repasaba la lista de los que habían consultado y digo "¿pero cómo se me puede escapar una persona que tenga tantas necesidades así de una intervención, de un apoyo?" "Una señora así, así y azá", dicen, "vos sabés que es una persona muy angustiada", ta, mira, esa persona te va a llorar porque la nuera se vino a vivir con ella, a la consulta siguiente, ya te va a venir a llorar porque la nuera se fue, ya no vive más con ella, a la... te va a venir a llorar porque el gato rompió un pirex de la casa, no... pero... A dos meses, dicen "¡no aguantamos más!" "yo dije, yo avisé" [ríes] ¡porque yo conozco!

C'est une anecdote où il nous explique qu'une des premières fois que le médecin s'est rendu au centre de santé avec un superviseur, ces derniers ont eu affaire à une patiente qui leur a semblé être en grande détresse. Une fois la consultation terminée, tous les deux parlent avec Jean pour lui dire qu'il fallait apporter un grand soutien à cette patiente. A ce moment-là Jean semble surpris car en récapitulant tous les patients qui étaient allés consulter (« *yo me hacía un esquema mental ¿no? Repasaba la lista de los que habían consultado* ») et qu'il connaît très bien, il ne voyait pas de qui il pouvait s'agir. Lorsqu'il a compris qui était la patiente en question, il a expliqué à ses collègues que cette personne consultait généralement pour des choses « banales » (car la belle-fille a déménagé chez elle, car la belle-fille est partie, car le chat a cassé un ustensile de cuisine...). Jean raconte avec humour que deux mois après,

ses collègues lui ont dit qu'ils ne supportaient plus la situation avec cette patiente, ce à quoi il aurait répondu « je vous ai prévenu ! ».

Nous avons trouvé qu'il était important de nous arrêter sur cet extrait d'entretien car il dénote très clairement qu'une différence dans le diagnostic peut avoir lieu si le professionnel ne connaît pas les conditions de vie du patient. En définitive, c'est grâce au fait d'être allé chez cette patiente et de la rencontrer souvent, que Jean a pu arriver à une évaluation de la situation le conduisant à un diagnostic certainement plus juste.

Par ailleurs Régine, infirmière uruguayenne, souligne quelque chose de semblable lorsqu'elle nous explique dans un entretien d'autoconfrontation simple que parmi les patients qu'elle rencontre, beaucoup d'entre eux vont la voir tout simplement pour parler :

I: *hemos atendido mucha gente que ha ido para charlar, ¿no?*

C: *¡ah! ¿también tienen ese tipo de consultas?*

I: *si, la gente así muy carente, se siente mal, a veces se pone a llorar, a veces están con problemas económicos y van a atenderse; como a veces te dicen: “¿qué le duele, señora, por qué consulta?” “¡por cualquier cosa!” “lo que venga”*

C: *¿te dicen?*

I: *“¿por qué consulta?” “por cualquier cosa, quiero consultar” te dicen algo así [rires] te da gracia porque van porque es algo novedoso o porque... no tienen lo qué hacer o porque quieren charlar, o porque...*

C: *y ahí, ¿cómo encarás ese tipo de consultas?*

I: *y... charlás, [rires] charlás: “y bueno, pero ¿y qué?” “no, vine porque... a veces me duele la cabeza, o viste, cosas... y como ustedes vinieron...”, “está, pero a veces, en realidad...” y a veces ni pasan de la enfermería, ni terminan en médico porque vienen ahí a charlar un poquito y se van.*

Régine note dans ce fragment que plusieurs patients ne vont pas la voir pour un problème physique mais qu'à des moments ils vont consulter tout simplement pour parler avec elle. Elle nous explique avec un ton humoristique que parfois, lorsqu'elle demande aux patients quel est le motif de consultation, ils disent « pour n'importe quoi, je veux consulter » (« *por cualquier cosa, quiero consultar* »). Dans ce cas, nous voyons que Régine fait d'abord un diagnostic de la situation comme par exemple, les conditions économiques du patient (« *a veces están con problemas económicos y van a atenderse* »). C'est grâce à la prise en compte des variables économiques et contextuelles qu'elle peut mieux s'y prendre avec le patient. Comme elle nous l'explique, elle consacre un temps tout simplement pour parler avec lui sans forcément le conduire vers le médecin (« *vienen ahí a charlar un poquito y se van* »).

Tout comme Jean, cette infirmière signale l'importance de bien comprendre quel type d'alimentation est consommé davantage à la campagne, car cela a des conséquences sur le traitement prescrit :

I: *el tema de la alimentación en el campo, es difícil... porque ellos tienen carne, comen mucha carne gorda, charque que le dicen que es la carne salada, que se la salan para que se conserve; el diabético come torta frita, como te decía el tema de aquella diabética que: "bueno, no tengo otra cosa para comer, como torta frita", que no puede comer la harina, entonces es muy difícil lograr que, algunos se concientizan y bárbaro, fenómeno, vas al próximo mes y ya están con la presión bárbara y están tomando su medicación, otros: "me olvidé hoy", el otro: "¡ah! la que me da la medicación es mi hija, y ella cuando no me da yo no tomo"; y vos tenés que hacerle un trabajo psicológico bieeen, contando experiencias*

C: *¿ah sí? ¿contás experiencias?*

I: *claro, yo les cuento experiencias: "mire que a fulano le pasó esto", "mire que usted es joven, usted puede vivir muchos años si usted se controla", le pongo mi madre, le pongo mi padre, le digo: "mira mi madre, tenía la diabetes así, se cuida y está así, mi papá era hipertenso". Entonces les trato de que puedan ver, porque ellos no tienen conciencia, ¿no? de lo que les puede pasar.*

Elle remarque que les patients habitant des zones rurales mangent beaucoup de viande salée ou encore des « *tortas fritas* »⁷⁴, ce qui n'est pas du tout conseillé pour les personnes souffrant d'hypertension. Régine nous explique qu'il est très difficile de conscientiser les patients à propos des conséquences de cette alimentation et que, de ce fait, elle est amenée à leur faire « un bon travail psychologique » (« *tenés que hacerle un trabajo psicológico bieeen* »). Celui-ci consiste à raconter aux patients les cas d'autres personnes qui souffrent également d'hypertension ou de diabète, en prenant parfois comme exemple ses propres parents afin que les patients prennent conscience des risques. Nous voyons que dans ce cas, Régine prend en compte les conditions particulières des patients habitant à la campagne, notamment en ce qui concerne l'alimentation. Tenant compte de ces variables liées au contexte, cette infirmière vise un traitement médicamenteux mais pas seulement car elle déclare aussi beaucoup parler avec les patients en leur racontant des cas similaires. Ici la prise en charge adéquate est également liée à la prévention qui s'appuierait avant tout sur la connaissance du contexte.

Par ailleurs, nous avons pu observer une autre stratégie qui relève, à notre avis, de la compétence de décentration. Celle-ci concerne l'utilisation du nom du principe actif du

⁷⁴ Les « *tortas fritas* » sont une spécialité très courante en Uruguay et en Argentine qui se prépare avec de la farine, de la graisse animale et du sel. Ce mélange est ensuite frit à l'huile de tournesol ou avec de la graisse. C'est donc un aliment très gras et salé.

médicament au lieu de son nom commercial. Comme le signale Alain, infirmier brésilien : « *as medicações ou o princípio ativo das medicações, parte da medicação, princípio ativo é o mesmo. Aqui e lá. Trixona lá, trixona aqui. O que vai diferir é o nome comercial* ». Il commente que le nom du principe actif du médicament est le même dans les deux pays, ce que diffère est le nom commercial. C'est également ce que remarque Harold, médecin uruguayen qui dit qu'à l'heure de faire l'ordonnance aux patients il met le nom du principe actif et non pas le nom commercial du médicament :

C: *¿y cuando le voy a explicar el tratamiento?*

I: *y eso generalmente no genera mucha dificultad, yo generalmente pongo el nombre de las drogas en la receta entonces eso te facilita enormemente*

C: *¿no voy a poner el nombre comercial?*

I: *no, porque sino les vas a generar una dificultad a ellos, entonces tienes que poner la droga y ahí ellos van a conseguir.*

Il explique ici que le fait de mettre le nom du principe actif sur l'ordonnance va faciliter au patient le moment d'aller chercher le médicament (« *generalmente pongo el nombre de las drogas en la receta* »). Dans ce sens, Harold semble se décentrer en comprenant que les caractéristiques du contexte frontalier font que maintes fois les patients vont de l'autre côté de la ligne frontalière afin de trouver le médicament dont ils ont besoin. Cela répond à plusieurs raisons, d'une part il y a certains médicaments qui sont moins chers dans le pays voisin et d'autre part il existe quelques médicaments qui se vendent sous ordonnance dans un pays mais pas dans l'autre. A ce sujet, lorsque nous demandons à Harold où le patient va acheter les médicaments, il dit : « *donde, donde, donde vuelve el entramado sociocultural, ahí él la va a conseguir, lo más seguro es que la consiga, en un noventa por ciento de las veces o de un lado o del otro* ». Ce médecin note que c'est en raison du réseau relationnel qui se développe (« *entramado sociocultural* ») dans ce contexte que le patient va sûrement trouver la médication, que ce soit d'un côté ou de l'autre de la frontière. Il paraît ainsi bien plus simple d'écrire le nom du principe actif, car comme le dit Alain, ce nom ne change pas d'un pays à l'autre. Cependant, pour pouvoir accomplir cette action, il faut tout d'abord se mettre à la place d'autrui en comprenant les caractéristiques du contexte et les possibilités que ce contexte offre aux patients pour améliorer leur santé.

D'ailleurs, nous avons remarqué que Harold ne se décentre pas seulement vis-à-vis des patients mais aussi vis-à-vis de ses collègues médecins brésiliens. Il nous explique que dans le cas où un patient brésilien arrive aux urgences de l'institution uruguayenne, il va le stabiliser pour ensuite l'amener dans une institution brésilienne qui puisse le prendre en charge. Au

moment d'arriver dans cette autre institution, il devra inévitablement communiquer avec les médecins brésiliens. Afin que cette communication soit la plus efficace possible, il met en place certaines actions comme par exemple le fait de parler clairement et doucement : « *yo generalmente, trato, hablo en español lo más claro posible, pausado [...]* ». Ce à quoi il ajoute :

Yo trato siempre de irme a la parte técnica, lo más técnico posible traduciendo en drogas, no en marcas de medicamentos, que muchas veces nos pasa, la medicación y la dosis que fue administrada, pero nunca hemos tenido problemas de traducción [...]

En employant un langage technique et en faisant référence au nom du principe actif du médicament et non pas à sa marque commerciale, Harold arrive à ce que la communication entre lui et les médecins brésiliens ne constitue pas une barrière (« *nunca hemos tenido problemas de traducción* »). Il ajoute que ce langage technique est essentiel pour que le traitement du patient ne soit pas compromis :

Al no ser uno de lengua materna portuguesa, puede llegar a cometer errores en la traducción que van a entorpecer el tratamiento del paciente, entonces uno trata de ir a lo más técnico posible porque justamente el lenguaje técnico, esta todo en inglés, es el mismo en todos lados, entonces uno ahí evita errores de traducción.

Il paraît ainsi capital que dans ce type de situation où les professionnels de santé des deux pays en question sont amenés à travailler conjointement, il puisse y avoir une communication efficace et cela au-delà de la nationalité et de la langue de chacun. Comme nous l'avons indiqué tout au long de ce premier chapitre, il devient essentiel que dans ce contexte frontalier, les professionnels de santé puissent se décentrer en se mettant à la place d'autrui (du patient et des collègues du pays voisin) et en cherchant à connaître les spécificités de ce contexte. Nous observons ainsi que des compétences relationnelles et de décentration semblent avoir été développées par certains d'entre eux dans le but d'assurer une bonne prise en charge du patient. Plus spécifiquement, cela concerne 7 personnes : 6 ayant réalisé des entretiens d'instruction au sosie et d'autoconfrontation simple et qui se répartissent en 4 infirmiers (deux uruguayens et deux brésiliens) et 2 médecins uruguayens. Ces compétences relationnelles et de décentration ont également été observées chez Fabrice, médecin uruguayen avec qui nous avons réalisé un entretien informel.

En outre, nous avons remarqué que des actions consistant à parler dans la langue du patient (qui diffère parfois de la langue du soignant) sont également mises en place par les professionnels de santé afin d'assurer la bonne compréhension et d'améliorer la

communication avec leurs patients. C'est entre autres sur cet aspect que nous nous attarderons dans le chapitre suivant.

Chapitre 2 : Le contexte frontalier et le développement de compétences linguistiques

Ce deuxième chapitre est consacré à l'analyse des aspects linguistiques qui concernent cette recherche et qui ont été soulevés par les professionnels de santé que nous avons rencontrés à la frontière Uruguay-Brésil. Comme nous venons de le voir, certains professionnels accomplissent des actions spécifiques qui contribuent à ce que la communication avec le patient soit plus efficace et à ce que la relation entre eux soit plus proche. C'est justement sur cet aspect que nous porterons notre attention, puisqu'en plus des actions que nous avons analysées dans le chapitre précédent, nous avons remarqué que les professionnels sont également amenés à parler dans la langue du patient. Afin d'assurer une meilleure prise en charge de ce dernier, à des moments, ils utilisent les langues standards présentes sur cet espace frontalier (espagnol et portugais) mais aussi le portugnol, aussi bien comme dialecte que comme moyen de communication.

Nous montrerons des exemples à partir des entretiens et nous regarderons également si ce fait pourrait être en lien avec le nombre de langues maternelles exprimées par les professionnels. A travers le questionnaire socio-professionnel qui a été rempli par 208 sujets, nous verrons quelles sont les langues maternelles qui ont été déclarées, en faisant une répartition par nationalité et par catégorie professionnelle. Nous observerons également quel est le degré de maîtrise de la langue du pays voisin et par quel moyen elle a été apprise. Enfin, nous discuterons à propos du plurilinguisme présent à cet endroit en regardant si celui-ci facilite l'activité des professionnels ou, au contraire, la rend difficile. Pour ce faire, nous montrerons les résultats qui découlent des analyses statistiques faites avec le test d'indépendance du χ^2 , le logiciel SPAD 7 et avec la méthode d'Analyse Statistique Implicative (ASI).

2.1 Vers une meilleure compréhension soignant-soigné : utilisation du registre linguistique du patient

Nous avons observé qu'au-delà de l'utilisation du langage non-verbal, de la prise en compte des conditions de vie du patient, de demander de l'aide à un membre de l'équipe et de toutes les actions énoncées dans le chapitre précédent, certains professionnels emploient le

même registre linguistique du patient afin de proposer une prise en charge plus adaptée. Nous avons pu constater que parmi les 11 sujets ayant participé aux entretiens d’instruction au sosie et d’autoconfrontation simple, 6 d’entre eux ont souligné l’importance de parler dans la langue du patient. Cela concerne 4 infirmiers (2 brésiliens et 2 uruguayens), une cadre de santé brésilienne et un médecin uruguayen. Par ailleurs, c’est un fait qui a également été souligné dans les entretiens informels que nous avons réalisés, notamment avec un médecin et 3 infirmières uruguayens. Nous commencerons par ceux qui utilisent les langues standards présentes dans l’espace frontalier brésilo-uruguayen, à savoir, l’espagnol et le portugais.

Un des professionnels ayant mentionné cet aspect est Jean, infirmier uruguayen qui nous explique que plusieurs brésiliens consultent au centre de santé où il travaille et qu’il est important qu’au-delà de la nationalité, la compréhension et la confiance entre soignant et soigné soient assurées :

Es que, eh, para generar esa confianza con el usuario, eh, yo no me puedo poner en el más arriba, este, como que mirándolo de arriba. Me tengo que poner en una situación de horizontalidad. Entonces bueno, me tengo que adecuar a su manera de hablar, a su manera de, de, de actuar, de repente si voy a hablar con alguien puedo percibir que si yo estoy del otro lado del, del escritorio le estoy poniendo una barrera. Bueno, me corro para el costado. Son cosas que uno lo va viendo en el momento. Y con, y con, la forma de hablar es lo mismo, porque de repente acá tenemos la influencia de la frontera, tenemos muchas personas que son brasileñas, y el brasileño y el uruguayo toma mucho más el portugués, entiende mucho más que el brasileño al español. Entonces yo tengo usuarios del otro lado que son brasileños entonces yo tengo que ir más al portugués, no tanto al portuñol pero al portugués para que me entienda, o si hablo en español la persona no lo entiende. Entonces tengo que hacerme entender. ¿Cómo me hago entender? Este, usando los mismos códigos, la misma forma de hablar, la misma lengua madre de él, de, de esa persona porque sino no nos vamos a entender. O en este caso la persona me va a entender mal, va a cumplir mal el tratamiento, va a venir un día que no es el correcto, va a actuar de una manera que no es la correcta, entonces yo necesito ser claro para la persona, entonces, bue, necesito usar los mismos códigos que ellos para hacerme entender, que ellos me entiendan [...]

Dans ce fragment d’entretien d’instruction au sosie, Jean souligne qu’il est essentiel que la relation entre le patient et lui soit égalitaire afin qu’il lui fasse confiance. Cela démontre que ce professionnel chercherait prioritairement à avoir la confiance de la part du patient et pour la générer, il faudrait s’adapter à la manière de parler de ce dernier. Nous remarquons déjà un premier type de décentration qui est de type linguistique. Mais nous observons également qu’afin d’abattre toutes les barrières qui pourraient exister entre lui et le patient, Jean est aussi amené à se décentrer d’une manière spatiale, puisqu’il dit que si son

bureau devient une barrière, il se déplace vers le côté (« *me corro para el costado* »). Nous avons trouvé que ce fait est capital car, comme nous l'avons déjà vu auparavant, Jean est un infirmier qui utilise plusieurs stratégies exprimant aussi bien la décentration que la nécessité de mettre à l'aise le patient. Dans ce sens, il remarque qu'au centre de santé où il travaille, plusieurs brésiliens viennent consulter et qu'à ce moment-là il ne s'agit pas de parler ni en espagnol ni en portugais mais qu'il faut parler portugais. D'après ce professionnel, il est important que le patient puisse le comprendre et pour cela, il utilise la même langue maternelle de ce dernier (« *usando los mismos códigos, la misma forma de hablar, la misma lengua madre de él* »).

Il note que s'il n'agit pas de cette manière, la compréhension entre les deux n'aura pas lieu et dans ce cas, le patient va mal suivre le traitement ou viendra un jour qui n'est pas le bon (« *la persona me va a entender mal, va a cumplir mal el tratamiento, va a venir un día que no es el correcto, va a actuar de una manera que no es la correcta* »). A notre avis, Jean résume bien la situation : c'est en utilisant le même registre linguistique du patient que la confiance peut s'établir et c'est justement cette confiance qui est essentielle à l'heure de se livrer au professionnel. Certainement que l'accueil empathique, la prise en compte de l'autre en tant que différent de soi-même et l'élimination de toute sorte de hiérarchie y sont pour beaucoup dans la relation entre soignant et soigné. Nous remarquons ainsi que ce professionnel cherche par plusieurs moyens (linguistiques, spatiaux) à ce que la prise en charge soit empathique et efficace et c'est exactement dans ce sens que le côté relationnel paraît incontournable afin que cela puisse effectivement avoir lieu.

Par ailleurs, Régine, qui est également infirmière uruguayenne, nous explique lors d'un entretien d'autoconfrontation simple qu'elle parle en portugais avec les patients brésiliens. Dans une partie de la vidéo que nous avons enregistrée concernant son activité professionnelle, nous remarquons qu'elle a affaire à une patiente brésilienne et même si sur cette vidéo elle parle en espagnol et la patiente parle en portugais, elle nous explique qu'à certains moments elle parle aussi la langue du soigné :

C: *contáme, acá estás con una paciente brasileña...*

I: *si*

C: *ella hablando en portugués, vos hablando en español*

I: *y las dos nos entendemos bárbaro, ¿viste?*

C: *¿qué pasa acá, se entienden bien?*

I: *si, perfecto, yo digo viste que ella también hablaba lo más bien, a veces nosotros tratamos de hablar también en portugués, hablamos en portugués a veces, pero*

generalmente no tenemos problema; ellos nos entienden, nosotros los entendemos, muy difícil que ellos no nos entiendan, viste, pero generalmente viene bien

C: ¿generalmente se entiende bien, tú entendés lo que el paciente te está diciendo, lo que siente o por lo que viene a consultar? y ellos...

I: y ellos también. Si ellos tienen alguna duda, bueno, nosotros le aclaramos, pero generalmente nos entendemos, bien de bien

C: y en el caso que no se entiendan, ¿qué pasa?

I: [silence] bueno, yo entiendo el portugués, ahí hablo en portugués

C: ¿vos hablás?

I: ahí voy más o menos, ¿no? yo si por ejemplo el paciente no entiende yo le hablo en portugués y ahí ya, o me hago entender en portugués porque tampoco hablo perfecto.

Régine nous explique ici qu'avec cette patiente elle a parlé en espagnol car toutes les deux se comprenaient parfaitement malgré le fait que chacune parlait dans sa propre langue. Lorsque nous lui demandons ce qui se passe si jamais cette compréhension n'a pas lieu, elle réfléchit quelques secondes et nous dit que de toute façon elle comprend le portugais (donc sa compréhension du patient est garantie) et pour que le patient la comprenne, elle utiliserait la langue de celui-ci. C'est-à-dire que dans la situation hypothétique que nous lui proposons, elle déclare adopter le registre linguistique du patient, c'est-à-dire le portugais même si elle dit ne pas le parler parfaitement. Dans ce cas, l'essentiel est de se faire comprendre (« *me hago entender en portugués porque tampoco hablo perfecto* »).

Nous observons ainsi que ces deux infirmiers uruguayens semblent avoir développé une compétence de décentration linguistique consistant à parler dans la langue standard du patient (dans ce cas le portugais). Ce phénomène a également été observé chez une infirmière et une cadre de santé brésiliennes qui nous expliquent lors des entretiens d'instruction au sosie que, face à des uruguayens, elles vont parler en espagnol. Commençons par Véronique (infirmière) : lorsque nous lui demandons dans quelle langue elle parle devant un patient uruguayen, elle explique qu'automatiquement elle le fait en espagnol :

C: e você vai falar em que língua quando vai falar com ele?

I: ah, eu costume, se vejo é uruguaio, falo em espanhol, pra alguém como eu já é automático, se eu falo com uma pessoa brasileira, eu falo em português, se eu falo com uma pessoa que é uruguaia, eu falo em espanhol. É automático já. Eu acho que por eu ter essa mistura...

C: sempre é assim?

I: geralmente é assim. Às vezes a pessoa me fala, que às vezes a pessoa tenta falar. São uruguaio e tentam falar um portunhol, né? Aí tu já vê que a pessoa domina mais o espanhol, né, que o, aí a gente já fala em espanhol.

Nous voyons que Véronique s'adapte au registre linguistique du patient en fonction de la nationalité de celui-ci (« *se vejo é uruguaio, falo em espanhol, pra alguém como eu já é automático, se eu falo com uma pessoa brasileira, eu falo em português* »). Cela viendrait aussi du fait qu'elle a la double nationalité et qu'elle est bilingue (« *pra alguém como eu* »), dans ce cas, la décentration semble donc bien plus simple. Elle n'a pas à improviser pour ainsi dire car elle possède déjà un répertoire linguistique qui lui permet certainement de faire ce changement de code d'une manière très rapide⁷⁵. En plus, elle souligne que si le patient uruguayen essaye de parler en portugol⁷⁶ mais qu'elle voit que cette personne maîtrise plutôt l'espagnol, elle utilise également la langue espagnole.

Des propos semblables ont été exprimés par Geneviève, qui est cadre de santé au Brésil et bien qu'elle n'ait pas la double nationalité ni qu'elle soit bilingue dès la naissance, elle déclare que lorsque le patient est uruguayen, elle parle en espagnol :

C: *vai falar em português ou vai falar em espanhol?*

I: *se o paciente me entende eu vou falar em português, se ele tiver alguma dificuldade, eu vou arrastar um espanhol* [rires]

C: *em geral, ele vai falar em português ou em espanhol?*

I: *em português, geralmente falam português, o pessoal daqui da fronteira habla muy bien tanto el español como el portugués* [rires]

C: *¡ah!*

I: *¡si! Ele sabe sim*

C: *sabe? Então ele vai chegar falando português...*

I: *vai chegar provavelmente falando português, mas se ele fala espanhol também não me incomoda*

C: *você vai entender?*

I: *vou, com certeza*

C: *se você não compreende alguma coisa, você pergunta?*

I: *pergunta, pergunta, mas, é, geralmente ele vai saber te explicar. Mas tu vais saber, é difícil a gente morar aqui na fronteira e tu não saber a língua né? Eu nunca estudei espanhol [...] Então eu convivo muito aqui, já fazem [nombre d'années] anos que eu trabalho aqui, né?*

Dans ce fragment extrêmement riche, cette cadre de santé déclare que si le patient comprend le portugais, elle va lui parler dans cette langue mais que, si au contraire, il a des

⁷⁵ Ce changement de registre linguistique est connu en langue française sous le nom d'alternance codique (*code-switching* en anglais) et fait référence justement au changement de langue qui s'opère en fonction du contexte et de l'interlocuteur chez une personne plurilingue.

⁷⁶ Elle se réfère certainement au portugol en tant que moyen de communication et non pas en tant que dialecte (car elle dit que la personne maîtrise davantage l'espagnol). Autrement dit, il s'agirait d'un registre linguistique où des mots en portugais et des mots en espagnol sont mélangés en fonction de la compétence linguistique de la personne dans ces langues et qui ont pour seul but la compréhension entre les personnes en question.

difficultés pour comprendre cette langue, elle va « ramer » en espagnol (« *eu vou arrastar um espanhol* »). Lorsque nous demandons à Geneviève dans quelle langue parle généralement le patient, elle dit qu'il le fait souvent en portugais car les personnes de la frontière parlent aussi bien l'espagnol que le portugais. Pour nous dire cette phrase, et certainement pour nous en faire la démonstration, elle a choisi de nous la dire en portugais et en espagnol (« *o pessoal daqui da fronteira habla muy bien tanto el español como el portugués* »). Comme elle le souligne après, il est difficile d'habiter à la frontière et de ne pas connaître la langue du voisin, même si cet apprentissage n'est pas forcément dû à un apprentissage scolaire formel. Dans son cas, cela est dû au fait de travailler à la frontière depuis plusieurs années. Effectivement, et comme nous le montrent les données quantitatives que nous présenterons à la fin de ce chapitre, l'ensemble de l'échantillon se caractérise par le fait d'être monolingue et d'avoir une bonne maîtrise de la langue du pays voisin. Cela nous amène déjà à penser que le contexte frontalier peut aider au développement des compétences linguistiques chez les personnes habitant à cet endroit.

Cette décentration qui consiste à parler dans la langue du patient a également été observée chez d'autres professionnels, mais cette fois-ci, elle ne consiste pas à utiliser des langues standards (espagnol ou portugais) mais à utiliser le portugnol, aussi bien comme dialecte que comme moyen de communication. Nous avons repéré que l'utilisation du portugnol en tant que dialecte a été exprimée par 4 infirmiers et un médecin uruguayen (Fabrice). Comme nous l'avons remarqué dans le chapitre précédent, Fabrice utilise le langage non-verbal et lorsque le patient lui parle en portugnol, il adopte ce même registre linguistique : « *ahí ya le hablo ya en portuñol, veo que me habla en portuñol y le devuelvo en portuñol para que se sienta el paciente también más identificado con el médico* ». Nous comprenons ainsi l'importance accordée au fait que le patient puisse s'identifier au médecin afin de générer une relation plus proche où le patient se livre en toute confiance au professionnel.

Par ailleurs, Jean, que nous avons déjà cité pour montrer sa décentration concernant l'utilisation de la langue standard du patient (portugais), utilise également le portugnol en tant que dialecte, lui-même l'ayant comme l'une de ses langues maternelles. Selon lui, c'est en passant par la langue du patient que la confiance entre les deux s'établit et cela permettrait justement d'obtenir plus d'informations pour arriver à mieux comprendre ce que le patient est en train de vivre :

I: *yo generalmente les respondo en español pero si es una persona que está muy cerrada... eh... trato de ponerme a la par de la situación y hablarle el portuñol porque siempre, a veces, los chistes ¿no? Los chistes en portuñol, si vos le tirás, como que la persona se relaja y se queda más... hay una confianza, es esa relación de confianza con el paciente también, con el usuario, también es muy importante*

C: *¿así que ponerlo en confianza antes que nada?*

I: *exacto*

C: *¿qué da la confianza esa? ¿Qué es lo que pasa?*

I: *y te permite sacar más información para llegar a una conclusión de lo que esa persona está viviendo, de la situación que está pasando, o sea, si la persona confía en ti, es otra cosa, sabiendo que lo que dijo acá va a morir acá, la confidencialidad [...]*

Nous observons dans cet extrait que Jean répond aux patients tout d'abord en espagnol mais que si la personne « *está muy cerrada* » c'est-à-dire, que c'est une personne qui ne livre pas à lui, dans ce cas il parle en portugol. L'utilisation de ce dialecte et plus particulièrement des blagues dans ce dialecte, feraient que le patient se détende et contribue à que ce dernier fasse confiance au professionnel. Il est intéressant de souligner ici que cela dénote non seulement une compétence linguistique de la part de l'infirmier, mais aussi culturelle car les blagues sont plutôt associées à un contexte qui leur donne un sens particulier. En conséquence, nous pensons que cet infirmier, en connaissant bien le contexte et en utilisant la langue de l'autre (que ce soit le portugais ou le portugol), arriverait effectivement à proposer une prise en charge adaptée à chaque patient.

En outre, l'importance d'établir une relation de confiance avec le soigné a également été énoncée par la plupart de sujets qui utilisent le registre linguistique du patient. C'est le cas de Laure, infirmière uruguayenne travaillant dans un service de pédiatrie, qui nous explique qu'en parlant dans la langue des mères des enfants qu'elle reçoit, elle arrive à créer une relation plus proche :

Porque parece que así ella me agarra confianza, me tiene más, como que yo quiero llegarle más cerca, poner en el nivel de ella, que ella no diga "ah porque el de la salud" "¡ay esa enfermera!" que la gente viste que te mira medio así... entonces yo encontré esa forma de aproximarme a las madres [...]

Nous remarquons ainsi et encore une fois que pour réduire l'écart entre le professionnel de santé et celui qui consulte (« *que ella no diga "ah porque el de la salud" "¡ay esa enfermera!"* »), il paraît important de parler la même langue afin qu'un contact plus étroit puisse avoir lieu. Nous avons également repéré ce fait chez deux infirmières uruguayennes qui nous expliquent qu'elles parlent très souvent en portugol avec les patients,

non seulement pour que la compréhension soit assurée mais surtout pour créer une relation de confiance. A ce sujet Sylvie commente que :

Vos tenés que hablarle la misma manera de ellos para llegar a donde nosotros queremos llegar sino no adelanta y ellos te entienden porque ellos ya son de un lugar así que ya se criaron en portuguol, ya se criaron en un lugar más difícil entonces, entonces hablando español no hay comunicación, pero en portuguol si, ahí te comunicas mejor.

Nous notons ici que pour arriver à faire un diagnostic pertinent de ce qui arrive au patient, cette infirmière parle dans la langue du patient (« *tenés que hablarle la misma manera de ellos para llegar a donde nosotros queremos llegar* »). Elle l'explique en disant que les patients ont grandi en parlant en portugnol et dans un milieu « plus difficile » et que si elle parle en espagnol il n'y aura pas de communication. Nous observons qu'elle fait référence à l'origine socio-économique des patients en associant le portugnol aux couches de la société qui ont grandi dans un milieu « plus difficile ». C'est d'ailleurs ce qui a été remarqué par Barrios (2009) et Carvalho (2007) dans leurs recherches respectives où les auteurs montrent que le portugnol serait parlé davantage par des sujets peu scolarisés et par ceux qui habitent les périphéries de la ville où ces études ont été menées. C'est également ce que nous avons pu noter à travers les observations ethnographiques où effectivement, dès que nous nous éloignons des centres villes frontaliers uruguayens, ce dialecte serait d'autant plus présent. En revanche, en ce qui concerne le lien entre la scolarisation et l'utilisation du portugnol, nous n'avons pas de données qui le confirment ou l'infirmement. Cependant, nous pouvons dire que parmi les 14 personnes uruguayennes qui ont exprimé le fait d'avoir le portugnol comme seule langue maternelle, 8 sont des agents de service hospitalier (ASH), 5 sont des infirmiers et 1 est un cadre de santé. Cela montre que même si ce phénomène est observé davantage chez les ASH, il n'est pas exclusif à ceux-ci.

En tout cas, Sylvie signale également que la communication est bien plus facile en parlant en portugnol car : « *yo estoy acostumbrada a hablar así entonces me comunico mejor con ellos [les patients] y me llevo mejor hablando así, me parece que es más de amigo a la gente así* ». Une fois de plus, la construction d'une relation de confiance paraît capitale, puisqu'en disant « *es más de amigo* » elle nous montre que l'utilisation de ce dialecte relève d'un registre plutôt amical qui permet d'établir une relation de confiance plus rapidement. Dans ce sens, Brigitte exprime des propos semblables en nous racontant que : « *a las viejitas yo les digo “cómo están as gurias?” “cómo están as meninas?”* ». Cette infirmière exprime ainsi le fait que pour saluer les personnes âgées qui viennent au centre de santé, elle leur

demande « comment ça va les jeunes filles ? » et ce qui est très intéressant est que la moitié de sa phrase est en espagnol (*cómo están*) et l'autre moitié est en portugais (*as guriás, as meninas*). Il est ici difficile de savoir si le portugol est utilisé par Brigitte en tant que dialecte ou en tant que simple moyen de communication, mais en tout cas, nous observons qu'en adoptant cette stratégie, les patients pourraient se sentir plus à l'aise et de ce fait, mieux se livrer au professionnel de santé.

Nous avons également constaté que le fait de parler en portugol en tant que simple moyen de communication (en non pas en tant que dialecte), est aussi un moyen pour assurer la bonne compréhension entre soignant et soigné. Cet aspect a été soulevé par deux infirmiers brésiliens et un médecin uruguayen. Ce dernier (Yves) nous explique dans un entretien d'autoconfrontation simple que dans son activité professionnelle il doit faire très attention aux mots afin d'éviter des erreurs au moment de faire le diagnostic :

No sé si te diste cuenta que hay un... lo que veníamos hablando anteriormente, los problemas de comunicación: cansancio para ellos no es fatiga, sino que fatiga es cansancio, es por el mismo problema que viene de la frontera, te das cuenta que le pregunto: “¿se cansa señora cuando camina?”, y me dice que no. Pero sin embargo me dice que tiene fatiga cuando trabaja, cuando camina, y demás. Es decir, la fatiga en el portugués se diría del mismo cansancio, pero tienen esa mezcla que te da, si no percibes eso, no te das cuenta, ¿entiendes? Entonces todas esas cosas tienes que, es decir, te competen siempre y siempre estar muy atento a lo que te hablan, sobre los cambios en el lenguaje que tenemos en la zona de la frontera.

Lorsque ce professionnel fait des commentaires à partir de la vidéo concernant son activité professionnelle, il remarque qu'en raison d'un simple mot, la compréhension entre lui et le patient peut être compromise. La vidéo montre qu'il est en train de faire un électrocardiogramme à une patiente ayant une soixantaine d'années et dont la langue de communication avec Yves est à des moments l'espagnol et à des moments le portugol. A partir de cet enregistrement, nous observons que lorsqu'Yves demande à la patiente si elle se fatigue au moment de marcher (« ¿se cansa señora cuando camina? »), elle lui dit que non mais qu'elle « *se fatiga* » (se fatigue) lorsqu'elle travaille et lorsqu'elle marche ! (« *de vez en cuando lo único me da es que me fatigo un poquito* »). Nous repérons que le signifiant utilisé par le médecin et la patiente n'est pas le même (l'un dit *cansancio*, l'autre dit *fatiga*⁷⁷) et la dernière ne paraît pas les utiliser comme des synonymes. Nous percevons que pour cette

⁷⁷ Ces mots sont traduits en français tout simplement par « fatigue ». Bien qu'étant des synonymes en espagnol, la « *fatiga* » s'associe plutôt à une fatigue qui entraîne une difficulté pour respirer alors que « *cansancio* » est un mot pour désigner un affaiblissement corporel d'ordre général.

femme le signifiant [kan'saŋθjo] (*cansancio*) ne semble pas la renvoyer au même signifié qu'au médecin (être fatigué). D'ailleurs, nous ne savons pas si ce signifiant la renvoie à un quelconque signifié, mais en tout cas, Yves remarque qu'il doit faire très attention à ce type de changements dans le langage. Dans ce cas, la patiente est bel et bien fatiguée lorsqu'elle accomplit certaines actions alors qu'elle dit que non, qu'elle n'est pas *cansada*, mais qu'elle est *fatigada*. Selon ce médecin, il semble fondamental de repérer ce type de nuances car si lors de la prochaine consultation, il lui pose la même question (« *¿se cansa señora cuando camina?* ») la patiente lui dira que non, car pour elle *cansancio* ne veut pas dire grande chose, ce qui peut amener à penser que la patiente va mieux :

C: *y ahí, ¿cómo hiciste para aprender ese tipo de cosas?*

I: [rires] *no sé, eso son cosas que te va dando el tiempo, el trabajo con ellos, el conversar mucho en la zona acá y te vas dando cuenta cuáles son las palabras que ellos usan, porque no son ni todas del portugués ni todas del español, entonces eso es lo que empiezas a percibir que sus palabras... que después tu mismo, para que ellos te logren comprender, tú tienes que comenzar a utilizar*

C: *¿ah, sí?*

I: *claro, porque si yo le digo en la próxima: “Señora, ¿cómo se está sintiendo con la fatiga? ¿mejoró, empeoró?” Porque si le digo “cansancio” me va a decir: “no, no tengo nada”, y para ti está mejorando. Pero si tú le dices “fatiga”, te dice: “No, sigo con fatiga” Entonces te das cuenta...*

C: *entonces en realidad no había mejora...*

I: *no hay mejora, entonces tienes que hacer modificaciones y hacer un seguimiento totalmente diferente. Pero sólo por una palabra cómo te cambia el sentido de las cosas, ¿no? entonces es lo complejo del idioma [...]*

Nous remarquons dans cet extrait l'importance capitale de pouvoir se décentrer et d'utiliser la même terminologie que le patient afin de ne pas commettre une erreur d'interprétation qui pourrait conduire à un mauvais diagnostic. Yves souligne que c'est grâce au temps et au fait de parler avec les gens de cette région, qu'il a appris à comprendre les mots les plus utilisés par les personnes habitant à la frontière. Il commente que la prochaine fois qu'il verra cette patiente, il ne lui demandera pas comment elle se sent par rapport à son *cansancio* mais plutôt comment elle se sent par rapport à sa *fatiga*. S'il lui pose la question en utilisant le mot *cansancio*, la patiente lui dira qu'elle n'est pas *cansada* et que tout va bien, alors que s'il lui demande par rapport à la *fatiga*, elle pourra lui dire ce qui correspond à son réel état de santé. En conséquence, Yves pourra faire un suivi plus juste, en voyant si la fatigue s'est améliorée, a empirée, disparue, etc. Ce médecin remarque finalement qu'un seul mot peut venir changer le sens des phrases, c'est pour cette raison qu'il a été amené à faire des

modifications dans son discours afin d'être bien compris et de bien comprendre lui-aussi le sens spécifique que donnent les patients à certains mots.

Par ailleurs, à travers les propos d'Alain, nous avons pu observer que même si le professionnel n'utilise pas la langue du patient, la décentration doit quand même avoir lieu pour que la compréhension soit assurée. Lorsque cet infirmier brésilien a eu affaire à un patient uruguayen, il a dû essayer de comprendre à quoi ce dernier faisait référence au moment de parler de son dos :

I: *eu tive um que tava com dor na, como é, espana*⁷⁸. *Na verdade, o que ele queria me dizer é que ele tava com dor na clavícula. Esse era o problema, entende? Da região escapular e clavicular, ele tava com dor. E ele me saiu com um nome lá e eu fiquei olhando ele, mas só que, como eles, né, eu acho que de repente se eu caísse lá, ia gesticular da mesma forma, ele me dizia...*

C: *ele mostrava?*

I: *dores, é* [fait des gestes pour imiter le patient]

C: *mostrava e tocava?*

I: *muy dolores em mês, em esplaná, esplanada, que ele me dizia. Assim, uma esplanada. Esplanada pra mim é ministério, né? Fiquei pensando, né? Eu digo: não, peraí um pouquinho, tu sente dor? Osso aqui? Osso, nesse osso? [se touche la clavicule] “Sim, sim”. Então tu vai, tu vai te comunicando de uma forma até meio indígena [rires] entende? Mas é, mas a gente consegue entender perfeitamente.*

Dans cet exemple, nous repérons que le patient lui disait certainement « *espalda* » (dos) et non pas « *esplanada* » mais que du fait d'avoir des compétences limitées en langue espagnole, Alain n'a pas associé immédiatement de quoi il s'agissait. L'infirmier a ainsi compris un mot pour un autre, la difficulté étant que « *esplanada* » lui faisait penser à un « *ministère* », ce qui rendait d'autant plus difficile la compréhension du motif de consultation. Nous trouvons intéressante sa manière d'expliquer le processus psychique par lequel il s'est rendu compte que la douleur était de la clavicule et que le ministère avait peu à faire dans ce cas. Il déclare avoir passé quelques secondes à réfléchir (« *fiquei pensando* ») pour dire ensuite au patient « attend un petit peu, tu sens de la douleur ? os ici ? os, à cet os ? » et que devant la réponse affirmative du patient, ils ont enfin pu se comprendre. Alain ajoute que la manière de communiquer peut même devenir « indigène » mais que patient et soignant se comprennent parfaitement (« *tu vai te comunicando de uma forma até meio indígena [rires] entende? Mas é, mas a gente consegue entender perfeitamente* »). Nous pensons que cette compréhension dépend notamment de la capacité du professionnel à trouver un sens autre à ce

⁷⁸ Il tente de dire le mot « *espalda* » en espagnol qui fait référence au dos.

que le patient est en train de lui dire. Tout comme Yves, Alain a dû faire un effort cognitif pour comprendre ce qui était en train de se passer réellement pour son patient.

Enfin, nous citerons le cas de Mathilde. Bien que le patient utilise des mots qu'elle ne comprend pas, le motif de consultation finit toujours par être compris par cette infirmière brésilienne :

Algumas coisas, assim, que eles, esses dias, por exemplo, chegou uma senhora e disse: “yo tengo uns tuchis⁷⁹ de frio”. Ela quis dizer que ela tinha uns arrepios de frio. E quando ela me disse “tengo uns tuchis de frio”, assim, tipo assim, “tuchis” deve de ser arrepios. E eu digo assim pra ela: a senhora tem uns arrepios de frio? E ela: “sim, sim, é isso, tengo uns tuchis de frio, né?” Né? Então assim, é, essas palavras que eles usam mais no dia a dia. Mas no mais, não noto isso como uma dificuldade pra mim. Pra mim é fácil. Posso dizer...

Malgré le fait qu'au début elle n'ait pas compris le mot « *chuchos* », elle a inféré que « *chuchos de frío* » pourrait bien être « *arrepios de frio* », c'est-à-dire des frissons. Ainsi et même si les patients utilisent des mots en espagnol qui relèvent parfois d'un registre familier, cette infirmière essaye de comprendre de quoi il peut s'agir. Finalement, elle remarque que cela ne constitue pas vraiment une difficulté en soi. Lorsque nous lui demandons dans quelle langue elle explique le traitement au patient, elle déclare le faire en portugol : « *Porque, pra que ele possa me entender. Porque tem alguns pacientes que não entendem português. Já aconteceu isso. E da nossa, da gente ter que explicar pra eles, né, da melhor forma possível com o nosso portunhol* ». Elle remarque ainsi que c'est à eux en tant que professionnels d'expliquer le traitement de la meilleure manière possible et pour cela, elle utilise le portugol.

Tout au long de ce chapitre nous avons pu voir que plusieurs professionnels accomplissent des actions consistant à parler dans la langue du patient, ce qui relève, à notre avis, d'une compétence de décentration où le professionnel comprend que le patient a une identité linguistique qui peut être différente de la sienne et qui l'amène à agir en conséquence. Par ailleurs, nous nous sommes posée la question de savoir si cette décentration pourrait venir du fait que l'échantillon ait tendance à être bilingue de naissance ou si cela peut répondre à d'autres raisons. Pour traiter cet aspect, nous allons tout d'abord présenter un tableau qui nous montre la répartition de l'échantillon en fonction de la langue maternelle :

⁷⁹ Elle tente de dire le mot « *chuchos* » en espagnol et qui renvoie au fait d'avoir des frissons.

Langue maternelle	Effectifs	Pourcentages
Espagnol	104	50,00
Portugnol	14	6,73
Portugais	51	24,52
Espagnol et Portugnol	22	10,58
Espagnol et Portugais	13	6,25
Portugais et Portugnol	4	1,92
Ensemble	208	100,00

Tableau 6 : répartition de l'ensemble de l'échantillon par langue maternelle

Nous observons ici que les langues maternelles qui ressortent le plus sont l'espagnol et le portugais, suivies de la combinaison espagnol-portugnol et ensuite le portugnol, pour lequel 14 personnes ont déclaré l'avoir comme seule langue maternelle. Ce tableau nous donne une idée générale des langues maternelles des professionnels et nous pouvons voir déjà que la moitié de l'échantillon a l'espagnol comme seule langue maternelle et que 24% des sujets ont le portugais comme seule langue maternelle. Les combinaisons des langues maternelles sont moins représentées, mais dans ce groupe nous trouvons qu'espagnol-portugnol est la combinaison la plus déclarée (22 personnes). En revanche, la combinaison pour laquelle nous trouvons moins de sujets est le portugais-portugnol, déclarée seulement par 4 personnes (brésiliennes).

Afin de comprendre ces données plus finement, nous présenterons cette répartition par pays et par catégorie professionnelle, en nous attardant tout d'abord sur les données concernant les professionnels travaillant au Brésil :

Catégorie professionnelle	Langue maternelle						Total
	Espagnol	Portugais	Espagnol-Portugais	Portugnol	Espagnol-Portugnol	Portugais-Portugnol	
Cadre de santé	1	7	1	0	0	0	9
Infirmier	0	32	3	0	0	2	37
Agent de service hospitalier	0	7	0	0	0	0	7
Médecin	0	4	0	0	0	2	6
Total	1	50	4	0	0	4	59

Tableau 7 : répartition de l'échantillon brésilien par langue maternelle et catégorie professionnelle

Nous pouvons remarquer que parmi les 59 personnes de l'échantillon brésilien, seulement 8 sujets sont bilingues, le reste a uniquement le portugais comme langue maternelle (sauf pour une personne qui déclare avoir l'espagnol comme langue maternelle). Nous observons d'ailleurs que le bilinguisme se manifeste plus dans la catégorie des médecins et

des infirmiers, mais que la tendance générale de l'échantillon brésilien est d'être monolingue en portugais. Nous repérons que 33% des médecins brésiliens participant de cette étude sont bilingues et que ce chiffre est de 13% concernant les infirmiers. Lorsque nous regardons ces données avec le test d'indépendance du χ^2 à un niveau de risque de 0,05, nous constatons que cette différence n'est pas statistiquement significative (Annexe 14b).

Regardons maintenant et avec l'aide du tableau 8, les données qui concernent les professionnels uruguayens :

Catégorie professionnelle	Langue maternelle						Total
	Espagnol	Portugais	Espagnol-Portugais	Portugnol	Espagnol-Portugnol	Portugais-Portugnol	
Cadre de santé	10	1	1	1	2	0	15
Infirmier	46	0	4	5	13	0	68
Agent de service hospitalier	25	0	0	8	5	0	38
Médecin	22	0	4	0	2	0	28
Total	103	1	9	14	22	0	149

Tableau 8 : répartition de l'échantillon uruguayen par langue maternelle et catégorie professionnelle

Ces données nous montrent que la grande majorité de l'échantillon uruguayen a comme seule langue maternelle l'espagnol et que parmi les sujets qui sont bilingues, les médecins (21%) et les infirmiers (25%) seraient davantage concernés. Toutefois et en regardant ces données avec le test d'indépendance du χ^2 à un niveau de risque de 0,05, nous percevons que cette différence n'est pas significative (Annexe 14c). Par ailleurs, les uruguayens sont les seuls à déclarer le portugnol comme seule langue maternelle, ce qui correspond à ce que nous avons montré dans la deuxième partie de ce travail. Autrement dit, que le *Portugués del Uruguay* est un continuum dialectal présent notamment chez les personnes nées en Uruguay. Parmi ces 14 personnes, les agents de service hospitalier et les infirmiers seraient davantage concernés par ce phénomène.

Lorsque nous regardons la combinaison de deux langues maternelles, il est possible de noter que la combinaison la plus déclarée est l'espagnol-portugnol où toutes les catégories professionnelles de l'échantillon sont concernées. Nous analyserons ces données dans le détail dans le prochain sous-chapitre, notamment à l'aide de la méthode d'Analyse Statistique Implicative où nous verrons les relations d'implication, de cohésion et de similarité existant entre ces différentes variables. En tout cas, il est déjà possible de constater que la grande majorité de l'échantillon (81%) est monolingue à la naissance et que seulement 19% seraient bilingues dès la naissance. Cependant, et pour ce qui concerne 81% de l'échantillon, nous pensons qu'avoir grandi avec une seule langue maternelle n'implique pas forcément que ces

personnes continuent à être monolingues, puisqu'elles ont pu par la suite apprendre d'autres langues. En tout cas, ces données nous montrent que la décentration linguistique qui a été observée chez les professionnels de santé de cet espace frontalier ne répond pas nécessairement au bilinguisme de naissance car parmi les 6 sujets se décentrant au niveau linguistique, la moitié est bilingue et l'autre moitié monolingue. Autrement dit, le fait de parler dans la langue du patient ne serait pas seulement en lien avec le nombre de langues maternelles que possède le professionnel, mais aussi avec le fait de vivre dans un espace géographique qui rendrait possible l'apprentissage de la langue du pays voisin du simple fait d'habiter cet espace.

A travers les données du questionnaire, nous remarquons que les professionnels de santé qui n'ont pas le portugais comme langue maternelle ont toutefois une bonne maîtrise de cette langue. Comme l'illustre le tableau 9, lorsque nous avons demandé quel est le degré de maîtrise en compréhension orale du portugais à ceux qui déclarent ne pas l'avoir comme langue maternelle, ni seule ni accompagnée d'une autre langue, et que nous donnons à choisir entre les options : bien, raisonnablement, peu et rien, 71% de ces personnes le comprennent « bien » à l'oral et 21% le comprennent « raisonnablement » :

Compréhension orale portugais (hors langue maternelle)			
Bien	Raisonnement	Peu	Rien
71,22%	21,58%	6,48%	0,72%

Expression orale portugais (hors langue maternelle)			
Bien	Raisonnement	Peu	Rien
24,46%	28,78%	35,97%	10,79%

Tableau 9 : compréhension et expression orale en portugais (hors langue maternelle)

Bien que ces taux descendent si nous regardons les données concernant l'expression orale (à 24% et 28% respectivement) nous remarquons que non seulement le taux de compréhension orale est assez élevé mais qu'en plus, seulement un sujet (0,72%) de l'échantillon déclare ne pas comprendre le portugais à l'oral. Même si pour les 207 restants les taux de compréhension orale, de compréhension écrite, d'expression orale et d'expression écrite varient, ils déclarent tous avoir au moins « peu » de compétences linguistiques ou « raisonnables » dans la langue du voisin.

Lorsque nous regardons par quel moyen ces personnes ont appris le portugais en tant que langue non-maternelle, nous remarquons que cette maîtrise est due au fait de vivre et/ou de travailler à la frontière Uruguay-Brésil :

Portugais apprentissage	Effectifs	Pourcentages
Etudes	12	8,64
Fait de vivre/travailler à la frontière	89	64,02
Télévision	26	18,70
Famille	12	8,64
N'a pas appris	0	0,00
Ensemble	139	100,00

Tableau 10 : moyen d'apprentissage de la langue portugaise (hors langue maternelle)

A partir de ces données nous comprenons que seulement 8% des sujets qui n'ont pas le portugais comme langue maternelle l'ont appris grâce à un apprentissage formel (un cours de langue, par exemple) mais que la majorité l'a appris du fait de vivre et/ou travailler à la frontière. Par ailleurs, et comme nous l'avons vu dans la deuxième partie de ce travail, pendant une époque il n'était pas possible de capter les chaînes de télévision uruguayennes à la frontière Uruguay-Brésil. En conséquence, les uruguayens regardaient les chaînes de télévision brésiliennes. Même si de nos jours de nombreuses chaînes uruguayennes transmettent dans tout le pays, nous avons remarqué que l'habitude fait qu'une partie de la population frontalière uruguayenne continue à regarder la télévision du pays voisin. Ce fait a été soulevé lorsque nous avons demandé aux sujets par quels moyens ils avaient appris le portugais, et 18% déclarent l'avoir appris justement en raison de la télévision. Même si cette option n'avait pas été prévue au départ dans notre questionnaire, c'est un fait qui a été exprimé spontanément par 26 personnes. Nous observons ainsi qu'entre ceux qui déclarent avoir appris le portugais en raison de vivre et/ou de travailler à la frontière (64%) et ceux qui l'ont appris grâce à la télévision (qui relève également du fait de vivre à la frontière), 82% des personnes qui n'ont pas le portugais comme langue maternelle, l'ont appris en raison du contexte. Cela vient nous montrer que le milieu y est pour beaucoup dans le développement des compétences linguistiques des professionnels qui travaillent dans cet espace frontalier.

Néanmoins, nous sommes conscients du fait que connaître la langue du pays voisin n'implique pas forcément le fait de l'utiliser dans les situations professionnelles. Lorsque nous regardons les données concernant l'utilisation du portugais par les uruguayens dans les situations professionnelles (question 14 du questionnaire) nous remarquons que 49% d'entre eux disent l'utiliser fréquemment, occasionnellement ou rarement, et que 51% déclarent ne jamais l'utiliser. Il est néanmoins important de comprendre que d'une part cette différence n'est pas significative, et d'autre part, que le mot « utilisation » a pu induire les sujets à penser

que la question cherchait à savoir s'ils avaient un discours complet dans cette langue. Toutefois, notre intérêt était plutôt celui de savoir si à des moments (même si ce n'est pas tout le temps) ils utilisent certains mots, sans forcément élaborer des phrases. De ce fait, nous pensons qu'il y a peut-être un biais dans cette réponse et que parmi les 51% qui déclarent ne jamais l'utiliser, il y a peut-être des sujets qui expriment quelques mots fréquemment, occasionnellement ou rarement. En outre, et en regardant les données concernant l'utilisation du portugol par ces mêmes professionnels, nous remarquons que 58% déclarent l'utiliser dans le contexte professionnel, fréquemment, occasionnellement ou rarement, et que 42% déclarent ne jamais l'utiliser.

Si nous nous attardons maintenant sur les sujets qui n'ont pas l'espagnol comme langue maternelle (ni toute seule ni accompagnée d'une autre langue), il est possible de voir avec le tableau 11 que 52% le comprennent « bien » à l'oral et 46% le comprennent « raisonnablement », personne ne déclare ne pas le comprendre. En revanche, en ce qui concerne l'expression orale ces taux baissent à 33% et à 31% respectivement et 8% déclarent ne pas le parler du tout.

Compréhension orale espagnol (hors langue maternelle)			
Bien	Raisonnement	Peu	Rien
52,17%	46,38%	1,45%	0%

Expression orale espagnol (hors langue maternelle)			
Bien	Raisonnement	Peu	Rien
33,33%	31,88%	26,09%	8,70%

Tableau 11 : compréhension et expression orale en espagnol (hors langue maternelle)

Ainsi, et tout comme pour les non-natifs en portugais, les non-natifs en espagnol ont des taux variables concernant la compréhension orale, la compréhension écrite, l'expression orale et l'expression écrite mais la grande majorité déclare avoir des compétences en langue espagnole. En tout cas, pour ce qui concerne la compréhension orale et l'expression orale⁸⁰ nous observons que ces taux sont de 100% dans le premier cas et de 91% dans le deuxième cas. Cela nous amène à dire que les professionnels brésiliens ont une très bonne maîtrise à l'oral en langue espagnole en sachant que cette maîtrise a été rendue possible notamment grâce au fait de vivre et/ou travailler à la frontière, comme l'illustre le tableau 12 :

⁸⁰ Nous portons notre attention davantage sur ces aspects et non pas tant sur la compréhension écrite ou l'expression écrite car pour la prise en charge, c'est notamment les compétences en compréhension et expression orale qui sont requises.

Espagnol apprentissage	Effectifs	Pourcentages
Etudes	25	36,23
Fait de vivre/travailler à la frontière	40	57,98
Télévision	0	0,00
Famille	4	5,79
N'a pas appris	0	0,00
Ensemble	69	100,00

Tableau 12 : moyen d'apprentissage de la langue espagnole (hors langue maternelle)

Les données quantitatives montrent que 57% des personnes n'ayant pas l'espagnol comme langue maternelle déclarent l'avoir appris en raison du contexte frontalier, 36% en faisant des études et 5% par le fait d'avoir quelqu'un dans la famille qui parle cette langue.

Ainsi, nous pouvons remarquer que la compétence de décentration consistant à parler dans la langue du patient est présente chez les professionnels grâce notamment au fait que le contexte leur offrirait la possibilité de la développer. Ce n'est certainement pas la seule raison, puisqu'il ne suffit pas d'avoir un répertoire linguistique riche pour décider de s'adapter à la langue de quelqu'un qui est linguistiquement différent de soi-même. Cependant, nous avons pu remarquer que l'utilisation de l'espagnol au travail par les professionnels brésiliens est de 75%, et l'utilisation du portugol s'élève à 68% par ces mêmes professionnels.

Concernant plus spécifiquement les compétences en portugol de l'ensemble de l'échantillon, nous constatons avec le tableau 13 que 83% des professionnels le comprennent « bien » et que seulement 4 sujets (1,9%) ne le comprennent pas.

Portugol compréhension orale	Effectifs	Pourcentages
Bien	173	83,17
Raisonnablement	22	10,58
Peu	9	4,33
Rien	4	1,92
Ensemble	208	100,00

Tableau 13 : compréhension orale du portugol par l'ensemble de l'échantillon

Concernant l'expression orale en portugol, et comme nous le montre le tableau 14, 39% de l'échantillon déclarent bien s'exprimer et uniquement un quart des professionnels ne saurait pas s'exprimer du tout.

Portugnal expression orale	Effectifs	Pourcentages
Bien	82	39,42
Raisonnablement	42	20,19
Peu	31	14,90
Rien	53	25,48
Ensemble	208	100,00

Tableau 14 : expression orale du portugnal par l'ensemble de l'échantillon

En regardant par quel moyen cet apprentissage a eu lieu, nous percevons qu'encore une fois, c'est notamment par le fait de vivre et/ou de travailler à la frontière (78%), comme nous l'indique le tableau 15 :

Portugnal apprentissage	Effectifs	Pourcentages
Langue maternelle	40	19,23
Fait de vivre/travailler à la frontière	163	78,37
Famille	1	0,48
N'a pas appris	4	1,92
Ensemble	208	100,00

Tableau 15 : moyen d'apprentissage du portugnal

Ces données sont, à notre avis, assez intéressantes car elles montrent que même si seulement 40 personnes sur 208 déclarent avoir le portugnal comme langue maternelle (seule ou accompagnée d'une autre langue), la totalité de l'échantillon le comprend à l'oral. C'est-à-dire que même les personnes qui ne sont pas originaires de cet espace frontalier auraient développé des compétences linguistiques dans ce registre linguistique, certainement pas en tant que dialecte, qui relève plutôt d'une transmission familiale, mais en tout cas en tant que moyen de communication ou d'interlangue.

Au vu de ces données, nous avons pu constater que le contexte jouerait un rôle essentiel au moment de se décentrer et de parler dans la langue du patient afin que la prise en charge soit la plus humaine et la plus efficace possible. D'ailleurs, et en raison des données quantitatives et qualitatives que nous avons présentées tout au long de ce chapitre, nous pouvons remarquer que toutes les autres actions mises en place, à savoir : l'utilisation du langage-non verbal, le fait de demander de l'aide à l'infirmière ou à l'accompagnant, l'utilisation du nom du principe actif du médicament, la prise en compte des conditions de vie du patient, le fait de parler doucement et clairement et l'utilisation d'un langage technique,

relèvent d'une compétence de décentration. A notre avis, cette compétence dénote une capacité à prendre en compte autrui dans sa globalité, à comprendre l'autre en tant qu'être culturellement et linguistiquement différent de soi-même. A notre avis, c'est exactement « l'apprendre à comprendre l'autre » (Abdallah-Pretceille, 1996) qui est en jeu dans ce type de situation où il est nécessaire que la personne puisse effectivement se décentrer de son propre cadre de références afin de « voir » l'autre dans son intégralité (Aubrun et Orofiamma, 1990 ; Cohen-Emerique, 2011 ; Windmüller, 2010).

Nous pensons ainsi que pour répondre au motif de leur activité, à savoir, la bonne prise en charge des patients, les professionnels de santé de la frontière Uruguay-Brésil mettent en œuvre des actions qui expriment des compétences relationnelles et de décentration. Toutefois, il faut dire que bien que cette compétence ait été repérée chez les infirmiers, les cadres de santé et les médecins, les deux agents de service hospitalier avec qui nous avons mené un entretien d'instruction au sosie et un entretien d'autoconfrontation simple n'ont pas exprimé ce phénomène spontanément. Nous pensons que cela répond au fait que ces professionnels ont moins de contact avec les patients ; l'objet de leur activité est, tout comme les autres catégories professionnelles, celui de garantir la santé des patients mais les actions accomplies pour répondre à ce motif ne sont évidemment pas les mêmes. Chargés de la désinfection des lieux, leurs actions s'orientent vers l'hygiène et l'ordre du matériel, ce qui n'exige pas forcément un dialogue avec les patients. Autrement dit, bien que les agents de service hospitalier aient des contacts avec eux, leur activité professionnelle ne leur demande pas forcément de dialoguer avec eux dans le but d'extraire un maximum d'informations permettant de faire un diagnostic juste et de proposer un traitement adapté.

Au vu de tout ce qui a été discuté jusqu'à maintenant, nous pensons que globalement, les professionnels de santé travaillant à la frontière Uruguay-Brésil ont développé des compétences autres que techniques qui leur permettent d'offrir une prise en charge plus adaptée aux besoins des patients. C'est notamment à travers des compétences linguistiques, relationnelles et de décentration que les professionnels semblent avoir une compréhension plus holistique des soignés et qu'ils peuvent ainsi atteindre leur objectif. C'est donc en nous appuyant sur nos données qualitatives et quantitatives, présentées jusqu'à maintenant, que nous confirmons notre première hypothèse qui affirmait que le contexte frontalier amène les professionnels de santé à développer des compétences autres que techniques qui sont liées à la réalité frontalière et qui ont pour but une meilleure prise en charge du patient.

Ces aspects discutés, nous allons maintenant nous attarder sur un autre volet de cette recherche qui est en lien avec la diversité linguistique présente dans cet espace frontalier. Nous regarderons si l'hybridisme linguistique facilite l'activité des professionnels à l'heure de la prise en charge ou si, au contraire, c'est un facteur qui la rend plus difficile.

2.2 La diversité linguistique : facilite-t-elle l'activité professionnelle ou la rend-elle plus difficile ?

Afin de traiter les aspects concernant la diversité linguistique caractéristique de l'espace frontalier étudié, nous présenterons des résultats qui ont été obtenus avec le test d'indépendance du χ^2 , le logiciel SPAD 7 (Système Portable d'Analyse des Données) et avec la méthode d'Analyse Statistique Implicative (ASI). Ces résultats sont en rapport avec la langue maternelle des participants, la catégorie professionnelle et les difficultés ou facilités que les sujets éprouvent dans leur travail, en raison de la diversité linguistique caractéristique de cet espace frontalier. De ce fait, nous nous attarderons davantage sur la question 5 du questionnaire qui concerne la catégorie professionnelle, sur la question 12 : quelle est votre ou vos langue(s) maternelle(s) ? et sur la question 15 : dans quelle mesure la diversité linguistique, présente à cette frontière facilite ou rend difficile votre activité professionnelle ? L'idée est de voir quel est le profil des sujets qui déclarent trouver des facilités et des difficultés linguistiques dans leur activité professionnelle. Nous passons toute de suite à la présentation et la discussion de ces résultats, en commençant par ceux qui découlent des analyses faites avec le logiciel SPAD.

Nous regarderons les données issues de la question 15 du questionnaire qui est en lien avec les facilités ou les difficultés que le sujet rencontre dans son activité professionnelle du fait de travailler dans cet espace frontalier plurilingue. L'idée avec cette question est de voir si la diversité linguistique fonctionne comme un aspect qui entraîne une difficulté ou, au contraire, facilite l'activité du professionnel de santé.

Diversité linguistique facilités	Effectifs	Pourcentages
Ne trouve pas de facilités	105	50,48
Trouve de facilités	103	49,52
Ensemble	208	100,00

Tableau 16 : la diversité linguistique en tant que facilité

A l'aide du tableau 16 nous remarquons qu'à peine la moitié de l'échantillon (49%) trouve que la diversité linguistique leur apporte des facilités pour réaliser son travail. Toutefois, nous voyons que le nombre de personnes qui éprouvent des facilités et le nombre de ceux qui n'en éprouvent pas est très proche, seulement deux personnes font la différence. Parmi les facilités qui ont été exprimées par les 103 personnes de l'échantillon, nous avons dégagé les catégories suivantes :

Facilités linguistiques				
Contact avec le patient	Compréhension du patient	Communication soignant-soigné	Autres	Total
8	30	72	7	117

Tableau 17 : type et nombre de facilités linguistiques déclarées

Tout d'abord, il faut signaler que le total du tableau est de 117 sujets et non pas de 103. Cela répond au fait qu'il y a des professionnels qui ont exprimé plus d'une facilité à la fois, de ce fait le nombre présenté ici est plus grand que le nombre de professionnels. Nous constatons que 72 personnes déclarent que la diversité linguistique présente dans ce contexte leur facilite l'activité professionnelle, en ce qui concerne spécifiquement la communication avec le patient. En outre, 30 personnes ont déclaré que la diversité linguistique leur facilite leur activité professionnelle par rapport à la compréhension du patient, reste à savoir si la compréhension du professionnel par le patient est également assurée. Nous remarquons également que 8 personnes expriment le fait que le plurilinguisme présent à cet endroit vient leur faciliter le contact qui s'établit entre le soignant et le soigné. Enfin, 7 personnes trouvent d'autres facilités, en lien avec le fait d'avoir des contacts avec d'autres cultures et le fait d'apprendre d'autres langues. Autrement dit, la diversité linguistique viendrait offrir à ces 7 personnes la possibilité d'être en contact avec d'autres cultures et de développer des compétences linguistiques dans des langues autres que leur langue maternelle. Ces aspects sont compris comme ce qui viendrait faciliter par la suite la prise en charge des patients.

Concernant la catégorie professionnelle, ce sont les cadres de santé uruguayens qui sont le plus attirés, statiquement parlant, par les facilités linguistiques que leur offre cet endroit, comme nous le verrons avec l'Analyse Statistique Implicative (Figure 11) qui sera présentée par la suite.

Lorsque nous nous intéressons aux difficultés linguistiques qui ont été exprimées par les professionnels, le tableau 18 montre que moins d'un quart de l'échantillon rencontre des difficultés dues au plurilinguisme présent dans l'espace frontalier :

Diversité linguistique difficultés	Effectifs	Pourcentages
Ne trouve pas de difficultés	158	76,33
Trouve de difficultés	50	23,67
Ensemble	208	100,00

Tableau 18 : la diversité linguistique en tant que difficulté

Nous observons ici que 50 personnes (23% de l'échantillon) déclarent rencontrer des difficultés dans ce contexte plurilingue, tandis que le reste de l'échantillon (76%) ne trouve pas de difficultés, en tout cas de type linguistique⁸¹. Parmi les difficultés linguistiques qui ont été exprimées par les 50 personnes de l'échantillon, nous avons dégagé les catégories suivantes :

Difficultés linguistiques			
Compréhension du patient	Communication soignant-soigné	Autres	Total
23	25	7	55

Tableau 19 : type et nombre de difficultés linguistiques déclarées

Tout comme pour le tableau 17 concernant les facilités linguistiques déclarées, ici et bien que le total des personnes ayant exprimé des difficultés linguistiques soit de 50, nous trouvons à la fin du tableau 55 personnes. Cela répond au fait que 5 professionnels ont déclaré plus d'une difficulté à la fois. Nous observons que les difficultés se situent aussi bien au niveau de la communication entre le patient et le professionnel (25 personnes), qu'au niveau de la compréhension du patient (23 personnes). Ce que nous avons désigné comme des difficultés « autres », exprimées par 7 personnes, concernent le fait que cet espace plurilingue viendrait rendre difficile l'activité professionnelle pour les raisons suivantes : traduction de documents et rapports médicaux qui sont écrits dans la langue du pays voisin, le nom des médicaments et la confusion au moment de parler ou d'écrire car le portugais et l'espagnol finissent par se confondre (selon certains sujets) et la personne ne sait plus si elle s'exprime correctement.

Parmi les 50 personnes éprouvant des difficultés linguistiques, 24 sont des brésiliens et 26 sont des uruguayens. Lorsque nous regardons ces données avec le test d'indépendance du χ^2 à un niveau de risque de 0,05, nous rejetons l'hypothèse nulle (Annexe 14d). De ce fait, il y

⁸¹ Il faut préciser que lorsque nous parlons de difficultés, nous nous référons aux difficultés strictement linguistiques, notamment de l'ordre de la compréhension et de la communication avec le patient. Les difficultés autres que linguistiques, sont traitées à partir de la question 11 du questionnaire et seront analysées dans le prochain chapitre.

a un lien statistiquement significatif entre les uruguayens et les brésiliens au moment de déclarer des difficultés linguistiques dans leur activité professionnelle. Cependant, et comme nous avons pu le remarquer à travers les observations ethnographiques et à travers le questionnaire, les difficultés linguistiques déclarées par les professionnels brésiliens ne sont pas directement en lien avec la langue des patients uruguayens (parlant espagnol ou portugais). D'ailleurs, et comme nous l'avons illustré auparavant, ce sont davantage les professionnels brésiliens qui déclarent avoir une bonne maîtrise de l'espagnol et du portugais et qui disent davantage utiliser ces langues en contexte professionnel.

D'après nos données, les difficultés linguistiques déclarées par les professionnels brésiliens répondent à d'autres raisons ; une d'entre elles étant la communication avec la population d'origine arabe qui habite du côté brésilien de la frontière et qui se fait soigner dans des centres de santé de ce pays. Bien que certains d'entre eux parlent espagnol ou portugais, les professionnels doivent souvent communiquer avec l'accompagnant du patient qui a un rôle d'interprète. A ce sujet, une cadre de santé brésilienne nous explique qu'avec la langue espagnole il n'y aura pas de difficultés, mais elle n'affirme pas la même chose concernant la langue arabe : « *não, não vai. Com o espanhol não, com o árabe tal vez, com árabe sim [...] Geralmente quando vem um árabe que tá há pouco tempo aqui, que não fala nada, nem espanhol nem português, ele traz alguém junto, traz um intérprete* ». Même si selon elle, les personnes de cette origine et ne parlant pas ni l'espagnol, ni le portugais, arrivent au centre de santé avec quelqu'un qui fait office d'interprète, à certains moments, la communication et la compréhension peuvent ne pas avoir lieu. Ou, même si elles ont lieu, nous pensons que le fait de devoir passer par un tiers pour assurer la prise en charge viendrait rendre difficile l'activité professionnelle.

D'ailleurs, en regardant les compétences linguistiques qui ont été déclarées par les professionnels brésiliens en langue arabe, nous avons remarqué que personne ne le comprend à l'oral comme à l'écrit et ne le parle ni ne l'écrit (ni « bien », ni « raisonnablement » ni « peu »). Une autre raison qui nous aide à comprendre pourquoi les professionnels brésiliens trouvent des difficultés linguistiques, est le fait que lorsqu'ils ont affaire à des patients qui parlent espagnol mais qui ne sont pas de la frontière, la communication et la compréhension peuvent être compromises. Plusieurs d'entre eux notent que si le patient est de Montevideo, il

parle un espagnol « ferme »⁸², ce qui ne permet pas toujours de bien se comprendre. Enfin, il a été déclaré que si le patient frontalier parle en espagnol (ce qui globalement ne constitue pas une difficulté en soi) mais qu'il est nerveux, la compréhension est également compromise. Tous ces éléments nous permettent de dire que les difficultés linguistiques exprimées par les professionnels brésiliens se situent plutôt à ces niveaux-là et non pas tant à cause de la langue des patients uruguayens habitant de l'autre côté de la frontière.

Nous passons maintenant à la présentation du croisement des variables concernant la langue maternelle et les difficultés et facilités rencontrées à cette frontière en raison du plurilinguisme existant. Ces résultats sont issus du test d'indépendance du χ^2 que nous avons réalisé pour essayer de voir s'il existe un lien entre la langue maternelle du sujet et le fait de dire qu'il éprouve des difficultés et/ou des facilités dans son travail en raison de la diversité linguistique. Nous avons travaillé avec ce test statistique à un niveau de risque de 0.05.

Ce test montre, par rejet de l'hypothèse d'indépendance, qu'un lien statistique existe entre la langue maternelle et les difficultés linguistiques (Annexe 14e) et entre la langue maternelle et les facilités linguistiques retrouvées en raison du contexte frontalier plurilingue (Annexe 14f). Nous avons choisi deux couleurs pour faciliter la lecture du tableau 20 et 21 : l'attraction statistique étant représentée par la couleur verte et la répulsion par le rouge. Nous avons marqué en gris lorsque c'est neutre, c'est-à-dire que les valeurs sont très proches et de ce fait il n'est pas possible d'établir d'attraction ou de répulsion. Tout d'abord, regardons les données concernant la langue maternelle et les difficultés rencontrées dans l'activité professionnelle :

⁸² Les professionnels disent « *um espanhol fechado* » pour faire référence à l'espagnol qui est parlé hors de la région frontalière où l'intonation, l'accentuation de certaines lettres et l'utilisation de certains mots diffèrent de l'espagnol qui est parlé à la frontière

Effectifs	Ne trouve pas de difficultés linguistiques	Trouve de difficultés linguistiques	ENSEMBLE
Espagnol	87	17	104
	83,7%	16,3%	100,0%
Portugnol	12	2	14
	85,7%	14,3%	100,0%
Portugais	28	23	51
	54,9%	45,1%	100,0%
Espagnol Portugnol	17	5	22
	77,3%	22,7%	100,0%
Espagnol Portugais	11	2	13
	84,6%	15,4%	100,0%
Portugais Portugnol	3	1	4
	75,0%	25,0%	100,0%
ENSEMBLE	158	50	208
	76,0%	24,0%	100,0%

Tableau 20 : langue maternelle et difficultés linguistiques

Les données de ce tableau nous montrent clairement que ceux qui sont attirés le plus par les difficultés, sont ceux qui ont le portugais comme langue maternelle (45%). En revanche, les personnes ayant l'espagnol, le portugnol et l'espagnol-portugais comme langue(s) maternelle(s) sont ceux qui majoritairement n'éprouvent pas de difficultés. Autrement dit, les natifs de portugnol sont ceux qui sont attirés le moins par les difficultés linguistiques (14%) suivis de ceux qui ont le couple « espagnol-portugais » en tant que langues maternelle (15%).

Maintenant regardons les facilités linguistiques en lien avec la langue maternelle de l'échantillon :

Effectifs	Ne trouve pas de facilités linguistiques	Trouve de facilités linguistiques	ENSEMBLE
Espagnol	62	42	104
	59,6%	40,4%	100,0%
Portugno	4	10	14
	28,6%	71,4%	100,0%
Portugais	26	25	51
	51,0%	49,0%	100,0%
Espagnol Portugno	9	13	22
	40,9%	59,1%	100,0%
Espagnol Portugais	3	10	13
	23,1%	76,9%	100,0%
Portugais Portugno	1	3	4
	25,0%	75,0%	100,0%
ENSEMBLE	105	103	208
	50,5%	49,5%	100,0%

Tableau 21 : langue maternelle et facilités linguistiques

Dans ce tableau nous observons que ceux qui sont attirés le plus par les facilités sont ceux qui ont le portugno, l'espagnol-portugno, l'espagnol-portugais et le portugais-portugno comme langues maternelles. En revanche, les personnes qui ont uniquement le portugais comme langue maternelle, se situent plutôt dans le groupe de ceux qui ne trouvent pas de facilités. C'est le cas également pour l'espagnol, où il est possible de voir que presque 60% de l'échantillon qui l'a comme langue maternelle, ne trouve pas de facilités, ceux qui en trouvent sont de l'ordre du 40%. Les sujets étant attirés le plus par les facilités linguistiques sont ceux qui ont comme langue maternelle l'espagnol-portugais, ce qui peut paraître logique car ces sujets étant parfaitement bilingues, ils connaissent aussi bien la langue de leur pays que la langue du pays voisin. De ce fait, la communication avec le patient ne constituerait pas un obstacle car au moment de la prise en charge, le professionnel peut faire appel à ses connaissances dans les deux langues. Ce groupe serait celui qui manifeste davantage de facilités linguistiques, suivis de ceux qui ont le portugais-portugno et le portugno. Cette donnée est particulièrement intéressante car en comparant le tableau 20 et le tableau 21, nous notons que 71% des natifs en portugno rencontrent des facilités et que 85% n'éprouvent pas de difficultés. Cela veut dire que, finalement, pour les natifs de ce dialecte, la diversité linguistique non seulement ne rend pas difficile l'activité professionnelle, mais qu'en plus, elle viendrait la faciliter. La comparaison entre les tableaux montre également qu'en ce qui concerne les hispanophones, en général, ils ne déclarent pas de difficultés (83%) mais pas non

plus davantage de facilités (59%). C'est-à-dire que pour ce groupe, la diversité linguistique présente à cet endroit n'entraîne pas de difficultés ni de facilités linguistiques. Enfin, en ce qui concerne les lusophones, et comme nous l'avons déjà vu, c'est le groupe qui manifeste le plus de difficultés d'ordre linguistique qui sont liées aux situations où ils ont affaire à des patients arabophones, à des patients provenant de Montevideo et à des patients uruguayens dont l'état psychique (nervosité) ne permet pas toujours de les comprendre.

Nous passons maintenant à l'enrichissement de ces résultats avec la présentation des analyses réalisées avec la méthode d'Analyse Statistique Implicative (ASI) qui s'est révélée extrêmement intéressante à l'heure d'analyser les données plus finement. Cette méthode est née en France il y a plus d'une trentaine d'années à partir des problèmes rencontrés dans le champ de la didactique des mathématiques. Le développement de cette méthode a été possible grâce aux nombreux travaux conduits par Régis Gras et par les différentes rencontres internationales qui ont eu lieu⁸³.

Actuellement, la méthode d'Analyse Statistique Implicative est conçue comme un champ théorique qui se centre sur le concept de quasi-implication statistique. L'objectif principal est « la structuration de données croisant individus et variables, l'extraction de règles entre les variables et, à partir de la contingence de ces règles, l'explication et donc la prévision dans divers domaines : psychologie, sociologie, biologie, etc. » (Gras, 2000, p. 11). La méthode ASI est instrumentalisée par le logiciel C.H.I.C (Classification Hiérarchique Implicative et Cohésitive) qui permet de faire des relations d'implication, de cohésion et de similarité entre les différentes variables qui font partie d'une étude.

Nous commencerons par présenter deux arbres de similarités, construits par C.H.I.C selon le critère de vraisemblance du lien au sens de Lerman (1981). Ces arbres ont été réalisés avec la version 6.0 de C.H.I.C et le premier d'entre eux a été fait avec le modèle entropique, le deuxième avec le modèle classique, mais les deux ont été réalisés avec la loi binomiale. Ces arbres nous ont notamment permis de faire des groupes avec les variables qui se ressemblent le plus. Nous allons porter notre attention sur certains items, notamment sur ceux qui sont en relation avec les facilités et les difficultés linguistiques, la langue maternelle des sujets, le fait d'habiter ou non à la frontière et les difficultés autres que linguistiques. Mais avant de passer

⁸³ L'avant-dernière rencontre a eu lieu à Caen, France, lors du 6^{ème} Colloque International sur l'ASI qui s'est tenu du 7 au 10 novembre 2012 : <http://sites.univ-lyon2.fr/asi6/>. Le 7^{ème} Colloque International a eu lieu du 27 au 30 novembre 2013 à São Paulo : <http://sites.univ-lyon2.fr/asi7/>

aux résultats, il est important de donner quelques indications pour que la lecture des résultats soit facilitée :

- ✓ Front oui : la personne habite à la frontière / Front non : la personne n'habite pas à la frontière ;
- ✓ V64 facilitateurs : la personne éprouve des facilités linguistiques du fait de travailler dans un contexte plurilingue ;
- ✓ V64 pas de facilitateur : la personne n'éprouve pas de facilités linguistiques dans ce contexte plurilingue ;
- ✓ V65 difficultés : la personne rencontre des difficultés linguistiques du fait de travailler dans un contexte plurilingue ;
- ✓ V65 pas de difficulté : la personne ne rencontre pas de difficultés linguistiques du fait de travailler dans un contexte plurilingue ;
- ✓ V16 + langue : c'est la langue maternelle des sujets. Par exemple V16 Portugais représente le groupe des personnes qui ont cette langue en tant que langue maternelle ;
- ✓ V15 Difficulté oui : il s'agit des personnes qui déclarent des difficultés autres que linguistiques du fait de travailler dans un contexte frontalier ;
- ✓ V15 Difficulté non : ce sont les personnes qui ne déclarent pas des difficultés autres que linguistiques du fait de travailler dans un contexte frontalier ;
- ✓ V07 + profession : ce sont les professionnels uruguayens ;
- ✓ V06 + profession : ce sont les professionnels brésiliens.

Ces précisions ayant été faites, nous passons à la présentation du premier arbre de similarités tenant compte du fait que plus les lignes du graphique de l'arbre descendent, moins il y a de similarités entre les items :

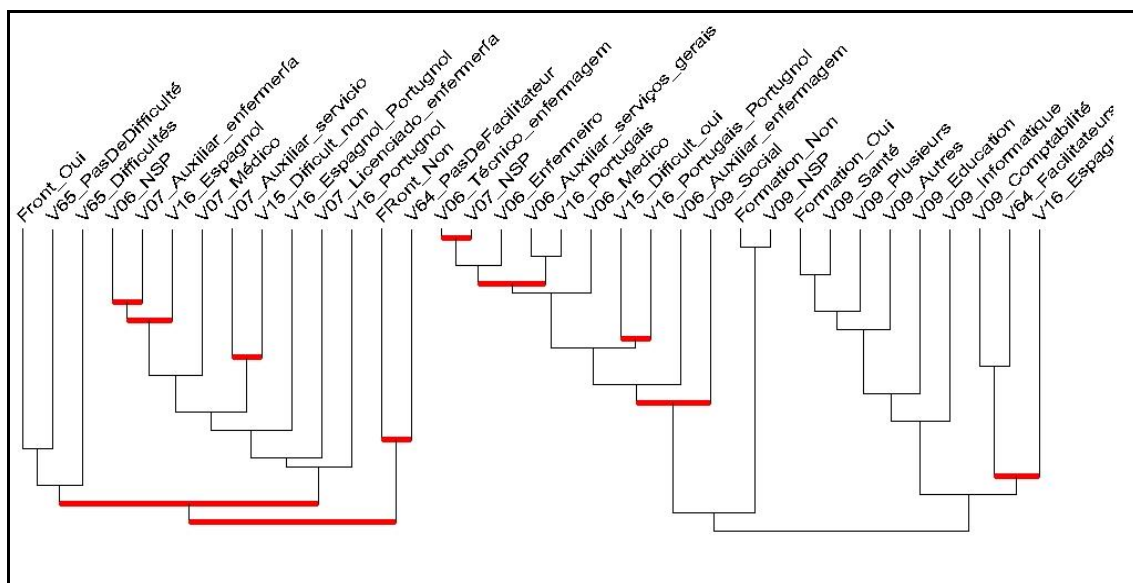


Figure 10 : arbre de similarités : modèle entropique

Comme nous pouvons le voir, il y a des similarités entre les personnes habitant à la frontière et le fait de ne pas rencontrer des difficultés linguistiques. Cela constitue une donnée intéressante car cela veut dire que les personnes habitant cet espace sont celles qui n'éprouveraient pas davantage de difficultés linguistiques. Cela va dans le sens d'un autre élément qui vient nous montrer l'arbre de similarités : les personnes qui n'habitent pas à la frontière ont des similarités avec le fait de ne pas déclarer des facilités linguistiques, cela ne veut pas dire que ces personnes déclarent des difficultés linguistiques, mais en tout cas, cette analyse nous montre qu'elles n'éprouvent pas de facilités dans ce contexte. Par ailleurs, les personnes ayant deux langues maternelles telles que le portugais-portugol sont celles qui ont des fortes similarités avec le fait de trouver des difficultés générales, autres que linguistiques.

D'un autre côté, nous remarquons que les facilités linguistiques semblent avoir des similarités avec la partie de l'échantillon qui a une formation en comptabilité, ces deux items forment un groupe et ce qui est intéressant est que le couple espagnol-portugais a des similarités avec ce groupe même si cela se fait à un niveau assez bas. C'est ce que nous montre également la figure suivante :

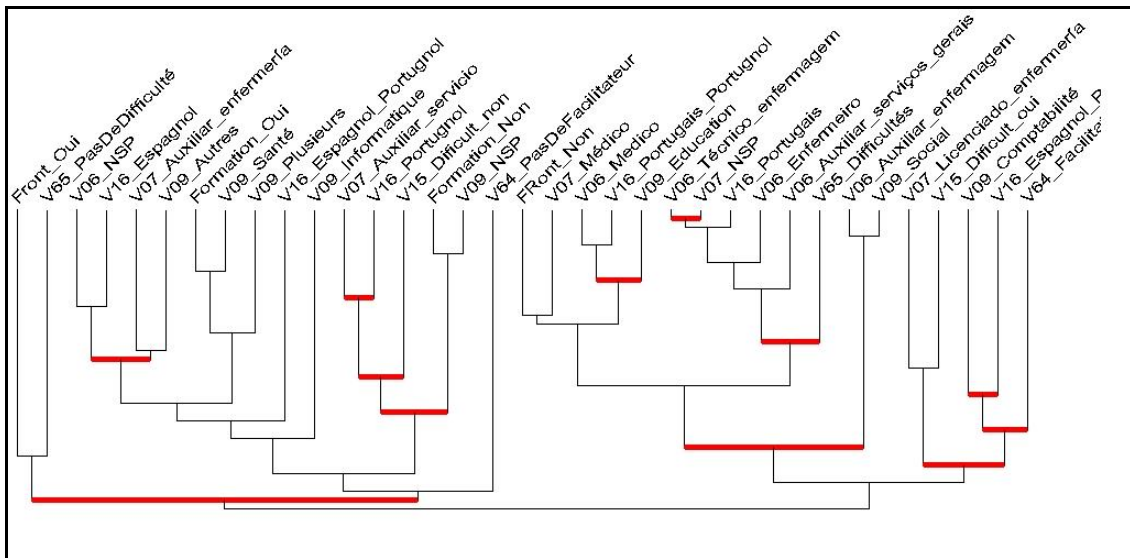


Figure 11 : arbre de simiartés : modèle classique

Lorsque nous réalisons l'analyse de l'arbre de similarités selon le modèle classique, nous percevons quelques éléments nouveaux. Par exemple, nous pouvons voir que le portugol a des similarités avec les agents de service hospitalier (ASH) uruguayens. Cela confirme les observations faites sur le terrain dans le sens où c'est justement ce groupe de professionnels qui semblerait davantage utiliser le portugol. En même temps, cela est relié à d'autres similarités comme par exemple que le portugol et les ASH ont des similarités avec le fait de ne pas trouver des difficultés autres que linguistiques ainsi qu'avec le fait de ne pas avoir réalisé d'autres formations. La figure 11 montre également que les cadres de santé uruguayens (V07 Licenciado enfermería) sont ceux qui ont des similarités avec le fait de rencontrer des facilités linguistiques (V64 Facilitat) et des difficultés d'ordre général (V 15 Difficult oui).

Enfin, un autre élément mérite d'être souligné : les sujets ayant le couple espagnol-portugais en tant que langue maternelle ont des similarités avec la formation en comptabilité et ce groupe possède au même temps, des similarités avec les facilités linguistiques. Cela va dans le sens des analyses faites avec le test d'indépendance du χ^2 qui montrent justement, que les sujets ayant comme langue maternelle le couple espagnol-portugais, sont ceux qui sont attirés le plus par les facilités linguistiques de ce contexte frontalier (Annexe 14f).

Nous passons maintenant à la présentation de l'analyse faite avec l'arbre cohésitif qui montre le degré de cohésion entre les différents items. Le degré de cohésion plus fort correspond à 1, donc plus nous descendons, moins il y a de cohésion. Nous commencerons avec le premier arbre cohésitif qui a été réalisé avec la version 6.0 de C.H.I.C, tout comme le

second, la différence se situe dans le modèle : le premier a été réalisé avec le modèle entropique, le deuxième avec le modèle classique et les deux ont été faits avec la loi binomiale.

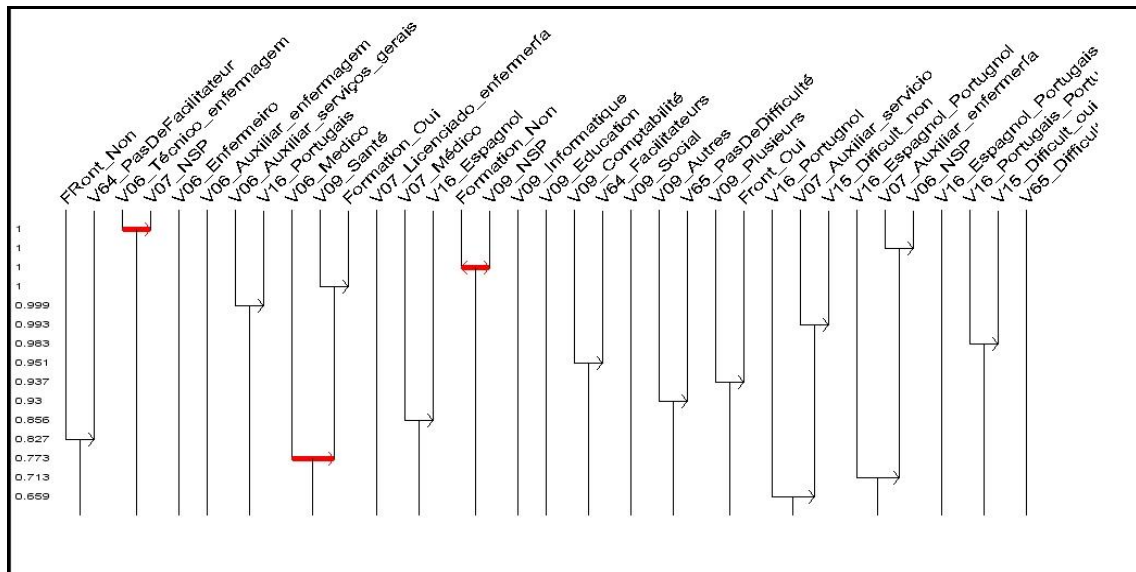


Figure 12 : classification hiérarchique orientée (arbre cohésif : modèle entropique)

Comme nous pouvons le voir, il y a certains résultats qui vont dans le sens de ceux qui ont été discutés lors de la présentation des deux arbres de similarités. Par exemple, les personnes n'habitant pas à la frontière ont un degré de cohésion avec le fait de ne pas rencontrer des facilités linguistiques, même si ce degré de cohésion n'est pas le plus élevé. Dans cet arbre de classifications hiérarchiques ascendantes, il est possible de remarquer d'autres éléments déjà traités et qui viennent se confirmer : les ASH uruguayens ont un degré de cohésion (pas très élevé) avec le fait de ne pas éprouver des difficultés générales dans leur travail (autres que linguistiques) et ce groupe a une cohésion avec le dialecte portugol, bien que cette cohésion s'opère à un niveau assez bas.

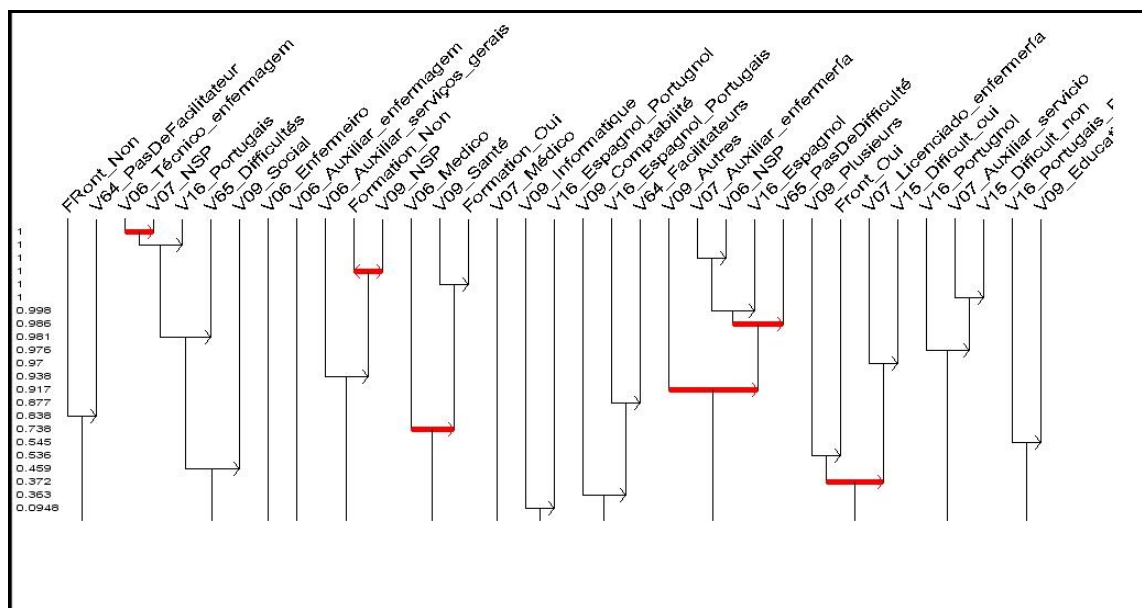


Figure 13 : classification hiérarchique orientée (arbre cohésitif : modèle classique)

Lorsque nous regardons l'arbre cohésitif réalisé avec le modèle classique, certains éléments apparaissent et viennent confirmer les analyses présentées auparavant. Par exemple, nous pouvons voir qu'il semble y avoir une cohésion entre le portugais et les difficultés linguistiques. C'est-à-dire qu'il y a un degré de cohésion entre les personnes ayant le portugais comme seule langue maternelle et le fait de rencontrer des difficultés du fait de travailler dans un contexte plurilingue. Par ailleurs, nous voyons à nouveau que les sujets ayant l'espagnol-portugais en tant que deux langues maternelles ont une cohésion avec les facilités linguistiques, autrement dit, avec le fait de trouver que la diversité linguistique présente dans cette frontière fonctionne comme un élément qui facilite leur activité professionnelle.

Pour finir les commentaires de cet arbre cohésitif, nous dirons qu'il est possible d'observer une cohérence des réponses données par les sujets dans le sens où cet arbre nous montre, par exemple, qu'il y a un fort degré de cohésion entre les infirmiers brésiliens (V06 técnico de enfermagem) et V7 NSP qui veut dire « ne s'applique pas ». C'est une catégorie que nous avons créée pour traiter les catégories professionnelles des uruguayens, c'est pourquoi chaque brésilien sera forcément dans cette case, comme les uruguayens le seront dans la catégorie V6 NSP. D'ailleurs, nous pouvons l'observer avec cet arbre qui montre qu'il y a une cohésion entre les infirmiers uruguayens (V07 Auxiliar de enfermería) et V06 NSP.

Nous passons maintenant à la présentation des graphes implicatifs qui nous montrent la tendance entre les différents éléments. Tout d'abord, nous présenterons le premier graphe

implicatif qui a été réalisé avec la version 5.0 de C.H.I.C et pour lequel nous avons travaillé avec un niveau de confiance de 0.99.

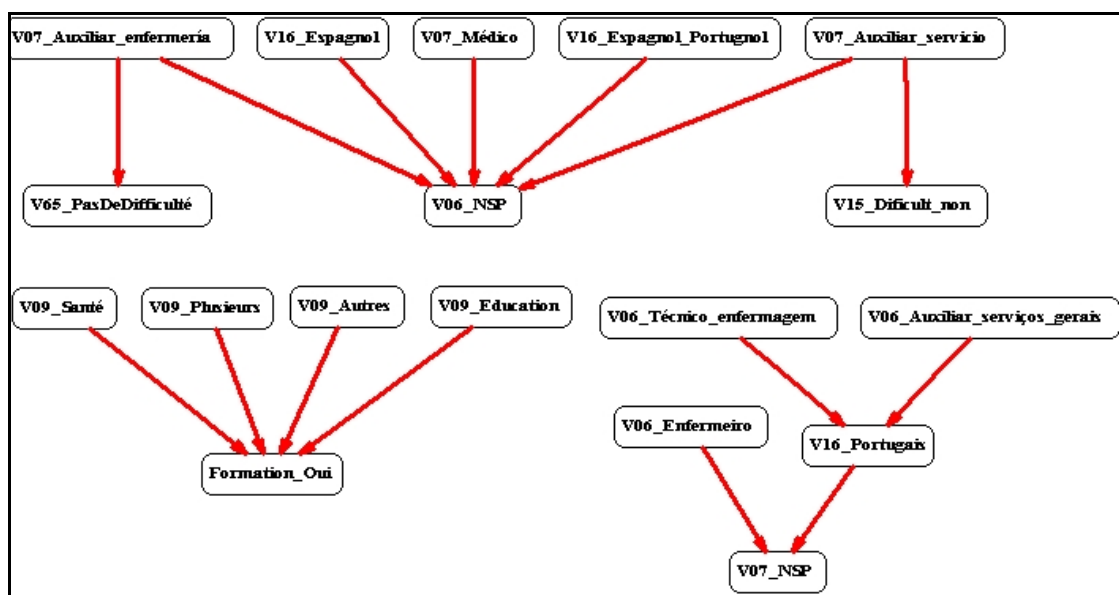


Figure 14 : graphe implicatif (niveau de confiance 0,99)

Avec ce graphe implicatif nous remarquons certains résultats déjà retrouvés avec l'arbre de similarités, par exemple, nous voyons que les ASH uruguayens (V07 auxiliar de servicio) ont tendance à ne pas rencontrer des difficultés autres que linguistiques (V15 difficult non) et la nouveauté se situe dans le fait que les infirmiers uruguayens (auxiliar de enfermería) ont tendance également à ne pas rencontrer des difficultés linguistiques liées à ce contexte frontalier plurilingue. Le reste des implications soulevées par le graphe implicatif montre plutôt la cohérence des réponses des sujets.

Passons maintenant à la présentation du graphe implicatif qui a été réalisé avec un niveau de confiance de 0,95. En descendant de 0,99 à 0,95, nous trouvons plus d'éléments à analyser, de ce fait, nous avons formé deux blocs pour que les résultats soient plus lisibles.

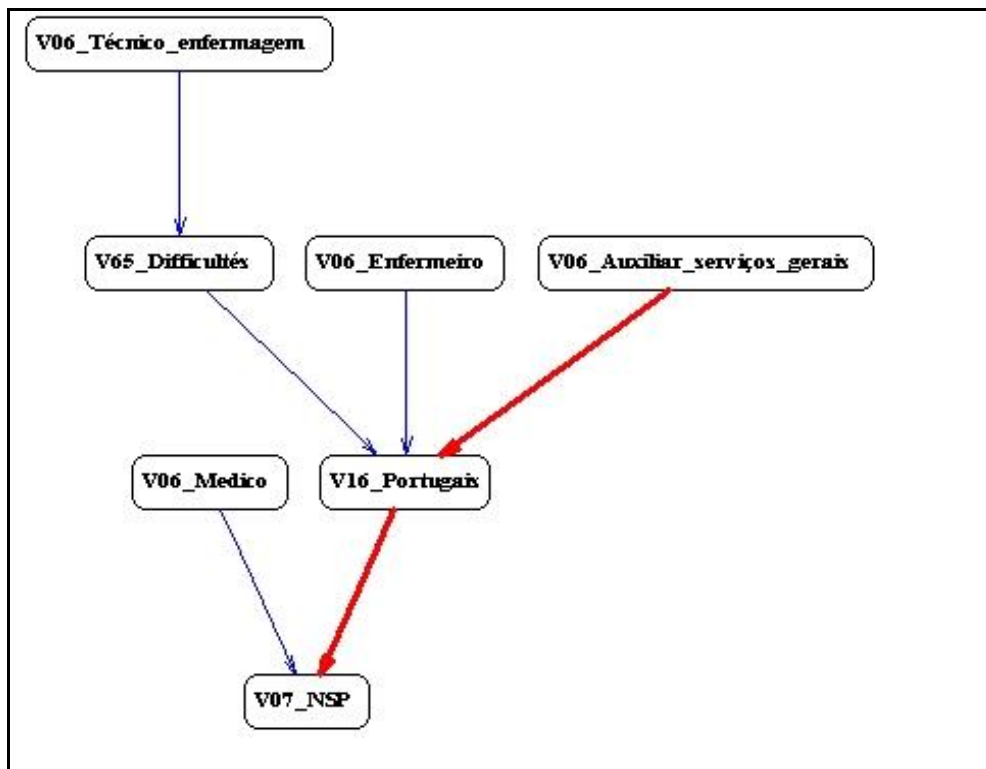


Figure 15 : graphe implicatif (niveau de confiance 0,95, bloc 1)

Ici, l'élément qui ressort d'emblée est la cohérence des réponses, car toutes les professions brésiliennes convergent avec V07 NSP. Comme nous l'avons déjà expliqué, cela correspond au fait de ne pas appartenir aux catégories professionnelles uruguayennes. Cependant, ce graphe nous donne des informations sur le fait que les infirmiers brésiliens ont tendance à éprouver des difficultés linguistiques. Selon nos données quantitatives, 17 infirmiers brésiliens sur 37 rencontrent des difficultés linguistiques, ce qui veut dire que 45% d'entre eux se situent dans ce cas de figure.

Enfin, le deuxième bloc du graphe implicatif qui a également un niveau de confiance de 0.95 vient nous confirmer les analyses ressorties avec les autres graphes et arbres élaborés avec C.H.I.C.

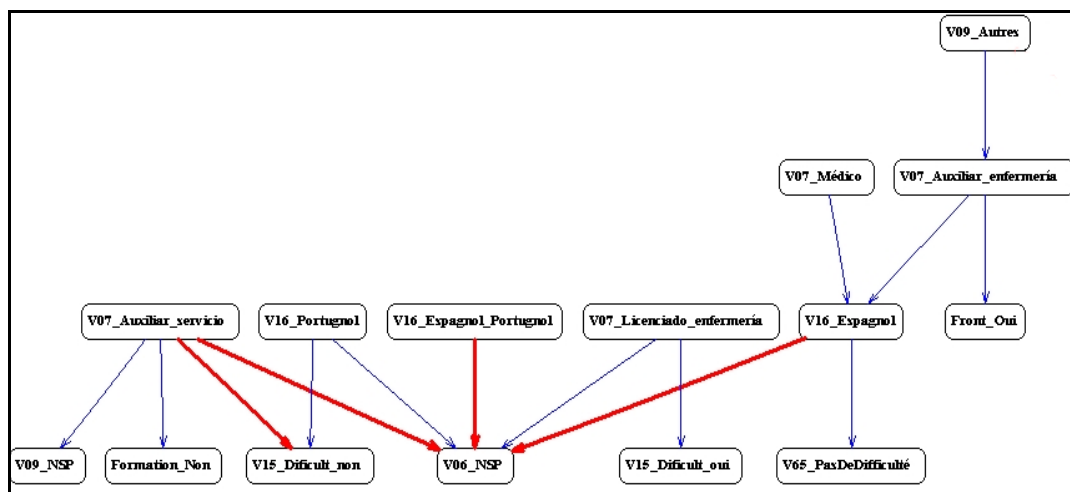


Figure 16 : graphe implicatif (niveau de confiance 0,95, bloc 2)

Dans ce graphe implicatif, nous retrouvons un point très intéressant et qui, jusqu'à maintenant, n'était pas apparu. Cela concerne le fait que les personnes ayant comme langue maternelle le portugol (V16 portugol) ne déclarent pas davantage de difficultés autres que linguistiques (V15 Difficult non). En reprenant les données des autres tableaux et figures, nous pouvons dire qu'en plus de s'associer aux facilités linguistiques, les personnes ayant ce dialecte en tant que langue maternelle ne rencontreraient pas de difficultés d'ordre général. Puis, dans la figure 16, nous retrouvons d'autres éléments qui ont été déjà discutés comme par exemple, le fait d'avoir l'espagnol comme langue maternelle, est associé au fait de ne pas éprouver des difficultés linguistiques.

Nous voyons également que les ASH uruguayens ont tendance à avoir le Portugais de l'Uruguay en tant que seule langue maternelle. De plus ce graphe implicatif nous montre que cette catégorie professionnelle s'associe au fait de ne pas avoir réalisé d'autres formations, au-delà de celle qui les habilite à travailler. Il apparaîtrait donc que ce dialecte soit plus fréquent chez les personnes ayant une scolarité inférieure. Cependant, il faut rester vigilant avec les analyses trop rapides ou des interprétations réductionnistes car comme nous l'avons montré dans le sous-chapitre 2.1 dans le tableau 8 (répartition de l'échantillon uruguayen par langue maternelle et catégorie professionnelle) il y a des médecins, des infirmiers et des cadres de santé qui ont également ce dialecte en tant que langue maternelle (seule ou accompagnée d'une autre langue).

Nous finissons ainsi la présentation de nos analyses faites grâce au logiciel SPAD et au logiciel C.H.I.C, qui nous ont permis d'analyser plus finement les aspects linguistiques concernant la frontière Uruguay-Brésil. Ces analyses nous ont permis d'observer comment les

difficultés ou les facilités rencontrées du fait de travailler dans un espace marqué par la diversité linguistique, sont en lien avec la langue maternelle des professionnels. Par exemple, il a été très intéressant de voir avec l'arbre de similarités que le portugol s'associe au fait de trouver des facilités linguistiques. Cette analyse s'est enrichie avec celle du graphe implicatif (Figure 16) où nous observons en plus, que ceux qui ont cette langue maternelle, semblent ne pas être attirés statistiquement par les difficultés générales, c'est-à-dire, celles qui ont à voir avec le métier proprement dit. D'après ces analyses nous pouvons affirmer que les personnes ayant le portugol comme seule langue maternelle, mais aussi ceux qui l'ont, accompagnée de l'espagnol ou du portugais (portugol-espagnol / portugol-portugais) déclarent que la diversité linguistique présente à cet endroit leur offre des facilités dans leur activité professionnelle. C'est ainsi que nous confirmons notre troisième hypothèse qui énonçait que les professionnels de santé dont leur langue maternelle ou l'une d'entre elles se situe dans la variété linguistique *basse* –portugol, aussi bien en tant que dialecte, qu'interlangue et que moyen de communication– éprouveront davantage de facilités linguistiques dans leur activité professionnelle.

Par ailleurs, notre deuxième hypothèse énonçait que les professionnels de santé dont leur langue maternelle se situe uniquement dans la variété linguistique *haute* –portugais ou espagnol– éprouveront davantage de difficultés linguistiques dans leur activité professionnelle. Par rapport à celle-ci, nous avons pu voir que ceux qui ont seulement le portugais comme langue maternelle rencontrent davantage de difficultés dans ce contexte plurilingue. Cela est confirmé grâce aux analyses faites aussi bien avec SPAD qu'avec C.H.I.C. Par contre, il faut rappeler ici que, comme il a été énoncé auparavant, les difficultés linguistiques déclarées par ces professionnels ne sont qu'en partie en lien avec le contexte frontalier. Le seul phénomène qui est en lien avec le contexte est le fait d'avoir affaire à des patients arabophones qui sont généralement accompagnés d'un membre de la famille qui fait office d'interprète. Avoir un intermédiaire dans la rencontre soignant-soigné serait ce qui viendrait rendre difficile la communication. Cependant les deux autres raisons évoquées (avoir affaire à des patients de Montevideo qui parlent un espagnol quelque peu différent et ne pas comprendre le patient en raison de son état psychique) ne sont pas vraiment en lien avec le contexte frontalier. De ce fait, même si une partie des données montre que les sujets ayant seulement le portugais comme langue maternelle sont effectivement ceux qui rencontrent davantage de difficultés, celles-ci ne sont pas toutes en lien avec le contexte mais répondent à d'autres raisons.

Par ailleurs, les professionnels ayant l'espagnol en tant que seule langue maternelle ne rencontrent pas de difficultés linguistiques mais d'après les résultats, ne rencontrent pas non plus de facilités. Ainsi, la diversité linguistique présente dans cet espace n'entraînerait pas des difficultés ni des facilités pour les sujets qui ont l'espagnol comme seule langue maternelle. Au vu de ces résultats, nous observons qu'une partie de notre deuxième hypothèse se confirme mais qu'une autre partie s'infirme. De ce fait nous infirmons cette deuxième hypothèse car bien que confirmée par les lusophones, elle ne se confirme pas par les hispanophones.

Globalement, nous pouvons conclure ce chapitre en disant que, grâce à toutes les analyses statistiques, nous avons pu voir que la diversité linguistique présente à cet endroit ne fait pas tellement obstacle à l'activité professionnelle, ce n'est pas l'entrave principale puisque seulement 23% de l'échantillon déclarent éprouver des difficultés à cause de cela. De plus, presque la moitié de l'échantillon (49%) déclare rencontrer des facilités dans son travail en raison de la situation linguistique. Ce n'est donc pas à ce niveau que se situent les difficultés. Nous analyserons dans le prochain chapitre les difficultés, autres que linguistiques, en lien avec le fait de travailler dans ce contexte spécifique.

Chapitre 3 : L'espace frontalier Uruguay-Brésil rend-il plus difficile la prise en charge des patients ?

Comme nous venons de le voir, les difficultés rencontrées en raison du plurilinguisme qui caractérise la frontière Uruguay-Brésil, sont exprimées par 50 personnes de l'échantillon. Lorsque nous regardons le taux par rapport aux difficultés d'ordre général, nous remarquons que celui-ci est plus élevé car il concerne 78 personnes sur 208. En effet, 37% de l'échantillon déclare éprouver des difficultés qui se répartissent de la manière suivante en fonction du pays et de la catégorie professionnelle :

Professionnels uruguayens	Effectifs	Sur un total
Cadres de santé	11	15
Infirmiers	31	68
Agents de service hospitalier	2	38
Médecins	14	28
Total	58	149

Tableau 22 : difficultés rencontrées par pays et par catégorie professionnelle (Uruguay)

Comme nous le montre le tableau 22, parmi les 78 personnes qui rencontrent des difficultés générales, 58 d'entre elles sont des uruguayens (sur un total de 149 uruguayens faisant partie de l'échantillon). Nous voyons de cette manière que 39% des professionnels ayant cette nationalité éprouvent des difficultés générales. Parmi eux, les cadres de santé sont ceux qui déclarent en éprouver davantage (73%). C'est d'ailleurs ce que nous avons pu repérer grâce à l'arbre de similarités (Figure 11), réalisé avec la méthode d'Analyse Statistique Implicative. Ce dernier montre qu'effectivement un lien rapproche les cadres de santé uruguayens des difficultés générales rencontrées dans cet espace géographique.

Lorsque nous regardons les données concernant les professionnels brésiliens, nous constatons également que les cadres de santé, tout comme les médecins, constituent l'une des catégories qui déclare trouver davantage de difficultés autres que linguistiques :

Professionnels brésiliens	Effectifs	Sur un total
Cadres de santé	5	9
Infirmiers	10	37
Agents de service hospitalier	1	7
Médecins	4	6
Total	20	59

Tableau 23 : difficultés rencontrées par pays et par catégorie professionnelle (Brésil)

Le tableau 23 nous montre que parmi les 78 personnes qui déclarent des difficultés générales, 20 sont des professionnels brésiliens (sur un total de 59 faisant partie de l'échantillon). De ce fait, 33% de l'échantillon brésilien rencontre des difficultés autres que linguistiques. Parmi les catégories ayant déclarées ces difficultés, les cadres de santé (55% d'entre eux) et les médecins (66% d'entre eux) les énoncent le plus. Pour ces derniers, et en regardant l'arbre de similarités (Figure 10) il paraît bien y avoir des similarités entre le fait d'être médecin au Brésil et le fait de rencontrer des difficultés générales (V06 Médico et V15 Difficult oui). Avec ces données nous constatons ainsi que 20 brésiliens sur 59 et que 58 uruguayens sur 149 rencontrent des difficultés générales. Selon le test d'indépendance du χ^2 à un niveau de risque de 0,05 l'hypothèse nulle n'est pas rejetée, c'est-à-dire qu'il n'y a pas une différence statistiquement significative qui nous amène à dire que les professionnels d'un des pays rencontrent plus de difficultés générales que les professionnels de l'autre pays (Annexe 14g).

A partir des difficultés énoncées par les 78 personnes de l'échantillon, nous avons dégagé les catégories suivantes :

Difficultés générales	Effectifs
Faillle de connexion entre les systèmes de santé	24
Manque de ressources humaines et matérielles	23
Bureaucratie	15
Manque de reciprocité des soins	11
Problèmes sociaux liés au contexte frontalier	10
Problèmes liés aux médicaments	9
Problèmes légaux	8
Non-continuité des soins	7
Manque de formations	5
Cohabitation de différentes cultures	5
Ensemble	117

Tableau 24 : difficultés rencontrées en raison du contexte (autres que linguistiques)

Tout d'abord, il est important d'expliquer le total de ce tableau qui affiche 117 personnes au lieu de 78, en effet, il y a des professionnels qui ont exprimé plus d'une difficulté à la fois. Dans le tableau 24 nous pouvons observer que la difficulté désignée comme « faille de connexion entre les systèmes de santé » est la plus déclarée. Nous avons inclus ici les professionnels pour qui les systèmes de santé des deux pays en question sont considérés comme différents et comme des systèmes qui ne communiquent pas entre eux. Un exemple illustratif de cette situation est donné par Geneviève, cadre de santé brésilienne, qui signale l'importance d'établir une connexion entre les deux :

A gente poderia ampliar coisas, né? Até porque o, o arquivo do Uruguai, eles tem coisas que a gente não tem aqui, né? Por exemplo, tem, vem mais especialistas, né, é mais perto pra gente, se pudesse ser aqui [nom de la ville], do que ter que mandar pra [nom d'une autre ville plus lointaine], porque lá é mais longe, né? E até em questão de exames e tudo, eles fazem raio xis, aqui mesmo a gente não tem, tem que mandar pra [nom d'une autre ville plus lointaine] né? Se houvesse essa integralização, essa, essa, né, esse acordo, né, acho que claro que facilitaria o trabalho, sem dúvida.

Geneviève explique que s'il y avait une interconnexion entre les deux systèmes de santé, il serait possible de reconduire les patients brésiliens vers la ville frontalière du pays voisin au moment de voir un spécialiste ou de faire certains examens, au lieu de devoir les orienter vers une autre ville brésilienne plus lointaine. Elle indique que si une intégration entre ces systèmes avait lieu, son travail serait facilité en retour. Cette nécessité d'un cadre institutionnel binational est également soulevée par Harold, médecin uruguayen au moment de dire que :

Yo he escuchado, me he cansado de escuchar políticos brasileiros, ya ni sé los nombres porque ya directamente ni les prestó atención, “hospital binacional”, “centro de diálisis binacional”, “convenios para transito libre binacional”, tanta cosa binacional que de tan binacional ¡que nos les creo!... [rires] [...] no conozco ninguna institución binacional [...] la verdad que... no existe. No existe nada. Lo único que existe es mucha sasarasa, mucha sasarasa y gente que viene de Montevideo a hacer reuniones de bilateralidad pero en realidad práctica, no existe absolutamente ningún mecanismo ni coordinación ni nada.

Selon ce médecin, plusieurs politiciens brésiliens parlent (« *Lo único que existe es mucha sasarasa*⁸⁴») de projets binationaux (centre de dialyses binational, hôpital binational, etc.) mais il dit ne pas du tout les croire car dans la pratique il n’y a aucune institution binationale. En outre, il remarque qu’il existe des réunions concernant la bilatéralité mais que, concrètement, il n’y a pas de coordination binationale.

Cet aspect concernant le manque de connexion entre les systèmes de santé est aussi soulevé par son confrère Didier, pour qui, et à différence de Harold, bien qu’il y ait une volonté politique, cette connexion finit par ne pas avoir lieu :

I: lo ideal sería, lo ideal sería, acá en [nom de la ville] que hay mucha interconexión entre ambos lados de la frontera, que bueno, que hubiera algún, algún, este...que hubiera... algún mecanismo, alguna norma que pudiera regular el trabajo médico haciendo excepción y teniendo la dialéctica de los, de los, de los países ¿no? Pero bue... no sé

C: ¿eso te parece entonces que está faltando?

I: no, hay un tema de voluntad como dijimos hace un rato. Hay un tema de voluntad, hay un tema de voluntad política, pero más allá de la voluntad política, este, para actuar también hay una, hay una, tendría que haber una interrelación más estrecha entre lo que es la colegiatura del otro lado y los médicos de acá.

D’après Didier il serait essentiel qu’il y ait une interconnexion des deux côtés de la frontière tenant compte de la relation dialectique qui existe entre les deux pays, afin de mieux organiser le travail des médecins. Il remarque que c’est notamment la relation entre l’Ordre brésilien des médecins (« *la colegiatura* ») et les médecins uruguayens qui devrait être plus étroite. Finalement, les aspects soulevés par ces deux professionnels relèvent des questions que nous avons traitées dans la deuxième partie de ce travail, où il a été expliqué que malgré les deux accords bilatéraux signés en 2004 et 2010 (Annexe 1 et 2), le Conseil Régional de Médecine de Rio Grande do Sul s’oppose à ces accords et crée ainsi certaines barrières. Autrement dit, des normes autorisant les professionnels de santé à travailler de l’autre côté de

⁸⁴ « *Sasarasa* » est une locution qui pourrait se traduire en français par « *blabla* ». Cela dénote un discours vide de sens ou mensonger.

la frontière en cas de besoin existent déjà sur cet espace frontalier car ces accords permettent de travailler dans les zones géographiques frontalières. Toutefois, le Conseil Régional de Médecine de Rio Grande do Sul brésilien remet en cause ces normes et ne facilite pas leur application réelle. D'après cette instance, tout médecin étranger désirant travailler au Brésil doit valider son diplôme si celui-ci n'a pas été obtenu dans ce pays. De ce fait, nous observons que les questions touchant au développement de relations binationales en matière de santé vont bien au-delà de la volonté politique et des efforts visant l'intégration entre les deux pays.

Au-delà de ces aspects, nous remarquons que la deuxième difficulté la plus déclarée (par 23 personnes) dans le tableau 24 est en relation avec le manque de ressources humaines et matérielles. Ce type de difficulté concerne aussi bien le manque de personnel que des ressources permettant le bon déroulement de la prise en charge du patient. Afin d'illustrer ce genre de difficulté nous montrerons trois exemples tirés des entretiens d'instructions au sosie. Commençons par Didier qui à travers ses propos nous montre à quel point le manque de ressources matérielles peut affecter son activité professionnelle :

La medicina que hacemos acá, en [type d'institution] con pocos recursos es muy despiadada. Es una, es una exprimidora de cerebros ¿no? Te voy a poner este ejemplo. No tengo hemograma, tengo tres pacientes esperando tener un hemograma. ¡Un hemograma! ¡Un hemograma!⁸⁵ Están limpiando la maquina, no sé... no sé qué problema tienen pero, estoy trancado con tres pacientes. Tengo una paciente ahí que me queda medio raro, bueno, ta, no tengo ecografía, tengo que trasladarla a [nom d'une ville plus lointaine]. Y bueno... A ver [silence] Es una exprimidora de cerebros, tenés que exprimirte el cerebro. Entonces en otro lugar supongo yo que tenés más recursos, es quiero tal cosa y la tengo, chau, se acabó el problema.

Ce médecin nous explique ici que le type de médecine dans des endroits avec peu de ressources est impitoyable car ce manque fait qu'il doit « se casser la tête » (« *tenés que exprimirte el cerebro* »). Autrement dit, le fait de ne pas avoir toutes les ressources matérielles, qui dans ce cas sont en lien avec l'impossibilité de faire un hémogramme et une échographie, lui demande un effort supplémentaire pour résoudre la situation. Finalement ce fait vient lui rendre difficile son activité de travail car il doit forcément trouver d'autres moyens pour arriver au diagnostic. Dans le cas d'une patiente ayant besoin d'une échographie, il décide de la reconduire vers une ville plus éloignée qui compte une infrastructure où elle pourra effectivement passer cet examen. Dans l'autre cas qu'il nous

⁸⁵ Il dit cela avec un ton exclamatif qui dénote que pour lui c'est inconcevable de ne pas pouvoir faire un simple hémogramme.

raconte et qui concerne trois patients ayant besoin d'un hémogramme, nous ne savons pas vraiment de quelle manière il a fini par s'y prendre pour résoudre la situation. A ce moment-là, il nous a tout simplement dit qu'il était « coincé » (« *estoy trancado con tres pacientes* ») car la machine faisant des hémogrammes était en train d'être nettoyée. Le manque de ressources matérielles demanderait ainsi une réorganisation de l'activité professionnelle où le sujet va devoir trouver d'autres stratégies et où il va devoir accomplir d'autres actions afin d'atteindre son objectif, à savoir, la bonne prise en charge du patient. Dans ce cas, le diagnostic n'est pas complètement établi (« *Tengo una paciente ahí que me queda medio raro*») faute d'avoir la possibilité de faire des examens cliniques qui puissent donner plus d'indices sur l'état de santé du patient. Didier remarque encore à la fin de ce fragment que dans ce type de structures de santé il doit « se casser la tête », contrairement à d'autres endroits où il suppose qu'avec plus de ressources, il rencontrerait moins de problèmes dans son activité professionnelle (« *Entonces en otro lugar supongo yo que tenés más recursos, es quiero tal cosa y la tengo, chau, se acabó el problema* »).

C'est également le cas de Céline, agent de service hospitalier en Uruguay, elle nous explique qu'elle travaille dans deux institutions, l'une privée, l'autre publique. D'après elle, cette dernière institution ne lui fournit pas les matériaux nécessaires, ce qui se répercuterait sur la qualité de son travail :

Yo tengo un trabajo público, trabajo acá en [dit le type d'institution] y en una empresa privada. En la empresa privada está todo al alcance de la mano, como yo te decía, tengo todos los productos para trabajar. Entonces cuando yo vengo a trabajar acá me encuentro con que tengo lo mínimo [...] y me siento incómoda por el poco material que tengo para trabajar. Porque es lo que te decía yo, si nosotros tuviéramos todo lo que yo tengo para trabajar en la empresa privada, sería mucho más fácil, sería mucho más fácil, tendría mucho más tiempo para tener más limpio, más más más organizado [...] Es en esa parte que yo me siento incómoda, en la falta de materia prima, principalmente.

Céline souligne ainsi que dans l'entreprise privée où elle travaille, elle a tout à portée de main pour pouvoir réaliser son travail correctement, alors que dans l'institution publique son activité professionnelle s'accomplit avec le minimum des matériaux nécessaires (« *acá me encuentro con que tengo lo mínimo* »). Elle commente qu'en raison de cette situation elle se sent gênée puisque si elle disposait de tous les matériaux nécessaires, son travail serait facilité en retour et tout serait plus propre et plus organisé. Nous observons que ce manque de ressources matérielles lui empêche en quelque sorte de développer un « travail bien fait » (Clot 2008, 2010). Autrement dit, Céline sait qu'elle pourrait faire mieux, mais les conditions

font qu'elle ne peut pas le faire, ce qui peut être compris comme une « activité empêchée » (Clot, 2010). C'est également ce qui est décrit par Mathilde, infirmière brésilienne, lorsqu'elle nous explique qu'elle se sent frustrée de ne pas avoir le matériel adapté pour réaliser son travail :

A falta de material, a falta de, de treinamento, né, pra atender com melhor qualidade aquele paciente, né? Ou, a intuição de que alguma coisa possa sair errada naquele momento e comprometer a saúde ou a vida desse paciente, porque nós temos uma responsabilidade muito grande com nosso trabalho. Então no momento em que tu não, tu tem conhecimento do que tu poderias fazer muito melhor e tu não tens o material adequado, né? isso deixa o profissional aflito, né? Deixa a gente, deixa frustrado [...] De saber que dá pra fazer melhor, mas que não é possível naquele momento por, às vezes por uma falta de um material [...]

Ce sentiment de frustration serait également en lien avec l'empêchement du « travail bien fait » puisque comme elle le remarque, elle sait qu'elle pourrait faire les choses d'une meilleure manière (« *saber que dá pra fazer melhor* ») mais que ce n'est pas possible à cause justement de ce manque de ressources. Ces deux exemples dénotent à notre avis de ce que Clot (2010) a désigné sous le terme d' « activité empêchée » comprise comme tout ce que le professionnel ne peut pas faire et qui est source de souffrance. Cette dernière serait donc beaucoup moins en lien avec l'activité réalisée qu'avec ce qui n'est pas possible de faire, avec donc l'activité empêchée du travailleur. En outre, et à la fin du deuxième entretien d'instruction au sosie, Mathilde nous explique, en étant très enthousiaste, qu'elle aimerait avoir une ambulance complètement équipée, un meilleur salaire et plus de professionnels qui travaillent dans l'institution :

C: Qual é o seu sonho? O que você gostaria de fazer na sua atividade profissional?

I: Eu já imagino assim, ó, eu imagino essa ambulância nova que tá aí, equipada na porta do [type d'institution], com todos os materiais necessários, que eu sinta prazer em chegar lá, me sentar e dizer assim: “pode ir, que eu tenho quase tudo” [rires] Pra trabalhar. Outra coisa que eu, que eu gostaria de ter é que tivesse mais profissionais nos finais de semana, pra atuar junto com a gente, né? E um salário mais digno. Essas três coisas, eu acho que eu ficaria muito feliz pra vir trabalhar [rires] né? Essas coisas me deixariam muito bem.

Elle commente qu'avec plus de ressources matérielles (ambulance, meilleur salaire) et plus de ressources humaines (plus de professionnels dans l'institution) elle pourrait travailler en étant plus heureuse. Contrairement au fragment précédent et à un autre fragment où nous montrerons que Mathilde est attristée de travailler dans un contexte avec tant de pénuries, lorsque nous l'amenons à parler de ce qu'elle aimerait faire dans son activité professionnelle,

de ce qu'elle rêve de faire, elle rit en se montrant très joyeuse. Autrement dit, en essayant de comprendre *le réel de l'activité* (Clot, 1999b, 2005a) de Mathilde, ce qu'elle aurait voulu faire ou rêve de pouvoir faire, nous observons que son état d'esprit change et qu'elle se sent contente rien que de l'imaginer. Nous reviendrons sur ces questions touchant au réel de l'activité dans les prochains chapitres, mais il nous semblait important de pouvoir montrer d'ores et déjà la dialectique qui s'établit entre certains aspects de l'activité des professionnels de santé. Le manque de ressources lié à un contexte particulier, qui peut amener à une activité empêchée générant une certaine souffrance au travail, est un de ces aspects. D'où aussi l'importance de ce type de méthodes *indirectes* où il est possible d'orienter le sujet vers la partie inobservable de son activité, sur ce qu'il imagine pouvoir faire, sur ses désirs, sur sa manière d'imaginer que son activité professionnelle le rendrait plus heureux. C'est toute cette partie inobservable qui est également importante à l'heure de vouloir comprendre l'activité des professionnels de santé (ou une partie d'elle), régie par un contexte ayant certaines caractéristiques sociales, culturelles, économiques qui viendront la faciliter ou, au contraire, la rendre difficile.

Dans ce sens, une autre caractéristique de ce contexte qui est vécu par 15 personnes comme une difficulté, est la bureaucratie présente à l'heure de la prise en charge des patients. Cet aspect est étroitement lié à la première difficulté que nous avons traitée et qui concerne la faille de connexion entre les deux systèmes de santé, puisque ce qui est soulevé ici est que la difficulté au travail surgit lorsque le patient du pays voisin n'a pas tous les documents nécessaires pour bénéficier du soin. Dans ce sens et même si au-delà de ces aspects, la prise en charge aura quand même lieu car « c'est la vie avant tout », comme l'ont exprimé plusieurs professionnels, c'est quand même un aspect qui ne facilite pas la prise en charge. Cette bureaucratie déclarée en troisième lieu est en lien également avec la quatrième difficulté du tableau 24 qui concerne le manque de réciprocité de soins. Cette dernière a été énoncée par 11 professionnels qui déclarent prendre en charge des patients du pays voisin en disant que l'inverse n'est pas forcément vrai. Autrement dit, des professionnels brésiliens commentent que si des uruguayens se présentent dans le centre de santé, ils seront pris en charge mais que si un brésilien va du côté uruguayen, la prise en charge risque de ne pas avoir lieu. Les mêmes propos sont énoncés par des professionnels uruguayens qui déclarent prendre en charge des patients brésiliens tout en soulignant que leurs compatriotes uruguayens ne seront pas forcément pris en charge du côté brésilien de la frontière.

Cet aspect a tout particulièrement attiré notre attention car certains professionnels des deux côtés de la frontière énoncent ce phénomène, alors qu'il n'est pas évoqué par les autorités des institutions. Que se passe-t-il dans cette situation ? Grâce aux observations ethnographiques réalisées sur place, nous avons pu constater que cela relève plus d'un stéréotype que d'une réalité. Nous avons pu voir que des brésiliens fréquentent des institutions de santé uruguayennes tout comme des uruguayennes se rendent dans des centres de santé brésiliens et que dans les deux cas la prise en charge a effectivement lieu. C'est pour cette raison que nous pensons que cela relève plus d'un stéréotype que d'un phénomène qui corresponde effectivement à la réalité. Comme nous l'avons souligné dans la deuxième partie de ce travail et comme nous avons pu l'observer sur le terrain, si le patient a les documents demandés par l'institution en question (carte SUS pour se faire soigner au Brésil, registre dans le système Asse⁸⁶ pour se faire soigner en Uruguay), la prise en charge est assurée. Comme le déclarent à plusieurs reprises les professionnels de santé d'un côté et de l'autre de la frontière « c'est la vie avant tout ».

Quoi qu'il en soit c'est quelque chose qui est vécu comme une difficulté et qui est en lien avec la difficulté que nous avons désignée comme « manque de continuité de soins », énoncée par 7 personnes de l'échantillon. Celle-ci concerne notamment le fait de ne pas pouvoir faire un suivi adéquat du patient car ce dernier se fait soigner parfois dans un pays, et parfois dans l'autre. Cela concerne par exemple le cas des vaccins, qui a été soulevé par des professionnels des deux pays en question. La difficulté se situerait dans le fait que le patient se fait parfois vacciner dans les deux pays alors que les vaccins et le chronogramme ne sont pas exactement les mêmes. Vu qu'il n'existe pas un système informatique binational qui régule les immunisations, les professionnels seraient amenés à regarder minutieusement le carnet de vaccination des patients afin de voir s'ils ont tous les vaccins, s'ils leur en manquent ou s'ils en ont trop. Effectivement, lorsque nous regardons le carnet de vaccination d'un pays et de l'autre, nous nous apercevons qu'au Brésil il y a plus de vaccins obligatoires qu'en Uruguay. C'est le cas du vaccin contre le rotavirus et le vaccin antineumococcique qui ne sont pas administrés en Uruguay, ou en tout cas, pas de manière systématique ni obligatoire. Ce type de cas demande donc une vigilance particulière de la part des professionnels, afin de ne pas commettre des erreurs au moment d'orienter le patient par rapport aux questions touchant à l'immunisation.

⁸⁶ Administration des Services de Santé de l'Etat.

Par ailleurs, d'autres difficultés ont également été soulignées par les professionnels de santé, elles sont en lien avec les problèmes sociaux présents sur cet espace frontalier et influenceraient d'une manière ou d'une autre l'activité de ces professionnels. Parmi ces problèmes, les sujets déclarent notamment des questions touchant à la prostitution, au manque de travail, au peu de possibilités de réaliser des études supérieures, aux problèmes politiques et aux problèmes avec les drogues. Comme nous le montre le tableau 24, 10 personnes déclarent ce type de difficulté et bien que cela ne constitue qu'une faible partie de l'échantillon, nous avons trouvé important de le mentionner ici. Nous illustrerons ce type de difficulté à partir des propos de Didier qui, en tant que médecin uruguayen travaillant aux urgences, nous explique dans quelle mesure un patient consommateur de drogues lui rend son activité plus difficile :

[...] es un paciente molesto, requirente, demandante, generalmente son agresivo, y... ya de por si violentan el cuerpo médico; porque... o sea, todo lo que hablábamos el otro día, de todas las cosas que tenés que lidiar en la puerta, encima tenés que lidiar con un drogadicto. Y ser un drogadicto no es una obligación... como no es una obligación ser un drogadicto, ya de por sí ya partimos, ya empezamos mal. Entonces, este, es un paciente que nos puede llevar más tiempo, nos puede consumir recursos, nos puede obligar a sacar un traslado antes de tiempo porque ese paciente está incontenible. Entonces digo, también nos agota los recursos, o los plazos, o los tiempos para trabajar.

Didier explique ainsi que pour lui ce sont des patients gênants, demandeurs et généralement agressifs. Il souligne que ces patients peuvent demander plus de ressources et plus de temps (« *es un paciente que nos puede llevar más tiempo, nos puede consumir recursos, nos puede obligar a sacar un traslado antes de tiempo* »). A différents moments de l'entretien il nous explique qu'il faudrait avoir une structure pour ces patients car il est difficile de résoudre ce type de demandes aux urgences. Cela est vécu comme un phénomène qui aurait un impact sur les ressources (ou le peu de ressources comme il nous dit à un moment donné) de l'institution et sur sa propre activité professionnelle (« *nos agota los recursos, o los plazos, o los tiempos para trabajar* »).

Des propos semblables ont été exprimés par Mathilde, qui explique qu'il est très difficile pour les patients consommateurs de drogues d'adhérer au traitement et que cela l'inquiète tout particulièrement. Cette infirmière brésilienne remarque que la consommation est peut-être liée aussi au contexte frontalier, qui viendrait la faciliter en quelque sorte :

« E uma dificuldade muito grande de aderirem ao tratamento, e isso me preocupa. Não sei se pelo sistema de fronteira, é, não existem tantas abordagens, né, no, no sentido de, de inibir o

tráfico. Eu acho que de repente a fronteira vem facilitar isso ». Elle soulève également d'autres problèmes sociaux présents sur cet espace et qui sont en lien avec l'éducation, le manque de travail et le développement du travail informel :

Falta muito, muito, muito mesmo, né? Falta muito ainda assim, ó, serviços pra comunidade, é, chamar o cidadão pra escola, oferecer oportunidade de emprego, né? Isso faz, faz muita falta pra uma vida digna do cidadão. E essa questão social é, é bem complicada [...] Não sei se pelas diversidades culturais, né, pelas faltas de oportunidade, por essa vida cultural de comércio, né? Porque o que é que eu vejo nas pessoas aqui? Elas sobrevivem do comércio, né? Uma barraquinha vendendo óculos, outra barraquinha vendendo roupa, outra vendendo meia, né? São profissionais informais, são, que vem dali o sustento da sua família, né? Não sou contra isso. Mas acho que assim, ó, eles crescem vendo isso, né, e continuam. E aquilo vai passando de pai para filho e eles não progridem, eles não saem, a vida deles não sai disso. É vendendo carteira de identidade brasileira na porta do free shop, pros uruguaios poderem comprar, a dez reais... [silence] Né?

Cette infirmière soulève ici le fait de travailler dans un contexte marqué par le manque d'opportunités professionnelles et par le travail informel. Concernant ce dernier, elle fait allusion à la fin du fragment à la vente des cartes d'identité brésiliennes aux uruguayens afin qu'ils puissent acheter dans les *duty free*⁸⁷. Elle nous raconte cela avec beaucoup de désolation, comme si finalement, non seulement cela venait rendre plus difficile son activité professionnelle mais, en plus, travailler dans un contexte avec tant de pénuries, l'attristait profondément. Elle se demande en outre si cela pourrait être en lien avec la diversité culturelle présente à cet endroit. Elle ne nous donne pas de réponse, mais en tout cas c'est une autre difficulté qui a été énoncée par 5 personnes et qui apparaît en tant que dernière difficulté du tableau 24. Même si elle n'est soulevée que par très peu de professionnels, il est important de dire que non seulement ces difficultés vont dans le sens de ce qu'énonçait Mathilde mais qu'elles sont aussi en lien avec certaines croyances présentes à cet endroit.

Comme nous l'a dit une femme médecin uruguayenne lors d'un entretien informel, des patients viennent avec des pathologies assez avancées du fait qu'ils ont d'abord cherché d'autres moyens pour se guérir. Ces moyens consistent notamment à prendre certaines

⁸⁷ La vente ou plutôt le « prêt » des cartes d'identités brésiliennes aux uruguayens est une pratique très courante à la frontière Uruguay-Brésil. Cela est fait généralement par des brésiliens qui « prêtent » des cartes d'identité aux uruguayens pour un faible prix (pour moins de 5 euros) afin que ces derniers puissent acheter des produits de marque dans les *duty free*. Comme nous l'avons expliqué dans la partie contextuelle de cette recherche, ces magasins sont installés du côté uruguayen de la frontière et le prix des produits est assez avantageux car ils sont vendus hors taxes. Par contre, la vente est exclusive aux étrangers, d'où que les uruguayens ne puissent pas en acheter et que pour le faire ils utilisent des moyens comme ceux que soulève Mathilde.

« tisanes guérisseurs » ou à aller consulter chez quelqu'un⁸⁸ qui prie pour la personne en, soi-disant, lui ôtant tous les maux. D'autre part, cette professionnelle souligne qu'au-delà de ces cas, elle voit également des patients, une fois énoncé le diagnostic, qui ne suivent pas le traitement indiqué car ils préfèrent aller voir ce type des personnes afin de se faire « *santiguar* »⁸⁹.

Nous voyons de cette manière, et à travers tous les exemples présentés ici, que certaines difficultés générales sont exprimées par les professionnels de santé travaillant dans l'espace frontalier Uruguay-Brésil. Cependant, et comme nous l'avons énoncé au début de ce chapitre, cela concerne que 37% de l'échantillon et en comparant les professionnels des deux pays, il n'y a pas de différence statiquement significative au risque de 0,05 (Annexe 14g).

En relation justement avec les difficultés retrouvées, nous avons énoncé en tant que quatrième hypothèse de travail, que les professionnels de santé originaires de la frontière Uruguay-Brésil sont ceux qui rencontrent le moins de difficultés –aussi bien générales que linguistiques– dans leur activité professionnelle. Pour traiter cette hypothèse nous avons utilisé le test d'indépendance du χ^2 à un niveau de risque de 0,05 afin de voir si, d'une part, existe un lien significatif entre le lieu de naissance du sujet et le fait de déclarer des difficultés générales, et d'autre part, s'il existe un lien significatif entre le lieu de naissance et le fait de déclarer des difficultés linguistiques en raison du contexte plurilingue. Lorsque nous regardons les résultats de ce test statistique (Annexe 14h) nous nous rendons compte qu'il n'y a pas de lien significatif ni entre le lieu de naissance du professionnel et le fait d'exprimer des difficultés générales, ni entre le lieu de naissance et la déclaration de difficultés linguistiques (Annexe 14i). Par contre pour ce dernier cas de figure le χ^2 calculé est de 3,77 alors que la valeur critique à un niveau de risque de 0,05 se situe à 3,84. De ce fait nous voyons que le lien était presque confirmé et lorsque nous regardons le tableau des attirances et des répulsions (Annexe 14i), il est possible de voir que ceux qui habitent à la frontière sont ceux qui seraient les moins attirés par les difficultés linguistiques.

⁸⁸ Nous parlons ici de ce qui en espagnol est connu sous le nom de « *hacerse santiguar* » et qui se réfère à une pratique religieuse consistant, entre autres, à faire le signe de la croix sur la personne et à réciter des prières. C'est également une pratique assez courante qui se fait auprès des bébés ou des petits enfants afin de leur soigner le « *mal de ojo* » (le mauvais œil).

⁸⁹ C'est le cas notamment du zona (herpès zoster) qui en espagnol s'appelle « *culebrilla* » et qui se réfère à une éruption cutanée due à une infection. Selon la croyance populaire l'éruption sur la peau a une forme de serpent et si l'extrémité gauche du zona rejoint l'extrémité droite, la croyance affirme que le patient a peu de chances de survivre... De là les personnes adhérant à cette croyance préfèrent se soigner par des prières et des onguents et non pas à travers un traitement médicamenteux.

De cette manière, nous constatons que les professionnels de santé qui sont originaires de la frontière ou du département frontalier ne sont pas ceux qui rencontrent le moins de difficultés générales, ils sont tout aussi tenus que les autres à rencontrer des difficultés. Le même cas de figure se présente pour les difficultés linguistiques. Au vu donc de ces données, nous infirmons notre quatrième hypothèse car il n'y a pas de lien statiquement significatif entre les professionnels de santé originaires de cet espace frontalier et les difficultés linguistiques et générales. En tout cas et comme nous l'avons vu, la tendance de l'échantillon est à ne pas rencontrer des difficultés linguistiques et pour ce qui concerne les difficultés générales, il est essentiel de nuancer les résultats obtenus. Pourquoi une telle posture ? Parce que parmi les difficultés générales déclarées par 37% des professionnels, plusieurs d'entre elles ne sont pas vraiment en lien avec le contexte frontalier en lui-même. Il y a effectivement des difficultés qui sont en relation avec le fait de travailler dans un espace caractérisé par une démarcation institutionnelle entre deux pays mais il y en a d'autres qui répondent à d'autres raisons. Autrement dit, lorsque les professionnels évoquent des difficultés telles que « faille de connexion entre les systèmes de santé », « bureaucratie » ou « non-continuité des soins », nous pensons qu'effectivement ces difficultés relèvent du contexte frontalier. En revanche, les difficultés du type « manque de ressources humaines et matérielles » ou « manque de formations » seraient d'après nous plutôt en lien avec le fait de travailler dans un endroit éloigné des grandes villes et de la capitale.

C'est pour cette raison que nous pensons que globalement ce n'est pas un contexte qui viendrait rendre tellement difficile l'activité professionnelle. Par ailleurs, nous avons vu à travers certains entretiens que pour certains sujets c'est plutôt un espace qui ferait développer d'autres compétences (de décentration, relationnelles, linguistiques) mais aussi qui permettrait l'élargissement du savoir-faire en faisant parfois plus que ce que la prescription établit. C'est exactement sur ce point que nous allons nous attarder dans le prochain chapitre.

Chapitre 4 : Une frontière propice aux situations potentielles de développement

Dans ce chapitre nous discuterons du fait que le contexte frontalier, dans certains cas, pourrait fonctionner comme un espace propice au développement de compétences professionnelles. Comme nous l'avons souligné dès le début de la quatrième partie de ce travail, plusieurs professionnels de santé vont au-delà des compétences techniques et en développeraient d'autres, telles que des compétences de décentration, relationnelles et

linguistiques. Celles-ci leur permettraient d'atteindre l'objectif de leur activité professionnelle qui est la bonne prise en charge du patient ; c'est-à-dire une prise en charge empathique où le patient se sente à l'aise et en confiance avec le professionnel pour lui faire part de ses maux. Au même temps, ce dernier, à travers les informations fournies par le patient et éventuellement par des examens cliniques, doit arriver à faire un diagnostic pertinent et proposer en conséquence un traitement qui soit adapté à ce patient. Comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, ce diagnostic sera d'autant plus juste si le professionnel « apprend à comprendre » (Abdallah-Pretceille, 1996) le patient malgré les différences culturelles, linguistiques, socio-économiques qui peuvent exister entre eux.

Nous avons ainsi remarqué que c'est un contexte qui demande des compétences particulières qui vont au-delà des compétences techniques, mais qu'en plus ce contexte permettrait aussi aux professionnels d'élargir leurs compétences techniques. En effet, nous avons noté que chez certains professionnels, l'espace frontalier fonctionne comme une « situation potentielle de développement » dans le sens que Mayen (2008, 2012) a donné à ce concept. Selon l'auteur, les situations sont forcément sociales et de ce fait, elles sont propices au développement des compétences. Bien évidemment, toutes les situations rencontrées dans la vie professionnelle du sujet ne l'amènent forcément à se développer mais celles où il pourra effectivement le faire sont comprises par Mayen (2012) comme « une conjonction entre les conditions externes [...] et la logique interne de la dynamique de la vie professionnelle (ou sociale) d'une personne (ses motifs, ses capacités) à une période donnée » (p. 293-294). Nous rejoignons tout particulièrement cet auteur sur ce point, puisque nous avons pu observer que le contexte frontalier, pour quelque raison que ce soit, amènerait certains professionnels non seulement à développer des compétences autres que techniques mais, en plus, à élargir ces dernières. Autrement dit, que ce soit par le manque de ressources humaines, par empathie, par humanité ou pour éprouver le sentiment de « travail bien fait » (Clot 2008, 2010), les professionnels iraient parfois au-delà de la tâche prescrite par la hiérarchie et/ou au-delà de leurs compétences techniques afin d'assurer la bonne prise en charge du patient.

Pour illustrer ces propos, nous montrerons quatre exemples issus des entretiens réalisés auprès de deux professionnels uruguayens et de deux brésiliens. Dans deux cas, nous avons remarqué que la hiérarchie soutient ces pratiques, c'est-à-dire que celles-ci font partie de ce qui est attendu de la part du professionnel. Dans les autres cas, ce sont des pratiques qui dépassent les obligations formelles et qui donnent une place aux initiatives personnelles du professionnel. Nous commencerons par ces deux derniers cas qui concernent un infirmier

uruguayen et une cadre de santé brésilienne. Etant donné que des questions juridiques sont en jeu pour deux sujets, nous avons décidé, dans certains cas, de ne pas préciser le type d'entretien et d'omettre certaines informations.

Dans un entretien d'instruction au sosie, nous avons pu remarquer qu'un professionnel uruguayen prend certaines initiatives qui vont au-delà de ce qui est attendu de sa part par la hiérarchie. A travers de ses déclarations, il est possible de voir que pour ce professionnel il est important d'aller au-delà de la tâche prescrite :

[...] no te preparan para eso. Eh... eso va un poco en la impronta personal porque de repente yo puedo decir "bueno, ta en eso yo no me meto, no me corresponde, lo mío es tomate la pastillita a tal hora y que te vaya bien". Este, pero a mi manera de ver y a mi manera de, de, de ser, bueno, hay que ser, ir un poquito más más allá.

Comme il le souligne ici, s'il s'en tient à la tâche prescrite, il devrait dire à ses patients tout simplement de prendre le cachet à l'heure qu'il faut en leur souhaitant une bonne continuation (« *lo mío es tomate la pastillita a tal hora y que te vaya bien* »). Toutefois et d'après ce professionnel, il faut aller plus loin (« *ir un poquito más más allá* »). Le but d'aller plus loin que ce qui est attendu de sa part répond à son envie de bien comprendre ce qui arrive au patient afin de lui proposer une prise en charge qui aille bien au-delà de la prise de médicaments. Il note qu'il est important qu'un soutien permanent puisse être proposé aux patients et que, pour ceci, il faut tout d'abord connaître leur situation socio-économique et leurs problèmes quotidiens afin que la prise en charge soit la plus adaptée possible :

Hay pacientes que yo ya conozco su caminar, cuando yo veo que viene caminando de tal manera, yo ya sé que viene con algún problema, ahí ya sé que tengo que incorporar el psicólogo antes de más nada ¿no? Porque eso es otra cosa, somos un poco de cada cosa, pasamos del limpiador hasta el sostén ante una situación emocional de una persona.

Dans ce fragment, il nous explique qu'il connaît même la manière de marcher des personnes et qu'en fonction de cela il peut déjà savoir si la personne vient lui raconter un problème ou non. Le fait d'avoir la subtilité de tirer des informations si précises à partir de la manière de marcher des patients fait qu'il adopte avant tout le rôle de psychologue (« *ahí ya sé que tengo que incorporar el psicólogo antes de más nada* »). Ce à quoi il ajoute qu'il est « un peu de tout » car il est aussi bien la personne qui nettoie le centre de santé⁹⁰ que celle qui propose un soutien psychologique aux patients. Ce soutien implique non seulement des

⁹⁰ C'est un centre de santé qui ne compte pas d'agent de service hospitalier.

compétences techniques en soins infirmiers mais également et d'après lui, des compétences qui sont plutôt en relation avec celles d'un psychologue ou d'un curé :

Este, cuando vos los ves venir por la calle ya tenés una idea más o menos de lo que viene allí, entonces como que tenés un tiempito como que para soltar la escoba, el balde, el paño de piso, y, y, y ponerte, no sé, la ropa de cura, o, o, o armar el el el sillón de psicólogo, o, o, o lo que sea. Pero muchas cosas se dan en, en el conversar. Cuando llega me entrega la receta, me habla de alguna manera, este, que yo ya, este, su tono de voz ya me da la pauta de alguna cosa, este, o de repente, yo que sé, si se le hace un control, bueno, la presión está alta, “a ver ¿qué te pasó? ¿Por qué está? ¿Qué hiciste? ¿Comiste mucha sal? Bueno ahí vas como descartando, “¿comiste mucha sal?”, “no, no comí mucha sal”, bueno, este, no hace frío, la temperatura no hace frío, entonces la presión no puede estar alta por el tema del frío, entonces hay un factor emocional, tu vas investigando, vas preguntando, vas tirando del hilo, y las personas se, se, se van, es este tema de la confianza ¿no?, este, se van abriendo digamos, este, te van contando cosas y bueno a veces no es necesario de repente tanto la pastillita sino que la buena conversa, este, hace como que la persona se sienta mejor y, y, y, se vaya mejor, y también sus, sus, sus, sus dolores, sus nanas, también, este, mejoran.

Ce professionnel remarque ainsi que lorsqu'il voit les patients dans la rue en train de se diriger vers le centre de santé, il sait à peu près à quel type de problème il aura affaire et que pendant le temps qu'ils arrivent, il a un petit instant pour lâcher le balais, le seau et la serpillère et mettre les habits caractéristiques d'un curé ou pour installer le divan de psychologue (« *tenés un tiempito como que para soltar la escoba, el balde, el paño de piso, y, y, y ponerte, no sé, la ropa de cura, o, o, o armar el el el sillón de psicólogo* »). Il nous raconte cela avec un ton humoristique, où nous sentons bien qu'il a du plaisir à le faire, qu'il se sent bien en changeant de rôle et en élargissant son activité professionnelle car c'est ainsi qu'il peut mieux aider les patients. Il déclare en outre que si par exemple le patient a la tension artérielle élevée, il va tenter de savoir s'il a mangé beaucoup de sel, s'il fait froid dehors, ou si cela peut être d'ordre émotionnel. Autrement dit, il va demander au patient une série d'informations (« *¿Comiste mucha sal?* ») tout en tenant compte des variables climatiques (« *no hace frío, la temperatura no hace frío, entonces la presión no puede estar alta por el tema del frío* ») afin de faire le bon diagnostic de la situation. Si ces variables n'expliquent pas la raison de la pathologie, il souligne l'importance de parler avec la personne afin qu'elle se sente soulagée et qu'elle s'en aille du centre en se sentant mieux. Dans ce sens, ce n'est pas tant le cachet qui est essentiel (« *no es necesario de repente tanto la pastillita* ») mais plutôt le fait de parler avec le patient. C'est pour cette raison qu'il signale maintes fois

dans l'entretien qu'il est nécessaire de faire office de curé et de psychologue. L'un étant associé à la confidentialité et donc au fait de mettre le patient en confiance et le deuxième, complémentaire du premier, permettrait de donner un soutien au patient.

Par ailleurs, ce professionnel signale que parfois non seulement le cachet n'est pas tellement nécessaire mais qu'en plus, à certains moments, le fait de parler devient même secondaire car ce dont le patient a besoin est d'avoir de l'affection :

Y a veces de repente ni tanta conversa, sino que aquel toque, aquel, ¿no?, aquel, ya alivia un poco el dolor de aquella persona, que a veces no es el dolor físico, es dolor en el alma o lo que sea que aquella persona, angustia, que aquella persona trae [...] Y muchas veces las palabras están de más, simplemente con un toque, con un poquito de afecto, con un poquito de cariño, porque las personas a veces también ¿no? este, tienen sus carencias afectivas entonces bueno, si le das un poco de charla, le das un poco de, de, de, de cariño, de afecto.

Ce professionnel souligne ainsi l'importance d'être affectueux avec le patient (« *con un poquito de afecto, con un poquito de cariño* ») car à des moments les mots ne sont presque plus nécessaires. Comme il nous l'explique, un câlin (« *aquel toque* ») parfois contribue beaucoup plus à l'amélioration du patient. Du coup, et en constatant les grands besoins de certaines personnes, cette personne aurait développé non seulement des compétences de décentration et relationnelles mais en plus il aurait développé, d'après nous, son pouvoir d'agir (Clot, 2008). Celui-ci est compris comme la découverte de nouveaux buts dans l'activité professionnelle, comme ce qui permet d'aller bien au-delà de la prescription à travers des initiatives prises par le sujet. Nous pensons qu'en s'y prenant de cette manière face aux caractéristiques du contexte, et en développant son pouvoir d'agir, ce professionnel devient plus efficient et plus compétent pour résoudre les différentes situations qui peuvent se présenter dans son activité. C'est exactement dans ce sens que dans le cinquième chapitre de la première partie de ce travail, nous avons soutenu qu'un professionnel compétent serait celui qui a développé des compétences autres que techniques, qui est plus efficace et plus compatible avec le travail des autres (Vergnaud, 2001) mais qui, en plus, prend des nouvelles initiatives en développant son pouvoir d'agir (Clot, 2008).

Dans le cas de ce professionnel le suivi strict de la prescription (conseiller un médicament en cas de besoin) n'est qu'une partie de la prise en charge, ce n'est qu'un volet de son activité professionnelle. En élargissant et en développant son activité, ce professionnel proposerait une prise en charge qui est en lien avec les réels besoins de patients. Comme le remarque ce professionnel, ces besoins ne sont pas nécessairement en relation avec une

pathologie physique mais aussi et surtout avec la détresse psychologique. De plus, cette manière de s'y prendre l'amène à se sentir utile et à ressentir du plaisir dans son travail :

Porque, primero que me siento útil en esta vida ¿no? [rires] No pasar en esta vida inútilmente, así, no hizo nada, ¿no sirvió pa nada! [...] Y me gusta. Si, sino yo no estaba más acá.

Nous observons avec ce fragment que cette personne se sent utile, qu'il aime faire ce qu'il fait et cela, parce qu'il ressent du plaisir à faire des choses qui rentrent dans le champ de ses possibilités.

Nous remarquons avec cet exemple que non seulement le contexte où travaille ce professionnel l'impulserait à élargir ses compétences techniques et non techniques mais, qu'en plus, le travail qu'il a su développer à cet endroit au bénéfice de la population est une source de satisfaction. En outre, ceci peut être mis en lien avec les propos de Lhuillier (2002) lorsque l'auteur observe que le travail permet de « s'engager dans une autre histoire que la sienne [...] C'est ce qui permet de ne pas se vivre comme inutile au monde » (p. 289). Nous pensons que ce professionnel rend assez bien compte de ces aspects.

Depuis le début de ce chapitre nous avons essayé de montrer comment certains professionnels vont au-delà de ce qui est attendu de leur part par la hiérarchie en élargissant leur activité professionnelle, dans le but de proposer une meilleure prise en charge des patients. Nous avons aussi remarqué que, dans d'autres cas, le développement de l'activité a également lieu, mais cette fois-ci à la demande de la hiérarchie. Non pas parce qu'explicitement la hiérarchie demande aux sujets de se développer mais parce que le contexte et les prescriptions qui organisent l'activité professionnelle amènent les sujets à le faire. Nous parlerons ici d'un médecin uruguayen et d'une infirmière brésilienne qui se situent d'après nous dans ce cas de figure.

En ce qui concerne le médecin uruguayen, nous avons noté que le fait de ne pas travailler à la capitale (où il y a plus de ressources) le conduit à faire face à certaines situations qui vont demander de sa part d'autres actions afin, d'assurer la prise en charge. Lorsque nous lui demandons s'il voudrait nous transmettre quelque chose d'autre concernant son activité professionnelle afin de pouvoir le remplacer hypothétiquement dans son travail, il nous explique, sous un ton exclamatif, que nous allons avoir affaire à des enfants :

C: ¿querés contarme algo más de tu actividad profesional? Algo más para esta secuencia que elegimos... ¿Pensás que algo más es importante para esta substitución que yo voy a hacer?

I: ¡ah! ¡Vas a ver niños! [rires]

C: ¿y cómo tengo que hacer con los niños?

I: no, eso está, te lo dieron en la facultad

C: ¿eso ya lo sé?

I: si, si, si. *Pediatra solo hay, ese es el tema, que nosotros somos médicos generales pero en el medio rural también sos pediatra, entonces mucha gente le huye a las guardias del interior por eso mismo, porque en casi ninguna puerta de emergencia de salud pública hay pediatra de guardia y ahí solucionas todo tu, sos traumatólogo, ginecólogo, pediatra, psicólogo...*

C: ¿ah sí? ¿Todas esas competencias voy a tener?

I: si, todo lo que te guste lo podés desarrollar ahí

C: ¿cómo hago para desarrollar todas esas competencias?

I: [silence]

C: ¿cómo hago finalmente para poder ser un poco psicólogo, ginecólogo, pediatra?

I: *lo principal es la buena voluntad, acá el cien por ciento es la actitud, si venís con mala actitud, dedícate a otra cosa, acá tenés que venir con actitud positiva y bueno ta.*

Bien qu'il déclare que la faculté de médecine lui a fourni le nécessaire pour pouvoir prendre en charge des enfants, ce qu'il veut nous expliquer avec ses propos (et même s'il ne finit pas sa phrase « *pediatra solo hay* ») est que dans ce centre de santé, il n'y a pas de pédiatre disponible tous les jours de la semaine. De ce fait, et en tant que médecin généraliste, il est aussi amené à prendre en charge des enfants, mais pas seulement. Il signale que dans ce type d'institution de province⁹¹ il est tout aussi médecin que traumatologue, gynécologue, pédiatre et psychologue. Lorsque nous lui demandons si nous allons avoir toutes ces compétences le jour de la supposée substitution, il nous dit que oui et qu'à cet endroit nous allons pouvoir développer tout ce que nous aimons (« *todo lo que te guste lo podés desarrollar ahí* »). Ce fragment nous semble très significatif car, d'après nous, il parle du développement de compétences professionnelles qui est lié au contexte où se déroule son activité. Au moment de lui demander comment il fait pour être tous ces spécialistes à la fois, il reste en silence pour ensuite nous dire qu'il est fondamental d'avoir de la bonne volonté, une bonne attitude, ou encore, une attitude positive. Avec ces propos, nous comprenons que pour être médecin hors de la capitale, il faut avoir de la bonne volonté afin de faire face aux différentes situations qui puissent se présenter et afin de les résoudre efficacement.

Même si cela peut ne pas être directement en lien avec le contexte frontalier en particulier, nous remarquons que le fait que la frontière Uruguay-Brésil se situe loin de la

⁹¹ Il dit « *del interior* », c'est une manière de dire « hors la capitale » et c'est une expression qui est très utilisée en Uruguay pour se référer à n'importe quel endroit du pays hors Montevideo.

capitale des deux pays en question, ces zones sont parfois considérées comme étant rurales. De ce fait, il est peut-être possible de trouver des phénomènes semblables dans d'autres zones rurales brésiliennes ou uruguayennes où le manque de personnel peut amener le professionnel à aller bien au-delà de ce que fait un médecin généraliste dans une grande ville. Il est ainsi essentiel de remarquer que c'est un espace géographique qui comporte certaines spécificités en raison de la frontière en elle-même mais aussi des spécificités liées à l'éloignement des capitales ou des grandes villes.

En tout cas, ce contexte ferait que la tâche prescrite qui régit en partie l'activité de ce médecin, prévoit que ses actions ne soient pas seulement orientées dans le but de prendre en charge des problématiques typiques d'un médecin généraliste mais qu'il faut aussi s'occuper d'autres domaines touchant à la santé humaine. De plus, nous pensons que lorsqu'il dit « avoir la bonne attitude » ou « une attitude positive » il fait référence à la disposition qu'il faut avoir pour avoir envie de s'occuper des pathologies qui dépassent parfois la formation propre de médecin généraliste (il dit d'ailleurs qu'il y a d'autres médecins qui évitent de travailler dans ces zones). Bien que cette formation lui fournisse des ressources pour faire face aux enfants, aux femmes nécessitant d'une consultation en gynécologie, ou autres, il faudrait se demander dans quelle mesure cette formation est suffisante pour travailler dans ce type d'endroit. Il nous explique qu'en ce qui le concerne, il lit énormément et que dans certains cas, il téléphone des collègues travaillant dans une autre institution pour les poser des questions. De cette manière, nous avons remarqué au cours des entretiens réalisés avec ce professionnel, qu'afin de ne pas être démuné devant les diverses situations auxquelles il peut avoir affaire dans son lieu de travail, il développe des compétences de décentration, relationnelles et linguistiques mais aussi d'autres actions (lectures, téléphoner un collègue) qui visent la bonne prise en charge du patient.

D'ailleurs, il déclare se sentir bien dans son travail et que ce bien-être est donné, entre autres, par le sentiment de « travail bien fait » :

[...] simplemente el trabajo bien hecho, el hacer las cosas de acuerdo a que salgan como uno espera, que los paciente evolucionen. Eso da, a mí me reconforta mucho. No estoy hablando del agradecimiento de la gente, “ay, doctor, usted me salvó”, no, no, simplemente el hecho de ver una persona que tú la tuviste muerta prácticamente y lo ves al tipo trabajando [...] el trabajo bien hecho, el saber que las cosas se hicieron bien, el salir de la guardia y tener las cosas resueltas genera mucha satisfacción.

Dans ce fragment nous remarquons que ce n'est pas tant le remerciement de la part des patients qui reconforte ce médecin, mais plutôt le fait de voir que la personne qui était presque

morte quand il l'a reçue dans l'institution a pu retourner à sa vie habituelle (« *simplesmente el hecho de ver una persona que tú la tuviste muerta prácticamente y lo ves al tipo trabajando* »). Il mentionne l'importance du « travail bien fait », de savoir qu'il a bien fait ce qu'il avait à faire et qu'il peut quitter l'institution en ayant tout résolu. Avec ce fragment, nous comprenons que c'est justement cela qui génère chez lui beaucoup de satisfaction au travail. C'est justement un aspect qui a été remarqué par Lhuillier (2008) au moment de dire que le « travail bien fait » est celui à travers lequel le professionnel peut trouver du plaisir dans son travail. Ou encore, que le travail peut, à des moments, devenir même un synonyme de santé (Lhuillier et Litim, 2009).

Finalement, le contexte semble ainsi jouer un rôle important dans le développement de compétences techniques et non techniques et dans la nécessité d'aller bien au-delà de ce que prévoit son diplôme de médecin généraliste. Cet élargissement de son activité professionnelle l'amènerait dans son cas au « travail bien fait » car au-delà du manque de ressources et de tout un tas de variables qui sont en jeu dans son activité, il déclare être satisfait au moment où il quitte son travail. Malgré ces variables, il arrive à résoudre les situations qui se présentent devant lui et pour lesquelles il a dû développer d'autres moyens, d'autres manières de s'y prendre afin de répondre efficacement.

Enfin, et pour terminer ce quatrième chapitre où nous discutons de quelle manière le contexte inciterait le développement de compétences professionnelles, nous citerons l'exemple d'une infirmière brésilienne. Dans son cas l'élargissement de son activité professionnelle ne l'amène pas à avoir un sentiment de plaisir au travail. C'est un développement qui se fait en raison de la tâche prescrite qui est d'ailleurs prescrite d'une certaine manière en raison du contexte où se situe l'institution. Elle nous explique que si au moment où le patient arrive au centre de santé il n'y a pas de médecin ou de cadre de santé disponible, elle va prendre en charge le patient. Une fois qu'elle aura évalué ce patient, soit elle le reconduit chez lui, soit dans un autre centre de santé. La question qui se pose dans ce type de cas est de savoir sous quels critères il faut reconduire le patient, que ce soit chez lui ou ailleurs. Cette personne nous explique que dans la plupart de cas, elle oriente le patient vers un autre centre de santé : « *a maioria das coisas, sei lá, eu, a maioria das coisas, eu mando. A não ser que seja muita bobagem, né?* »

Tout au long de l'entretien elle souligne qu'en cas de doute, il faut absolument reconduire le patient car il vaut mieux « pécher par excès que par négligence » (« *peca por excesso e não por negligência* »). Elle souligne que parfois elle ne sait pas quoi faire car à des

moments elle croit que le patient n'a rien mais c'est à ce moment-là qu'elle se dit qu'elle n'est pas médecin et qu'elle n'a pas une formation pour évaluer les cas qui puissent se présenter dans l'institution :

Muitas vezes tu fica sem saber o que fazer, né? Porque tu, até às vezes passa pela tua cabeça, assim, ó, que muitas vezes a gente acha: é, não é nada, né? Mas a gente, como eu digo, a gente não é médico, né? E a gente também não estudou pra isso, entendeu, pra ter alguma avaliação, assim, né?

Finalement elle remarque qu'elle développe d'autres compétences qui dépassent celles d'une infirmière et qui sont plutôt en relation avec celles que possède un cadre de santé :

I: *Termino desenvolvendo outras competências que não são minhas de técnica de enfermagem.*

C: *Por exemplo, você pode identificar?*

I: *Por exemplo, avaliar um paciente, assim, como eu tô te dizendo que eu avaliei*

Il semblerait ainsi qu'en raison du contexte, cette infirmière élargirait ses compétences car elle se trouve dans la situation de devoir évaluer les patients afin de prendre une décision. Même si comme elle nous le dit à plusieurs reprises, il vaut mieux « pécher par excès » et reconduire chaque patient, à des moments, le motif de consultation ne mériterait peut-être pas l'orientation vers un autre centre. Cependant et étant donné qu'elle n'a pas la formation qui lui permette d'être sûre de son évaluation de la situation, elle finit par emmener le patient dans une autre institution.

« *E muitas vezes eu me questiono: será que eu tô fazendo certo assumindo? Aí vem aquela história: todo mundo fez, sempre fizeram, vamos fazer também* ». Ainsi, lorsqu'elle se demande si elle fait bien d'assumer cette situation, la mémoire transpersonnelle du métier paraît prendre le devant. C'est précisément à ce moment-là qu'elle pense à tout le patrimoine collectif transpersonnel qui organise son activité (« *Aí vem aquela história* »). Une histoire où tout le monde fait et a toujours fait et qui l'amène à dire « faisons aussi » (« *todo mundo fez, sempre fizeram, vamos fazer também* »). Dans ce fragment, nous pensons qu'elle parle exactement du genre professionnel (Clot, 1999a, 2008), de l'ensemble de normes implicites qui organisent l'activité du professionnel et qui sont partagées par un collectif de travail donné. Le genre professionnel est ici évoqué en tant qu'ensemble de ressources du passé qui déterminent l'action présente du professionnel (Clot, 2008). Finalement, c'est en raison du « stock socio symbolique » (Miossec et Clot, 2011) informel que cette infirmière agit de cette manière même si elle se demande si c'est vraiment ce qu'il faudrait faire. Le doute a ainsi lieu, mais dans ce cas, c'est le genre professionnel qui semble prendre le dessus, c'est lui en

tant que manières de dire et de faire dans un milieu professionnel qui oriente l'action du sujet. Il est donc important de remarquer que cette infirmière se tient non seulement à la facette impersonnelle de l'activité (Clot et Leplat, 2005), c'est-à-dire à la tâche prescrite, mais aussi et surtout à la facette transpersonnelle de l'activité. Cette dernière viendrait dans ce cas à avoir une importance décisive car elle questionne la tâche prescrite mais elle semble questionner beaucoup moins la mémoire transpersonnelle du métier auquel elle appartient (« *todo mundo fez, sempre fizeram, vamo fazer também* »). Nous remarquons avec cet exemple à quel point l'ensemble de règles implicites et informelles, non seulement orientent les actions du sujet, mais permettent au collectif de travail de s'en tenir à la prescription.

Nous allons nous attarder tout particulièrement sur cet aspect lors du prochain chapitre où nous tenterons de montrer le jeu dialectique qui s'établit entre la facette impersonnelle et transpersonnelle de l'activité professionnelle ainsi que sur les contributions stylistiques que les professionnels réalisent dans leur travail.

Chapitre 5 : Dialectique entre tâche prescrite, genre professionnel et contributions stylistiques

Nous venons de voir dans le chapitre précédent dans quelle mesure le contexte frontalier fonctionnerait comme un espace qui impulse les professionnels de santé vers le développement de leurs compétences. Non seulement c'est un endroit qui serait propice au développement de compétences autres que techniques (compétences de décentration, relationnelles et linguistiques) mais aussi, et dans certains cas, il amènerait à l'élargissement des compétences techniques. Nous avons ainsi tenté de montrer comment certains professionnels développent des compétences qui vont au-delà de leur formation, grâce à l'expérience acquise, mais aussi grâce aux caractéristiques du contexte.

Par ailleurs, nous avons observé comment le genre professionnel oriente les actions des sujets et également la relation qui s'établit entre celui-ci et la tâche prescrite. Afin de continuer ces analyses, et à partir de quelques exemples, nous nous consacrerons dans ce chapitre à étudier le jeu dialectique qui s'établit entre la facette impersonnelle, transpersonnelle et les contributions stylistiques réalisées par les professionnels. Mais avant cela, nous discuterons de la différence qui peut exister entre le genre professionnel en fonction des pays à partir d'un entretien fait avec un médecin uruguayen. Avec cet exemple, nous verrons comment l'ensemble de règles implicites qui organisent l'activité professionnelle des médecins uruguayens et brésiliens semble ne pas être le même. Cependant, il faut garder à

l'esprit que cet exemple n'a pas une visée de généralisation car il ne concerne qu'une situation en particulier. Toutefois, il nous aide à comprendre comment un médecin peut vivre cette différence de genre professionnel.

Lors d'un entretien d'instruction au sosie, Harold nous explique que lorsqu'un patient brésilien arrive aux urgences uruguayennes, celui-ci est stabilisé pour ensuite être reconduit vers le côté brésilien de la frontière où il sera pris en charge par son pays d'origine. Selon ce médecin, la différence se situe dans la manière dont ce patient en état critique est pris en charge au Brésil et en Uruguay :

I: eso es lo que se llama un interrogatorio somero en emergencia, que son, bueno, las causas, el traumatismo, las constantes vitales, se le hace lo que se llama el abc, ¿ta? que es la vía aérea, ver si respira, circulación neurológica y después se saca un puntaje Glasgow que se llama, que eso por ejemplo nos cuesta a nosotros enormemente, que eso está todo...está todo inventado [ríes] ¿ta? y digamos las pautas de emergencia son las mismas aquí, en Estados Unidos, en Inglaterra, porque en Uruguay no se inventa nada, se trae todo de afuera y a veces nos pasa que con profes... con colegas brasileños tenemos dificultades en comunicarnos porque no siguen... no sé si es que no están aggiornados o es que tienen otros protocolos de emergencia o quizá, este, no están informados de, de, de la, del manejo de pacientes críticos

C: ¿qué pasa con los brasileños entonces? ¿cómo es ese manejo? ¿es diferente al uruguayo?

I: yo supongo que si, no es el mismo nuestro, jeso estoy seguro!

Dans ce fragment, Harold souligne avant tout que les protocoles de soin d'urgences sont les mêmes partout (il cite les Etats-Unis et l'Angleterre). Dans ce sens, et vu que ces protocoles sont les mêmes, comme celui de Glasgow⁹², il se demande pourquoi ses confrères brésiliens n'agissent pas de la même manière que lui et que ses collègues uruguayens. Avec ses propos, nous remarquons qu'il a émis trois hypothèses pour essayer de comprendre cette différence qui, d'après nous, est une différence de genre professionnel. Il explique qu'il ne sait pas si cela peut être dû au fait que les collègues brésiliens ne soient pas « à jour » (« *no sé si es que no están aggiornados* »), au fait qu'ils aient d'autres protocoles en soin d'urgences ou encore si c'est le fait que ces professionnels ne sont pas informés de la manière dont il faut gérer un patient en état critique. Cependant, la deuxième option ne semble pas être la bonne puisqu'au début il déclare que ces protocoles sont les mêmes partout, en conséquence, les professionnels brésiliens n'auraient pas des protocoles spécifiques.

⁹² Le « *Glasgow come scale* » indique le score d'un patient en état critique en fonction de l'ouverture des yeux, de la réponse verbale et de la réponse motrice. Le patient obtient ainsi un score qui va de 3 à 15.

En tout cas, et malgré le fait qu'il ne sache pas exactement à quoi cela peut être dû, il énonce qu'il est certain que la gestion de ce type de situation n'est pas la même en fonction des pays (« *no es el mismo nuestro, ¡eso estoy seguro!* »). Une autre hypothèse est que la manière d'agir n'est pas la même car la langue de communication entre les professionnels est différente (les uns parlent en espagnol, les autres en portugais). Ce médecin a décidé de parler doucement et clairement aux professionnels brésiliens afin de se faire comprendre. En outre, il utilise le nom des protocoles internationaux dans le but d'éviter des confusions dues aux différences linguistiques. Cependant, et même de cette manière, ses confrères brésiliens n'agissent pas comme il espère :

I: yo generalmente, trato, hablo en español lo más claro posible, pausado y usando generalmente protocolos internacionales, por eso te digo de que muchas veces usando protocolos internacionales que tendríamos que entenderlos todos...

C: ¿como el de Glasgow?

I: el de Glasgow, tendría que entender, pero a veces es como que no, no... no es un tema de idioma [rires], claro, no hay un tema de idiomas porque Glasgow es Glasgow ¡aquí y en Glasgow! En Inglaterra...

Avec ce fragment nous comprenons que Harold parle doucement et clairement et en utilisant un langage technique, c'est-à-dire, en faisant référence aux protocoles internationaux qui concernent les soins d'urgence, comme celui de Glasgow. Toutefois et malgré ses efforts, il remarque que cela n'aide pas à résoudre le problème. Il conclut ainsi que la difficulté n'est pas en relation avec la langue car le protocole « Glasgow » doit être compris de la même manière partout. Autrement dit, le signifiant [glæz gou] devrait renvoyer tous les médecins au même signifié. Mais d'après lui, ce n'est pas le cas.

Cette différence concernerait tout particulièrement la gestion du temps dans le cas des patients critiques, où quelques minutes peuvent être décisives. Il nous explique cela en nous disant que :

I: en situaciones de pacientes graves que tu sabes más o menos, calculas más o menos, algo que... que se llama "la hora de oro" que es la primer hora donde ocurren la mayoría de los fallecimientos evitables, entonces nosotros tenemos un rango de, de, un rango de traslado de, muy acotado de tiempo, no podemos dudar en muchas cosas y eso está aceitado del lado uruguayo pero del lado brasileño como que no se manejan con los mismos tiempos...

C: con esa hora de oro...

I: con esa hora o con ese menor tiempo de hacer las cosas bien vendría a ser la frase, hacer las cosas bien en el menor tiempo posible, es como que se diluye un poco más y como que no hay tanto apuro [...]

Harold remarque ainsi que les médecins uruguayens sont tenus à ce qui s'appelle « l'heure d'or », c'est-à-dire la première heure où arrivent la plupart des décès qui auraient pu être évités. Dans ce sens, il explique que pendant cette première heure, le doute n'est pas permis car il faut agir vite (« *no podemos dudar en muchas cosas* »). Cependant, la gestion du temps ne serait pas la même chez les confrères brésiliens (« *como que no se manejan con los mismos tiempos...* »). Finalement, agir correctement et le plus rapidement possible n'est pas si présent au Brésil, d'après Harold « *es como que se diluye un poco más y como que no hay tanto apuro* ». D'après lui, cela ne serait pas dû à ce que la tâche prescrite diffère d'un pays à l'autre car, non seulement les protocoles en soin d'urgences seraient les mêmes partout mais en plus, la formation en médecine prévoit aussi bien en Uruguay qu'au Brésil, la manière dont il faut agir dans ce type de cas :

Es la lógica. Está en la tapa del libro. Pero llegás allá y como que se diluye la cosa. Como que "si, vemos qué hacemos, y no sé qué, pum, pam". Un mar de dudas... [...] Porque todos fuimos a la Facultad de medicina, todos leímos, los libros son universales, los muertos son todos los mismos [rises], o sea, los cuerpos son todos aquí, en la China, la medicina es lo mismo.

Comme il nous l'explique ici, cela relève plus de la logique et de la formation que d'autre chose, car la manière d'agir dans ce type de cas est écrite « sur la couverture du livre⁹³ » (« *Está en la tapa del libro* »). Ce à quoi il ajoute que les livres en médecine sont universels et que les morts sont tous les mêmes (« *los libros son universales, los muertos son todos los mismos* »). Finalement, si cette différence entre pays n'est due ni à la formation ni à la tâche prescrite, ni à des questions linguistiques, c'est qu'elle répond à une autre raison. A un moment donné il finit par nous dire que ses collègues uruguayens et lui-même croient que cela est dû à ce que la vie au Brésil vaut moins que la vie en Uruguay : « *Porque la verdad que nosotros pensamos, es un pensamiento intermédico, que en Brasil la vida vale poco, ¿ta?* ». Pour lui et ses confrères compatriotes, cette différence dans la gestion du temps relèverait d'une différence culturelle où la vie vaudrait plus dans un pays que dans un autre. Toutefois, nous pensons qu'au-delà de ce qu'exprime ce médecin, la différence est certainement en relation avec la culture mais non pas parce que dans un pays la vie est plus valorisée que dans un autre, mais plutôt parce que les pratiques professionnelles peuvent ne pas être les mêmes. Ces pratiques sont régies à notre avis par le genre professionnel, par l'ensemble des normes implicites qui orientent les gestes, les dires et les actions dans un

⁹³ C'est une expression utilisée en espagnol pour dire que ces informations sont des plus basiques à savoir, comme si cette information n'était pas très difficile à obtenir car elle se situe « sur la couverture du livre ». Dans ce cas, des livres de médecine.

métier et dans une situation donnée. Donc la manière de traiter le patient en état critique pourrait ne pas répondre à une différence de formation, de ressources matérielles ou de prescription formelle mais à une différence de prescription informelle. Ce prescrit informel (Santos, 2006) qui est partagé par un collectif de travail, viendrait ainsi réguler les temps dans la prise en charge des patients et dans la gestion de situations à risque. Nous pensons donc que le cas soulevé par le médecin uruguayen relève de la différence du genre professionnel qui pourrait ne pas être le même en fonction des cultures et des pays. Cependant, nous n'affirmerons pas cela comme étant une certitude car, pour pouvoir le faire, il faudrait mener une étude qui s'intéresse spécifiquement au genre professionnel d'une catégorie professionnelle en particulier, en regardant quelles sont les variantes en fonction des pays et/ou des cultures. Autrement dit, il serait intéressant de voir comment le genre professionnel organise l'activité d'un collectif de travail en particulier, en fonction des cultures et au-delà des innovations stylistiques personnelles que chaque sujet peut apporter à cette mémoire collective transpersonnelle.

C'est plus particulièrement sur ce dernier aspect que nous allons nous intéresser dans les exemples qui suivent où nous illustrerons comment certains professionnels stylisent le genre professionnel en lui apportant des nouvelles variantes. Ou encore, l'importance de conserver l'ensemble de règles formelles et informelles à travers le « travail bien fait ». C'est dans ce cas de figure, à notre avis, que se trouve Véronique. Infirmière au Brésil, elle nous explique qu'à chaque fois qu'elle va faire une injection, elle regarde plusieurs fois l'ampoule pour voir si elle doit l'administrer de manière intraveineuse ou intramusculaire (la confusion pouvant être fatale pour le patient). Cette infirmière nous dit que, même si elle connaît le médicament, elle regarde systématiquement deux fois l'ampoule afin d'être sûre du mode d'administration. Pour elle, cela paraît une pratique très importante et en plus, elle insiste sur le fait qu'il est essentiel de marquer toujours cinq choses : le nom du patient, son numéro de lit, le nom de la médication, la voie d'administration et l'horaire. Malgré le fait qu'elle fasse si attention, elle remarque qu'au fil des années, il y a des pratiques qui finissent par se perdre : *« eu acredito que muitas vezes, essas coisas se perdem com o passar dos anos, com a rotina, eu acho que a gente não deve perder »*. Il paraîtrait ainsi que la routine fait que certaines pratiques importantes du métier s'évanouissent. Elle remarque que : *« a gente não deve perder »*, c'est-à-dire *« on ne doit pas les perdre »*. Nous repérons ici le discours en « on » qui renvoie au genre professionnel. Autrement dit, le discours générique fait référence à la

mémoire collective qui semble se transformer à certains moments, car des pratiques dans ce milieu professionnel ne seraient pas si soignées qu'auparavant. Véronique poursuit en disant :

Eu vejo, não tô criticando colegas, mas, há modo de, que a gente tá conversando, que muitas vezes nem bota [...] mas vá que se confunda, que a gente troca por alguma coisa, a bandeja cai no chão, não sei. Ou alguém vem e troca [...] eu tento não perder isso aí. Tento não perder isso aí, pra minha tranquilidade, pra eu ir pra casa tranquila. Eu sei que eu fiz certo.

Cette infirmière observe que les cinq choses essentielles définies plus haut (et qui éviteraient des confusions) ne sont pas toujours marquées, mais au même temps, et bien qu'elle marque toujours ces éléments, elle se voit elle aussi comme étant susceptible de pouvoir confondre les choses car Véronique dit « *a gente troca por alguma coisa* ». C'est-à-dire que (« *a gente* »), le « on » en tant que collectif, est susceptible d'échanger une chose par une autre. Elle déclare donc être si attentive, non seulement parce que c'est une pratique importante mais en plus parce que la maintenir fait qu'elle peut quitter son travail en toute tranquillité. A ce sujet elle énonce que : « *Tento não perder isso aí, tento não perder isso aí, pra minha tranquilidade, pra eu ir pra casa tranquila. Eu sei que eu fiz certo* ». Avec ces derniers mots (« *Eu sei que eu fiz certo* ») nous observons non seulement son intérêt pour conserver cette pratique, car celle-ci lui apporte de la tranquillité, mais en plus l'importance accordée au « travail bien fait ».

Ainsi, et bien que cette pratique soit liée non seulement à la facette transpersonnelle de l'activité mais aussi à sa facette impersonnelle (tâche prescrite), nous pensons que Véronique montre l'importance du « travail bien fait » dans la conservation de l'ensemble formel mais aussi informel des normes qui organisent l'activité professionnelle d'un collectif de travail. Les contributions stylistiques apportées au genre professionnel ne sont pas manifestes avec cet exemple, mais il nous semblait important de montrer ce volet de l'activité professionnelle de cette infirmière afin de comprendre certains aspects importants concernant le genre professionnel et la tâche prescrite.

Nous passerons maintenant à un autre exemple, issu d'un entretien d'instruction au sosie réalisé avec Alain, où il est possible de voir de quelle manière cet infirmier brésilien retouche le genre professionnel. Lors d'un entretien d'instruction au sosie, ce sujet nous parle de sa façon de ponctionner les veines des patients au moment de devoir faire une perfusion veineuse. Il énonce qu'il a appris à le faire avec untel et avec machin (« *aprendi com fulano, com sicrano* ») mais qu'avec la pratique, il a développé une autre technique :

Eu mesmo, eu, um, um exemplo que eu uso, que eu aprendi a puncionar, a pegar a veia de um jeito, aprendi com fulano, com sicrano. Mas eu notava que fulano não usava luva. Tinha fulanos que não passavam algodãozinho com álcool, tu entende? Pegavam às vezes o acesso de tal modo que enfiava toda a agulha pra dentro, pra depois tirar a agulha e deixar o abocath. Porque o abocath é um sistema que nem uma caneta, né, que nem uma caneta, que isso aqui é a agulha e isso aqui é o abocath [fait le geste]. “Tu punciona a veia, temos que enfiar com tudo pra dentro, pra depois tirar a agulha e deixar o abocath”. E eu desenvolvi outra técnica, eu perfuro, na hora que reflui sangue no sistema aqui, tem uma atada de segurança, quando reflui sangue, tá na veia. Só que às vezes tem que ter cuidado, que eles tão, o abocath tá na veia, o guia tá na veia, mas o abocath não, ele tá fora dali. Então é bom tu colocar sempre até aqui ó [fait le geste]. Que tu coloca os dois, pronto ali. Mas tu não precisa empurrar todo, a maioria faz isso.

Dans ce fragment il nous explique techniquement et précisément comment la perfusion veineuse est faite par « les autres » et la manière dont lui-même s’y prend. Il énonce qu’il a appris cette technique d’une certaine manière, mais que déjà, au moment d’apprendre il observait que ceux qui lui apprenaient n’utilisaient pas de gants ni de l’alcool. Cela nous amène à penser que déjà à ce moment-là, Alain aurait commencé à se questionner à propos des pratiques qui touchent à son métier qui dans ce cas s’éloignaient de la tâche prescrite. Mais le problème ne paraît pas se situer ici. Il déclare que ces personnes et la plupart de ses collègues ponctionnent la veine en introduisant l’intégralité de l’aiguille pour ensuite laisser le cathéter en place (« *Pegavam às vezes o acesso de tal modo que enfiava toda a agulha pra dentro, pra depois tirar a agulha e deixar o abocath* »)⁹⁴. Cependant, Alain a développé une autre technique qui est d’après lui bien meilleure. Il insère l’aiguille (mais non pas jusqu’au fond) et lorsqu’il observe que le reflux sanguin commence à apparaître, il enlève aussitôt l’aiguille pour ne le laisser en place que le cathéter. Le reflux de sang vient ainsi lui indiquer que c’est le moment d’enlever l’aiguille, il fonctionne comme un indicateur qui oriente l’action de l’infirmier. Il explique ainsi que même si « la plupart » (celle-ci étant représentée ici, à notre avis, par le collectif de travail) pousse l’intégralité de l’aiguille dans la veine, il ne pense pas que cela soit nécessaire (« *Mas tu não precisa empurrar todo, a maioria faz isso* »). Il ajoute qu’il fait autrement « *eu faço diferente* » en nous expliquant à nouveau sa technique :

⁹⁴ Afin que la lecture de cet extrait soit facilitée, il est important de souligner que la technique de perfusion intraveineuse à laquelle Alain fait référence, consiste à ponctionner la veine avec une aiguille qui fonctionne de guide. Une fois que la veine est pénétrée, l’aiguille est retirée et un cathéter intraveineux flexible reste en place. C’est à travers lui qu’il sera possible d’administrer des médicaments au patient. Cela n’est qu’une description superficielle, voire grossière de cette technique où chaque détail de la procédure est essentiel.

Eu faço diferente. Quando perfuro eu coloco uma pontinha e empurro com a sua própria agulha como guia e empurro o abocath, pra depois tirar a agulha. E eu não ponho toda a agulha com o abocath todo pra dentro. A maioria faz [...] A maioria faz. Só que na prática, quando tu coloca, tu já vê a cara de dor do paciente. Então desse outro jeito não promove dor, só uma pequena ardência, entende?

C'est exactement dans ce fragment que nous comprenons la raison pour laquelle il a été amené à styliser le genre professionnel. Il nous explique que même si « la plupart » font comme cela, dans la pratique, lorsqu'il est en train de faire cette technique, il observe la douleur qui s'exprime sur le visage du patient (« *Só que na prática, quando tu coloca, tu já vê a cara de dor do paciente* »). En conséquence, et en faisant « à sa manière », le patient ne ressent pas de la douleur mais seulement une légère ardeur (« *Então desse outro jeito não promove dor, só uma pequena ardência* »).

Dans ce cas, cet infirmier semble retoucher l'ensemble de normes implicites à propos des manières de faire dans un collectif de travail. Pour lui, l'important n'est pas seulement qu'il puisse laisser le cathéter en place ; ce n'est pas le seul but de son action, puisque cette dernière doit aussi être orientée vers la non-souffrance du patient. Autrement dit, il ne suffit pas d'avoir la compétence technique, où effectivement il réussit la perfusion veineuse, mais il faut également éviter la douleur au patient. Pour cela, il développe d'autres actions qui retouchent le genre professionnel qui oriente son activité. A notre avis, cet exemple peut être mis en lien avec les observations de Clot (2008) :

L'instruction au sosie rend le genre visible et discutable. Elle le fait apparaître, en le mettant à l'épreuve dans l'action transmise. Chaque instruction au sosie fait revivre le genre d'une façon personnelle, offrant ainsi au collectif l'occasion d'un perfectionnement du genre ou, en tout cas, celle d'un questionnement pouvant déboucher sur la validation collective de nouvelles variantes. (p. 80)

Nous pensons que l'instruction au sosie avec Alain a permis précisément de contester le genre professionnel en soulevant la manière dont celui-ci peut être retouché ou perfectionné, pour reprendre les mots de Clot (*ibid.*). Le fait de remettre en question cet ensemble de normes informelles qui pour Alain n'étaient pas si attentives à la souffrance du patient, a fait qu'une nouvelle variante est apparue. Reste à savoir si celle-ci sera validée par son collectif de travail.

Par ailleurs, une autre infirmière, Régine, non pas brésilienne mais uruguayenne, nous explique également l'importance que cette technique soit faite tout en tenant compte de la souffrance qui peut être provoquée au patient. Elle note qu'il y a tout un tas de gestes à faire avant l'insertion de l'aiguille :

I: y, porque tenés que darlos bien también, tenés que tener el lugar adecuado para darle, viste, y el golpecito, el masajecito con el alcohol y el algodón antes, para después poner... no es llegar, y... viste, la aguja, todo, tenés que ponerle, es todo un... es, también tiene mucho artesanal, [rires] ¿no? como se dice “artesanal”, la parte de enfermería no es sólo médico, es... tenés que saber hacer, tener un poco... de... hacer artesanía con las cosas, ¿no?

C: ¿sí? ¿y cómo es que se hace esa artesanía?, contáme

I: digo, tenés que tener un poco, es como todo, digo, si tú haces un... un tejido, lo tenés que hacer... tenés que tener carisma... para hacer eso, ¿no? entonces el enfermero también tiene que ser, porque no es sólo llegar y pincharle así, de la nada, vos tenés que... al menos yo soy así [rires]. A mí me gusta, viste, que el paciente no sufra, que no sienta...

Parmi les gestes à avoir, Régine remarque l'importance de non seulement faire la ponction au bon endroit, mais aussi, le fait de tapoter la veine et de faire un petit massage avec un coton imbibé d'alcool avant d'insérer l'aiguille (« *el golpecito, el masajecito con el alcohol y el algodón* »). Comme elle nous le dit, c'est une pratique qui relève de « l'artisanat » (« *también tiene mucho artesanal* ») où il ne faut pas seulement arriver et ponctionner la veine sans ce travail d'artisanat qu'elle a l'habitude de faire auparavant (« *no es sólo llegar y pincharle así, de la nada* »). En tout cas, elle agit personnellement de cette manière (« *al menos yo soy así* »). Elle n'indique pas comment les prescriptions formelles et informelles orientent son activité, mais elle souligne qu'elle travaille de cette manière, qu'elle aime faire précisément de cette façon afin que le patient ne souffre pas (« *A mí me gusta, viste, que el paciente no sufra, que no sienta...* »).

Nous avons trouvé très intéressant le fait qu'elle parle de son métier comme étant « artisanal » car cela démarque, d'après nous, cette touche personnelle qui est présente dans chaque geste et dans chaque manière de s'y prendre. Autrement dit, bien que la facette impersonnelle et transpersonnelle soient inhérentes à l'activité, ou plus précisément, qu'elles composent sa structure (Clot et Leplat, 2005), il faut garder à l'esprit que l'activité comporte également une facette personnelle. Ainsi, et à travers cette dernière facette de l'activité, le sujet trouve une place pour l'invention, pour la création, pour réaliser son travail d'une manière « artisanale ».

C'est ce qui, par ailleurs, a été souligné par Clot (2008), lorsqu'il explique le va-et-vient entre le « je » et le « on » dans le discours des sujets : bien que tenus à la même tâche, ils n'agissent pas tous pareils : « Parfois « on » n'existe plus, cédant la place à un « je » partie prenante d'un collectif homogène et diversifié dont aucun des membres accomplissant la même tâche n'est forcé de donner *la même forme à la bobine* » (p. 122). C'est exactement

dans ce sens que nous pensons que bien que l'activité professionnelle soit orientée par le transpersonnel et l'impersonnel, les sujets ne sont pas tous tenus de ponctionner les veines de la même manière. Il reste ainsi toujours une place pour se démarquer, pour développer sa propre manière de faire. A notre avis, cela vient montrer aussi que l'être humain est toujours dans une relation de séparation inclusive avec son contexte (Abbey, 2007 ; Valsiner, 1998) où les dispositions historiques et sociales engendrent les pensées et les actions (Bourdieu, 1980) et où le genre professionnel (Clot, 1999a, 2008) régit les pratiques professionnelles. Toutefois, et au-delà de ces aspects, il est essentiel de comprendre qu'il y a toujours une place pour l'innovation, pour la touche personnelle propre à chaque sujet. Cela dénote que, bien heureusement, l'Homme est loin d'être un automate et qu'une place pour l'innovation est bel et bien présente. Cependant, nous pensons qu'en fonction des contextes, des cultures et des époques, cette place peut ne pas être la même⁹⁵. En tout cas, il nous semble important de remarquer que la perspective historico-culturelle du psychisme dans laquelle nous nous situons, n'exclut aucunement le fait que dans toute activité humaine il y a indubitablement une place pour la création personnelle.

Cet aspect a d'ailleurs été souligné par Didier, médecin uruguayen au moment de nous expliquer lors d'un entretien d'instruction au sosie que c'est un métier qui est semi-artisanal : *« siempre en todo lo que uno hace siempre tiene el sello personal, salvo que sea un autómatas, si es un fabricante en serie, sí. Si tiene una profesión que es semi artesanal, no. Siempre tiene algo propio »*. Il souligne ainsi qu'il y a toujours « quelque chose de propre » dans ce que nous faisons et lorsque nous lui demandons si ce « quelque chose de propre » peut être transmis lors d'une instruction au sosie, il nous dit que oui, mais qu'il y aura toujours des nuances :

Si, pero igual, siempre va a haber un sesgo, así fueras clonado, así te hubieran clonado y hubieras nacido conmigo, hubieras padecido todo lo que yo padecí en mi vida, y fuéramos exactamente igual, ya tu número de serie ya no es el mismo, ¿no?

Didier commente ainsi que même si nous étions clonés, même si nous étions née avec lui, en ayant subi tout ce qu'il a subi dans sa vie, même si nous étions exactement pareils, le « numéro de série » n'est pas le même. Dans ce fragment si intéressant, nous observons que ce médecin uruguayen soulève très clairement, non seulement la singularité propre à chaque

⁹⁵ Par exemple, il faudrait se demander quelle place était laissée à l'invention individuelle lors du taylorisme caractéristique de la fin du XIXe siècle et du début du XXe siècle, où, entre autres, chaque geste de l'activité professionnelle était précisément chronométré.

être humain, mais aussi le fait que même si cette invention individuelle pouvait être transmise, nous n'agirions jamais de la même manière.

En outre, nous pensons que Didier vient également soulever le fait que dans toute activité humaine, il y a toujours des aspects qui sont difficilement explicitables et que lors d'une instruction au sosie, tout ne peut pas être transmis. A notre avis, la difficulté à pouvoir transmettre les actions accomplies dans toute activité professionnelle, relève non seulement de la forme opératoire et prédicative de la connaissance (Vergnaud, 2006, 2007), mais également du fait que l'activité, ou plus précisément le réel de l'activité (Clot, 1999b, 2005a), ne peut pas être saisi en entier. L'activité se manifeste par un enchaînement d'actions observables, mais qui ne rendent compte que d'une partie du réel de l'activité du sujet. C'est exactement sur ce point que nous allons nous consacrer dans le prochain chapitre où nous verrons que grâce aux méthodes d'instruction au sosie et d'autoconfrontation simple, certains sujets ont eu la possibilité de reprendre leurs actions dans un nouveau contexte. Ce déplacement de l'expérience vécue chez certains sujets serait devenu un moyen pour vivre autrement cette expérience et pour qu'une prise de conscience ait pu avoir lieu.

Chapitre 6 : L'importance du déplacement du vécu à travers les méthodes indirectes : le cas de l'instruction au sosie et de l'autoconfrontation simple

Dans ce dernier chapitre et pour conclure la présentation des résultats de cette recherche, nous avons trouvé important de souligner certains aspects des deux méthodes de construction des données utilisées dans ce travail. Celles-ci concernent l'autoconfrontation simple et tout particulièrement la méthode d'instruction au sosie. Lorsqu'à la fin de ces entretiens, il est demandé au professionnel comment il s'est senti lors de cette expérience, certains expriment un sentiment d'étrangeté, d'autres ne trouvent pas de mots et d'autres encore réalisent qu'il est difficile de verbaliser les actions qui s'expriment à travers leur activité professionnelle. Quelques-uns expliquent ce qui a été difficile, si cela leur a plu, et leurs impressions générales. Nous croyons que ce sont des moments où le professionnel a pu se rendre compte de certaines choses à propos de son activité professionnelle, voire pour certains de prendre conscience et de « parvenir à se servir de son expérience pour faire d'autres expériences » (Clot et Faïta, 2000, p. 33). Ce sont, entre autres, ces points que traitent les exemples que nous allons montrer tout au long de ce dernier chapitre.

Comme l'a bien souligné Vygotski (1925/2003) « avoir conscience de ses expériences vécues n'est rien d'autre que les avoir à sa disposition à titre d'objet [...] pour d'autres expériences vécues. La conscience est l'expérience vécue d'expériences vécues » (p. 78-79). C'est justement le passage d'une situation à une autre qui rendrait possible un déplacement du vécu. C'est donc grâce à ce changement de statut, qui permet le déplacement du vécu, que le sujet pourrait arriver à avoir une prise de conscience. C'est précisément cette prise de conscience qui donnerait la possibilité au sujet de transformer son expérience déjà vécue en objet d'une autre expérience. Ce processus a pu être observé chez Jean, infirmier uruguayen qui nous paraît être le cas le plus représentatif de cette prise de conscience, rendue possible grâce à la méthode d'instruction au sosie. Vers la fin du premier entretien réalisé avec cette méthode, et au moment de demander à cet infirmier comment il s'était senti lors de l'entretien, il nous explique que :

C: *¿cómo te sentiste?*

I: *bien, es que uno muchas veces uno no piensa esas cosas ¿no? Como que son cosas tan automáticas...*

C: *que pensás que uno no...*

I: *si...no...*

C: *me decías que son gestos automáticos...*

I: *si, si son cosas que como que yo ya lo hago...*

C: *y al hablarlo...*

I: *si... ¡uno se siente mejor parece! ¡Es todo una terapia ya! [rires]*

Avec ce fragment, nous avons pu dégager certains éléments qui sont en relation avec les automatismes et avec la prise de conscience. Tout d'abord il faut souligner que d'après lui, ce qui a été dit dans l'entretien, ce sont des choses auxquelles il ne pense pas forcément (« *que uno muchas veces uno no piensa esas cosas ¿no?* »). Ce à quoi il ajoute que ce sont des choses tellement automatiques... (« *Como que son cosas tan automáticas...* »). Il nous semble intéressant de remarquer que Jean parle d'automatismes, comme si ces derniers étaient en partie responsables de sa difficulté à réfléchir à propos de certains aspects de son activité professionnelle. Ces automatismes peuvent être compris comme l'absence de charge mentale (Leplat, 1997) pour le sujet qui réalise des actions qui ne lui demandent pas un grand coût cognitif.

Au même temps, nous pouvons voir dans ce fragment que les mots ne semblent pas être suffisants pour vraiment expliquer ce qu'il ressent dans cette situation. Il y a dans son discours plusieurs silences brefs (marqués par les trois points suspensifs) et parfois il n'arrive pas à finir ses phrases. A un moment donné, le sujet paraît nous demander de finir les phrases

à sa place. Cet aspect est repérable avec l'extrait où il dit : « *si...no...* » Ou encore, « *si, si son cosas que como que yo ya lo hago...* ». Pour sortir de cette situation nous avons changé de registre, sans lui poser la question mais en lui disant simplement « et le fait d'en parler... ». A ce moment-là, il a réagi très rapidement en disant que finalement cette expérience a fait qu'il s'est senti mieux, que c'était même une thérapie. Il énonce cela en riant et en dénotant un certain bien-être (« *si... ¡uno se siente mejor parece! ¡Es todo una terapia ya!* [rires] »).

Cela nous semble très révélateur, car en plus du phénomène de prise de conscience qu'il semble avoir eu concernant ce qu'il fait, ce qu'il ne fait pas ou ce qu'il aimerait faire dans son activité professionnelle, l'instruction au sosie lui aurait aussi fait du bien, il parle même de thérapie. D'après nous, la prise de conscience qui se manifeste chez le sujet dans cette expérience est en lien avec ce qui a été observé par Clot (2008) au moment de remarquer qu'il est important que le sujet cesse de travailler pour pouvoir vivre son travail de l'intérieur. Il est essentiel qu'il sépare son travail de son contexte habituel afin d'avoir une nouvelle représentation de celui-ci. Finalement « d'une manière ou d'une autre il faut que je sorte de moi pour y entrer » (*ibid.*, p. 200). Dans ce sens, il n'y a pas qu'une nouvelle représentation de l'activité professionnelle mais aussi une nouvelle représentation du sujet lui-même qui, après avoir vécu ce type d'expérience, peut regarder son activité professionnelle d'un nouvel œil.

D'autre part, il est intéressant de souligner que dans les moments où le sujet ne semble pas trouver les mots pour expliciter ce qu'il ressent, la place d'autrui (dans ce cas le chercheur) semble importante. Si nous regardons attentivement l'extrait d'entretien présenté, il est possible de voir qu'en raison des courtes interventions du chercheur, le sujet est arrivé à soulever la question des automatismes mais aussi celles qui sont en relation avec le fait de pouvoir expliciter que cette expérience aurait été thérapeutique. Nous pensons que c'est justement dans ce sens, qu'en reprenant les idées de la clinique de l'activité, nous pouvons parler de co-analyse du travail. Dans ce type d'entretien, nous voyons que l'activité langagière adressée au chercheur constitue une activité en soi et qu'il est essentiel de repérer le « difficile à dire » car cela relève de ce que le sujet n'arrive pas encore à dire du réel de son activité. Comme le souligne Clot (2005b), c'est justement ce « difficile à dire » que peut être le point de départ pour pouvoir faire quelque chose d'autre de ce que le sujet a effectivement fait. C'est aussi, et exactement dans ce sens, que nous avons parlé dans notre troisième partie de « construction des données » et non pas de « recueil des données ». Pour nous, il n'est pas

possible de recueillir une réalité « toute prête », cette réalité se co-construit dans chaque rencontre et dans chaque situation particulière.

D'ailleurs, lors de la deuxième rencontre avec ce professionnel⁹⁶, nous lui demandons de s'exprimer justement sur ce qu'il avait dit la fois précédente par rapport aux automatismes et par rapport au fait que cette expérience aurait été thérapeutique pour lui. A cette occasion, il nous dit :

Son cosas que uno no piensa, y bueno, cuando nos preguntan entonces uno como que recapacita un poco, “ah mirá, yo hago tal o cual cosa” [...] Entonces ta, son pequeñas cosas que de repente al hablar uno se da cuenta. Este, en el automatismo de todos los días no, no, no... como que no lo piensas. Uno llega, hace, y está pronto.

Jean souligne très clairement (et cette fois-ci sans hésitations, contrairement à l'entretien précédent) qu'il fait des choses auxquelles il ne pense pas (« *Son cosas que uno no piensa* »). En raison de l'expérience vécue lors de l'instruction au sosie où il devait forcément se placer d'un point de vue externe afin de pouvoir nous donner des instructions, il aurait pu réfléchir autrement ou plus précisément « *recapacitar* ». C'est ici que réside sûrement le mot le plus fort de cet extrait. Lorsque nous essayons de traduire le mot « *recapacitar* » en français, les différents dictionnaires et traducteurs ne proposent que le mot « réfléchir ». Cependant, et en étant natifs de langue espagnole, nous savons que « *recapacitar* » va bien au-delà d'une simple réflexion. Nous avons donc décidé de nous référer à la définition qui est donnée par l'Académie Royale Espagnole⁹⁷ pour ensuite faire la traduction en français. Selon cette institution, ce terme signifie « réfléchir soigneusement et attentivement sur quelque chose, notamment sur ses propres actes »⁹⁸. Ainsi, nous pensons que réfléchir de manière attentive et soignée sur ses propres actes revient à parler d'un processus de prise de conscience.

D'après nous, c'est grâce à cette méthode *indirecte* que le sujet a pu avoir une prise de conscience par rapport aux choses qu'il fait mais aussi qu'il ne fait pas et c'est justement cette

⁹⁶ Rappelons que la méthode d'instruction au sosie, que nous avons adaptée à partir de celle qui est utilisée par le groupe de la clinique de l'activité au CNAM, comporte deux étapes. Dans la première nous demandons au sujet de nous donner des instructions afin de pouvoir hypothétiquement le remplacer dans son travail. Dans la deuxième rencontre nous faisons une co-analyse avec le sujet à partir de certains éléments évoqués dans le premier entretien.

⁹⁷ L'Académie Royale Espagnole est une institution fondée en 1713 et qui est la référence la plus importante en ce qui concerne la langue espagnole. Selon l'article 1 de son statut, son but principal est de veiller à ce que l'évolution de la langue espagnole, dans sa constante adaptation aux besoins de ceux qui la parlent, ne vienne pas rompre l'unité linguistique du monde hispanique.

⁹⁸ <http://lema.rae.es/drae/?val=recapacitar>

prise de conscience qui lui a donné la possibilité de reconnaître ses propres automatismes. L'automatisme, d'après Jean, ne lui permet pas de penser à certaines choses (« *en el automatismo de todos los días no, no, no... como que no lo piensas* »). Il répète le mot « non » trois fois pour insister sur le fait que certaines manières de faire s'installent et il n'est plus possible de réfléchir à sa façon de travailler. Comme il le dit à la fin : « On arrive, on fait, et c'est fait » (« *Uno llega, hace, y está pronto* »). Cela dénote, en plus, que ce sont des choses qu'il fait d'une manière très rapide. Cette rapidité liée aux automatismes a été soulignée par Perruchet (1988) notamment lorsque l'auteur observe que la rapidité est l'un des critères qui permet de parler d'automatisme. Mais pas seulement : « Il existe au moins en apparence, un large accord pour attribuer au traitement automatique deux propriétés principales : l'absence de coût ou de charge mentale, et l'absence de contrôle intentionnel. Une troisième propriété, plus contestée, est celle d'inconscience » (*ibid.*, p. 28). Il apparaît que Jean se situerait dans ce cas de figure où la rapidité et l'absence de coût cognitif ne lui permettent pas toujours de « *recapacitar* ».

Ainsi, nous pouvons dire que l'instruction au sosie aurait permis à cet infirmier de penser à son activité autrement et que le déplacement du vécu lui aurait donné la possibilité de prendre conscience de ses actions. Plus précisément, nous croyons que cette méthode a permis à l'activité professionnelle de Jean de changer de statut et, ce faisant, qu'elle ait pu devenir le moyen de vivre une autre expérience (Clot et Faïta, 2000). C'est exactement avec ce type d'exemples que nous remarquons l'importance de faire varier les contextes et les destinataires de l'activité, car c'est de cette manière que le sujet peut réfléchir autrement à la tâche prescrite, à l'activité réalisée mais aussi au réel de l'activité. C'est une méthode qui vient montrer certains aspects de ce jeu dialectique qui s'établit entre ce qui est demandé de faire, ce qui se fait effectivement et ce qui aurait pu ou voulu être fait. Finalement, c'est une méthode qui rendrait bien compte du fait que l'activité est un monde de possibilités en partie insoupçonnées et imprévisibles par le sujet. Ainsi, et en mettant en mouvement l'activité professionnelle, et en provoquant son développement il serait possible de comprendre son arrière-plan (Clot, 2004b).

Ce type de méthodes développementales paraissent également avoir eu un effet sur une femme agent de service hospitalier qui travaille du côté uruguayen de la frontière. Même si le phénomène de prise de conscience n'est pas aussi évident que dans le cas de Jean, nous pensons que les propos de cette femme sont révélateurs de ce changement de place au niveau du vécu, en raison des méthodes *indirectes*. Mélanie nous explique, lors d'un entretien

d'autoconfrontation simple, que cette expérience lui a beaucoup plu et lorsque nous lui demandons pourquoi cela lui a plu, elle nous explique en peu de mots que :

Yo no sé... es bueno pasarlo lo de uno para otra persona y cómo la otra persona ve, porque uno está tan quietito en el lugar, o sea que a mí me encantó hacer eso con usted y de hablar, decir lo que siento y de lo que hago.

Mélanie commente ainsi qu'elle a été enchantée par cette expérience où elle a pu dire ce qu'elle fait dans son travail et ce qu'elle ressent vis-à-vis de celui-ci. Même si c'est un bref extrait, nous le trouvons intéressant car elle utilise le mot « *uno* » à deux reprises. En espagnol « *uno* » est un pronom indéfini qui peut s'employer pour se référer modestement au « je » qui parle et qui dénote à la fois un aspect générique et impersonnel (Seco, 1998). Dans ce sens, nous pouvons déjà nous demander si elle parle de « *uno* » en tant que « je » ou du « *uno* » en tant que « on ». Dans ce dernier cas, cela ferait référence au genre professionnel des agents de service hospitalier, qui seraient si « *quietitos*⁹⁹ *en el lugar* » c'est-à-dire si tranquilles, voire immobiles dans une place donnée (dans leur travail). Nous pensons que parler de « place » est très révélateur car finalement elle essaye de transmettre le fait que cette expérience l'a peut-être aussi fait changer de place. Le fait de s'autoconfronter à son activité professionnelle avec le chercheur paraît avoir brisé cette stabilité, cette tranquillité où son activité professionnelle a pu être mise en mouvement. Même s'il est peut-être osé de parler de prise de conscience, nous pensons qu'un mouvement interne s'est produit chez cette personne qui ne paraît plus être « à la même place » après avoir vécu cette expérience concernant l'autoconfrontation simple.

A travers ces deux entretiens nous avons donc pu observer que le déplacement du vécu dans un nouveau contexte aurait permis aux sujets de réfléchir autrement sur leur activité professionnelle ou de « *recapacitar* », pour reprendre les mots de Jean. Cependant, et au-delà de cet aspect, nous avons également constaté que lorsque nous demandons aux sujets comment ils se sont sentis lors de ces entretiens, quelques-uns soulèvent le fait que tout ne peut pas être explicité ou encore qu'ils ne sont pas si sûrs d'avoir pu transmettre des instructions précises qui nous permettraient effectivement de les remplacer hypothétiquement dans leur travail.

C'est ce que souligne Geneviève, qui est cadre de santé au Brésil quand elle nous dit à la fin d'un entretien d'instruction au sosie :

⁹⁹ « *Quietito* » en espagnol est le diminutif du mot « *quieto* » qu'en français se traduit aussi bien par « immobile » que par « tranquille ».

Eu só não sei se eu consegui passar pra ti no caso, né? Pra mim é porque às vezes é uma coisa que tu faz tão rotineiramente, tu faz tão... tanto todo dia que de repente tu passa achando que tá se passando muito tranquilo, que a pessoa entendeu, né? E eu não sei se, se eu consegui isso ou não, não sei se tu fosse agora fazer uma eletro, se tu ia entender.

Nous remarquons plusieurs choses dans ce bref extrait où Geneviève explique qu'elle ne sait pas si elle est arrivée à bien transmettre ou a tout transmettre (« *Eu só não sei se eu consegui passar pra ti no caso*»). Le fait de réaliser des choses quotidiennement et systématiquement l'amène à penser que même si elle croit avoir bien transmis les instructions, ce n'est peut-être pas le cas. A la fin, cette professionnelle déclare qu'elle ne savait pas si le sosie (chercheur) au moment de faire un électrocardiogramme allait vraiment pouvoir le faire (« *não sei se, se eu consegui isso ou não, não sei se tu fosse agora fazer uma eletro, se tu ia entender* »). Le doute s'installe, non seulement parce que le sosie n'est pas cadre de santé, mais surtout parce qu'elle hésite beaucoup. En effet, elle ne sait pas si vraiment elle est arrivée à tout transmettre. A notre avis, elle réalise que si le sosie n'arrive pas à le faire, c'est parce qu'elle n'a peut-être pas pu tout dire et parce que sa routine fait que certaines choses lui échappent au moment de la verbalisation. En tout cas, nous percevons qu'elle se rendrait compte que l'explicitation de ses actions n'est pas toujours évidente.

C'est d'ailleurs ce qui a été soulevé par Didier, médecin uruguayen, qui nous explique à la fin du premier entretien d'instruction au sosie, que ce qu'il a énoncé n'a pas été « complètement un miroir ». Autrement dit, que ce qu'il a dit ne reflète pas l'intégralité de son activité professionnelle :

C: *te hago la última pregunta, quería saber cómo sentiste esta instrucción al doble, ¿qué te pareció?*

I: [silence long] *no me pareció del todo un espejo, no me pareció del todo un espejo*

C: *¿no?*

I: *no, capaz que viste tres cuarto del espejo*

C: *no pudiste reflejarte* [coupe la parole]

I: *y no podés, no podés, no podés, es raro*

C: *¿por qué es raro?*

I: *es raro, sí, porque es raro, que alguien te diga "mira que voy a hacer lo que hacés vos mañana", decís ¡paaaa! "¿Qué le decís?" Yo creo que te dije en líneas generales las directivas que es como son, pero es raro si, es raro [...] es curioso por el hecho de que nunca pensás que alguien te diga: vamos a hacer esto así. Yo te voy a decir todo lo que yo hago, pero capaz muchas cosas son automatismos que no te das cuenta entonces ahí ya tenemos un sesgo. Y después bueno, no vas a sentir lo mismo que uno.*

Avec cet exemple nous voyons que l'instruction au sosie n'aurait pas permis à Didier de refléter à cent pour cent son activité professionnelle car d'après lui, le sosie n'a vu que les trois quarts du miroir. Autrement dit, le chercheur n'aurait vu que trois quarts de son activité (« *capaz que viste tres cuarto del espejo* »). Lorsque nous avons voulu lui demander pourquoi il n'a pas pu refléter l'intégralité de son activité professionnelle, il nous coupe la parole soudainement pour nous dire « tu ne peux pas, tu ne peux pas, tu ne peux pas, c'est bizarre » (« *y no podés, no podés, no podés, es raro* »). D'après ce médecin, la consigne était bizarre (« *es raro, que alguien te diga "mira que voy a hacer lo que hacés vos mañana"* »). Nous pensons que celle-ci lui paraît bizarre car la difficulté se situe dans le fait de savoir ce qu'il va pouvoir dire au supposé sosie (« *decís ¡paaaa! "¿Qué le decís?"* »).

D'ailleurs, nous remarquons que tout comme Jean et Geneviève, Didier parle lui aussi des automatismes et qu'en raison de ceux-ci, il y a des aspects de son activité professionnelle dont il ne peut pas se rendre compte. Nous pensons que cette difficulté liée aux automatismes, et au fait de constater qu'il ne peut pas tout dire, l'amène à ce sentiment d'étrangeté, puisqu'il dit « paaaa ! qu'est ce que tu lui dis ? ». C'est à ce niveau-là que semble se situer toute la difficulté de cette expérience où il faut expliciter les actions accomplies afin que, comme le dit la consigne « personne ne s'avise de la substitution ». Par ailleurs, nous voyons que le sujet a compris la consigne comme s'il devait nous transmettre la tâche prescrite (ce qu'il faut faire) (« *Yo creo que te dije en líneas generales las directivas que es como son* »). Mais, bien évidemment, et en tant que méthode développementale, le sujet ne nous a pas transmis que la tâche prescrite, puisque tout au long des deux entretiens menés avec lui, nous avons également repéré l'activité réalisée et des aspects concernant le réel de l'activité de ce médecin. Cependant, dans ce fragment nous notons à quel point il est pris par la bizarrerie, par ce sentiment d'étrangeté qui lui a fait se rendre compte que lorsque l'activité professionnelle est adressée à quelqu'un d'autre, elle peut être regardée d'un nouvel œil. Finalement, non seulement il semblerait qu'il prend conscience de ce fait mais également qu'il n'est pas possible de tout dire.

Nous pensons que cela est en lien avec le fait de reconnaître que l'activité réalisée n'est qu'une partie du réel de l'activité, et que ce qui est énoncé n'est qu'une partie de ce qui pourrait être énonçable. Comme l'observe Leontiev (1984) « l'activité visible en cache une autre [...] L'activité visible ne constitue, en quelque sorte que l'enveloppe de cette autre activité qui réalise tel rapport au réel de l'homme au monde –enveloppe qui dépend de conditions parfois fortuites » (p. 206). Nous pensons que c'est cela qui a été éprouvé par

Didier et que, lors de l'instruction au sosie, il a réalisé que finalement le dernier mot n'est jamais dit et le dernier acte n'est jamais accompli (Clot, 2005a ; Fernández et Clot, 2010).

Certains de ces aspects ont également été soulevés par une infirmière uruguayenne lors d'un entretien d'autoconfrontation simple. A un moment de l'entretien, Régine nous explique que : « *bueno creo que dentro de todo... tratamos de explicarte, alguna cosa siempre queda colgadita porque el tiempo es corto, vuela, pero... de agradecerles nomás la oportunidad* ». Dans cet extrait nous pensons que cette infirmière parle à partir du genre professionnel car dans sa phrase elle utilise la première personne du pluriel (« *tratamos de explicarte* »), c'est-à-dire « nous avons essayé de t'expliquer ». En tout cas, il est intéressant de noter ici qu'elle semble reconnaître que des choses n'ont pas pu être expliquées et restent « *pendues* » (« *alguna cosa siempre queda colgadita*¹⁰⁰ »). Nous pensons que si certaines choses sont « pendues » c'est parce qu'elles sont présentes, qu'elles agissent en elle mais qu'elles ne sont pas apparues en surface. Comme l'a judicieusement exprimé Vygotski : « le comportement est un système de réactions qui ont vaincu » (1925/2003 p. 74).

D'après Régine, cela est dû au manque de temps mais d'après nous, ce n'est pas la seule raison. Cela relève plus, à notre avis, de cette impossibilité de tout dire et au fait de constater, encore une fois, que le dernier mot n'est jamais dit, et non seulement en raison du manque de temps mais parce qu'uniquement une partie de l'activité humaine peut être explicitée. Encore une fois, et même si Régine ne le dit pas directement, cela relèverait de la difficulté qu'éprouve le sujet au moment de lui demander de verbaliser les actions faisant partie de son activité professionnelle.

Ainsi, et avec les différents exemples présentés ici, nous avons remarqué que plusieurs phénomènes psychiques semblent avoir été déclenchés en raison des méthodes développementales utilisées. D'une part, nous avons repéré des phénomènes de prise de conscience, la reconnaissance des automatismes présents au travail, l'effet d'étrangeté ressenti et notamment la difficulté à pouvoir verbaliser les actions qui s'expriment dans l'activité professionnelle. En ce qui concerne ce dernier aspect, il a été possible de voir que le sujet n'est pas si sûr d'avoir pu transmettre l'intégralité de ses actions : « il y a toujours quelque chose qui reste pendue », dit Régine ; « je ne sais pas si je suis arrivée à tout transmettre [...] je ne sais pas si je suis arrivée ou pas », exprime Geneviève, ou encore « peut-être que tu as vu trois quarts du miroir », déclare Didier pour ensuite se demander « Qu'est ce que tu lui

¹⁰⁰ « *Colgadita* » est le diminutif en espagnol de l'adjectif « *colgado* », qui veut dire « pendu ».

dis ? ». Dans ces cas, la difficulté semble résider dans l'explicitation des connaissances et des compétences qui s'expriment dans leur activité professionnelle.

A notre avis, cette difficulté à pouvoir verbaliser ses actions est en relation avec la différenciation que Vergnaud (2001, 2006, 2007) a établie entre la forme opératoire et la forme prédicative de la connaissance. L'auteur souligne que des connaissances sont dans l'action mais ne sont pas conceptualisées. Autrement dit, il y a des connaissances qui se manifestent dans l'action (forme opératoire) mais dont l'explicitation est souvent difficile (forme prédicative). Comme cet auteur l'a observé à plusieurs reprises, il existe un décalage souvent assez marqué entre ce qu'une personne fait et ce qu'elle peut en dire par la suite à propos de ses propres actions. Ainsi, et pour revenir à la discussion théorique soulevée dans la première partie de ce travail, Vergnaud (1999) observe qu'il y a bel et bien de la conceptualisation dans l'action mais que l'intégralité de cette conceptualisation ne peut pas être explicitée. Cela répondrait au fait qu'il y a des processus inconscients, mais également au fait que la verbalisation ne serait pas le seul moyen de restituer ce que le sujet sait faire. Par ailleurs, et comme l'observe Falcão (2008), ne pas pouvoir parler de son savoir-faire pratique n'implique pas forcément ne pas pouvoir en parler du tout. A ce sujet, Acioly-Régner (2010) remarque que la difficulté à représenter les connaissances peut non seulement être due à une insuffisance de signifiants, mais aussi à des raisons affectives et culturelles qui pourraient inhiber ces processus.

Nous pensons qu'effectivement la difficulté à pouvoir exprimer ce que le sujet sait faire dans une situation donnée est en relation avec ce qui est énoncé par ces auteurs, car non seulement le sujet peut ne pas disposer de toutes les ressources symboliques pour manifester (d'une manière verbale ou autre) ses connaissances mais qu'en plus cette « disposition » est fortement influencée par la culture. Autrement dit, aussi bien la culture que le genre professionnel d'un métier donné « autorise » à dire ou à ne pas dire certaines choses. Il y a donc, d'une part, une difficulté à exprimer ses actions uniquement par la verbalisation et d'autre part, ce qui peut être exprimé par la verbalisation n'est qu'une partie de ce qui pourrait être explicité. A notre avis, des aspects resteront toujours dans l'obscurité, que ce soit pour des raisons inconscientes, culturelles ou par un manque de ressources symboliques.

Mais pas seulement, car cette difficulté à exprimer les actions accomplies relèverait aussi et d'après nous, de la facette « cachée » de l'activité, autrement dit, du réel de l'activité (Clot, 1999b, 2005a). Celui-ci est en partie inconnu par le sujet, d'une part parce qu'il contient les possibilités qui ne se sont pas manifestées dans les actions accomplies, dans le

sens où, comme le notait Vygotski « le comportement est un système de réactions qui ont vaincu » (1925/2003 p. 74). Et d'autre part, parce que l'activité est en partie imprévisible par le sujet, parce que l'activité visible ou réalisée en cache toujours une autre (Leontiev, 1984). De ce fait, et au vu de tout ce qui a été énoncé, nous soutenons que l'Homme ne peut rendre compte que d'une partie de ses actions. D'une part, il y a des connaissances très liées à l'action et leur restitution ne peut être que partielle, et d'autre part, la difficulté à rendre compte des actions est due à ce que l'activité comporte toujours un arrière-plan en partie insoupçonné par le sujet. De ce fait, le réel de l'activité de l'Homme ne peut être que partiellement « saisi » voire « construit » car l'activité humaine n'est pas une donnée toute prête, n'est pas une réalité fixe et figée à jamais. Tout au contraire, et comme l'a bien souligné Leontiev (1984), l'activité se caractérise par des processus complexes de transmission, appropriation et transformation des acquis de l'humanité à travers lesquels l'Homme entre en relation avec le monde.

Conclusion

Tout au long de ce travail de recherche, nous avons essayé de rendre compte de la manière dont les professionnels de santé travaillent à la frontière se situant entre l'Uruguay et le Brésil. L'objectif de ce travail était plus particulièrement celui d'étudier l'activité et les compétences professionnelles qui sont développées par les travailleurs de la santé dans ce contexte qui pourrait être considéré comme étant culturellement et linguistiquement hybride. Bien que cet espace géographique soit marqué par une division institutionnelle entre deux pays, il fonctionne comme un ensemble urbain où parfois, il n'est presque plus possible de savoir dans quel pays l'on se trouve. En raison de la forte circulation des personnes d'un côté et de l'autre de la frontière, et plus particulièrement dans le cas des frontières sèches telles que Chuy / Chuí et Rivera / Sant'Ana do Livramento, la ligne institutionnelle devient parfois imaginaire. Cela contribuerait à la naissance d'un nouvel espace, d'un espace tiers, qui n'appartiendrait ni à un pays ni à l'autre. Il se caractérise par une idiosyncrasie et des pratiques particulières qui nous amènent à parler de la présence d'une « culture frontalière ». Eloignées des capitales, les villes frontalières visitées paraissent fonctionner à leur propre rythme, avec leurs propres normes formelles et informelles et avec leur propre logique. Cependant, leur complexité n'est pas seulement en lien avec des aspects culturels mais également avec des caractéristiques linguistiques qui nous font dire que c'est un espace culturellement mais aussi, et notamment, linguistiquement hybride. Ici, deux langues et deux dialectes cohabitent et s'interpénètrent continuellement à tel point que parfois, il n'est pas toujours facile de les distinguer nettement.

Au vu de la complexité linguistique présente sur cet espace, nous avons essayé tout au long de ce travail de recherche de rendre compte des nuances qui peuvent exister afin de ne pas enfermer certains phénomènes dans des descriptions réductionnistes qui finissent par les déformer. Nous parlons notamment du Portugais de l'Uruguay (portugnol), qu'en étant compris en tant que continuum dialectal, interlangue et moyen de communication, cohabite avec des langues socialement plus valorisées telles que l'espagnol et le portugais. Comme nous l'avons vu, le portugnol n'est pas simplement un mélange anarchique entre les deux langues standards présentes, mais, pour une partie de la population c'est leur langue maternelle avec tout ce que cela implique chez le sujet. Autrement dit, il est source d'affect, d'identité et de transmission, même si cette dernière est actuellement mise en péril en raison de nombreux stéréotypes négatifs qui existent à l'égard de ce dialecte.

C'est donc dans ce contexte, où plusieurs phénomènes culturels et linguistiques s'imbriquent, que l'activité des professionnels de santé se déroule et dont il faut pouvoir y faire face à l'heure de la prise en charge des patients. C'est exactement dans ce sens que nous nous sommes demandée au début de cette recherche, comment les professionnels de santé travaillent dans un espace si complexe ? Comment gèrent-ils la complexité linguistique et culturelle présente à cet endroit à l'heure de la prise en charge ? Et surtout, avec quelles compétences ? C'est en nous intéressant tout particulièrement à ce concept que nous avons constaté que la littérature qui existe à son égard est non seulement très abondante, mais également d'une grande complexité. De plus, c'est un terme qui évolue dans le temps à travers les différentes disciplines qui s'intéressent à sa description, à sa compréhension et à sa conceptualisation. C'est ainsi que nous avons été amené à travailler avec cinq approches qui, tout en étant différentes, ont apporté une grande richesse à ce travail.

En nous situant dans une perspective historico-culturelle et en travaillant avec les apports de l'ergonomie francophone, la théorie des champs conceptuels de Gérard Vergnaud, la didactique professionnelle, la clinique de l'activité et les travaux réalisés dans le domaine de l'interculturalité, nous avons essayé de comprendre à quoi faisait référence le concept de compétence. Ce faisant, nous nous sommes aperçue des convergences et des divergences qui existent entre ces approches, qui toutefois sont d'après nous, dans un éclectisme modéré (Køppe, 2011). En ayant travaillé de cette manière, nous nous sommes rendue compte également que c'était la propre question théorique touchant à la conceptualisation des compétences, qui devait être soulevée et discutée. Dans ce sens, il ne suffisait pas pour nous de présenter ces approches sans un effort pour les faire dialoguer, comme il a été fait dans le chapitre 2 de la première partie de ce travail. Ainsi, et dès le début de cette recherche, nous nous sommes demandée ce qu'étaient les compétences. Des phénomènes entraînant plusieurs processus ? Une combinaison de ressources ? De quelles ressources ? Et surtout, quelle serait l'origine desdites ressources ? Qu'est-ce qui se cache finalement derrière ce terme si utilisé, et plusieurs fois banalisé, car considéré tout simplement comme la somme de plusieurs éléments ? Grâce à de nombreuses contributions (Coulet, 2011 ; Leplat, 1991 ; Pastré, 2007 ; Rogalski, 2007 ; Vergnaud, 1996, 2000b) nous avons pu comprendre qu'il ne suffisait pas de parler de compétence et qu'il fallait aller plus loin si, nous-mêmes, nous ne voulions pas rester enfermés dans une conception des compétences les considérant comme un phénomène composé de toute sorte d'éléments.

C'est ainsi que nous avons essayé de montrer tout au long de cette thèse que l'analyse de l'activité humaine est incontournable si l'on s'intéresse soigneusement à l'étude des compétences et des processus qui leur sont sous-jacents. En ayant ainsi soulevé cette question théorique –dont notre prétention n'est pas de la résoudre–, nous avons proposé dans le chapitre 5 de la première partie de ce travail une vision des compétences qui se place avant tout dans une perspective historico-culturelle. Dans ce sens, nous considérons qu'un professionnel compétent est celui qui, en plus des compétences techniques, développe des compétences relationnelles, culturelles, linguistiques et de décentration qui vont lui permettre de s'y prendre d'une meilleure manière devant les situations qu'il rencontre dans son travail. Celle-ci consiste, à notre avis, à être efficace mais aussi, et comme l'a souligné Vergnaud (2001), à agir d'une façon qui soit compatible avec le travail des autres et à être moins démuni devant les situations nouvelles. Cependant, nous considérons qu'un professionnel compétent ne peut pas seulement être caractérisé par les aspects que nous venons d'énoncer. A notre avis, parler de compétence renvoie également aux initiatives du travailleur, à la découverte de nouveaux buts dans son activité professionnelle, qui en allant au-delà de la prescription, permettent de retoucher et de régénérer la mémoire transpersonnelle (Clot, 1999a, 2008) d'un collectif de travail donné. C'est entre autres, à travers les contributions stylistiques que le travailleur peut développer son pouvoir d'agir et peut élargir son activité professionnelle dans ce contexte culturellement et linguistiquement hybride.

C'est donc en tenant compte du contexte frontalier, de ses caractéristiques ainsi que de certaines questions théoriques qui ont été soulevées, que nous avons élaboré notre problématique de recherche. Dans celle-ci nous nous demandions comment se développe l'activité professionnelle des travailleurs du domaine de la santé dans un espace frontalier qui est marqué par la culture frontalière et par la présence du plurilinguisme ? L'idée était aussi celle de savoir dans quelle mesure des compétences, autres que techniques, auraient été développées par ces professionnels dans le but de mieux répondre aux besoins de la population frontalière et afin de proposer une meilleure prise en charge. Est-ce que ces compétences auraient été développées en raison du contexte ? Quelles sont les difficultés rencontrées dans la relation soignant-soigné, à quelles raisons répondent-elles et quels ont été les moyens mis en œuvre pour les surmonter ?

Pour répondre à notre problématique nous avons énoncé quatre hypothèses, dont deux d'entre elles sont en rapport avec les caractéristiques linguistiques présentes à la frontière étudiée et avec la manière dont elles pourraient induire des facilités ou des difficultés dans

l'activité professionnelle. Les autres deux étant plutôt en relation avec l'influence du contexte frontalier dans le développement de compétences des professionnels de santé. Ainsi, et afin de répondre à notre problématique et de confirmer ou infirmer nos hypothèses, nous avons travaillé avec cinq outils méthodologiques qui se sont avérés pertinents pour l'étude de ces phénomènes complexes. A notre avis, c'est justement dans la combinaison de méthodes qu'il est possible de mieux comprendre les processus psychiques qui ne sont pas directement observables, voire même, pas directement énonçables. Nous gardons toujours à l'esprit que l'activité humaine comporte une facette cachée et inobservable (Leplat, 1991) et qu'une activité en cache toujours une autre (Leontiev, 1984). Il paraissait donc essentiel de se munir de méthodes qui puissent rendre compte du directement observable et énonçable mais aussi de méthodes *indirectes* qui essayent de saisir l'arrière-plan de l'activité humaine, ou plus particulièrement le réel de l'activité (Clot, 1999b, 2005a).

Ainsi, les mois passés sur le terrain de recherche où ces outils de construction de données ont été proposés, nous ont montré encore une fois la complexité de cette question que nous nous sommes tâchée d'aborder. A partir des données qui découlent donc des innombrables rencontres qui ont eu lieu à la frontière Uruguay-Brésil, nous avons pu avoir des données aussi bien qualitatives que quantitatives, celles-ci ayant été présentées dans la dernière partie de ce travail. Comme nous avons pu le voir, c'est un contexte où les professionnels de santé semblent avoir développé des compétences autres que techniques qui leur permettent d'assurer une prise en charge efficace vis-à-vis des patients. Parmi celles-ci, nous remarquons des compétences de décentration, relationnelles et linguistiques où le professionnel se décentre de son propre cadre de référence afin de voir l'autre dans son intégralité. Autrement dit, afin d'« apprendre à comprendre » (Abdallah-Pretceille, 1996) l'autre en tant que différent à soi-même, non seulement en ce qui concerne la langue et la culture, mais aussi concernant le niveau socio-économique et les conditions de vie. Ce faisant, l'activité professionnelle rencontrerait beaucoup moins d'entraves et la prise en charge efficace des patients serait mieux assurée.

Par ailleurs, nous dirons que globalement, c'est un espace géographique où la diversité linguistique ne fait pas tellement obstacle à l'activité professionnelle, dans le sens où les difficultés exprimées à ce sujet concernent uniquement 23% de l'échantillon. En outre, et en ce qui réfère aux difficultés générales, nous avons pu voir que celles-ci sont déclarées par 37% mais qu'elles ne sont pas toutes liées au contexte frontalier en lui-même. Autrement dit, il y a certaines difficultés qui relèvent du fait que les centres de santé sont dans un espace où

une ligne institutionnelle divise les deux pays, mais d'autres difficultés sont en relation avec le fait d'être éloignés des grandes villes, du manque de ressources et du peu de possibilités de continuer à se former dans le domaine. Au vu donc des résultats mentionnés dans la dernière partie de ce travail, nous dirons que ce n'est pas un contexte qui viendrait tellement entraver ou empêcher l'activité des professionnels de santé. Au contraire, et comme nous l'avons observé chez certains sujets, le contexte frontalier pourrait même aider à élargir les compétences techniques car il fonctionne, à des moments, comme un espace qui serait propice aux situations potentielles de développement (Mayen, 2008, 2012). Ainsi, la différence culturelle et linguistique n'est pas vécue comme un frein mais plutôt comme un défi où il est possible de s'enrichir et d'élargir son activité professionnelle à travers ces différences. Mais cela n'est possible qu'à condition de faire des efforts, qu'à condition d'élargir ses compétences en se décentrant de son propre cadre de référence et en prenant de nouvelles initiatives.

Comme nous avons pu le remarquer, certains professionnels dépassent parfois les obligations formelles (tâche prescrite) et informelles (genre professionnel) en stylisant leur travail, c'est-à-dire, en y ajoutant de nouvelles variantes aux normes implicites qui régissent leur activité. Nous pensons que les cas où ces phénomènes ont pu être observés, relèvent du développement de l'activité, un développement qui amènerait les sujets à faire face aux situations complexes qui peuvent se présenter, à être plus efficaces dans leurs actions et à être plus compétents au moment de la prise en charge des patients. D'après nous, un professionnel compétent serait justement celui qui se développe au travail et par le travail, qui développe son activité ; autrement dit, sa manière d'être en relation avec le monde. Que cette relation soit justement celle qui lui permette de sentir qu'en travaillant il ne fait pas que s'adapter au monde mais qu'il le modifie et, qu'en retour, il se modifie lui-même. Ce postulat issu du marxisme nous paraît fondamental à l'heure de comprendre l'importance des initiatives personnelles, du pouvoir d'agir et de la découverte de nouveaux buts, en tant qu'éléments qui favorisent la santé au travail, voire même l'épanouissement professionnel et personnel, dans ce contexte culturellement et linguistiquement hybride.

C'est exactement dans ce sens, que nous pensons que si le développement de l'activité est « empêché » (Clot, 2010), pour quelque raison que ce soit, et même si le professionnel semble travailler de manière efficace et rapide, il faudrait se demander si nous sommes toujours devant un professionnel compétent. Certainement que cette question fait parti d'un autre débat que nous ne traiterons pas ici, mais qu'il est important de le soulever.

Sommes-nous devant un professionnel compétent simplement parce qu'il est plus efficace, plus rapide et parce qu'il répond aux attentes de la hiérarchie alors qu'il n'est pas en bonne santé ? Suffit-il d'avoir ces qualités si la santé est mise en péril dans son contexte de travail ? A notre avis, par forcément, puisque le concept de compétence devrait aussi prendre en compte l'état physique et psychique de celui qui travaille, de celui qui malgré les prescriptions formelles et informelles arrive toujours à créer quelque chose de nouveau, en allant au-delà des attendus sociaux, mais également, de ses propres attentes. C'est dans ce sens, que nous pensons que la compétence relève aussi de cette possibilité d'aller au-delà du réalisé et du prévisible, en comprenant que chaque action réalisée s'insère dans une matrice bien plus large construite par le social et par le culturel et qui reste en partie insoupçonnable et inimaginable par le sujet. C'est finalement comprendre que l'activité humaine et les compétences qui s'expriment à travers elle, ne constituent qu'une partie de ce qui aurait pu s'exprimer et que, de ce fait, l'Homme est sans aucun doute un être rempli de potentialités et de possibilités, en partie inimaginables, mais toujours présentes dans ce profond arrière-plan qui caractérise l'activité humaine.

Références bibliographiques

- Abbey, E. (2007). From dualism to duality: A cultural psychological approach to cognition, *Anthropological Psychology*, 18, 14-17.
- Abdallah-Pretceille, M. (1996). Compétence culturelle, compétence interculturelle. Pour une anthropologie de la communication. *Le français dans le monde*, n°spécial Recherches et applications : culture, cultures, 28-38.
- Abou, S. (1986). *L'identité culturelle*. Paris : Editions Anthropos.
- Acioly, N.M. (1994). *La juste mesure : une étude des compétences mathématiques des travailleurs de la canne à sucre du Nordeste du Brésil dans le domaine de la mesure*. Thèse de Doctorat en Psychologie. Université René Descartes - Paris V. France.
- Acioly-Régner, N.M., Filiod, J.-P. et Régner, J.-C. (2005). Approche interculturelle des échanges universitaires entre la France et le Brésil. Actes du Colloque International Cette Terre Brésilienne, 17-20 mai 2005, *Revue Texture*, (16). Cahiers du CEMIA, Bron : Université Lyon 2.
- Acioly-Régner, N.M. et Régner, J.-C. (2008). Culture scolaire versus culture extra-scolaire : interculturalité et questions épistémologiques, méthodologiques et pédagogiques. *Educação. Matemática. Pesquisa*, 10 (2), 367-385.
- Acioly-Régner, N.M. (2010). *Culture et cognition : Domaine de recherche, champ conceptuel, cadre d'intelligibilité et objet d'étude fournissant des instruments pour conduire des analyses conceptuelles et méthodologiques en psychologie et en sciences de l'éducation*. HDR. Lyon : Université Lumière Lyon 2.
- Araújo, T. et Rotenberg, L. (2011). Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Dans A. Avila et J. Brito (dir.), *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego* (p. 131-150). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Aubrun S. et Orofiamma, R. (1990). *Les compétences de 3^e dimension, ouverture professionnelle ?* Rapport de recherche. Paris : CNAM.
- Aucoin, L. (2008). *Compétences linguistiques et culturelles des organisations de santé*. Rapport présenté à la Société Santé en Français. Repéré à : http://santefrancais.ca/documents/Rapport_Aucoin_SSF_Version_Finale.pdf
- Aveiro, T. (2006). *Relações Brasil-Uruguaí: A nova agenda para a cooperação e o desenvolvimento fronteira* (Mémoire de maîtrise). Universidade de Brasília. Brésil.
- Bakhtine, M. (1984). *Esthétique de la création verbale*. Paris : Gallimard.

- Barrios, G. (1996). Planificación lingüística e integración regional: el Uruguay y la zona de frontera. Dans A. Trindade, L. Behares et M. Fonseca. *Educação e Linguagem em Áreas de Fronteira Brasil-Uruguaí* (p. 83-110). Santa Maria: Palloti.
- Barrios, G. (2008). Discursos hegemónicos y representaciones lingüísticas sobre lenguas en contacto y de contacto: español, portugués y *portuñol* fronterizos. Dans D. Da Hora et R. Marques de Lucena (dir.), *Política Lingüística na América Latina* (p. 79-103). João Pessoa: Idéia/Editora Universitária.
- Barrios, G. (2009). Repertorios lingüísticos, estándares minoritarios y planificación: el purismo idiomático en situaciones de contacto lingüístico. Dans Y. Hipperdinger (dir.), *Variedades y elecciones lingüísticas* (p. 15-39). Bahía Blanca: EdiUNS.
- Behares, L. (2007). Portugués del Uruguay y educación fronteriza. Dans C. Brovetto, J. Geymonat et N. Brian (dir.), *Portugués del Uruguay y educación bilingüe*. (p. 99-163). Montevideo: ANEP-CEP.
- Bendassolli, P. et Sobol, P. (2011). *Clinicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Editora Atlas.
- Bentancor, G. (1989). *Rivera - Livramento: de la integración de hecho a la integración real*. Montevideo: Ediciones del Gir.
- Bentancor, G. (2009). *Rivera-Livramento: una frontera diferente*. Pelotas: Editora Universitária/UFPEL.
- Bento, F. (dir.) (2012). *Fronteiras em movimento*. Jundiaí: Paco Editorial.
- Bontempo, C. (2013). *A cooperação em saúde nas cidades gêmeas do Brasil e Uruguai: os caminhos institucionais e os arranjos locais 2003-2011* (Mémoire de maîtrise). Universidade Católica de Pelotas. Brésil.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris: Les éditions de Minuit.
- Bowen, S. (2000). *Introduction to Cultural Competence in Pediatric Health Care*. Prepared for Health Canada. Government Services Canada.
- Brito, J., Muniz, H., Santorum, K., et al. (2011). O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. Dans A. Avila et J. Brito (dir.), *Trabalhar na saúde: experiências e desafios para a gestão do trabalho e do emprego* (p. 23-43). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Brossard, M. (2012). Le développement comme transformation par appropriation des œuvres de la culture. Dans Y. Clot (dir.), *Vygotski maintenant* (p. 95-116). Paris : La Dispute.
- Brovetto, C., Geymonat, J. et Brian, N. (dir.) (2007). *Portugués del Uruguay y educación bilingüe*. Montevideo: ANEP-CEP.
- Bruner, J. (1991). *Car la culture donne forme à l'esprit*. Paris: Georg Eshel.

- Camilleri, C. (1989). La culture et l'identité culturelle : champ notionnel en devenir. Dans C. Camilleri et M. Cohen-Emerique (dir.), *Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel* (p. 21-76). Paris : L'Harmattan.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of transcultural nursing*, 13 (3), 181-184.
- Carletti, A. et Kotz, R. (2012). Identidade e integração na fronteira: um estudo sobre a comunidade árabe-palestina dos municípios de Santana do Livramento e Rivera. Dans F. Bento (dir.), *Fronteiras em movimento* (p. 79-90). Jundiaí: Paco Editorial.
- Carvalho, A. M. (2003). Rumo a uma definição do português uruguaio. *Revista Internacional de Linguística Iberoamericana*, 1 (2), 125-150. Armin Schwegler éditions.
- Carvalho, A. M. (2007). Diagnóstico sociolingüístico de comunidades escolares fronterizas en el norte del Uruguay. Dans C. Brovetto, J. Geymonat et N. Brian (dir.), *Portugués del Uruguay y educación bilingüe*. (p. 49-98). Montevideo: ANEP-CEP.
- Chomsky, N. (1955/1975). *The logical structure of linguistic theory*. Cambridge, MA: M.I.C.Manuscript. New York: Plenum Press.
- Clanet, C. (1990). *L'interculturel : introduction aux approches interculturelles en Education et en Sciences Humaines*. Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- Clot, Y. (1995a). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie* (2e éd.). Paris : La Découverte.
- Clot Y. (1995b). La compétence en cours d'activité. Dans P. Pastré, R. Samurçay et D. Bouthier (dir.), *Le développement des compétences, analyse de travail et didactique professionnelle*. *Education permanente*, 123 (2), 115-123.
- Clot, Y. (dir.) (1999a). *Avec Vygotski* (2e éd.). Paris : La Dispute.
- Clot, Y. (1999b). *La fonction psychologique du travail* (5e éd.). Paris : PUF.
- Clot Y. et Faïta D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler* (4), 7-42. Repéré à : <http://psycho.univlyon2.fr/sites/psycho/IMG/pdf/texteclot4.pdf>
- Clot, Y. (2004a). Le travail entre fonctionnement et développement. *Bulletin de psychologie*, 57 (1), 5-12.
- Clot, Y. (2004b). Action et connaissance et clinique de l'activité. *@ctivités*, 1 (1). Repéré à : <http://activites.org/v1n1/clot.pdf>
- Clot, Y. (2005a). Pourquoi et comment s'occuper du développement en clinique de l'activité ? Actes du symposium international ARTCO, 4 -6 juillet 2005, Lyon. Repéré à : <https://sites.univ-lyon2.fr/artco/telechargement/texte-clot.pdf>

- Clot, Y. (2005b). L'autoconfrontation croisée en analyse du travail: l'apport de la théorie bakhtinienne du dialogue. Dans L. Filletaz et J. P. Bronckart (dir.), *L'analyse des actions et des discours en situation de travail. Concepts, méthodes et applications* (p. 37-55). Louvain: BCILL.
- Clot, Y. et Leplat, J. (2005). La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail. *Le travail humain*, 68 (4), 289-316.
- Clot, Y. (2006). L'activité entre l'individuel et le collectif : approche développementale. Dans G. Valléry et R. Amalberti (dir.), *L'analyse du travail en perspectives : influences et évolutions* (p. 127-139). Toulouse : Octarès.
- Clot, Y. (2007). Le schème, les invariants et les variations. Dans M. Merri (dir.), *Activité humaine et conceptualisation : questions à Gérard Vergnaud* (p. 179-184). Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris: PUF.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.
- Clot, Y. (2011). Théorie en clinique de l'activité. Dans B. Maggi (dir.), *Interpréter l'agir : un défi théorique* (p. 17-39). Paris : PUF.
- Clot, Y. (dir.) (2012). *Vygotski maintenant*. Paris : La Dispute.
- Cohen-Emerique, M. (2011). *Pour une approche interculturelle en travail social. Théories et pratiques*. Rennes : Presses de l'EHESP.
- Coulet, J.-C. (2011). La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences. *Le travail humain*, 74 (1), 1-30. doi : 10.3917/th.741.0001. Repéré à : <http://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2011-1-page-1.htm>
- Coulet, J.-C. (2014). La conceptualisation dans l'activité individuelle et collective. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 19, 135-158. doi : 10.3917/rips.049.0133. Repéré à : <http://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychosociologie-2014-49-page-135.htm>
- Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers*, 72, 34-47. Repéré à : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/72/34.pdf>
- Cristol, D. (2010). Des compétences du responsable au responsable compétent. *Revue internationale de Psychosociologie*, 16 (39), 337-360. doi : 10.3917/rips.039.0337. Repéré à : <http://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychosociologie-2010-39-page-337.htm>
- Cross, T. et al. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care, 1*. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.

- Da Silva, M. (2009). *Ações de cooperação em saúde na fronteira Brasil/Uruguai: um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde Santana do Livramento/Rivera* (Mémoire de maîtrise). Universidade Católica de Pelotas. Brésil
- De Bittencourt, J.-C. (2004). *Escuela y dialectos: una aproximación sociolingüística a las dificultades de escolarización de los niños hablantes de D.P.U* (Mémoire de maîtrise). Universidad de la República, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Montevideo. Uruguay.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion.
- Dezutter, O. et Pastré, P. (2008). Didactiques des disciplines scolaires et didactique professionnelle : de l'émergence à l'institutionnalisation, histoires croisées. Dans Y. Lenoir et P. Pastré (dir.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (p. 269-284). Toulouse : Octarès.
- Diallo, M. et Clot, Y. (2003). L'exploration de l'expérience professionnelle dans l'analyse de l'activité : problèmes de méthode. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 32 (2).
Repéré à : <http://osp.revues.org/index2720.html>
- Elizaicín, A. et Behares, L. (1981). Español de América y español del Uruguay: rasgos comunes y rasgos discrepantes. Dans H. Geckeller et al. (dir.), *Logos semantikos. Studia linguistica in honorem Eugenio Coseriu 1921-1981* (p. 413-423). Madrid: Gredos.
- Elizaicín, A., Behares, L. et Barrios, G. (1987). *Nos falemo brasileiro. Dialectos portugueses en Uruguay*. Montevideo: Amesur.
- Engeström, Y. (1987). *Learning by expanding. An activity-theoretical approach to developmental research*. Helsinki: Orienta-Konsultit.
Repéré à : <http://lchc.ucsd.edu/MCA/Paper/Engestrom/expanding/toc.htm>
- Engeström, Y. (1999). Activity theory and individual and social transformation. Dans Y. Engeström, R. Miettinen et R. L. Punamäki (dir.), *Perspectives on Activity Theory*. New York: Cambridge University Press.
- Falcão, J.T.R. (2007). Conceptualisation en acte, conceptualisation explicite : quels apports théoriques à offrir à la didactique des mathématiques et des sciences. Dans M. Merri (dir.), *Activité humaine et conceptualisation : questions à Gérard Vergnaud* (p. 293-296). Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- Falcão, J.T.R. (2008). Os saberes oriundos da escola e aqueles oriundos da cultura extra-escolar : hierarquia ou complementaridade ? *Saber & Educar*, (13), 109-123. Porto: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.
- Falcão, J.T.R. et Hazin, I. (2011). Heuristic Value of Eclecticism in Theory Development: The Case of Piagetian-Vygotskian dialogue about Proportional Reasoning. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 46, 32-38.

- Faverge, J.-M. et Ombredanne, A. (1955). *L'analyse du travail: facteur d'économie humaine et de productivité*. Paris : PUF.
- Ferguson, C. A. (1959). Diglossia. *Word*, 15, 325-340.
- Fernández, G. et Clot, Y. (2010). Entrevistas en auto-confrontación: un método en clínica de la actividad. *Informática na Educação: teoria & prática*, 13 (1), 1-16. Repéré à: <http://seer.ufrgs.br/InfEducTeoriaPratica/article/view/15135>
- Fishman, J. (1961). Bilingualism with and without diglossia; diglossia with and without bilingualism. *Journal of Social Issues*, 32, 29-38.
- Foucher, M. (1991). *Fronts et frontières : un tour du monde géopolitique*. Saint Armand Montrond: Fayard.
- Friedrich, J. (1997). Le mythe de l'unité épistémologique de l'école historico-culturelle : L.S. Vygotski versus A.N. Léontiev. Dans C. Moro, B. Schneuwly et M. Brossard (dir.), *Outils et signes : perspectives actuelles de la théorie de Vygotski* (p. 19-33). Berne : Peter Lang.
- Gajo, L., Matthey, M., Moore, D. et al. (dir.) (2004). *Un parcours au contact des langues*. Paris: Didier.
- Gallo, E., Costa, L. et Moraes, A. (2004). A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do Mercosul -SIS- Mercosul. Dans E. Gallo et L. Costa (dir.), *Sistema integrado de saúde do Mercosul: SIS Mercosul: uma agenda para integração* (p. 41-53). Brasília: Organização Pan-americana de Saúde.
- Golin, T. (2004). *A fronteira*. Vol. 2. Porto Alegre : L&PM.
- Gras, R. (2000). *Les fondements de l'analyse statistique implicative*. Actes des Journées : La fouille dans les données par la méthode d'analyse statistique implicative. 23-24 juin 2000, ARDM-IUFM de Caen. p. 11-32.
- Grillo, S. V. C. (2007). Épistémologie et genres du discours dans le cercle de Bakhtine. *Linx*, 56, 19-36. Repéré à <http://linx.revues.org/355>
- Hymes, D. H. (1984). *Vers la compétence de communication*. Paris : Hatier.
- Køppe, S. (2011). A moderate eclecticism: ontological and epistemological issues. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 46, 1-19. doi: 10.1007/s12124-011-9175-6.
- Laplantine, F. (1996). *La description ethnographique*. Paris : Nathan.
- Laplantine, F. (2007). Penser en images. *Ethnologie française*, 37 (1), 47-56.
- Laytano, D. (1981). *O linguajar do gaúcho brasileiro*. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brésida.

- Le Boterf, G. (1995). *De la compétence : essai sur un attracteur étrange*. Paris : Editions d'organisation.
- Le Boterf, G. (1997). *Compétence et navigation professionnelle*. Paris : Editions d'organisation.
- Leenhardt, J. (2002). Fronteiras, fronteiras culturais e globalização. Dans M. H. Martins (dir.), *Fronteiras Culturais - Brasil - Uruguai - Argentina* (p. 27-34). São Paulo: Ateliê Editorial.
- Leontiev, A. (1956). Réflexes conditionnés : apprentissage et conscience. Dans M.-A. Fessard, H. Gastaut, A. Leontiev et al. *Le conditionnement et l'apprentissage* (p. 169-188). Symposium de l'Association psychologique scientifique de langue française. Strasbourg : Presses Universitaires de France.
- Leontiev, A. (1965). L'homme et la culture. *Recherches Internationales à la lumière du marxisme*, 46, 47-67.
- Leontiev, A. (1976). *Le développement du psychisme*. Paris : Editions sociales.
- Leontiev, A. (1984). *Activité, conscience, personnalité*. Moscou : Editions du Progrès.
- Leplat, J. (1980). *La psychologie ergonomique*. Paris : PUF.
- Leplat, J. et Hoc, J.-M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. *Cahiers de psychologie cognitive*, 3 (1), 49-53.
- Leplat, J. (1988). Les habiletés cognitives dans le travail. Dans P. Perruchet (dir.), *Les automatismes cognitifs* (p. 139-172). Liège : Pierre Mardaga éditeur.
- Leplat, J. (1991). Compétence et ergonomie. Dans R. Amalberti, M. de Montmollin et J. Theureau (dir.), *Modèles en analyse du travail* (p. 263-278). Liège : Pierre Mardaga.
- Leplat, J. (1995). A propos des compétences incorporées. Dans P. Pastré, R. Samurçay et D. Bouthier (dir.), *Le développement des compétences, analyse de travail et didactique professionnelle*. *Education permanente*, 123 (2), 101-114.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail*. Paris : PUF.
- Leplat, J. (2001). Compétences et ergonomie. Dans J. Leplat et M. de Montmollin, *Les compétences en ergonomie* (p. 41-53). Toulouse : Editions Octarès.
- Lerman, I.C. (1981). *Classification et analyse ordinaire des données*. Paris : Dunod.
- Lévy, J.-F. (2000). *État de l'art sur la notion de compétence*. Site du département de Technologies nouvelles et éducation, section Séminaires et formations Année 1999-2000 : Séminaire national « Compétences TICE des enseignants et des formateurs ». Repéré à : <http://www.inrp.fr/Tecne/Rencontre/IntroJFL.pdf>

- Lhuillier, D. (2002). Travail. Dans J. Barus-Michel, E. Enriquez et A. Lévy (dir.), *Vocabulaire de Psychosociologie* (p. 284-295). Toulouse : Erès.
- Lhuillier, D. (2008). *Cliniques du travail*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Lhuillier, D. et Litim, M. (2009). Le rapport santé-travail en psychologie du travail. *Mouvements*, 2 (58), 85-96. doi : 10.3917/mouv.058.0085.
Repéré à : <http://www.cairn.info/revue-mouvements-2009-2-page-85.htm>
- Lhuillier, D. et Litim, M. (2010). Crise du collectif et déficit d'histoire : apports de travaux sur le groupe et le collectif de travail, *Connexions*, 2 (94), 149-173.
doi : 10.3917/cnx.094.0149. Repéré à : <http://www.cairn.info/revue-connexions-2010-2-page-149.htm>
- Litim, M. (2012). Les méthodes indirectes à l'épreuve de la pratique : questions d'intervention. Dans Y. Clot (dir.), *Vygotski maintenant* (p. 155-174). Paris : La Dispute.
- Maia, M. A. B. et Osorio, C. (2004). Trabalho em saúde em tempos de biopoder. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 56 (1), 81-92.
Repéré à : <http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/24/38>
- Malgesini, G. et Gimenez, C. (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Madrid: Catarata.
- Malglaive, G. (1990). *Enseigner à des adultes*. Paris : PUF.
- Malglaive, G. (1995). Compétences et ingénierie de formation. Dans F. Minet, M. Parlier et S. De Witte. *La compétence: mythe, construction ou réalité ?* (p. 153-168). Paris : L'Harmattan.
- Marandon, G. (2008). Expérience pluriculturelle et pratique professionnelle dans le travail social. *Empan*, 3 (71), 60-68.
- Marx, K. et Engels, F. (1845/1976). *L'idéologie allemande*. Paris : Editions Sociales.
- Marx, K. (1867/1978). *Le Capital*. Livre 1. Paris : Editions Sociales.
- Mayen, P. (2008). Dix développements sur la didactique professionnelle et le développement. Dans Y. Lenoir et P. Pastré (dir.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (p. 109-125). Toulouse : Octarès.
- Mayen, P. (2012). L'appropriation des situations. Dans Y. Clot (dir.), *Vygotski maintenant* (p. 289-305). Paris : La Dispute.
- Miossec, Y. et Clot, Y. (2011). Le métier comme instrument de protection contre les risques psychosociaux au travail : le cas d'ingénieurs managers de proximité. *Le travail humain*, 74 (4), 341-363.
- Montmollin, M. (1984). *L'intelligence de la tâche*. Berne : Peter Lang.

- Montmollin, M. (1996). Savoir travailler. Le point de vue de l'ergonome. Dans J.-M. Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 189-199). Paris : PUF.
- Moro, C. et Schneuwly, B. (1997). L'outil et le signe dans l'approche du fonctionnement psychologique. Dans C. Moro, B. Schneuwly et M. Brossard (dir.), *Outils et signes : perspectives actuelles de la théorie de Vygotski* (p. 1-17). Berne : Peter Lang.
- Oddone, I., Re, A. et Briante, G. (1981). *Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail*. Paris : Editions Sociales.
- Odgers, O. (2001). *Identités frontalières : immigrés mexicains aux Etats-Unis*. Paris : L'Harmattan.
- Osorio, C., Rotenberg, L., Araújo, T. et al. (2011). O trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade de enfermagem. Dans A. Avila et J. Brito (dir.), *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego* (p. 83-107). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Pastré, P. (2001). Les compétences professionnelles et leur développement, *La revue de la CFDT*, 39, 3-10.
Repéré à : <http://benhur.telug.quebec.ca/SPIP/inf4018/IMG/pdf/Pastre.pdf>
- Pastré, P. (2002). L'analyse du travail en didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 138, 9-17. doi : 10.3406/rfp.2002.2859.
Repéré à : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfp_0556-7807_2002_num_138_1_2859
- Pastré, P., Mayen, P. et Vergnaud, G. (2006). La didactique professionnelle. *Revue française de pédagogie*, 154, 145-198. Repéré à : <http://rfp.revues.org/157>
- Pastré, P. (2007). Champs conceptuels et champs professionnels. Dans M. Merri. (dir.), *Activité humaine et conceptualisation : questions à Gérard Vergnaud* (p. 79-86). Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- Pastré, P. (2008). Apprentissage et activité. Dans Lenoir et P. Pastré (dir.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (p. 53-79). Toulouse : Octarès.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle : approche anthropologique du développement chez les adultes*. Paris : PUF.
- Pérez-Caraballo, G. (2010). *Identité des frontières : une identité en morceaux ? Etude sur la population frontalière française de la région franco-genevoise* (Mémoire de Master 1). Université Lumière Lyon 2. France.
- Pérez-Caraballo, G. (2011). *Construction identitaire dans les espaces frontaliers : quel lien entre l'appartenance territoriale et l'identité linguistique ? Le cas de la population frontalière habitant entre le Brésil et l'Uruguay* (Mémoire de Master 2 Recherche). Université Lumière Lyon 2. France.

- Perruchet, P. (1988). Une évaluation critique du concept d'automatisme. Dans P. Perruchet (dir.), *Les automatismes cognitifs* (p. 27-54). Liège : Pierre Mardaga éditeur.
- Persia, A. (2010). Frontera como recurso, frontera como límite: una perspectiva antropológica. *Estudios Históricos*, (4), 1-11. Rivera, Uruguay.
Repéré à : <http://www.estudioshistoricos.org/libros/adriana-persia.pdf>
- Piaget, J. (1962/1985). Commentaire sur les remarques critiques de Vygotski concernant Le langage et la pensée chez l'enfant et Le jugement et le raisonnement chez l'enfant. Dans L.S Vygotski, *Pensée et langage* (p. 387-399). Paris: Editions Sociales.
- Piaget, J. (1967). *Biologie et connaissance*. Paris : Gallimard.
- Piaget, J. (1974). *Réussir et comprendre*. Paris : PUF.
- Piaget J. (1975). *L'équilibration des structures cognitives : problème central du développement*. Paris : PUF.
- Piaget, J. (1977). *Recherches sur l'abstraction réfléchissante*. Paris : PUF
- Purnell, L. (1999). El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, 3 (6), 91-102. Valencia, Espagne.
- Rabardel, P. (1995). *Les hommes et les technologies*. Paris : Armand Colin.
- Rabardel, P. (2007). Principes pour la constitution d'une didactique professionnelle. Dans M. Merri. (dir.), *Activité humaine et conceptualisation : questions à Gérard Vergnaud* (p. 87-102). Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- Raisky, C. (2008) Une histoire de didactique. Dans Y. Lenoir et P. Pastré (dir.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (p. 81-108). Toulouse : Octarès.
- Rivière, A. (1990). *La psychologie de Vygotski*. Liège : Pierre Mardaga éditeur.
- Rochex, J.-Y. (1997). L'œuvre de Vygotski : fondements pour une psychologie historico-culturelle. *Revue Française de Pédagogie*, (120), 105-147.
- Rogalski, J. (2007). Situations et schèmes-action et connaissance. Dans M. Merri. (dir.), *Activité humaine et conceptualisation : questions à Gérard Vergnaud* (p. 161-178). Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- Rona, J. P. (1959). *El dialecto fronterizo del norte del Uruguay*. Universidad de la República. Facultad de Humanidades y Ciencias. Montevideo: Publicaciones del Departamento de Lingüística.
- Rona, J. P. (1963). La Frontera Lingüística entre el Portugués y el Español en el Norte del Uruguay. *Revista Veritas*, 8, 201-218. Porto Alegre: Ed. PUC/RS.

- Samurçay, R. et Rabardel, P. (2004). Modèles pour l'analyse de l'activité et des compétences: propositions. Dans R. Samurçay et P. Pastré (dir.), *Recherches en didactique professionnelle* (p. 163-180). Toulouse : Octarès.
- Samurçay, R. et Pastré, P (dir.) (2004). *Recherches en didactique professionnelle*. Toulouse : Octarès.
- Sanchez, A. (2002). A fronteira inevitável: um estudo sobre as cidades de fronteira de Rivera (Uruguai) e Santana do Livramento (Brasil) a partir de uma perspectiva antropológica (Thèse de doctorat). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brésil.
- Santos, M. (2006). Análise psicológica do trabalho: dos conceitos aos métodos. *Laboreal*, 2 (1), 34-41.
- Santos, G. et Benetti, R. (2012). Políticas públicas de saúde na fronteira Brasil-Uruguai. Dans F. Bento (dir.), *Fronteiras em movimento* (p. 59-78). Jundiaí: Paco Editorial.
- Saussure, F. (1969). *Cours de linguistique générale*. Paris : Payot.
- Schäffer, N. O. (1993). *Urbanização na fronteira*. Porto Alegre: Editora da Universidade de Porto Alegre.
- Schwartz, Y. (2007). Un bref aperçu de l'histoire culturelle du concept d'activité. *@ctivités*, 4 (2), 122-133. Repéré à : <http://www.activites.org/v4n2/v4n2.pdf>
- Seco, M. (1998). *Diccionario de dudas de Manuel Seco de la Real Academia Española*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Severo, F. (2010). *Noite nu norte*. Montevideo: Ediciones del Rincón.
- Sturza, E. (2006). *Línguas de fronteira e política de línguas: uma história das idéias lingüísticas* (Thèse de doctorat). Universidade Estadual de Campinas. Brésil.
- Trindade, A., Behares, L. et Fonseca, M. (1996). *Educação e Linguagem em Áreas de Fronteira Brasil-Uruguai*. Santa Maria: Palloti.
- Valsiner, J. (1998). *The Guided Mind*. Cambridge : Harvard University Press.
- Van der Veer, R. et Valsiner, J. (1991). *Understanding Vygotsky : a quest for synthesis*. Oxford: Blackwell.
- Vergnaud, G. (1991). La théorie des champs conceptuels. *Recherches en Didactique des mathématiques*, 10 (2), 133-169.
- Vergnaud, G. (1996). Au fond de l'action, la conceptualisation. Dans J.-M. Barbier (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (p. 275-292). Paris : PUF.
- Vergnaud, G. (1999). On n'a jamais fini de relire Vygotski et Piaget. Dans Y. Clot (dir.), *Avec Vygotski* (p. 55-68). Paris : La Dispute.

- Vergnaud, G. (2000a). *Lev Vygotski. Pédagogue et penseur de notre temps*. Paris : Hachette.
- Vergnaud (2000b). Apprentissage et didactique en formation professionnelle. Dans J.-C. Ruano-Borbalan et M. Fournier (dir.), *Savoirs et compétences en éducation, formation et organisation* (p. 128-145). Actes de forum. Paris : Editions Demos.
- Vergnaud, G. et Recopé, M. (2000). De Revault d'Allonnes à une théorie du schème aujourd'hui. *Psychologie française*, 45 (1), 35-50.
- Vergnaud, G. (2001). Forme opératoire et forme prédicative de la connaissance. Dans J. Portugais (dir.), *La notion de compétence en enseignement des mathématiques, analyse didactique des effets de son introduction sur les pratiques et sur la formation*. Actes du Colloque GDM. Montréal.
- Vergnaud, G. (2004). *Didactique professionnelle et didactique des disciplines*. Collection « entretiens en ligne ». Réalisé par la Maison des Sciences de l'Homme et l'Equipe Sémiotique Cognitive Nouveaux Médias. Repéré à : <http://www.archivesaudiovisuelles.fr/FR/video.asp?id=413&ress=1378&video=104279&format=68#>
- Vergnaud, G. (2006). *Les compétences, bravo! Mais encore? Réflexions critiques pour avancer*. Repéré à : http://www.pedagopsy.eu/competences_vergnaud
- Vergnaud, G. (2007). *Perspectives*. Dans M. Merri. (dir.), *Activité humaine et conceptualisation : questions à Gérard Vergnaud* (p. 381-384). Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- Vergnaud, G. (2008a). Culture et conceptualisation : l'une ne va pas sans l'autre. *Carrefours de l'éducation*, 2 (26), 83-98. doi : 10.3917/cdle.026.0083.
Repéré à : <http://www.cairn.info/revue-carrefours-de-l-education-2008-2-page-83.htm>
- Vergnaud, G. (2008b) De la didactique des disciplines à la didactique professionnelle, il n'y a qu'un pas. *Travail et Apprentissages*, (1), 51-57.
- Vergnaud, G. (2013a). Pourquoi la théorie des champs conceptuels ? *Infancia y aprendizaje*. 36 (2), 131-161.
- Vergnaud, G. (2013b). Champs conceptuels et pratiques sociales de référence : questions à J.L. Martinand et à G. Vergnaud. Journée d'études : Champs conceptuels, champs professionnels, pratiques sociales de référence. 27 septembre 2013. ARDéCO. Lyon.
- Vogel, K. (1995). *L'interlangue: la langue de l'apprenant*. Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- Vygotski, L. (1925/1994). Le problème de la conscience dans la psychologie du comportement. *Société française*, 50, 35-47.
- Vygotski, L. (1925/2003). *Conscience, inconscient, émotions*. Paris : La Dispute.

- Vygotski, L. (1927/2010). *La signification historique de la crise en psychologie*. Paris : La Dispute.
- Vygotski, L. (1931/1994). La collectivité comme facteur de développement de l'enfant handicapé. Dans L. Vygotski, *Défectologie et déficience mentale* (p. 155-194). Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- Vygotski, L. (1931/1995). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. Dans L. Vygotski: *Obras Escogidas*, Tomo III. Madrid: Aprendizaje Visor.
- Vygotski, L. (1933/1998). *Théorie des émotions : étude historico-psychologique*. Paris : L'Harmattan.
- Vygotski, L. (1934/1997). *Pensée et langage* (3e éd.). Paris : La Dispute.
- Weil-Barais, A. (2007). Préface. Dans M. Merri. (dir.), *Activité humaine et conceptualisation: questions à Gérard Vergnaud* (p. 19-25). Toulouse : Presses Universitaires du Mirail.
- Wertsch, J. (1985). La médiation sémiotique de la vie mentale : L. S Vygotsky et M. N. Bakhtine. Dans B. Schneuwly et J.P Bronckart, *Vygotski aujourd'hui* (p. 140 -168). Neuchâtel Paris : Delachaux et Niestlé.
- Windmüller, F. (2010). Pour une légitimation méthodologique de la compétence culturelle et interculturelle dans l'enseignement/apprentissage des langues. *Synergies, Chine*, 5, 133-145.
- Wisner, A. (1962/1995). *Réflexions sur l'ergonomie*. Toulouse : Octarès.
- Yaguello, M. (1988). *Catalogue des idées reçues sur la langue*. Paris : Editions du Seuil.
- Zarifian, P. (2001). *Le modèle de la compétence*. Paris : Editions Liaisons.

Index des auteurs

A

Abbey, 82, 113, 290
Abdallah-Pretceille, 91, 94, 95, 96, 97,
114, 211, 239, 270, 305
Abou, 92, 155
Acioly, 34, 40, 41
Acioly-Régner, 22, 34, 39, 44, 45, 179,
300
Acioly-Régner et Régner, 179
Acioly-Régner, Filiod et Régner, 22
Araújo et Rotenberg, 177, 208
Aubrun et Orofiamma, 22, 23, 114, 239
Aucoin, 102, 103, 105
Aveiro, 119, 146, 147

B

Bakhtine, 68
Barrios, 157, 158, 159, 161, 162, 173, 227
Behares, 155, 156, 157, 158, 159, 160
Bendassolli et Sobol, 61
Bentancor, 93, 121, 137
Bento, 93, 120, 122, 136, 137
Bontempo, 119, 146, 149
Bourdieu, 80, 111, 290
Bowen, 103
Brito, Muniz, Santorum et al., 69
Brossard, 86
Brovetto, Geymonat et Brian, 159
Bruner, 110

C

Camilleri, 92

Campinha-Bacote, 106

Carletti et Kotz, 119, 130

Carvalho, 155, 157, 159, 160, 161, 162,
173, 227

Chomsky, 16

Clanet, 93

Clot, 26, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70,
71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 80, 81, 82, 90,
169, 170, 171, 189, 190, 191, 196, 198,
199, 262, 263, 264, 270, 275, 280, 281,
288, 289, 290, 291, 293, 295, 300, 304,
305, 306

Clot et Faïta, 68, 69, 70, 73, 199, 291, 295

Clot et Leplat, 64, 65, 67, 281, 289

Cohen-Emerique, 91, 94, 95, 97, 98, 99,
101, 108, 109, 114, 239

Coulet, 16, 21, 41, 77, 172, 303

Coutu-Wakulczyk, 108

Cristol, 16

Cross et al., 91, 95, 101, 104

D

Da Silva, 119, 135, 145

De Bittencourt, 162

Devereux, 196

Dezutter et Pastré, 52, 53

Diallo et Clot, 72

E

Elizaicín et Behares, 157, 159

Elizaicín, Behares et Barrios, 157, 159

Engeström, 90

F

Falcão, 34, 45, 300

Falcão et Hazin, 23, 25

Faverge et Ombredanne, 28, 29
Ferguson, 155
Fernández et Clot, 68, 69, 70, 80, 299
Fishman, 155
Foucher, 120, 123
Friedrich, 87

G

Gajo, Matthey, Moore et al., 163
Gallo, Costa et Moraes, 123, 145
Golin, 118, 123, 124
Gras, 247
Grillo, 68

H

Hymes, 17

K

Køppe, 13, 23, 303

L

Laplantine, 179, 185
Laytano, 156
Le Boterf, 20
Leenhardt, 121
Leontiev, 67, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 110, 112, 170, 207, 298, 301, 305
Leplat, 28, 29, 30, 31, 32, 38, 50, 62, 71, 74, 77, 172, 190, 292, 303, 305
Leplat et Hoc, 29
Lerman, 247
Lévy, 21
Lhuilier, 65, 66, 69, 71, 276, 278
Lhuilier et Litim, 66, 71, 279
Litim, 178, 196

M

Maia et Osorio, 65
Malgesini et Gimenez, 120

Malglaive, 19, 20, 21
Marandon, 91, 95, 101
Marx, 59, 83, 85
Marx et Engels, 83
Mayen, 50, 55, 56, 57, 76, 77, 82, 113, 202, 270, 306
Miossec et Clot, 69, 74, 280
Montmollin, 19, 30
Moro et Schneuwly, 84

O

Oddone, Re et Briante, 64, 188
Odgers, 116, 121
Osorio, Rotenberg, Araújo et al., 209

P

Pastré, 33, 34, 36, 38, 46, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 75, 76, 77, 81, 82, 172, 303
Pastré, Mayen et Vergnaud, 46, 51
Pérez-Caraballo, 11, 93, 94, 115, 119, 122, 137, 157, 163, 180, 211
Perruchet, 31, 295
Persia, 119, 137, 161
Piaget, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 41, 54, 75, 76, 82
Purnell, 105, 108

R

Rabardel, 33, 34, 59, 60
Raisky, 57, 58
Rivière, 86
Rochex, 86
Rogalski, 56, 77, 172, 303
Rona, 159, 160

S

Samurçay et Pastré, 55, 59
Samurçay et Rabardel, 33, 59, 60

Sanchez, 119, 130, 137

Santos, 70, 285

Santos et Benetti, 148, 152

Saussure, 17, 154

Schäffer, 122

Schwartz, 62, 83, 84, 90, 113

Seco, 296

Severo, 3

Sturza, 156

T

Trindade, Behares et Fonseca, 156

V

Valsiner, 82, 113, 290

Van der Veer et Valsiner, 87

Vergnaud, 13, 22, 25, 32, 33, 34, 35, 36,
38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48,
49, 52, 54, 56, 75, 76, 77, 80, 110, 111,

112, 114, 115, 172, 179, 275, 291, 300,
303, 304

Vergnaud et Recopé, 47

Vogel, 163

Vygotski, 14, 34, 35, 37, 51, 57, 63, 67,
72, 73, 75, 76, 84, 85, 86, 87, 90, 112,
166, 167, 168, 169, 170, 171, 178, 190,
198, 292, 299, 301

W

Weil-Barais, 34

Wertsch, 37

Windmüller, 91, 95, 96

Wisner, 28, 62, 63, 71

Y

Yaguello, 154, 155

Z

Zarifian, 67, 114

Index des mots-clés

A

Activité

Activité humaine, 13, 15, 34, 39, 41, 46, 47, 49, 67, 75, 78, 79, 81, 83, 84, 87, 88, 89, 90, 110, 114, 115, 196, 199, 203, 290, 291, 299, 301, 304, 305, 307

Activité professionnelle, 14, 15, 22, 26, 28, 30, 33, 51, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 71, 72, 73, 107, 114, 115, 116, 117, 172, 173, 178, 183, 184, 187, 190, 192, 193, 196, 197, 198, 200, 201, 202, 204, 207, 209, 212, 215, 223, 228, 240, 241, 242, 243, 245, 246, 252, 256, 257, 261, 262, 263, 266, 267, 268, 269, 270, 274, 275, 276, 279, 281, 286, 290, 291, 292, 293, 295, 296, 297, 298, 299, 304, 305

Activité réalisée, 26, 71, 72, 74, 76, 90, 169, 172, 191, 192, 194, 195, 263, 295, 298

Approche interculturelle, 91, 96, 98, 99, 101, 102

Appropriation, 63, 66, 68, 80, 86, 87, 89, 112, 113, 301

Autoconfrontation simple, 14, 178, 196, 197, 198, 200, 202, 203, 204, 216, 220, 221, 223, 228, 240, 291, 296, 299

Automatismes, 202, 292, 293, 294, 295, 298, 299

B

Bilinguisme, 172, 233, 234

C

Clinique de l'activité, 13, 15, 26, 27, 61, 62, 63, 64, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 90, 111, 142,

166, 169, 170, 171, 178, 189, 194, 196, 293, 294, 303

Collectif de travail, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 111, 280, 285, 286, 287, 288, 304

Compétence, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 30, 31, 33, 47, 48, 49, 53, 54, 56, 58, 59, 60, 74, 77, 83, 91, 95, 96, 97, 98, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 110, 117, 179, 207, 209, 214, 218, 223, 224, 226, 232, 237, 239, 240, 288, 303, 304, 307

Compétences

Compétences culturelles, 26, 94, 95, 102, 103, 105, 106, 109

Compétences de décentration, 203, 204, 269, 275, 278, 281, 305

Compétences interculturelles, 91, 98, 101, 107

Compétences linguistiques, 108, 209, 220, 225, 235, 236, 239, 240, 242, 244

Compétences professionnelles, 1, 12, 13, 26, 39, 49, 54, 55, 57, 58, 61, 64, 69, 71, 73, 75, 76, 77, 82, 91, 92, 110, 115, 173, 176, 178, 179, 184, 185, 191, 192, 201, 203, 269, 277, 279, 302

Compétences relationnelles, 22, 203, 204, 220, 239, 304

Contexte / espace hybride, 12, 23, 99, 108, 172, 192, 204, 211, 302, 304, 306

D

Didactique professionnelle, 13, 15, 25, 27, 33, 34, 38, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 60, 61, 62, 76, 77, 81, 82, 303

Diglossie, 155, 158, 172

E

Ecole russe de psychologie, 14, 84, 112, 113, 166, 170

Ergonomie, 13, 15, 16, 25, 27, 28, 29, 50, 62, 64, 71, 76, 77, 303

F

Frontière Uruguay-Brésil, 11, 12, 14, 99, 114, 115, 119, 122, 145, 146, 154, 155, 166, 174, 178, 184, 196, 202, 204, 211, 220, 235, 239, 240, 255, 257, 267, 268, 277, 305

G

Genre professionnel, 66, 67, 68, 69, 70, 79, 80, 82, 111, 112, 114, 115, 117, 142, 144, 194, 199, 202, 280, 281, 282, 284, 285, 286, 288, 290, 296, 299, 300, 306

I

Instruction au sosie, 14, 64, 65, 171, 178, 188, 189, 190, 192, 194, 197, 198, 202, 203, 204, 208, 211, 213, 220, 221, 222, 223, 240, 263, 282, 286, 288, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299

Interculturalité, 13, 15, 26, 91, 92, 93, 94, 303

L

Langue maternelle, 107, 109, 117, 157, 158, 160, 161, 162, 163, 172, 173, 184, 185, 205, 206, 220, 222, 226, 227, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 239, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 252, 255, 256, 257, 302

Langue standard, 11, 119, 154, 157, 162, 164, 220, 221, 223, 225, 226, 302

M

Méthodes indirectes, 169, 171, 172, 196, 198, 202, 264, 291, 294, 295, 305

Métier, 55, 57, 63, 66, 67, 70, 71, 79, 109, 111, 150, 175, 183, 200, 202, 204, 208, 256, 280, 285, 287, 289, 290, 300

P

Perspective /Approche historico-culturelle, 13, 73, 74, 79, 87, 166, 198, 290, 303, 304

Portugais de l'Uruguay / Portugués del Uruguay, 11, 99, 116, 119, 154, 156, 157, 159, 160, 164, 172, 182, 233, 255, 302

Portugol, 11, 12, 154, 162, 163, 173, 182, 205, 207, 208, 209, 222, 224, 225, 226, 227, 228, 231, 232, 233, 234, 236, 238, 243, 245, 246, 249, 250, 255, 256

Pouvoir d'agir, 63, 70, 71, 115, 202, 275, 304, 306

Prise de conscience, 38, 43, 45, 46, 73, 88, 106, 170, 172, 191, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 299

Prise en charge efficace, 69, 104, 109, 178, 202, 305

Professionnels de santé, 11, 12, 14, 23, 29, 93, 99, 102, 103, 116, 127, 130, 131, 139, 148, 149, 164, 165, 166, 172, 173, 174, 180, 186, 187, 192, 202, 203, 204, 207, 209, 211, 219, 220, 234, 239, 240, 256, 260, 264, 265, 266, 268, 269, 281, 302, 303, 305, 306

R

Réel de l'activité, 26, 71, 72, 73, 74, 76, 79, 90, 113, 169, 171, 190, 191, 192, 194, 197, 198, 199, 264, 291, 295, 298, 300, 305

S

Situation potentielle de développement, 56, 57, 60, 77, 113, 202, 269, 270, 306

Style, 70, 79, 111

Stylisation, 66, 70, 81, 142, 290

T

Tâche prescrite, 25, 26, 29, 50, 68, 71, 76, 169, 172, 194, 195, 202, 270, 272, 273, 278, 279, 281, 284, 286, 287, 295, 298, 306

Théorie des champs conceptuels, 13, 39,
49, 75, 76, 80, 303

Travail bien fait, 71, 262, 263, 270, 278,
279, 285, 286

Index des figures

Figure 1 : intégration contextuelle de la définition tripolaire du concept selon Vergnaud.....	40
Figure 2 : le contexte extra-scolaire dans la définition tripolaire du concept selon Vergnaud (Acioly-Régnier, 2010)	45
Figure 3 : villes frontalières concernées par cette recherche	124
Figure 4 : localisation de Masoller et Vila Thomaz Albornoz	125
Figure 5 : localisation de Masoller par rapport à la limite internationale	126
Figure 6 : vue d'ensemble des villes frontalières Chuy / Chuí	129
Figure 7 : centre ville de Chuy / Chuí	129
Figure 8 : distance entre les centres de santé de Chuy / Chuí	134
Figure 9 : les villes de Rivera et Sant'Ana do Livramento	136
Figure 10 : arbre de similarités: modèle entropique.....	249
Figure 11 : arbre de simiartés : modèle classique	250
Figure 12 : classification hiérarchique orientée (arbre cohésitif : modèle entropique).....	251
Figure 13 : classification hiérarchique orientée (arbre cohésitif : modèle classique)	252
Figure 14 : graphe implicatif (niveau de confiance 0,99)	253
Figure 15 : graphe implicatif (niveau de confiance 0,95, bloc 1)	254
Figure 16 : graphe implicatif (niveau de confiance 0,95, bloc 2)	255

Index des tableaux

Tableau 1 : catégories professionnelles de l'échantillon.....	174
Tableau 2 : catégories professionnelles de l'échantillon brésilien.....	176
Tableau 3 : catégories professionnelles de l'échantillon uruguayen.....	176
Tableau 4 : répartition de l'échantillon par nationalité, sexe et lieu de résidence	177
Tableau 5 : répartition de l'échantillon uruguayen par catégorie professionnelle et lieu de naissance.....	210
Tableau 6 : répartition de l'ensemble de l'échantillon par langue maternelle	232
Tableau 7 : répartition de l'échantillon brésilien par langue maternelle et catégorie professionnelle	232
Tableau 8 : répartition de l'échantillon uruguayen par langue maternelle et catégorie professionnelle	233
Tableau 9 : compréhension et expression orale en portugais (hors langue maternelle).....	234
Tableau 10 : moyen d'apprentissage de la langue portugaise (hors langue maternelle).....	235
Tableau 11 : compréhension et expression orale en espagnol (hors langue maternelle)	236
Tableau 12 : moyen d'apprentissage de la langue espagnole (hors langue maternelle)	237
Tableau 13 : compréhension orale du portugais par l'ensemble de l'échantillon	237
Tableau 14 : expression orale du portugais par l'ensemble de l'échantillon.....	238
Tableau 15 : moyen d'apprentissage du portugais	238
Tableau 16 : la diversité linguistique en tant que facilité.....	240
Tableau 17 : type et nombre de facilités linguistiques déclarées	241
Tableau 18 : la diversité linguistique en tant que difficulté	242
Tableau 19 : type et nombre de difficultés linguistiques déclarées.....	242
Tableau 20 : langue maternelle et difficultés linguistiques.....	245
Tableau 21 : langue maternelle et facilités linguistiques	246
Tableau 22 : difficultés rencontrées par pays et par catégorie professionnelle (Uruguay)	257
Tableau 23 : difficultés rencontrées par pays et par catégorie professionnelle (Brésil)	258
Tableau 24 : difficultés rencontrées en raison du contexte (autres que linguistiques).....	259

Annexes

Annexe 1: accord de permission pour vivre, étudier et travailler pour les nationaux frontaliers brésiliens et uruguayens

Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 5.105, DE 14 DE JUNHO DE 2004.



Promulga o Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, de 21 de agosto de 2002.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e

Considerando que o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai celebraram, em Montevideu, em 21 de agosto de 2002, um Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios;

Considerando que o Congresso Nacional aprovou esse Acordo por meio do Decreto Legislativo nº 907, de 21 de novembro de 2003;

Considerando que o Acordo entrou em vigor em 14 de abril de 2004, nos termos de seu Artigo IX;

DECRETA:

Art. 1º O Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, concluído em Montevideu, em 21 de agosto de 2002, apenso por cópia ao presente Decreto, será executado e cumprido tão inteiramente como nele se contém.

Art. 2º São sujeitos à aprovação do Congresso Nacional quaisquer atos que possam resultar em revisão do referido Acordo ou que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional, nos termos do art. 49, inciso I, da Constituição.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 14 de junho de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Celso Luiz Nunes Amorim

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 15.6.2004

ACORDO ENTRE O GOVERNO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E O
GOVERNO DA REPÚBLICA ORIENTAL DO URUGUAI PARA PERMISSÃO
DE RESIDÊNCIA, ESTUDO E TRABALHO A NACIONAIS FRONTEIRIÇOS
BRASILEIROS E URUGUAIOS

O Governo da República Federativa do Brasil
e
O Governo da República Oriental do Uruguai

(doravante denominados "Partes"),

Considerando os históricos laços de fraterna amizade existentes entre as duas Nações;

Reconhecendo que as fronteiras que unem os dois países constituem elementos de integração de suas populações;

Reafirmando o desejo de acordar soluções comuns com vistas ao fortalecimento do processo de integração entre as Partes;

Destacando a importância de contemplar tais soluções em instrumentos jurídicos de cooperação em áreas de interesse comum, como a circulação de pessoas e o controle migratório;

Resolvem celebrar um Acordo para permissão de ingresso, residência, estudo, trabalho, previdência social e concessão de documento especial de fronteira a estrangeiros residentes em localidades fronteiriças, nos termos que se seguem:

ARTIGO I

Permissão de Residência, Estudo e Trabalho

1. Aos nacionais de uma das Partes, residentes nas localidades fronteiriças listadas no Anexo de Localidades Vinculadas, poderá ser concedida permissão para:

a) residência na localidade vizinha, situada no território da outra Parte, à qual fica vinculada na forma deste Acordo;

b) exercício de trabalho, ofício ou profissão, com as conseqüentes obrigações e direitos previdenciários deles decorrentes;

c) frequência a estabelecimentos de ensino públicos ou privados.

2. Os direitos estabelecidos neste artigo estendem-se aos aposentados e pensionistas.

3. A qualidade de fronteira poderá ser inicialmente outorgada por 5 (cinco) anos, prorrogável por igual período, findo o qual poderá ser concedida por prazo indeterminado, e valerá, em qualquer caso, exclusivamente, nos limites da localidade para a qual foi concedida.

ARTIGO II

Documento Especial de Fronteira

1. Aos indivíduos referidos no artigo anterior poderá ser fornecido documento especial de fronteira, caracterizando essa qualidade.

2. A posse do documento especial de fronteira não dispensa o uso dos documentos de identidade já estabelecidos em outros acordos vigentes entre as Partes.

ARTIGO III

Concessão

1. Compete ao Departamento de Polícia Federal do Brasil e à Direção Nacional de Migrações do Uruguai conceder o documento especial de fronteira, respectivamente.

2. Do documento especial de fronteira constará a qualidade de fronteira e a localidade onde estará autorizado a exercer os direitos previstos neste Acordo e outros requisitos estabelecidos por ajuste administrativo entre o Ministério da Justiça do Brasil e o Ministério do Interior do Uruguai.

3. O documento especial de fronteira permite residência exclusivamente dentro dos limites territoriais da localidade fronteiriça a que se referir.

4. Para a concessão do documento especial de fronteira serão exigidos:

a) passaporte ou outro documento de identidade válido admitido pelas Partes em outros acordos vigentes;

b) comprovante de residência em alguma das localidades constantes do Anexo deste Acordo;

c) documento relativo a processos penais e antecedentes criminais nos locais de residência nos últimos 5 (cinco) anos;

d) duas fotografias tamanho 3x4, coloridas e recentes;

e) comprovante de pagamento da taxa respectiva.

5. Não poderá beneficiar-se deste Acordo quem tiver sofrido condenação criminal ou esteja respondendo a processo penal nas Partes ou no exterior.

6. Mediante ajuste administrativo entre o Ministério da Justiça do Brasil e o Ministério do Interior do Uruguai poderá ser detalhada ou modificada a relação de documentos estabelecidos no parágrafo 4.

7. No caso de menores, o pedido será formalizado por meio de representação ou assistência.

8. Para a concessão do documento especial de fronteira serão aceitos, igualmente, por ambas as Partes, documentos redigidos em português ou espanhol.

ARTIGO IV

Cancelamento

1. A qualidade de fronteira será cancelada, a qualquer tempo, ocorrida uma das seguintes hipóteses:

a) perda da condição de nacional de uma das Partes;

b) condenação penal em qualquer das Partes ou no exterior;

c) fraude ou utilização de documentos falsos para sua concessão;

d) obtenção de outro status migratório; ou

e) tentativa de exercer os direitos previstos neste Acordo fora dos limites territoriais estabelecidos no Anexo.

2. O cancelamento acarretará o recolhimento do documento especial de fronteira pela autoridade expedidora.

3. As Partes poderão estabelecer outras hipóteses de cancelamento da qualidade de fronteira.

ARTIGO V

Outros Acordos

1. Este Acordo não modifica direitos e obrigações estabelecidos por outros acordos e tratados vigentes.

2. O presente Acordo não obsta a aplicação nas localidades nele abrangidas de outros tratados ou acordos vigentes.

3. Este Acordo não se aplica a qualquer localidade que não conste expressamente do seu Anexo de Localidades Vinculadas.

ARTIGO VI

Anexo de Localidades Vinculadas

1. A lista de localidades fronteiriças e das respectivas vinculações para aplicação do presente Acordo é a que consta do Anexo, podendo ser ampliada ou reduzida por troca de notas entre as Partes, com antecedência de 90 (noventa) dias.

2. A ampliação da lista estabelecida no Anexo somente poderá contemplar aquelas localidades situadas em uma faixa de até 20 (vinte) quilômetros da fronteira e dependerá da concordância de ambas as Partes. A ampliação poderá contemplar a totalidade ou parte dos direitos previstos no Artigo I.

3. Cada Parte poderá, a seu critério, suspender ou cancelar unilateralmente a aplicação do presente Acordo em quaisquer das localidades constantes do Anexo, por meio de nota diplomática com antecedência de 30 (trinta) dias. O cancelamento ou suspensão poderá referir-se também a quaisquer dos incisos do Artigo I do presente Acordo.

4. A suspensão ou cancelamento da aplicação deste Acordo, previstos no inciso 3, não prejudica a validade dos documentos especiais de fronteira já expedidos, assim como o exercício dos direitos deles decorrentes.

ARTIGO VII

Extinção de Penalidades

Ficam extintas as penalidades administrativas aplicadas ou aplicáveis na data da entrada em vigor deste Acordo em razão da permanência irregular das pessoas que tenham ingressado até 15 de março de 2002 nas localidades mencionadas no Anexo.

ARTIGO VIII

Estímulo à Integração

Cada uma das Partes poderá ser tolerante quanto ao uso do idioma da outra Parte pelos beneficiários deste Acordo quando se dirigirem a órgãos ou repartições públicas para reclamar ou reivindicar os benefícios dele decorrentes.

ARTIGO IX

Vigência

Este Acordo entrará em vigor na data da troca dos instrumentos de ratificação pelas Partes.

ARTIGO X

Denúncia

O presente Acordo poderá ser denunciado por qualquer das Partes, com comunicação escrita, transmitida por via diplomática, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

ARTIGO XI

Solução de Controvérsias

Qualquer dúvida relacionada à aplicação deste Acordo será solucionada por meios diplomáticos, com respectiva troca de notas.

Feito em Montevidéu, em 21 de agosto de 2002, em dois exemplares originais, nos idiomas português e espanhol, sendo ambos os textos igualmente autênticos.

PELO GOVERNO DA REPÚBLICA
FEDERATIVA DO BRASIL
Celso Lafer
Ministro das Relações Exteriores

PELO GOVERNO DA REPÚBLICA
ORIENTAL DO URUGUAI
Didier Operti Badán
Ministro das Relações Exteriores
do Uruguai

ANEXO DE LOCALIDADES VINCULADAS

Relação de Vinculação das Localidades Fronteiriças

1. Chuí, Santa Vitória do Palmar/Balneário do Hermenegildo e Barra do Chuí (Brasil) a Chuy, 18 de Julho, Barra de Chuy e La Coronilla (Uruguai);
2. Jaguarão (Brasil) a Rio Branco (Uruguai);
3. Aceguá (Brasil) a Aceguá (Uruguai);
4. Santana do Livramento (Brasil) a Rivera (Uruguai);
5. Quaraí (Brasil) a Artigas (Uruguai);
6. Barra do Quaraí (Brasil) a Bella Unión (Uruguai).

Source : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5105.htm

**Annexe 2 : complémentation à l'accord de permission pour vivre,
étudier et travailler pour les nationaux frontaliers brésiliens et
uruguayens concernant la prestation de services de santé**

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 7.239, DE 26 DE JULHO DE 2010.



Promulga o Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e

Considerando que o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai celebraram, no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008, um Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde;

Considerando que o Congresso Nacional aprovou esse Ajuste Complementar por meio do Decreto Legislativo nº 933, de 11 de dezembro de 2009;

Considerando que o Ajuste Complementar entrou em vigor internacional em 17 de janeiro de 2010, nos termos de seu Artigo XI;

DECRETA:

Art. 1º O Ajuste Complementar ao Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, para Prestação de Serviços de Saúde, firmado no Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008, apenso por cópia ao presente Decreto, será executado e cumprido tão inteiramente como nele se contém.

Art. 2º São sujeitos à aprovação do Congresso Nacional quaisquer atos que possam resultar em revisão do referido Ajuste Complementar, assim como quaisquer ajustes complementares que, nos termos do art. 49, inciso I, da Constituição, acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 26 de julho de 2010; 189º da Independência e 122º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Celso Luiz Nunes Amorim

Este texto não substitui o publicado no DOU de 27.7.2010

AJUSTE COMPLEMENTAR AO ACORDO PARA PERMISSÃO DE RESIDÊNCIA,
ESTUDO E TRABALHO A NACIONAIS FRONTEIRIÇOS BRASILEIROS E URUGUAIOS,
PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O Governo da República Federativa do Brasil
e
O Governo da República Oriental do Uruguai

(doravante denominados “Partes”),

Considerando os intensos laços históricos de fraterna amizade existentes entre as duas Nações;-

Reconhecendo que a fronteira entre o Brasil e o Uruguai constitui um elemento de união e integração de suas populações;

Reafirmando o desejo de encontrar soluções comuns para o bem estar e a saúde das populações dos dois países;

Destacando a importância de consolidar soluções por meio de instrumentos jurídicos que facilitem o acesso dos cidadãos fronteiriços aos serviços de saúde, nos dois lados da fronteira;

Buscando amparar o intercâmbio que já existe na prestação de serviços de saúde humana na região fronteiriça; e

Considerando a legislação e a organização dos Sistemas de Saúde de ambos os países,

Resolvem celebrar o presente Ajuste Complementar, no marco do Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e da República Oriental do Uruguai para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, assinado em Montevideu, em 21 de agosto de 2002, e das Notas Reversais de 23 de abril e 20 de maio de 2008:

Artigo I

Âmbito de Aplicação

1. O presente Ajuste Complementar visa a permitir a prestação de serviços de saúde humana por pessoas físicas ou jurídicas situadas nas Localidades Vinculadas estabelecidas no Acordo para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios.

2. A pessoa física ou jurídica contratada somente admitirá pacientes residentes nas zonas urbanas, suburbanas ou rurais de uma das Localidades Vinculadas mencionadas no parágrafo anterior, mediante a apresentação da documentação que confirme sua identidade e domicílio expedida por autoridade policial correspondente ou outro documento comprobatório de residência, como o Documento Especial de Fronteiriço.

Artigo II

Pessoas Habilitadas

1. O presente Ajuste Complementar permite às pessoas jurídicas brasileiras e uruguaias contratarem serviços de saúde humana, em uma das localidades mencionadas no Artigo I, de acordo com os Sistemas de Saúde de cada Parte.

2. A prestação de serviços poderá ser feita tanto pelos respectivos sistemas públicos de saúde quanto por meio de contratos celebrados entre pessoa jurídica como contratante, de um lado, e pessoa física ou pessoa jurídica como contratada, de outro, tanto de direito público quanto de direito privado.

Artigo III

O Contrato

1. A prestação de serviços de saúde será feita mediante contrato específico entre os interessados de cada país.

2. As Partes contratantes serão pessoas jurídicas de direito público e de direito privado e as Partes Contratadas, pessoas jurídicas de direito público, pessoas jurídicas de direito privado ou pessoas físicas.

3. Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema de Saúde de cada Parte.

4. O contrato terá por objeto a prestação dos seguintes serviços de saúde humana, entre outros:

- a) serviços de caráter preventivo;
- b) serviços de diagnóstico;
- c) serviços clínicos, inclusive tratamento de caráter continuado;
- d) serviços cirúrgicos, inclusive tratamento de caráter continuado;
- e) internações clínicas e cirúrgicas; e
- f) atenção de urgência e emergência.

Artigo IV

Forma de Pagamento

1. A forma de pagamento do contrato obedecerá às normas e regulamentações de cada Parte.

2. O contrato poderá incluir como forma de pagamento a compensação recíproca de prestação de serviços de saúde.

3. O contratante não poderá ceder ao contratado materiais utilizados em serviços de saúde humana, tais como medicamentos e insumos, vacinas, hemoderivados e materiais clínicos ou cirúrgicos, como forma de pagamento do contrato.

Artigo V

Veículos

1. Veículos utilizados na prestação de serviços, objeto do presente Ajuste Complementar, tais como ambulâncias, deverão respeitar as regulamentações técnicas de ambas as Partes.

2. Tais veículos poderão circular livremente em zonas urbanas, suburbanas e rurais das Localidades Vinculadas, em ambos os lados da fronteira, sempre que devidamente identificados.

Artigo VI

Documentação dos recém nascidos

1. O registro de nascimento será feito por declaração de um dos genitores ou de uma das pessoas enumeradas na respectiva lei dos Registros Públicos das Partes. O declarante deve apresentar o documento comprobatório fornecido nos termos da legislação vigente da respectiva Parte.

2. A Parte do contratado emitirá o documento de nascido vivo e o encaminhará a autoridade consular da Parte do contratante, a fim de que a criança nascida no território da outra Parte seja regularmente registrada em Consulado ou Vice-Consulado respectivo.

3. A autoridade consular da Parte do contratante reconhecerá gratuitamente o documento de nascido vivo, no idioma original, nos casos de pobreza ou indigência.

Artigo VII

Documentação de falecimento

1. Na hipótese de óbitos, a Parte do contratado emitirá o atestado de óbito e o remeterá ao Consulado ou Vice-Consulado do país do contratante, que o reconhecerá gratuitamente nos casos de pobreza ou indigência, e o registrará devidamente no banco de dados consular.-

2. Se ocorrer em trânsito, o óbito será atestado no destino, exceto se houver regresso ao ponto de partida.

Artigo VIII

Idioma da documentação

As autoridades de cada país serão tolerantes quanto ao uso do idioma na redação de contratos e documentos decorrentes deste Ajuste.

Artigo IX

Comissão Binacional Assessora da Saúde na Fronteira

A Comissão Binacional Assessora da Saúde na Fronteira Brasil-Uruguai, instituída por meio do Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica, Científica e Tecnológica entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para a Saúde na Fronteira, será o órgão encarregado de supervisionar a implementação do presente Ajuste.

Artigo X

Emendas

O presente Ajuste Complementar poderá ser modificado por acordo mútuo entre as Partes. As modificações entrarão em vigor observados os mesmos trâmites previstos no Artigo XI, e serão parte integrante deste Ajuste Complementar.

Artigo XI

Vigência

Este Ajuste Complementar entrará em vigor trinta dias após o recebimento da segunda Nota diplomática atestando o cumprimento dos requisitos internos de vigência.

Artigo XII

Denúncia

Este Ajuste Complementar poderá ser denunciado por qualquer dos Estados Partes, mediante comunicação escrita, transmitida por via diplomática, com a antecedência mínima de noventa dias.

Artigo XIII

Solução de Controvérsias

Eventuais divergências, dúvidas e casos omissos decorrentes da interpretação e aplicação deste Ajuste Complementar serão solucionados por via diplomática.

Feito em Rio de Janeiro, em 28 de novembro de 2008, em dois exemplares originais, nos idiomas português e espanhol, sendo ambos os textos igualmente autênticos.

PELO GOVERNO DA REPÚBLICA
FEDERATIVA DO BRASIL

PELO GOVERNO DA REPÚBLICA
ORIENTAL DO URUGUAI

Source : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7239.htm

Annexe 3 : bornes frontalières qui délimitent les deux pays à la campagne



Source : photo réalisée par l'auteur

Annexe 4 : centre de santé de Masoller



Source : photo réalisée par l'auteur

Annexe 5 : centre de santé de Chuy (Uruguay)



Source : photo réalisée par l'auteur

Annexe 6 : centre de santé de Chuí (Brésil)



Source : photo réalisée par l'auteur

Annexe 7 : parc International Rivera / Sant'Ana do Livramento



Source : photo réalisée par l'auteur

Annexe 8 : hôpital de Rivera (Uruguay)



Source : photo réalisée par l'auteur

Annexe 9 : bus Expreso Esperanza



Source : photo réalisée par l'auteur

Annexe 10 : patients brésiliens utilisant le service du bus Expreso Esperanza



Source : photo réalisée par l'auteur

Annexe 11 : hôpital de Sant'Ana do Livramento (Brésil)



Source : photo réalisée par l'auteur

Annexe 12 : questionnaire socio-professionnel en langue portugaise



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Université Lumière Lyon 2
Institut de Psychologie
Psychologie de la Santé
Parcours Interculturalité

Questionário

O seguinte questionário se faz dentro do marco da pesquisa de doutorado que é realizada pela Sra. Gimena Pérez Caraballo da Universidade Lumière Lyon 2, na França conjuntamente com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil. As questões a seguir referem-se às competências que os profissionais de saúde desenvolvem em seu trabalho na fronteira Uruguai- Brasil. Não é preciso que você se identifique. Obrigado por sua colaboração

1- Você é:

- ☐ homem
☐ mulher

2- Você é:

- ☐ uruguaio
☐ brasileiro
☐ dupla nacionalidade

3- Qual é o seu lugar de nascimento?

4- Você vive na fronteira?

- ☐ Sim Há quanto tempo?
☐ Não

5- Você é:

- ☐ Técnico de enfermagem
☐ Enfermeiro
☐ Auxiliar de enfermagem
☐ Auxiliar de serviços gerais
☐ Médico

6- Você tem outras formações?

- ☐ Sim Quais?
☐ Não

7- Antes de sua formação como profissional de saúde, havia tido algum contato ou experiência no âmbito da saúde?

- ☐ Sim Quais?
☐ Não

8- Você acha que esses contatos ou experiências influenciaram na escolha de sua profissão e de sua prática atual?

- ☐ Sim Como?
☐ Não

9- Há quanto tempo você exerce a sua profissão?

10- Há quanto tempo você exerce a sua profissão na fronteira?

11- Quais são as dificuldades que você encontra em sua prática profissional e que estão relacionadas com o fato de trabalhar em um contexto fronteiriço?

12- Qual é a sua língua materna ou suas línguas maternas?

- ☐ espanhol
☐ portunhol
☐ português
☐ outra.....

13- Circule as línguas que você conhece, o seu nível de competência e como foi que você aprendeu:

Língua	Nível	Como aprendeu?
Espanhol	Compreensão oral: bem razoavelmente pouco nada Compreensão escrita: bem razoavelmente pouco nada Expressão oral: bem razoavelmente pouco nada Expressão escrita: bem razoavelmente pouco nada	língua materna estudos vivendo/trabalhando na fronteira
Português	Compreensão oral: bem razoavelmente pouco nada Compreensão escrita: bem razoavelmente pouco nada Expressão oral: bem razoavelmente pouco nada Expressão escrita: bem razoavelmente pouco nada	língua materna estudos vivendo/trabalhando na fronteira
Portunhol	Compreensão oral: bem razoavelmente pouco nada Expressão oral: bem razoavelmente pouco nada	língua materna vivendo/trabalhando na fronteira
Italiano	Compreensão oral: bem razoavelmente pouco nada Compreensão escrita: bem razoavelmente pouco nada Expressão oral: bem razoavelmente pouco nada Expressão escrita: bem razoavelmente pouco nada	língua materna estudos vivendo/trabalhando na fronteira
Alemão	Compreensão oral: bem razoavelmente pouco nada Compreensão escrita: bem razoavelmente pouco nada Expressão oral: bem razoavelmente pouco nada Expressão escrita: bem razoavelmente pouco nada	língua materna estudos vivendo/trabalhando na fronteira
Inglês	Compreensão oral: bem razoavelmente pouco nada Compreensão escrita: bem razoavelmente pouco nada Expressão oral: bem razoavelmente pouco nada Expressão escrita: bem razoavelmente pouco nada	língua materna estudos vivendo/trabalhando na fronteira
Árabe	Compreensão oral: bem razoavelmente pouco nada Compreensão escrita: bem razoavelmente pouco nada Expressão oral: bem razoavelmente pouco nada Expressão escrita: bem razoavelmente pouco nada	língua materna estudos vivendo/trabalhando na fronteira

14- Em relação aos contextos de uso dessas línguas, com que frequência você as usa?

	Contexto de Uso	
Língua	Familiar	Profissional
Espanhol	Frequentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Frequentemente Ocasionalmente Raramente Nunca
Português	Frequentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Frequentemente Ocasionalmente Raramente Nunca
Portunhol	Frequentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Frequentemente Ocasionalmente Raramente Nunca
Italiano	Frequentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Frequentemente Ocasionalmente Raramente Nunca
Alemão	Frequentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Frequentemente Ocasionalmente Raramente Nunca
Inglês	Frequentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Frequentemente Ocasionalmente Raramente Nunca
Árabe	Frequentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Frequentemente Ocasionalmente Raramente Nunca

15- Em que medida a diversidade linguística presente nesta fronteira facilita ou dificulta a sua atividade de trabalho?

Facilitadores

-
-
-

Dificultadores

-
-
-

Annexe 13 : questionnaire socio-professionnel en langue espagnole



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Université Lumière Lyon 2
Institut de Psychologie
Psychologie de la Santé
Parcours Interculturalité

Cuestionario

Este cuestionario se realiza dentro del marco de la investigación de doctorado que está siendo llevada a cabo por la Sra. Gimena Pérez Caraballo de la Universidad Lumière Lyon 2, Francia conjuntamente con la Universidad Federal do Rio Grande do Norte, Brasil. Las siguientes preguntas se refieren a las competencias de los profesionales de la salud que desarrollan su trabajo en la frontera Uruguay- Brasil. No es necesario que se identifique. Muchas gracias por su colaboración.

1- Usted es:

- ☐ hombre
☐ mujer

2- Usted es:

- ☐ uruguayo
☐ brasileiro
☐ doble nacionalidad

3- ¿Cuál es su lugar de nacimiento?

4- ¿Vive usted en la frontera?

- ☐ Sí ¿Hace cuánto tiempo?
☐ No

5- Usted es:

- ☐ Licenciado en enfermería
☐ Auxiliar de enfermería
☐ Auxiliar de servicio
☐ Médico

6- ¿Realizó usted otras formaciones?

- ☐ Sí ¿cuáles?
☐ No

7- Antes de su formación como profesional de la salud, ¿había tenido algún contacto o experiencia en el medio de la salud?

- ☐ Sí ¿cuál?
☐ No

8- ¿Cree usted que esos contactos o experiencias jugaron un rol en la elección de su profesión y de su práctica actual?

- ☐ Sí ¿cómo?
☐ No

9- ¿Cuánto tiempo hace que usted ejerce su profesión?

10- ¿Cuánto tiempo hace que usted ejerce su profesión en la frontera?

11- ¿Cuáles son las dificultades que usted encuentra en su práctica profesional y que están relacionadas con el hecho de trabajar en un contexto fronterizo?

12- ¿Cuál es su lengua materna o sus lenguas maternas?

- ☐ español
☐ portugués
☐ portugués
☐ otra.....

13- Marque con un círculo, las lenguas que usted maneja, su nivel de competencia y de qué manera las aprendió:

Lengua	Nivel	¿Cómo aprendió?
Español	Comprensión oral: bien razonablemente poco nada Comprensión escrita: bien razonablemente poco nada Expresión oral: bien razonablemente poco nada Expresión escrita: bien razonablemente poco nada	lengua materna estudios viviendo/trabajando en la frontera
Portugués	Comprensión oral: bien razonablemente poco nada Comprensión escrita: bien razonablemente poco nada Expresión oral: bien razonablemente poco nada Expresión escrita: bien razonablemente poco nada	lengua materna estudios viviendo/trabajando en la frontera
Portuñol	Comprensión oral: bien razonablemente poco nada Expresión oral: bien razonablemente poco nada	lengua materna viviendo/trabajando en la frontera
Italiano	Comprensión oral: bien razonablemente poco nada Comprensión escrita: bien razonablemente poco nada Expresión oral: bien razonablemente poco nada Expresión escrita: bien razonablemente poco nada	lengua materna estudios viviendo/trabajando en la frontera
Alemán	Comprensión oral: bien razonablemente poco nada Comprensión escrita: bien razonablemente poco nada Expresión oral: bien razonablemente poco nada Expresión escrita: bien razonablemente poco nada	lengua materna estudios viviendo/trabajando en la frontera
Inglés	Comprensión oral: bien razonablemente poco nada Comprensión escrita: bien razonablemente poco nada Expresión oral: bien razonablemente poco nada Expresión escrita: bien razonablemente poco nada	lengua materna estudios viviendo/trabajando en la frontera
Árabe	Comprensión oral: bien razonablemente poco nada Comprensión escrita: bien razonablemente poco nada Expresión oral: bien razonablemente poco nada Expresión escrita: bien razonablemente poco nada	lengua materna estudios viviendo/trabajando en la frontera

14- En relación a los contextos de uso de esas lenguas, ¿con qué frecuencia usted las usa?

	Contexto de Uso	
Lengua	Familiar	Profesional
Español	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca
Portugués	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca
Portuñol	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca
Italiano	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca
Alemán	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca
Inglés	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca
Árabe	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca

15- ¿En qué medida la diversidad lingüística presente en esta frontera facilita o dificulta su actividad profesional?

Facilitadores

-
-
-

Dificultadores

-
-

Annexe 14 : analyses réalisées avec le test d'indépendance du χ^2

Annexe 14a : lieu de naissance / médecins et infirmiers de l'échantillon

Tableau de contingence (effectifs observés)

Profession	Lieu de naissance	
	Frontalier	Non frontalier
Médecin	11	17
Infirmier	50	18
Totaux	61	35

Tableau des fréquences

Profession	Lieu de naissance	
	Frontalier	Non frontalier
Médecin	11,46%	17,71%
Infirmier	52,08%	18,75%
Totaux	63,54%	36,46%

Tableau des profils lignes

Profession	Lieu de naissance	
	Frontalier	Non frontalier
Médecin	39,29%	60,71%
Infirmier	73,53%	26,47%
Profil marginal	63,54%	36,46%

Tableau des profils colonnes

Profession	Lieu de naissance	
	Frontalier	Non frontalier
Médecin	18,03%	48,57%
Infirmier	81,97%	51,43%
Totaux	100,00%	100,00%

Tableau des effectifs théoriques sous Ho

Profession	Lieu de naissance	
	Frontalier	Non frontalier
Médecin	17,79	10,21
Infirmier	43,21	24,79
Totaux	61	35

Tableau des contributions absolues

Profession	Lieu de naissance	
	Frontalier	Non frontalier
Médecin	2,59	4,52
Infirmier	1,07	1,86
Totaux	3,66	6,38

risque	valeur critique
0,05	3,841458821
0,01	6,634896601

Tableau des contributions relatives

Profession	Lieu de naissance	
	Frontalier	Non frontalier
Médecin	25,82%	45,01%
Infirmier	10,63%	18,53%
Totaux	36,46%	63,54%

Tableau des attirances/répulsions

Profession	Lieu de naissance	
	Frontalier	Non frontalier
Médecin	-6,79	6,79
Infirmier	6,79	-6,79

Annexe14b : bilinguisme / médecins et infirmiers brésiliens

Tableau de contingence (effectifs observés)

Brésilien

Profession	Bilinguisme		Totaux
	Oui	Non	
Médecin	2	4	6
Infirmier	5	37	42
Totaux	7	41	48

Tableau des fréquences

Profession	Bilinguisme		Totaux
	Oui	Non	
Médecin	4,17%	8,33%	12,50%
Infirmier	10,42%	77,08%	87,50%
Totaux	14,58%	85,42%	100,00%

Tableau des profils lignes

Profession	Bilinguisme		Totaux
	Oui	Non	
Médecin	33,33%	66,67%	100,00%
Infirmier	11,90%	88,10%	100,00%
Profil marginal	14,58%	85,42%	100,00%

Tableau des profils colonnes

Profession	Bilinguisme		Profil marginal
	Oui	Non	
Médecin	28,57%	9,76%	12,50%
Infirmier	71,43%	90,24%	87,50%
Totaux	100,00%	100,00%	100,00%

Tableau des effectifs théoriques sous Ho

Profession	Bilinguisme		Totaux
	Oui	Non	
Médecin	0,88	5,13	6
Infirmier	6,13	35,88	42
Totaux	7	41	48

Tableau des contributions absolues

Profession	Bilinguisme		Totaux
	Oui	Non	
Médecin	1,45	0,25	1,69
Infirmier	0,21	0,04	0,24
Totaux	1,65	0,28	1,94

Non Rejet Ho

risque
0,05
0,01

valeur critique
3,841458821
6,634896601

Tableau des contributions relatives

Profession	Bilinguisme		Totaux
	Oui	Non	
Médecin	74,74%	12,76%	87,50%
Infirmier	10,68%	1,82%	12,50%
Totaux	85,42%	14,58%	100,00%

Tableau des attirances/répulsions

Profession		
	Oui	Non
Médecin	1,13	-1,13
Infirmier	-1,13	1,13

Annexe14c : bilinguisme / médecins et infirmiers uruguayens

Tableau de contingence (effectifs observés)
Uruguayens

Profession	Bilinguisme		Totaux
	Oui	Non	
Médecin	6	22	28
Infirmier	17	51	68
Totaux	23	73	96

Tableau des fréquences

Profession	Bilinguisme		Totaux
	Oui	Non	
Médecin	6,25%	22,92%	29,17%
Infirmier	17,71%	53,13%	70,83%
Totaux	23,96%	76,04%	100,00%

Tableau des profils lignes

Profession	Bilinguisme		Totaux
	Oui	Non	
Médecin	21,43%	78,57%	100,00%
Infirmier	25,00%	75,00%	100,00%
Profil marginal	23,96%	76,04%	100,00%

Tableau des profils colonnes

Profession	Bilinguisme		Profil marginal
	Oui	Non	
Médecin	26,09%	30,14%	29,17%
Infirmier	73,91%	69,86%	70,83%
Totaux	100,00%	100,00%	100,00%

Tableau des effectifs théoriques sous Ho

Profession	Bilinguisme		Totaux
	Oui	Non	
Médecin	6,71	21,29	28
Infirmier	16,29	51,71	68
Totaux	23	73	96

Tableau des contributions absolues

Profession	Bilinguisme		Totaux
	Oui	Non	
Médecin	0,07	0,02	0,10
Infirmier	0,03	0,01	0,04
Totaux	0,11	0,03	0,14

Non Rejet Ho

risque

0,05

0,01

valeur critique

3,841458821

6,634896601

Tableau des contributions relatives

Profession	Bilinguisme		Totaux
	Oui	Non	
Médecin	53,86%	16,97%	70,83%
Infirmier	22,18%	6,99%	29,17%
Totaux	76,04%	23,96%	100,00%

Tableau des attirances/répulsions

Profession			
	Oui	Non	
Médecin	-0,71	0,71	
Infirmier	0,71	-0,71	

Annexe 14d : difficultés linguistiques / pays

Tableau de contingence (effectifs observés)

Pays	Difficultés linguistiques		Totaux
	Oui	Non	
Brésil	24	35	59
Uruguay	26	123	149
Totaux	50	158	208

Tableau des fréquences

Pays	Difficultés linguistiques		Totaux
	Oui	Non	
Brésil	11,54%	16,83%	28,37%
Uruguay	12,50%	59,13%	71,63%
Totaux	24,04%	75,96%	100,00%

Tableau des profils lignes

Pays	Difficultés linguistiques		Totaux
	Oui	Non	
Brésil	40,68%	59,32%	100,00%
Uruguay	17,45%	82,55%	100,00%
Profil marginal	24,04%	75,96%	100,00%

Tableau des profils colonnes

Pays	Difficultés linguistiques		Profil marginal
	Oui	Non	
Brésil	48,00%	22,15%	28,37%
Uruguay	52,00%	77,85%	71,63%
Totaux	100,00%	100,00%	100,00%

Tableau des effectifs théoriques sous Ho

Pays	Difficultés linguistiques		Totaux
	Oui	Non	
Brésil	14,18	44,82	59
Uruguay	35,82	113,18	149
Totaux	50	158	208

Tableau des contributions absolues

Pays	Difficultés linguistiques		Totaux
	Oui	Non	
Brésil	6,80	2,15	8,95
Uruguay	2,69	0,85	3,54
Totaux	9,49	3,00	12,49

Rejet Ho

risque

0,05

0,01

valeur critique

3,841458821

6,634896601

Tableau des contributions relatives

Pays	Difficultés linguistiques		Totaux
	Oui	Non	
Brésil	54,41%	17,22%	71,63%
Uruguay	21,55%	6,82%	28,37%
Totaux	75,96%	24,04%	100,00%

Tableau des attirances/répulsions

Pays			
	Oui	Non	
Brésil	9,82	-9,82	
Uruguay	-9,82	9,82	

Annexe 14e : langue maternelle / difficultés linguistiques

% LIGNE	POIDS	EN LIGNE : Langue maternelle EN COLONNE : Difficultés linguistiques		ENSEMBLE
		Ne trouve pas de difficultés	Trouve de difficultés	
V16_Espagnol		87 83.65	17 16.35	104 100.00
V16_Portugno1		12 85.71	2 14.29	14 100.00
V16_Portugais		28 54.90	23 45.10	51 100.00
V16_Espagnol_Portugn		17 77.27	5 22.73	22 100.00
V16_Espagnol_Portuga		11 84.62	2 15.38	13 100.00
V16_Portugais_Portug		3 75.00	1 25.00	4 100.00
ENSEMBLE		158 75.96	50 24.04	208 100.00

$KHI2 = 17.04 / 5 \text{ DEGRES DE LIBERTE} / 4 \text{ EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A } 5$
 $PROBA (KHI2 > 17.04) = 0.004 / V.TEST = 2.62$

Annexe 14f : langue maternelle / facilités linguistiques

% LIGNE	POIDS	EN LIGNE : Langue maternelle EN COLONNE : Facilités linguistiques		ENSEMBLE
		Ne trouve pas de facilités	Trouve de facilités	
V16_Espagnol		62 59.62	42 40.38	104 100.00
V16_Portugno1		4 28.57	10 71.43	14 100.00
V16_Portugais		26 50.98	25 49.02	51 100.00
V16_Espagnol_Portugn		9 40.91	13 59.09	22 100.00
V16_Espagnol_Portuga		3 23.08	10 76.92	13 100.00
V16_Portugais_Portug		1 25.00	3 75.00	4 100.00
ENSEMBLE		105 50.48	103 49.52	208 100.00

$KHI2 = 11.92 / 5 \text{ DEGRES DE LIBERTE} / 2 \text{ EFFECTIFS THEORIQUES INFERIEURS A } 5$
 $PROBA (KHI2 > 11.92) = 0.036 / V.TEST = 1.80$

Annexe 14g : difficultés générales / pays

Tableau de contingence (effectifs observés)

Pays	Difficultés générales		Totaux
	Oui	Non	
Brésil	20	39	59
Uruguay	58	91	149
Totaux	78	130	208

Tableau des fréquences

Pays	Difficultés générales		Totaux
	Oui	Non	
Brésil	9,62%	18,75%	28,37%
Uruguay	27,88%	43,75%	71,63%
Totaux	37,50%	62,50%	100,00%

Tableau des profils lignes

Pays	Difficultés générales		Totaux
	Oui	Non	
Brésil	33,90%	66,10%	100,00%
Uruguay	38,93%	61,07%	100,00%
Profil marginal	37,50%	62,50%	100,00%

Tableau des profils colonnes

Pays	Difficultés générales		Profil marginal
	Oui	Non	
Brésil	25,64%	30,00%	28,37%
Uruguay	74,36%	70,00%	71,63%
Totaux	100,00%	100,00%	100,00%

Tableau des effectifs théoriques sous Ho

Pays	Difficultés générales		Totaux
	Oui	Non	
Brésil	22,13	36,88	59
Uruguay	55,88	93,13	149
Totaux	78	130	208

Tableau des contributions absolues

Pays	Difficultés générales		Totaux
	Oui	Non	
Brésil	0,20	0,12	0,33
Uruguay	0,08	0,05	0,13
Totaux	0,28	0,17	0,46

Non Rejet Ho

risque

0,05

0,01

valeur critique

3,841458821

6,634896601

Tableau des contributions relatives

Pays	Difficultés générales		Totaux
	Oui	Non	
Brésil	44,77%	26,86%	71,63%
Uruguay	17,73%	10,64%	28,37%
Totaux	62,50%	37,50%	100,00%

Tableau des attirances/répulsions

Pays			
	Oui	Non	
Brésil	-2,13	2,13	
Uruguay	2,13	-2,13	

Annexe 14h : lieu de naissance / difficultés générales

Tableau de contingence (effectifs observés)

Variable1	Difficultés générales		Totaux
	Oui	Non	
Nés frontière	52	84	136
Nés hors frontière	26	46	72
Totaux	78	130	208

Tableau des fréquences

Variable1	Difficultés générales		Totaux
	Oui	Non	
Nés frontière	25,00%	40,38%	65,38%
Nés hors frontière	12,50%	22,12%	34,62%
Totaux	37,50%	62,50%	100,00%

Tableau des profils lignes

Variable1	Difficultés générales		Totaux
	Oui	Non	
Nés frontière	38%	62%	100%
Nés hors frontière	36%	64%	100%
Profil marginal	38%	63%	100%

Tableau des profils colonnes

Variable1	Difficultés générales		Profil marginal
	Oui	Non	
Nés frontière	66,67%	64,62%	65,38%
Nés hors frontière	33,33%	35,38%	34,62%
Totaux	100,00%	100,00%	100,00%

Tableau des effectifs théoriques sous Ho

Variable1	Difficultés générales		Totaux
	Oui	Non	
Nés frontière	51,00	85,00	136
Nés hors frontière	27,00	45,00	72
Totaux	78	130	208

Tableau des contributions absolues

Variable1	Difficultés générales		Totaux
	Oui	Non	
Nés frontière	0,02	0,01	0,03
Nés hors frontière	0,04	0,02	0,06
Totaux	0,06	0,03	0,09

Non Rejet Ho

risque

0,05

0,01

valeur critique

3,841458821

6,634896601

Tableau des contributions relatives

Variable1	Difficultés générales		Totaux
	Oui	Non	
Nés frontière	21,63%	12,98%	34,62%
Nés hors frontière	40,87%	24,52%	65,38%
Totaux	62,50%	37,50%	100,00%

Tableau des attirances/répulsions

Variable1			
	Oui	Non	
Nés frontière	1,00	-1,00	
Nés hors frontière	-1,00	1,00	

Annexe 14i : lieu de naissance / difficultés linguistiques

Tableau de contingence (effectifs observés)

Lieu de naissance	Difficultés linguistiques		Totaux
	Oui	Non	
Nés frontière	27	109	136
Nés hors frontière	23	49	72
Totaux	50	158	208

Tableau des fréquences

Lieu de naissance	Difficultés linguistiques		Totaux
	Oui	Non	
Nés frontière	12,98%	52,40%	65,38%
Nés hors frontière	11,06%	23,56%	34,62%
Totaux	24,04%	75,96%	100,00%

Tableau des profils lignes

Lieu de naissance	Difficultés linguistiques		Totaux
	Oui	Non	
Nés frontière	19,85%	80,15%	100,00%
Nés hors frontière	31,94%	68,06%	100,00%
Profil marginal	24,04%	75,96%	100,00%

Tableau des profils colonnes

Lieu de naissance	Difficultés linguistiques		Profil marginal
	Oui	Non	
Nés frontière	54,00%	68,99%	65,38%
Nés hors frontière	46,00%	31,01%	34,62%
Totaux	100,00%	100,00%	100,00%

Tableau des effectifs théoriques sous Ho

Lieu de naissance	Difficultés linguistiques		Totaux
	Oui	Non	
Nés frontière	32,69	103,31	136
Nés hors frontière	17,31	54,69	72
Totaux	50	158	208

Tableau des contributions absolues

Lieu de naissance	Difficultés linguistiques		Totaux
	Oui	Non	
Nés frontière	0,99	0,31	1,30
Nés hors frontière	1,87	0,59	2,46
Totaux	2,86	0,91	3,77

Non Rejet Ho

risque

valeur critique

0,05

3,841458821

0,01

6,634896601

Tableau des contributions relatives

Lieu de naissance	Difficultés linguistiques		Totaux
	Oui	Non	
Nés frontière	26,29%	8,32%	34,62%
Nés hors frontière	49,67%	15,72%	65,38%
Totaux	75,96%	24,04%	100,00%

Tableau des attirances/répulsions

Lieu de naissance	Difficultés linguistiques	
	Oui	Non
Nés frontière	-5,69	5,69
Nés hors frontière	5,69	-5,69

Université Lumière Lyon 2
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Thèse en Psychologie

Activité et compétences professionnelles dans des espaces culturellement et linguistiquement hybrides : le cas des professionnels de santé à la frontière Uruguay-Brésil

Dans cette recherche nous nous intéressons aux professionnels du domaine de la santé qui travaillent à la frontière Uruguay-Brésil, un espace marqué par une culture « frontalière » et par un plurilinguisme car l'espagnol et le portugais, ainsi que le Portugais Gaúcho da Fronteira et le Portugais de l'Uruguay (ou *portugol*) y sont présents. Cette recherche a pour objectif d'étudier l'activité professionnelle et les compétences mises en œuvre par les professionnels de santé travaillant dans cet espace afin de mieux répondre aux besoins des patients frontaliers dont le cadre de référence socio-économique, culturel et linguistique peut différer du leur. Ce travail se situe au carrefour de plusieurs approches dont la diversité permet une compréhension plus holistique de notre objet d'étude, et fait appel en particulier à la perspective historico-culturelle du psychisme, avec les travaux de Vygotski et de Leontiev. Cette étude a été menée auprès de 208 professionnels uruguayens et brésiliens, avec cinq outils méthodologiques : des observations ethnographiques, un questionnaire, des entretiens informels, d'instruction au sosie et d'autoconfrontation simple. Nos résultats montrent que les professionnels de santé travaillant dans cet espace frontalier semblent avoir développé des compétences autres que techniques, afin de proposer une prise en charge plus adéquate et plus efficace en prenant des initiatives qui dépassent aussi bien ce qui est attendu par les prescriptions formelles que par les prescriptions propres au métier.

Mots clés : activité, compétences, professionnels de santé, frontière Uruguay-Brésil, dialecte

Activity and professional competencies in culturally and linguistically hybrid spaces: the case of the Uruguay-Brazil border

This research focuses on the study of health professionals who work on the border between Uruguay and Brazil, an area characterized by a "culture of the borderlands" and by multilingualism since Spanish and Portuguese, as well as Portuguese Gaúcho da Fronteira and Uruguayan-Portuguese - or *portuñol* - are found there. The aim of this research is to study these workers' professional activity and the competences they employ in their domain to better take care of the patients living in the border, whose socio-economic, linguistic and cultural background may differ from theirs. This research crosses several approaches which diversity allows a holistic understanding of our topic, and uses in particular the historical-cultural theory of mind, through Vygotski and Leontiev's work. We have conducted this study with 208 Uruguayan and Brazilian professionals, using five methodological tools: ethnographic observations, a questionnaire, informal interviews, the so-called instruction to a double, and self-confrontation interviews. The results of this research show that the health professionals who work on that borderland seem to have developed a set of competences, other than technical, in order to provide more suitable and efficient care and take initiatives that exceed what is demanded by technical requirements as well as their job's requirements.

Keywords : activity, competences, health professionals, Uruguay-Brazil border, dialect