



HAL
open science

Savoirs expérientiels et approches compétences en santé : de la narration du vécu aux actes de catégorisation

Hervé Breton, Camila Alves Aloisio

► To cite this version:

Hervé Breton, Camila Alves Aloisio. Savoirs expérientiels et approches compétences en santé : de la narration du vécu aux actes de catégorisation. *Éducation permanente*, 2019, *Quelle reconnaissance des compétences transversales ?*, 218, pp.173-180. 10.3917/edpe.218.0173 . hal-03245620

HAL Id: hal-03245620

<https://hal.science/hal-03245620>

Submitted on 10 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

[PREPRINT] BRETON, H. et ALVES-ALOISIO, C. (2019). Savoirs expérientiels et approches compétences en santé. *Éducation permanente*, 2019/1, 218, 173-180.

<https://doi.org/10.3917/edpe.218.0173>

Hervé Breton

herve.breton@univ-tours.fr

<https://orcid.org/0000-0003-3536-566X>

Université de Tours, EA7505, France

Camila Aloisio Alves

Professeure à la faculté de médecine de Petrópolis (Brésil)

SAVOIRS EXPÉRIENTIELS ET APPROCHES COMPÉTENCES EN SANTÉ : DE LA NARRATION DU VÉCU AUX ACTES DE CATÉGORISATION

L'objet de cet article est d'examiner les procédés par lesquels les savoirs acquis au cours de l'expérience de la maladie trouvent à se dire et se penser pour ensuite pouvoir être reconnus et diffusés. Depuis le début des années 2000, les savoirs expérientiels des patients font l'objet de nombreuses recherches : « Dans un contexte paradoxal entre explosion du volume des connaissances médicales et démocratisation des accès aux informations (par la révolution Internet, notamment, voir infra), dans une intrication d'enjeux réglementaires et économiques à toutes échelles, les savoirs nés du vécu, voire de l'expertise du patient, font surface et interrogent la répartition de toutes les formes de pouvoirs en santé, y compris celles du « pouvoir soigner » et du « pouvoir décider » (Jouet, Flora, Las Vergnas, 2010, p.15). Cette attention portée aux vécus du patient et aux savoirs qui en résultent fait émerger des questions nouvelles sur les modèles de compétences – et spécialement celui des compétences transversales – qui participent de la formalisation de ces acquis expérientiels et de leur reconnaissance sociale.

Pour interroger la pertinence de ces modèles, nous examinons les procédés de catégorisation qui les fondent. Notre proposition est la suivante : les différentes typologies de compétences – compétences transversales, compétences technico-professionnelles, compétences langagières – sont des constructions produites à partir d'un travail de catégorisation. Selon cette perspective, le débat sur la compétence se trouve ainsi rapporté aux prémices de la dynamique d'édification de ces typologies. Le regard est ainsi porté sur les procédés par lesquels des actes, des gestes, des inférences... sont rassemblés dans des ensembles qui, une fois intitulés, deviennent des catégories (de compétences) par lesquelles sont pensés les savoirs expérientiels dans le domaine de la santé. L'analyse ces processus a été réalisée dans le cadre d'une recherche-action-formation dont l'objet a été de formaliser avec un groupe d'adultes atteints de la sclérose en plaques (SEP) les savoirs générés par le vécu au quotidien des effets de cette maladie.

Le catégorial : socle des approches par compétences

La démarche proposée pour avancer sans se perdre dans les débats foisonnants sur les modèles de compétences (Batal et Fernagu-Oudet, Coulet, 2016, Becquet & Etienne, 2016) est d'examiner les procédés qui transforment l'expérience vécue – pour cette étude : l'expérience du patient – en catégories d'activités et de savoirs typifiés. Ainsi, au-delà de la prolifération exponentielle des usages et des définitions, il nous semble nécessaire de revenir au sol des démarches compétences : le catégorial. Ce terme désigne, dans les travaux de la phénoménologie husserlienne (Bégout, 2000), les opérations par lesquelles, selon une dynamique de comparaison et d'association, émergent parmi les données de l'expérience

[PREPRINT] BRETON, H. et ALVES-ALOISIO, C. (2019). Savoirs expérientiels et approches compétences en santé. *Éducation permanente*, 2019/1, 218, 173-180.

<https://doi.org/10.3917/edpe.218.0173>

45 vécue des « formes d'unités ». En bref, le catégorial résulte d'une dynamique d'édification de
46 catégories générales dont le sol est l'expérience sensible. Selon cette perspective, la
47 formalisation des compétences à l'œuvre dans les pratiques d'analyse des situations de travail
48 (Clot, 1999) procède d'une logique catégoriale : ces approches cherchent à rassembler
49 différents traits de l'expérience vécue par les professionnels d'un métier donné dans des
50 ensembles, ces derniers formant une unité du fait des liens de codépendance et de
51 ressemblances supposés entre les éléments qu'ils contiennent : « Un des problèmes est en
52 effet de savoir si l'appartenance à une catégorie se décide sur la présence d'un ensemble de
53 propriétés considérées comme nécessaires et suffisantes (théorie dite classique ou
54 aristotélicienne), ou simplement sur une similitude avec un exemplaire typique de la catégorie
55 – un prototype –, voire sur des « ressemblances de famille » (théorie dite probabiliste) »
56 (Quéré, 1994, p. 12). Par ce travail de catégorisation, l'expérience des professionnels, tout
57 comme celle des patients dans le domaine de la santé, est d'abord fragmentée en unités de
58 taille variable, puis rassemblée en vue de constituer des ensembles, des familles et des types,
59 afin d'aboutir à des typologies, voire des référentiels.

60 **Repères et modèles pour la catégorisation dans le domaine de la santé : savoirs** 61 **professionnels et compétences transversales**

62 Les approches relevant de l'analyse de travail (Jobert, 2004) ont bien montré le caractère
63 vivant des contextes professionnels, les dimensions impliquées et personnalisées de l'exercice
64 d'un métier, les dimensions transverses de l'agir professionnel. Face à la vicariance des
65 pratiques, les procédés de catégorisation produisent des effets réifiant. Ces effets méritent un
66 examen doublement approfondi en contextes de santé. C'est notamment l'objet des travaux
67 récents sur les savoirs expérientiels des patients (Jouet & Las Vergnas, 2012 ; Jouet, Flora,
68 Las Vergnas, 2010), la prise en compte de leur vécu (Breton, 2018), les nouvelles approches
69 coopératives en santé (Jouet, Las Vergnas, Noël-Hureau, 2014) que de s'interroger sur les
70 processus de formalisation des savoirs expérientiels des personnes vivant la maladie. Du point
71 de vue des patients atteints de maladies chroniques (par exemple), même si une prise en
72 charge est intégrée et articulée entre les différents professionnels de santé, l'arrivée d'une
73 pathologie chronique s'immisce dans la vie des malades, bouleverse leur identité, impose un
74 nouveau rythme de vie, provoque des changements dans la dynamique quotidienne des
75 activités, dans la relation avec le corps et avec l'entourage (Alves, Dizerbo, Farge & Faivre,
76 2018). C'est un malade qui établit une relation de proximité avec les professionnels et
77 services de santé en fonction des fréquents allers et retours et des traitements, parfois, de
78 longue durée (OMS, 2003). Une continuité entre les spécialités s'est imposée petit à petit en
79 fonction du type de besoin des malades. La prise en charge ne se limite pas seulement à une
80 prescription médicale, à un médicament à prendre régulièrement ou à des examens de routine.
81 De ces expériences de vie avec une maladie chronique émergent toutes sortes
82 d'apprentissages et savoirs qui, peu à peu, ont été reconnus et valorisés par les professionnels
83 de santé.

84 **Étude des procédés de catégorisation au cours d'une recherche-action-formation auprès** 85 **de personnes éprouvant les effets de la sclérose en plaques**

86 Au cours des sections précédentes, nous avons cherché à situer le travail de catégorisation au
87 sein des processus de fabrication des modèles de compétences en santé. Deux éléments
88 peuvent être à ce stade considérés comme établis : le travail de catégorisation s'applique sur
89 l'expérience des professionnels (par exemple), et/ou des patients qui éprouvent une maladie

[PREPRINT] BRETON, H. et ALVES-ALOISIO, C. (2019). Savoirs expérientiels et approches compétences en santé. *Éducation permanente*, 2019/1, 218, 173-180.

<https://doi.org/10.3917/edpe.218.0173>

90 (1) ; il est possible d'identifier différentes manières de catégoriser le vécu (2). Concernant les
91 différentes manières de catégoriser, il est par exemple possible de ne prendre en compte que
92 l'activité du sujet et ainsi, de ne s'intéresser qu'aux gestes, actes et actions observables qu'il
93 déploie dans des situations professionnelles données. D'autres perspectives sont également
94 possibles : par exemple, s'intéresser aux manières d'être attentif aux vécus du corps ou à la
95 manière de se maintenir agent de son devenir, malgré l'extension du domaine des
96 dépendances lors des moments de vulnérabilité. Cette variation dans les manières
97 d'appréhender le vécu ont alors pour effet de transformer les modèles de compétences
98 pouvant s'éduquer. Il semble que, de ce point de vue, les approches dites des compétences
99 transversales soient plus adéquates pour appréhender des pratiques ou des phénomènes non
100 confinés à des situations données. Ce sont ces éléments qui ont été étudiés au cours d'une
101 recherche-action avec des adultes vivant au quotidien les effets de la sclérose en plaques
102 (SEP). Dans ce cadre, il leur a alors été proposé de narrer biographiquement leur vécu de la
103 maladie, puis de coédifier collectivement des catégories afin de formaliser les savoirs acquis
104 du fait de la SEP.

105 *Contexte et procédés d'enquête*

106 Entre novembre de l'année 2016 et septembre de 2017, un groupe de malades atteints de la
107 sclérose en plaques (SEP) participant à une formation de patient partenaire, sollicitée par la
108 Ligue Française de Sclérose en Plaques et mise en place par l'agence de formation *Comment*
109 *Dire*¹, s'est engagé dans un travail de narration biographique. Le but de ce travail était
110 d'explorer l'impact de l'arrivée de la maladie dans le cours de l'existence, et, par la narration
111 des histoires de vie au sein d'un collectif, de contribuer à la construction de la posture de
112 patient partenaire nécessaire à leurs futures actions auprès des malades et des soignants. Il
113 s'agissait d'un travail biographique comportant une intense activité réflexive afin d'explorer
114 les événements passés et présents, pour ensuite formaliser les connaissances et apprentissages
115 acquis au contact de la maladie. La construction du récit a utilisé la narration biographique
116 comme mode d'exploration des expériences singulières (personnelles et interpersonnelles) de
117 la maladie, expériences vécues dans les champs des relations amicales, de la famille, du
118 travail et avec les professionnels de santé.

119
120 Le récit a été construit à partir des questions suivantes :

- 121 1. *Racontez comment la maladie est arrivée dans votre vie.*
- 122 2. *Racontez ce que la maladie vous a appris.*
- 123 3. *Quelles sont les connaissances qui vous ont manqué au long de votre parcours*
124 *de vie ? (de quoi auriez-vous eu besoin ?)*
- 125 4. *Qui vous a aidé ? Comment et de quelle manière ?*
- 126 5. *Qu'est-ce que vous aimeriez transmettre comme message aux autres ?*

127
128 Ce travail s'est développé en deux étapes. La première concerne la construction du récit après
129 l'accord des participants. Si les neuf participants de la formation ont commencé le travail,

¹ Les éléments relatifs à cette recherche-action proviennent des prises de notes et rapports réalisés par Camila Alves Aloisio. Pour consulter les sites de l'agence de formation : <http://www.commentdire.fr/> et de la Ligue Française de Sclérose en Plaque : <http://www.ligue-sclerose.fr/>.

[PREPRINT] BRETON, H. et ALVES-ALOISIO, C. (2019). Savoirs expérientiels et approches compétences en santé. *Éducation permanente*, 2019/1, 218, 173-180.

<https://doi.org/10.3917/edpe.218.0173>

130 seulement six d'entre eux (deux hommes et quatre femmes) l'ont conclu. Parmi ceux qui ne
131 sont pas allés au bout, deux ont indiqué que d'autres activités avaient empêchées le travail
132 d'écriture. Concernant la troisième personne, elle n'a pas souhaité garder le contact avec le
133 groupe de la recherche-action. Le contrat passé avec les participants stipulait que
134 l'engagement volontaire et sans contrainte était requis. Ces refus ou abandon ont donc été
135 respectés.

136 Suite à la finalisation de l'étape d'élaboration écrite, la deuxième phase a démarré avec
137 l'interprétation des récits et la formalisation des savoirs. Pour comprendre comment chacun a
138 donné forme aux expériences vécues après l'arrivée de la maladie, différentes approches
139 relevant de la recherche biographique (Delory-Momberger, 2014) ont guidé le travail
140 d'interprétation, afin de saisir le type de discours choisi par les participants (narratif,
141 explicatif, descriptif, évaluatif), les mots employés, les motifs récurrents tout au long du récit,
142 les schémas d'actions établies et la gestion biographique du parcours de santé. Le travail
143 d'interprétation a débuté avec une reprise de chaque récit pour une première lecture flottante,
144 puis une deuxième lecture afin de repérer la manière dont chacun a construit son histoire à
145 travers les différentes formes de discours et de vocabulaires pour signifier, souligner, illustrer
146 et donner des reliefs plus précis aux événements passés. Le travail mis en place par chacun
147 pour affronter et combattre les épreuves de la maladie pour donner forme aux changements
148 imposés et aux expériences vécues a été mis en avant dans le processus compréhensif des
149 récits de vie.

150 *Expérience de la maladie et catégorisation des savoirs acquis*

151 L'arrivée de la SEP a jalonné le parcours de vie de tous les participants. Les actions qui ont
152 cherché à intégrer les effets vécus dans le cours de la vie du fait de la SEP sont d'ordres
153 divers et relèvent d'un ensemble d'opérations mises en place pour pouvoir donner une forme
154 à l'existence. Nous restituons ci-dessous les principaux résultats :

155 *a/ Capacité d'attention aux vécus du corps*

156 Premier champ de savoirs acquis, l'expérience de la maladie provoque des formes d'attention
157 aux vécus du corps qui conduisent le sujet à s'ajuster en fonction des états ressentis : variation
158 des régimes d'activité, maintien d'une vigilance sur les signes avant-coureurs de la crise,
159 transformation des formes d'engagements dans l'action :

160 « La maladie m'a appris à effectuer ces activités physiques adaptées avec
161 régularité et application. Ainsi, je marche mieux » (Lucia)

162 « J'ai appris à mieux connaître mon corps, ses signaux... je me sens mieux «
163 connectée » à lui » (Adriana).

164 « J'ai appris à organiser ma vie en fonction de mon état de santé, à écouter mon
165 corps, à m'écouter et à faire selon mes capacités du moment présent » (Carolina)

166 Les capacités acquises ici relèvent de l'émergence de formes de perceptions sensibles aux
167 états du corps, en vue de l'entretien et du maintien du vital. Elles permettent ainsi au sujet de
168 percevoir, d'examiner et de comprendre la manifestation de sensations, de tensions, de
169 douleurs ou de troubles, et d'en tenir compte pour l'aménagement des activités du quotidien.
170 Selon une perspective plus globale, ce type de capacité peut être associé à des formes de
171 conduites intégrant de manière attentive l'énergie vitale qui circule dans le corps.

172 *b/ Savoir se servir d'objets pour pallier aux effets de la maladie*

[PREPRINT] BRETON, H. et ALVES-ALOISIO, C. (2019). Savoirs expérientiels et approches compétences en santé. *Éducation permanente*, 2019/1, 218, 173-180.

<https://doi.org/10.3917/edpe.218.0173>

173 En tant qu'extensions de leurs corps, l'usage des objets, parfois nécessaires pour vivre avec la
174 sclérose en plaques, tels les béquilles et fauteuil roulant, passe aussi par un processus
175 d'appropriation et d'intégration dans la vie des malades. Ces apprentissages supposent de se
176 familiariser avec ces matériels, d'acquérir des compétences techniques pour les manier et les
177 entretenir.

178 « *La maladie m'a permis de développer aussi des compétences techniques comme*
179 *pour l'utilisation des béquilles, d'une canne, d'un fauteuil roulant, des sondes*
180 *urinaires* » (Cristiana).

181 *c/ Savoir dire la vulnérabilité et communiquer sur la maladie*

182 La mobilité pouvant être fortement réduite au cours d'une vie avec la SEP, il devient
183 nécessaire de trouver les mots pour dire les vécus de dépendance résultant de la maladie,
184 d'inventer des manières de dire et de faire comprendre la dégradation des capacités d'action.

185 « *La maladie m'a appris à savoir demander de l'aide dans la rue, à ma famille,*
186 *au service de santé, aux administrations. À savoir accepter de l'aide aussi* »
187 (Vicente)

188 Le développement de cette capacité à dire prend du temps. Elle suppose d'appréhender et de
189 comprendre la transformation des manières d'exister dans le monde, d'inventer de nouveaux
190 modes de participation aux activités sociales, d'initier des manières de coopérer avec autrui
191 qui s'organisent en acceptant des formes de dépendance inédites.

192 *d/ Comprendre les logiques biomédicales et apprendre leur langage*

193 Au niveau de la relation avec le domaine biomédical, un nouveau langage commence à
194 s'intégrer au quotidien des malades : les noms de médicaments, des examens... la façon
195 d'exprimer les douleurs et ressentis est traversée par la manière dont les professionnels de
196 santé parlent de la maladie. Manifestement, l'étude de la littérature en santé devient un élément
197 permettant de comprendre les nouvelles informations qui leur sont transmises et d'en faire
198 part ».

199 « ... *J'ai appris énormément du côté médical (comme par exemple le*
200 *fonctionnement du système nerveux central)* » (Carolina)

201 « *J'ai appris à acquérir des connaissances scientifiques sur la sclérose en*
202 *plaques pour en discuter avec le personnel médical et les autres malades* »
203 (Marco)

204 *e/ Se maintenir attentif au présent et agent de son devenir*

205 L'intégration de la maladie et de ses effets dans le cours de la vie transforme la manière de
206 penser l'action, de s'immerger dans les activités du quotidien, de s'impliquer dans de
207 nouveaux projets, de se penser dans le temps et d'envisager son devenir.

208 « *J'ai appris qu'il fallait OSER, se surpasser et qu'après les réussites n'étaient*
209 *que plus belles* » (Cristina).

210 « *J'ai appris à mieux savourer la vie [...] à changer l'angle de vue et à*
211 *potentialiser tout ce qui est positif (à voir le verre à moitié plein plutôt qu'à moitié*
212 *vide)* » (Adriana)

[PREPRINT] BRETON, H. et ALVES-ALOISIO, C. (2019). Savoirs expérientiels et approches compétences en santé. *Éducation permanente*, 2019/1, 218, 173-180.

<https://doi.org/10.3917/edpe.218.0173>

213 Comme conséquence de tout ce qui a été vécu et des nouvelles découvertes dans leur vie, les
214 participants ont pu évoquer la découverte de nouveaux projets d'avenir en articulant les
215 savoirs acquis avant et après l'arrivée de la maladie.

216 « *Valoriser mon savoir professionnel de façon imprévue, en m'adressant à des*
217 *personnes qui ont la même maladie que moi, qui souvent ont été diagnostiquées*
218 *récemment et qui sont, soit confrontées à des difficultés dans l'entreprise, soit*
219 *s'interrogent sur leur avenir professionnel* » (Lucia).

220 Rappelons-le ici, la formalisation de ces catégories a été réalisée à partir de l'examen des
221 récits biographiques précédemment partagés au sein des participants de la recherche-action et
222 de la mise en mots des vécus de la SEP. Ce travail de catégorisation n'est pas exhaustif ni
223 même exact. Il est le résultat d'une coconstruction entre patients et chercheurs dont l'objet est
224 de parvenir à nommer des savoirs d'une manière qui fasse sens pour les sujets éprouvant
225 l'expérience de la SEP, mais également pour les chercheurs, soignants, proches et pairs. Il
226 convient ici de le noter : aucune catégorisation de l'expérience n'épuise ou ne résume de
227 manière totale le réel. Identifier des actions, analyser des pratiques, classifier des activités,
228 thématiser des savoirs... cela constitue des opérations dont la logique peut être interrogée,
229 examinée, étudiée dans ses modes opératoires. C'est ce que nous avons proposé.

230 **En synthèse : de la narration de l'expérience à la formalisation des compétences**

231 L'examen des catégories précédemment formalisées conduit à poser plusieurs constats :
232 l'expérience vécue par le sujet lorsqu'il éprouve un événement maladie, ou qu'il intègre les
233 effets vécus de la maladie dans son quotidien, est multidimensionnelle. Ce qui est exprimé
234 dans les récits relèvent de différentes sphères : sphère du sensible relative aux vécus du
235 corps ; sphère de l'existential et des doutes sur le devenir ; sphère de l'agentivité et des enjeux
236 de son maintien ; sphère des savoirs formels du monde biomédical ; sphère techniques pour
237 l'usage des produits ou matériels médicaux... La narration biographique permettant la mise
238 en mots de ces différents domaines du vécu de la maladie, elle crée les condition d'un travail
239 de catégorisation qui permette la mise au jour de compétences techniques et transversales. En
240 d'autres termes, c'est la narration biographique qui rend possible, au cours de la recherche-
241 action dont il a été question, la structuration de modèles hybrides qui intègrent des
242 compétences observables en situation avec d'autres qui imprègnent les manières de penser et
243 d'agir dans le cours de la vie. Ces modèles hybrides ne peuvent cependant s'ériger sans qu'un
244 travail préalable ne soit conduit : celui de l'accueil de l'expérience et de l'expression du vécu
245 du patient. L'appréhension de l'expérience des sujets vivant la maladie (Tourette-Turgis,
246 2016) constitue en effet le sol premier de tout acte de catégorisation dont l'enjeu est de
247 formaliser les savoirs résultant de l'épreuve du pâtir, du subir et du souffrir (Marin & Zaccai-
248 Reyners, 2014 ; Porée, 2002). Ce point mérite une attention particulière. En effet, et la
249 recherche-action décrite l'a montré en mobilisant la narration biographique, la catégorisation
250 des savoirs est codépendante des régimes de narration du vécu (Breton, 2018 ; Baeza &
251 Janner-Raymondi, 2018), que cette narration soit conduite en première, deuxième ou
252 troisième personne (Breton et Rossi, 2017). De ce point de vue, il est possible de considérer
253 que les modèles de compétences sont déterminés par les modes d'exploration du vécu de la
254 maladie à partir desquels ils sont édifiés.

255

256 **Références bibliographiques**

[PREPRINT] BRETON, H. et ALVES-ALOISIO, C. (2019). Savoirs expérientiels et approches compétences en santé. *Éducation permanente*, 2019/1, 218, 173-180.

<https://doi.org/10.3917/edpe.218.0173>

- 257 Alves C. A ; Dizerbo, A ; Farge D ; Faivre H. 2018 Enjeux de la production de savoirs avec
258 des personnes en situation de maladie chronique : E-FORM INNOV ». In : « Les nouveaux
259 enjeux du secteur social et médico-social : décroïsonner / coordonner les parcours de vie et
260 de soin ». Guirimand, N.; Mazereau, P. ; Leplège, A. (orgs.) Éditions Champ social
261 [apparition 2019].
- 262 Batal C ; Fernagu-Oudet S. 2013. Compétences, un folk concept en difficulté ? *Savoirs*, v. 3
263 33, 39-60. Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-savoirs-2013-3-page-39.htm>
- 264 Becquet, V ; Étienne, R. 2016. Les compétences transversales en questions,
265 *Éducation et socialisation* [En ligne], 41 | 2016, mis en ligne le 16 juillet 2016. URL : <http://edso.revues.org/1634>
266
- 267 Bégout, B. 2000. *La généalogie de la logique. Husserl, l'antéprédicatif et le catégorial*. Paris,
268 Vrin.
- 269 Baeza, C ; Janner,Raimondi, M. 2018. *Grandir avec la maladie*. Paris, Téraèdre.
- 270 Breton, H ; Rossi, S. 2017. Récits de vie, réciprocité des savoirs et éducation thérapeutique.
271 *Médecine des maladies Métaboliques*, Vol 11, Issue 7, 612-615.
- 272 Breton, H. 2018. « Porter le vécu de la maladie au langage: entre phénoménologie descriptive
273 et narration biographique ». Dans Elizeu Clementino de Souza, Paula Perin Vincentini,
274 Celi Espasandin Lopez (dir.), *Vida, narrativa e resistênciã : biographizaçao e*
275 *emporedamento*. CRV Curitiba, Brasil, p. 29-45.
- 276 Caillaud, P ; Gosseume, V ; Garrigues, R ; Grumeau, C. 2012. Place et rôles des
277 professionnels dans la conception des diplômes professionnels. CEREQ, NET. Doc89.
- 278 Coulet, J-C. 2016. Compétences, compétences transversales et compétences clés. Peut-on
279 sortir de l'impasse.
280 *Éducation et socialisation* [En ligne], 41 | 2016, mis en ligne le 19 juillet 2016.
281 URL : <http://edso.revues.org/1708> ; DOI : 10.4000/edso.1708
- 282 Clot, Y. 1999. *La fonction psychologique du travail*. Paris, PUF.
- 283 Delory-Momberger, C. 2014 *De la recherche biographique en éducation. Fondements*
284 *Méthodes Pratiques*. Paris, Téraèdre.
- 285 Jobert, G. 2004. L'intelligence au travail. Dans, P. Carré et P. Caspar, *Traité des sciences et*
286 *des techniques de la formation*. Paris, Dunod, p. 247-363.
- 287 Jouet, E ; Flora, L ; Las Vergnas, O. 2010. Construction et reconnaissance des savoirs
288 expérientiels des patients : Note de synthèse. *Pratiques de formation – Analyse*, n° 58-59 :
289 13-94.
- 290 Jouet, E ; Las Vergnas, O. 2012. Les savoirs des malades peuvent-ils être regardés comme des
291 savoirs amateurs ? *Alliage*, 69, mis en ligne le 17 juillet 2012.
- 292 Jouet, E ; Las Vergnas, O ; Noël-Hureau. E. 2014. *Nouvelles coopérations réflexives en*
293 *santé*. Paris, Éditions des archives contemporaines.
- 294 Marin, C ; Zaccã-Reyners, N. 2013. *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur* (dir.).
295 Paris ; PUF.
- 296 Porée, J. 2002. L'épreuve du temps. Soutien et maintien de la personne. *Sociétés*, 76, 17-32.

[PREPRINT] BRETON, H. et ALVES-ALOISIO, C. (2019). Savoirs expérientiels et approches compétences en santé. *Éducation permanente*, 2019/1, 218, 173-180.

<https://doi.org/10.3917/edpe.218.0173>

297 Quéré, L. 1994. Présentation. Dans L. Quéré (Dir), *L'enquête sur les catégories*. Paris,
298 EHESS, p. 7-30.

299 Tourette-Turgis, C. 2016. *L'éducation thérapeutique du patient : la maladie comme occasion*
300 *d'apprentissage*. Belgique, De Boeck Supérieur.

301 -----

302 **Résumé :** Le terrain à partir duquel s'acquiert les savoirs expérientiels en santé comporte un
303 relief expérientiel particulier : vécu du corps, épreuve du pâtre, dégradation de l'agentivité,
304 extension du domaine des dépendances... Confronté à ces épreuves, le patient doit avant tout
305 survivre et apprendre à vivre avec la maladie. Les savoirs acquis au cours de ces moments de
306 vulnérabilité existentielle ne peuvent trouver leur voie d'expression et de formalisation que
307 dans l'après-coup. Ces processus relatifs à l'expression du vécu et à la formalisation des
308 savoirs expérientiels sont examinés dans le cadre d'une recherche-action auprès d'adultes qui
309 font au quotidien l'expérience des effets d'une maladie chronique : la sclérose en plaques. La
310 mise au jour de ces processus permet ainsi d'interroger la pertinence des approches
311 compétences en santé.

312 **Mots-clés :** biographique, compétence, expérientiels, savoir, narration, santé