



PAIR-AIDANCE

loc. Trad. Angl. Peer group, Peer helpe, Peer support. Domaine Sciences médicales et Sciences humaines et sociales

Voir aussi : EMPATHIE, HANDICAP, PATIENTS EXPERTS, TUTORAT

Le mot "Pair" désigne une personne ayant le même statut social d'une autre personne. Du latin "*par, paris*" signifiant "égal" (en quantité, dimension, valeur), il est attesté depuis l'an 980 (TLFi) pouvant être employé avec l'adjectif "*peer*" signifiant "semblable". Les pairs font partie d'une communauté (professionnelle, sociale) pour s'évaluer, se juger, etc. Le terme *aidance* est un néologisme utilisé en relation d'aide. C'est une aide morale et psychologique mobilisée par l'expérience d'une personne ayant vécue une maladie afin de contribuer à la juste compréhension de celle-ci par une autre personne. La pair-aidance rejoint le savoir expérientiel acquis par l'auto gestion d'une pathologie afin d'envisager un accompagnement complémentaire, de façon formelle-informelle, ou visant un rétablissement partiel ou total. Il peut s'agir aussi de faciliter une adaptation à un nouveau projet de vie au regard des contraintes de la pathologie (maladies chroniques, handicaps, santé mentale, etc.). Le non-jugement caractérise cette entraide qui s'organise dans le champ institutionnel, associatif et se développe dans le secteur psychiatrique.

Pour aller plus loin : Laplantine F. *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris : Payot. 1993.

PARADIGME

n.m. Trad. Angl. Paradigm. Domaine Sciences humaines.

Voir aussi : CHANGEMENT, CONCEPTS, SCIENCES, THÉORIES

Le mot paradigme tire son origine du mot grec ancien *paradeigma* qui signifie « modèle » ou « exemple ». Ce mot lui-même vient de

paradeiknunaī signifiant *montrer, comparer*.

Le paradigme est une interprétation donnée, à un certain moment de la vie, servant de référence, de modèle à une communauté précise, utilisant un schéma de pensée identique, permettant la résolution de problèmes en apportant les outils adaptés. Pour S. Bouchard Cordier¹ « la notion de paradigme développée par Kuhn² et celle de science évoluant par cycle de révolution scientifique a eu une grande répercussion pour les infirmières, en particulier lorsque la recherche qualitative a commencé à émerger dans la discipline, au début des années 1980. Plusieurs ont vu cette émergence comme une phase de révolution scientifique et l'idée de vision incommensurable entre paradigme qualitatif et quantitatif est apparue. Cette dichotomie est rapidement devenue problématique pour plusieurs chercheurs en science infirmière. Un paradigme, tel que conceptualisé par Kuhn³, intègre l'ontologie, les théories, les méthodes et les valeurs, chacune servant à soutenir l'autre. Par exemple, une méthode soutient la théorie en fournissant les données permettant de la confirmer ou de l'infirmier. La théorie soutient la méthode en aidant à établir que cette dernière est fiable. Une méthode est jugée scientifiquement valide en partie parce que l'on comprend scientifiquement comment elle interagit ».

Pour aller plus loin : VALLÉE, A. et AYOUBI, J-M. Aborder les disparités de genre en France pour promouvoir l'équité en matière de santé des femmes. *Santé Publique*. 2025/0. Prépublications. p. 147-VII.

PARCOURS DE SOIN → VOIR SOIN.S

PARENTALITÉ → VOIR FAMILLE

PAROLE

n.f. Trad. Angl. Word. Domaine Sciences humaines.

Voir aussi : ANNONCE, BARRIÈRE LINGUISTIQUE, COMMUNICATION, ÉCRITURE

Ce nom féminin, emprunté au *parabola* évoque la voix articulée exprimant la pensée humaine (A. Quillet⁴). Pour Catherine Mercadier⁵, « la parole contribue fortement à atténuer l'impact émotionnel du rapport au corps malade. La parole peut faire tomber la gêne suscitée par une situation de soin, le silence au contraire, l'accentuer. Elle agit de manière interactive : en détournant l'attention de la source de gêne elle diminue simultanément la gêne du soignant et du soigné. Cette parole est à distinguer de la communication. Elle est une parole "vide" qui vient remplir celui creusé par l'angoisse de la situation. Elle a pour fonction de neutraliser l'émotion. C'est pourquoi la parole ne

s'adresse pas toujours au soigné comme le précise Michel Onfray⁶ qui décrit des « bavardes qui travaillent à deux, comme dans la gendarmerie motocycliste et continuent leur conversation sur les difficultés d'allumer un barbecue tout en pratiquant négligemment un toucher rectal... ». Cet oubli du patient, le réduisant à un objet de soin, contribue sans nul doute à diminuer l'impact d'une émotion qui serait peut-être sans cela trop forte. Par ailleurs, on peut observer qu'une parole « vraie », s'adressant à l'âme du patient, est le plus souvent déconnectée des soins du corps. Quand on parle, on ne touche pas.

Pour aller plus loin : ELLUL, J. *La Parole humiliée*. Paris : La Table Ronde. 2014.

↳ LANGUE-LANGAGE

Voir aussi : ALTÉRATION DE LA COMMUNICATION, BARRIÈRE LINGUISTIQUE, RAISONNEMENT

Un système complexe de communication. Franck. Neveu⁷ distingue la langue *maternelle*, ou *première*, à travers laquelle le sujet, généralement dans le cadre de l'éducation familiale, accède dès son plus jeune âge au langage verbal ; - de la langue *seconde*, langue d'environnement, dont l'acquisition est liée à des situations de bilinguisme ou de diglossie ; de la langue *étrangère*, langue non maternelle, distincte d'une langue d'environnement, dont l'acquisition est généralement le fruit d'un apprentissage scolaire ou professionnel ; - de la langue *nationale*, constituant l'expression linguistique dominante d'une nation ; - de la langue officielle reconnue politiquement comme l'expression linguistique d'une nation, quelle que soit la nature des pratiques effectives de la langue chez les peuples et les communautés qui la composent ; - de la langue *véhiculaire*, ou *commune*, qui permet à des communautés linguistiques différentes de communiquer entre elles (notamment dans le cas d'un pays où coexistent plusieurs langues) : - de la langue *vernaculaire*, langue de diffusion restreinte, parlée dans la région et la communauté d'où sont originaires ses locuteurs.

Pour aller plus loin : BARRIER, G. *Les langages du corps en relation d'aide. La communication non verbale au delà des mots*. Issy-les-Moulineaux : ESF. 2019.

↳ ORTHOPHONIE

Voir aussi : ALIMENTATION, COLLABORATION, ÉQUIPE SOIGNANTE, SOINS RELATIONNELS

Emprunté au grec *orthos* signifiant *droit* et de *phônê* signifiant *voix*, l'orthophonie est pour le Centre National de Ressources Textuelles et

Lexicales, il s'agit de façon générale « d'articulation, prononciation correcte ou non des sons d'une langue dans un contexte donné ». Dans le domaine médical, il existe une rééducation des troubles de l'élocution, du langage. En soin infirmier, dans le cadre de la collaboration avec l'équipe soignante, l'orthophoniste peut intervenir suite à des troubles de la déglutition ou pour des troubles de la parole (dysarthrie hypokinétique)... La Haute Autorité de la Santé⁸ (HAS) décrit la prise en charge globale et pluridisciplinaire d'un patient à domicile, depuis le diagnostic jusqu'aux soins palliatifs dans un guide qui s'adresse à tous les professionnels impliqués dans cette prise en charge en prenant soin de préciser que « la description du rôle des professionnels constitue un référentiel théorique qui s'inscrit dans un parcours de soins idéal vers lequel doivent évoluer les pratiques ».

Pour aller plus loin : DELATTRE, C. Prévenir les risques liés aux troubles de la mastication et de la déglutition. *La revue de l'infirmière*. Vol. 63. N°197. Janvier 2014. pp. 36-37.

PATHOLOGIE → VOIR MALADIE

PATIENT

n. adj. Trad. Angl. Patient. Domaine Sciences médicales-infirmières.

Voir aussi : PERSONNE SOIGNÉE

Du latin *patiens* signifiant « qui supporte, endurent », le patient est désigné comme une personne subissant sa maladie, son hospitalisation. Cette vision vient du Moyen-âge où un individu devait supporter patiemment une épreuve. Au 15^e siècle, il s'agissait de souffrir sans murmurer (Tlfi). Le la malade n'est plus autant considéré comme un sujet passif. Des droits sont aujourd'hui acquis, ce qui lui permet d'interagir avec l'équipe soignante, dans un parcours de soin. L'usager de la santé est aujourd'hui un acteur déterminé à se rétablir dans un contexte humaniste où ses propres ressources peuvent être contributives au raisonnement clinique.

PATIENT PARTENAIRE - PATIENT EXPERT

loc. néo. Syn. Patient expert, Patient engagé, Patient ressource.

Voir aussi : AUTO-SOIN, COMPÉTENCE, SAVOIR

Pour Vilna Vilneck⁹, ce concept émergent visant la qualité de la relation de soin¹⁰ provient du Canada¹¹ où, vers 2010, Vincent Dumez¹² élabore une vision d'un.e patient.e partenaire en partant du principe que les médecins se considèrent comme les véritables spécialistes. Pour lui, le patient est une personne concernée dans le processus de

guérison et/ ou d'adaptation, avec qui l'on est partenaire. Ce terme implique une notion d'engagement chez la personne soignée. Il a pour intention de modifier les représentations d'un patient dit « passif ». Cette expression est émergente dans les soins infirmiers français. Selon Thérèse Psiuk¹³, force est de constater « qu'une évolution du système de santé vers plus de démocratie et le patient citoyen expert devient une véritable ressource pour les soignants, pour les autres patients, pour la recherche; il peut même être missionné par les agences régionales de santé (ARS) pour veiller au respect des droits des usagers et à la qualité des soins... ». Depuis quelques années, le patient partenaire est présent dans l'écosystème de la santé. Un besoin de délimitation conceptuelle convoque le patient comme un bénéficiaire (en France), un client (au Canada), comme une personne ayant acquis une somme de connaissances sur sa maladie. Les proches, la famille font partie de son environnement. La personne soignée est ici actrice de son parcours de soins en convoquant son expertise et ses savoir-faire. La littérature internationale reconnaît l'intérêt, la pertinence et l'utilité de la participation des personnes soignées concernées.

Des savoirs expérientiels peuvent être recueillis, reconnus lors d'une prise en soins et même développés par l'équipe clinique. Respecté dans tous les aspects de son humanité, le patient partenaire en est alors membre à part entière. Tout en reconnaissant l'expertise de l'équipe soignante, il oriente leur préoccupation autour de son projet de vie et prend part ainsi aux décisions qui le concernent. Le patient partenaire est donc celui qui développe des compétences pour favoriser un partenariat dans les soins mobilisés par les professionnels de santé. Il est habilité progressivement à :

- se connaître dans la vie avec la maladie ;
- mobiliser ses savoirs expérientiels ;
- développer sa résilience ;
- redonner un sens à sa vie au regard de ses expériences ;
- élaborer son projet de vie et l'adapter au changement et être membre à part entière de l'équipe de soins.

Un modèle théorique permet de dégager le modèle dit « de Montréal (*Montréal Model*) » où le patient partenaire est « *une personne progressivement habilitée, au cours de son cheminement clinique, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus. Ses compétences de soins développées par les intervenants de l'équipe clinique. Il est respecté dans tous les aspects de son humanité*¹⁴ ». Ici, le premier geste est de reconnaître que, dans la plupart des cas, il l'est déjà et existe sous plusieurs profils selon les milieux dans lesquels ils exercent leur partenariat.

Le concept de patient partenaire¹⁵ génère donc depuis plusieurs

années une petite révolution culturelle dans le système de santé français, notamment dans le cadre de la démocratie sanitaire¹⁶, en visant à reconnaître le patient comme un partenaire à part entière dans les parcours de soin¹⁷, la recherche¹⁸, l'éducation thérapeutique¹⁹... Le patient est devenu expert de sa maladie (chronique, évolutive...). Il elle a développé au fil du temps une connaissance fine de sa pathologie. Il est possible d'inclure ses connaissances dans une démarche de soins. Pour Catherine Tourette-Turgis²⁰, pour être reconnu comme partenaire, « *il doit avoir été formé sur les composantes médicales et thérapeutiques des maladies, l'ingénierie des projets de recherche, et les compétences relationnelles liées à l'accompagnement des malades* ».

Pour aller plus loin : PETRE, B., LOUIS, G. et al. Patient partenaire : de la pratique à la recherche. *Santé Publique*. Avril 2020. Vol. 32. pp. 371 à 374.

PÉDAGOGIE

n.f. Syn. Apprentissage. Trad. Angl. Pedagogy. Domaine Sciences humaines.

Voir aussi : APPRENTISSAGE, DIDACTIQUE, DÉMARCHE ÉDUCATIVE, PRATIQUES-RÉFLEXIVES

Étude du développement global de l'enfant, adolescent, adulte.

Pour Ferdinand Buisson²¹, « La pédagogie n'est pas l'éducation et ne saurait en tenir lieu. Son rôle n'est pas de se substituer à la pratique, mais de la guider, de l'éclairer, de l'aider, au besoin, à combler les lacunes qui viennent à s'y produire, à remédier aux insuffisances qui y sont constatées. Le pédagogue n'a donc pas à construire de toutes pièces un système d'enseignement, comme s'il n'en existait pas avant lui ; mais il faut, au contraire, qu'il s'applique, avant tout, à connaître et à comprendre le système de son temps. C'est à cette condition qu'il sera en mesure de s'en servir avec discernement et de juger ce qui peut s'y trouver de défectueux ». Pour Marguerite Altet²², la pédagogie concerne « les champs de la transformation des informations en savoir, par la médiation de l'enseignant, par la communication, par l'action interactive dans une situation éducative donnée ».

Pour aller plus loin : DUBOIS, A. et VERGNON, M. Introduction à la « Pédagogie noire » *Cliopsy*. 2022/2. N°28. p. 129-134.

↪ PÉDAGOGUE

Voir aussi : MENTORAT, SOINS ÉDUCATIFS ET PRÉVENTIFS

Employé au masculin, comme au féminin, ce nom est pour Philippe Meirieu²³ un synonyme d'éducateur « qui se donne pour fin l'émancipation des personnes qui lui sont confiées, la formation

progressive de leur capacité à décider d'elles-mêmes de leur propre histoire, et qui prétend y parvenir par la médiation d'apprentissages déterminés ». Nous proposons un bref panorama chronologique de quelques pédagogues influents.

Jean-Jacques Rousseau, en 1762, il écrit *Émile ou De l'éducation*, « *Le sujet en est l'art de former les hommes* » (préface). Il en énonce son principe : l'enfant naît bon et c'est la société qui le corrompt. Selon lui, il est nécessaire que l'enfant ait envie d'apprendre et qu'il ait connaissance d'un métier manuel...

Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827) : disciple de Rousseau, il veut « *briser les chaînes de l'esprit* » et « *rendre l'enfant à lui-même et l'éducation à l'enfant* ».

Pestalozzi considère que l'enfant doit être le sujet actif de ses apprentissages ; son principe essentiel est de tout faire pour que l'enfant mette en œuvre lui-même sa propre volonté.

Jean Georges Stuber (1722-1797) : en réalisant la situation catastrophique de l'instruction du peuple (illettrisme), Stuber consacre une énergie considérable à construire une véritable école, reconnue par les autorités.

Il élabore de nouvelles méthodes pédagogiques, notamment dans le domaine de la lecture et met en place vers 1762 la première bibliothèque de prêt au monde. Jean Georges Stuber organise des cours pour les adultes.

Jean-Frédéric Oberlin (1740-1826) : Oberlin prend la suite du travail de Stuber et développe une multitude d'initiatives sociales (amélioration de l'agriculture, introduction de l'industrie du tissage, hygiène...). Oberlin introduit, dès l'âge de cinq ans, la lecture et le calcul.

Léon Tolstoï (1828-1910) : le célèbre écrivain russe était passionné d'éducation et créa une école, il nourrit le projet de libérer les hommes du goût de la servitude que la société leur a transmis.

Il imagine une éducation émancipatrice : fondée sur l'expérience de l'enfant, mais aussi la rencontre directe avec les grandes œuvres, elle ambitionne de donner à chacun le courage de penser et de comprendre le monde, de favoriser les rencontres et l'unité entre les êtres, de les éduquer à la paix par l'usage de la non-violence. Il a milité pour une pédagogie de la liberté, tant pour le maître (qui doit se donner la liberté d'utiliser les méthodes les plus diverses) que pour l'élève (qui doit pouvoir affirmer sa personnalité, développer sa volonté et exprimer sa créativité).

Ferdinand Buisson (1841-1932) : fondateur et président de la Ligue des Droits de l'homme, prix Nobel de la Paix en 1927, c'est un grand militant de « l'abolition de la guerre par l'instruction ».