

IFSI

Fiches de révision
+ Entraînements

3^eed

RÉUSSIR **TOUT** LE SEMESTRE **4/5**

110
fiches
de révision

150
Entraînements

13
Unités
d'enseignement

OFFERT



DES COMPLÉMENTS
AUDIO, VIDÉO ET
QCM INTERACTIFS

Avec des conseils
de formateurs



Vuibert



MY-SERIOUS-GAME

RÉUSSIR **TOUT** ⁴ LE SEMESTRE ^{et} **5**

3^e édition

Danièle Augendre – Anne Barrau – Anne Besnier –
Karine Bréhaut – Florence Couderc – Ghislaine Drouet –
Anne-Laure Kieffer – Steven Lagadec – Martine Mazoyer –
Alison Pinchaud – Sophie Rubéo-Lisa – Laurent Soyer –
Nicole Tanda – Valérie Terrier

Vuibert

Compléments numériques

Des compléments numériques (fiches audio 🎧, QCM interactifs 🎯, vidéos de gestes techniques 📱) sont offerts avec ce livre.

Leur présence est signalée par un QR-code et un lien Internet **aux pages concernées**.

Pour accéder à chaque complément :

Flashez le code avec votre téléphone
ou votre tablette



OU

Tapez l'URL dans votre navigateur



Création de la maquette : CB Defretin

Mise en pages : Patrick Leleux PAO

Couverture : Primo & Primo

Illustrations : Anne-Christel Rolling, Sandrine Marchand, Carole Fumat

ISBN : 978-2-311-66244-3

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

© Janvier 2022, Éditions Vuibert – 5, allée de la 2^e DB – 75015 Paris
www.vuibert.fr

Les auteurs

Danièle Augendre est cadre de santé formateur à l'IFSI de Nevers et référente des UE 2.7, 2.8, 1.3, 4.2 et 5.7. Elle est également titulaire d'un Master 2 en sciences de l'éducation, parcours Formation de formateurs.

Anne Barrau est une ancienne cadre formatrice en IFSI. Elle est actuellement cadre de santé en unité de soins.

Anne Besnier est médecin gynécologue-obstétricien. Elle enseigne à l'IFSI de Cherbourg-Cotentin. Elle est membre du groupe auteur sur l'UE 2.9 « Processus tumoraux » du CEMU de Caen.

Karine Bréhaut est chercheuse (phD, HDR) à l'Université de Lorraine.

Florence Couderc est cadre de santé formateur à l'IFSI de Nevers. Elle est référente de l'UE 2.7 « Défaillances organiques et processus dégénératifs ».

Ghislaine Drouet est cadre de santé formateur à l'IFSI de Cherbourg-Cotentin, diplômée d'un Master en ingénierie pédagogique et référente de l'UE 2.9 « Processus tumoraux ».

Anne-Laure Kieffer est professeure certifiée d'anglais. Elle a enseigné pendant plusieurs années à l'IFSI d'Auxerre et est l'auteur de plusieurs ouvrages d'anglais médical.

Steven Lagadec est infirmier et assistant de recherche épidémiologique et clinique au Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF). Il exerce au SAMU 91 et partage son activité au SMUR de Corbeil avec une activité de formation dans les IFSI ou il intervient sur les thèmes de la recherche clinique et des soins infirmiers d'urgence.

Martine Mazoyer est psychologue clinicienne et ancienne formatrice en IFSI. Elle intervient à l'Université Paris Sud en tant qu'enseignante pour l'UE 2.6 « Processus psychopathologiques » et l'UE 1.1 « Psychologie sociologie, anthropologie ».

Alison Pinchaud est diplômée de l'Université de Lancaster (*Bachelor of Education Honours Degree*), professeure d'anglais à l'IFSI d'Auxerre. Elle est l'auteur de plusieurs ouvrages d'anglais médical.

Sophie Rubéo-Lisa est cadre de santé formateur à l'IFSI de la Pitié-Salpêtrière et référente de l'UE 2.11 S1 « Pharmacologie et thérapeutiques ».

Laurent Soyer est cadre de santé, actuellement formateur consultant et chercheur indépendant en formation. Il est titulaire d'un Master en ingénierie de la santé et d'un Master 2 en sciences de l'éducation.

Nicole Tanda est puéricultrice cadre de santé formatrice. Titulaire d'un PhD en sciences infirmières et d'un Master 2 en sciences de l'éducation, elle est Maître de conférences en sciences infirmières (CNU 92). Elle est actuellement chercheuse associée au Réseau de Recherche en Interventions en Sciences Infirmières du Québec (RRISIQ) et membre invitée du Centre d'Innovation en Formation Infirmière (CIFI).

Valérie Terrier est cadre de santé formateur à l'IFSI de Roubaix et actuellement référente des UE 2.2 S1, 4.4 S2, 4.5 S2, 3.2 S3, 3.3 S3, 4.5 S4 et 4.4 S5. Elle est également titulaire d'un Master 2 en ingénierie de la formation.

L'éditeur remercie Sophie Jeleff pour son travail de synthèse, de relecture et de réécriture de certaines fiches de cours lors de la 1^{re} édition.

Sommaire

► Semestre 4

UE 1.3 Législation, éthique, déontologie	3
Fiches de révision 	7
Entraînements	25
UE 2.7 Défaillances organiques et processus dégénératifs	31
Fiches de révision	35
Entraînements	82
UE 4.3 Soins d'urgence	89
Fiches de révision	93
Entraînements	122
UE 4.4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical	127
Fiches de révision	131
Entraînements	147
UE 4.5 Soins infirmiers et gestion des risques	151
Fiches de révision	154
Entraînements	162
UE 6.2 Anglais	167
Fiches de révision	170
Entraînements	180

► Semestre 5

UE 2.6 Processus psychopathologiques	187
Fiches de révision	191
Entraînements 	218
UE 2.9 Processus tumoraux	227
Fiches de révision	231
Entraînements	271

UE 2.11 Pharmacologie et thérapeutiques	283
Fiches de révision.....	287
Entraînements.....	307
UE 4.2 Soins relationnels	319
Fiches de révision.....	323
Entraînements.....	329
UE 4.4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical	331
Fiches de révision 	335
Entraînements.....	349
UE 4.7 Soins palliatifs et de fin de vie	353
Fiches de révision.....	357
Entraînements.....	373
UE 6.2 Anglais	379
Fiches de révision.....	382
Entraînements.....	388

Semestre 4

Semestre 4

UE 1.3 Législation, éthique, déontologie.....	3
Fiches de révision 	7
Entraînements.....	25
UE 2.7 Défaillances organiques et processus dégénératifs.....	31
Fiches de révision.....	35
Entraînements.....	82
UE 4.3 Soins d'urgence.....	89
Fiches de révision.....	93
Entraînements.....	122
UE 4.4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical.....	127
Fiches de révision.....	131
Entraînements.....	147
UE 4.5 Soins infirmiers et gestion des risques.....	151
Fiches de révision.....	154
Entraînements.....	162
UE 6.2 Anglais.....	167
Fiches de révision.....	170
Entraînements.....	180

Législation, éthique, déontologie

Fiche 1	Les principes fondamentaux du droit public et privé en France : juridictions.....	7
Fiche 2	Le service public.....	9
Fiche 3	Responsabilité professionnelle : généralités.....	11
Fiche 4	Différentes responsabilités.....	12
Fiche 5	Étude des situations éthiques : approches théoriques et processus décisionnels.....	15
Fiche 6	Coopération entre professionnels de santé.....	19
Fiche 7	Démarche d'analyse d'une question éthique en équipe pluriprofessionnelle.....	20
Fiche 8	Éducation thérapeutique.....	23



Objectifs

- ⦿ Appliquer les principes éthiques dans des situations de soins posant un dilemme.
- ⦿ Utiliser un raisonnement et une démarche de questionnement éthique dans le contexte professionnel.
- ⦿ Évaluer les conséquences de la notion de responsabilité professionnelle.

Conseils du formateur

① Lectures conseillées

- Afin d'approfondir et de maîtriser les concepts et notions juridiques et déontologiques abordées dans ce cours synthétique, nous vous recommandons de lire les ouvrages et les références en bas de pages. La pratique d'une veille réglementaire (code de la Santé publique, codes de déontologie, actes et décrets infirmiers) est conseillée.
- L'assiduité et la régularité dans la lecture des textes réglementaires développent les capacités d'abstraction et de rigueur des étudiants. La mise en pratique, notamment dans le cadre de la collégialité dans les soins et lors des stages, est également facilitante dans la compréhension des notions abordées.

② Prérequis et liens à établir avec les autres UE

- Des connaissances en éthique médicale, droit et déontologie facilitent la maîtrise des fiches de révision.
- L'Unité d'Enseignement 1.3 « Législation, Éthique et Déontologie » fait appel à des savoirs théoriques issus du droit, de la philosophie. Elle demande également des connaissances solides théoriques, avec des lectures d'auteurs-clés et une compréhension des situations complexes de personnes en situation de vulnérabilité.

③ Modalités d'évaluation

Au semestre 4 tout comme semestre 1, l'évaluation porte sur des connaissances théoriques avec des questions écrites sur les concepts et notions abordées, et/ou des réflexions sur des questions touchant au domaine de l'éthique.

④ Intérêt pour la pratique infirmière

Les enseignements en législation, éthique et déontologie permettent aux futurs professionnels de comprendre la réglementation en vigueur dans les établissements et hors établissements (droits des patients, confidentialité et responsabilité professionnelle), d'avoir une connaissance théorique sur ce qui structure une relation soignant-soigné (droit, déontologie, morale, éthique, système de valeurs, valeurs humanistes).

Les éléments abordés au sein des différents cours ont pour objectif d'aider l'étudiant, face à des situations humaines, médicales et complexes, à prendre conscience de sa responsabilité de soignant.

Les principes fondamentaux du droit public et privé en France : juridictions

- Distinction entre ce que l'on désigne par le **droit interne**, celui d'un pays, ici la France, le **droit européen** propre aux pays ayant adhéré à l'Union européenne et le **droit international** régulant les pays entre eux.
- Concernant le droit français, les ordres de droit sollicités sont les suivants.

Fiche audio



<http://www.lienmini.fr/revifsi21>

① Droit public

Le droit constitutionnel	Planifie les règles relatives à la constitution de l'État, du gouvernement et de son peuple, et des pouvoirs publics On retient comme textes essentiels celui de la Constitution du 4 octobre 1958, de la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen de 1789 appartenant au bloc constitutionnel
Le droit administratif	Gère l'élaboration, la construction et l'organisation des collectivités publiques
Le droit financier	Comprend les règles relatives aux finances publiques

② Droit privé

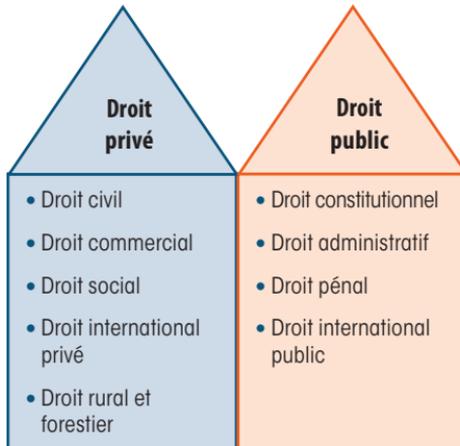
Règle les relations des individus entre eux, mais aussi des citoyens vers leurs institutions (collectivités privées, associations, sociétés...).

Le droit civil	<ul style="list-style-type: none"> • Est une branche du droit privé qui régit les rapports entre les personnes (personnes physiques ou personnes morales) • Fonction du juge civil : trancher un conflit juridique entre deux parties : le plaignant et le défendeur • Réglemente les rapports du droit privé dans le cadre des droits et des obligations réciproques des particuliers, des personnes physiques et morales
Le droit commercial	Gère les procédures dans le domaine des affaires
Le droit du travail	Englobe les règles relatives aux institutions envers les personnes en situation de travail, des employeurs avec leurs employés, des contrats et lois

③ Spécificités du droit pénal

Fondé sur le droit de punir, il gère les rapports entre la société et l'individu mais appartient au droit public.

L'ordre judiciaire	Chargé de juger les procès entre les personnes et de mettre en place les sanctions judiciaires en cas d'infraction
	Diverses juridictions gèrent les niveaux de responsabilités et de sanctions : les juridictions du premier degré, les juridictions de droit commun, les juridictions d'exception : <ul style="list-style-type: none">• la Cour d'Appel : première voie de recours pour le plaignant souhaitant contester la décision rendue par une juridiction supérieure• la Cour de Cassation : la plus haute Cour dans le droit français et assure l'unité dans l'application de la règle du droit
L'ordre administratif	2 ^e branche du droit pénal, règle les litiges impliquant l'administration et ses citoyens
	On y retrouve les tribunaux administratifs et les cours administratives d'appel. Le Conseil d'État est, lui, appelé à donner des avis au gouvernement soit en matière législative, soit en matière réglementaire



Le service public

① Définition

- La notion de service public peut désigner une activité d'intérêt général, assurée sous le contrôle de la puissance publique, d'un organisme public ou privé bénéficiant de privilèges lui permettant d'en assurer la mission et les obligations (continuité, égalité, mutabilité) et relevant du droit administratif.
- En France, les activités de service public peuvent être classées en plusieurs catégories :
 - ◊ les fonctions de souveraineté de l'État, financées par l'impôt et assurées par des administrations publiques (défense nationale, justice, police) ;
 - ◊ et les fonctions dites « non régaliennes » (les finances publiques, les collectivités publiques).



Fiche audio



<http://www.lienmini.fr/revifsi22>

② Missions

- Les missions de service public se déclinent dans les secteurs suivants : l'enseignement, la santé, la Sécurité sociale, la culture, la radio et la télévision, les services d'assainissement, les transports, l'énergie, les télécommunications...
- Elles sont composées de valeurs et de principes : la continuité, la mutabilité, l'égalité, la neutralité, la laïcité, la réserve, la gratuité, la continuité.
- L'article L. 6112-1 du code de santé publique liste les missions de service public que les établissements de santé peuvent être appelés à mener ou auxquelles ils peuvent participer. Elles sont au nombre de quatorze :

1 La permanence des soins

2 La prise en charge des soins palliatifs

3 L'enseignement universitaire et post-universitaire

4 La recherche

5 Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers

6 La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence
7 Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination
8 L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés
9 La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination
10 Les actions de Santé publique
11 La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application du code de la Santé publique ou du code de procédure pénale
12 Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier
13 Les soins dispensés aux personnes retenues en application du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
14 Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté

- Les patients accueillis dans le cadre des missions de service public bénéficient de garanties :
 - ◊ l'égal accès à des soins de qualité ;
 - ◊ l'accueil et la prise en charge 24 h/24 h ou l'orientation vers un autre établissement ;
 - ◊ la prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative, ou les tarifs conventionnels des honoraires, rémunérations et frais accessoires fixés par la Sécurité sociale.

Responsabilité professionnelle : généralités

① Définition

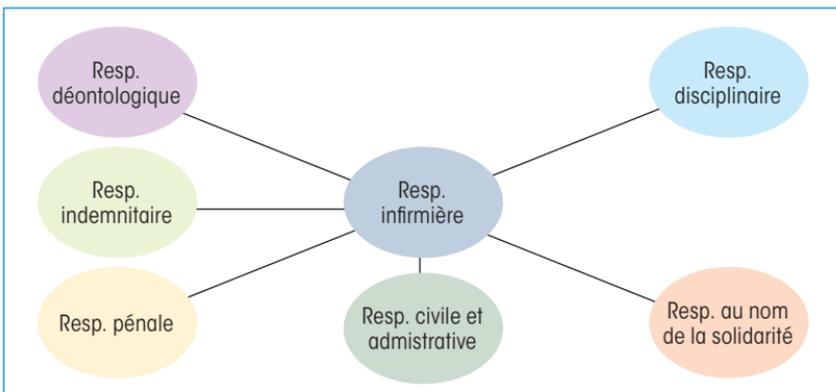
La responsabilité est la capacité, l'obligation de répondre de ses actes devant soi-même, les autres, la société et la loi.

② Faute

- Toute faute constitue une infraction à la loi et au code de déontologie de la profession.
- Elle doit être sanctionnée par la loi et peut selon les situations entraîner des réparations en justice à la victime.

③ Responsabilité infirmière

Il existe différents types de responsabilités et d'actes professionnels (actes relevant du rôle propre, sur prescription médicale ou protocole, sur prescription réalisable à condition que le médecin puisse intervenir ; et ceux réalisés par le médecin, auxquels participe l'IDE) qui incombent à la profession infirmière et de façon plus générale à toute profession médicale ou paramédicale (voir l'article 32 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, codifié depuis 2004 au code de santé publique [article R. 4311-1 à R. 4311-15]).



Différentes responsabilités

1 Responsabilité pénale

- Saisir une juridiction pénale pour une victime : c'est « avoir l'intention de » faire condamner l'auteur de son préjudice.
- C'est souvent le cas lors de fautes d'imprudence ou de négligence grave, d'homicide involontaire, de violation du secret médical, du principe de non-assistance à personne en danger, etc.

Fiche audio



<http://www.lienmini.fr/revifsi24>

Délits de droit commun	<ul style="list-style-type: none"> • Atteinte à l'intégrité corporelle involontaire (articles 221-6 et 222-19 du code pénal) • Atteinte à l'intégrité corporelle volontaire (article 222-7 du code pénal)
Délits professionnels propres aux médecins et aux infirmiers	Médecins <ul style="list-style-type: none"> • Avortement illégal (article 223-10 du code pénal) • Certificats mensongers (articles 441-7 et 8 du code pénal) • Exercice illégal de la médecine • Refus de répondre à une réquisition (article 60 du code de procédure pénale) • Secret professionnel (articles 226-13 et 14 du code pénal)
	Infirmiers <ul style="list-style-type: none"> • Atteintes involontaires à l'intégrité de la personne • Manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence (article 222-19 du code pénal) • Mise en danger d'autrui (article 223-6 du code pénal) • Violation du secret professionnel (art. 226-13 et 14 du code pénal)

② Responsabilités civile et administrative

Responsabilité civile	« Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer » (article 1382 du code civil)
Responsabilité administrative	<ul style="list-style-type: none"> • Chacun doit répondre des conséquences de ses actes. Il doit alors réparer le préjudice ainsi causé. Cette réparation prend la forme d'une indemnisation qu'on appelle « dommages et intérêts ». La responsabilité de l'administration se substitue à celle de ses agents, sauf en cas de faute détachable du service ou faute personnelle commise dans son intérêt personnel ou pour nuire à autrui • La responsabilité administrative d'un hôpital peut être engagée comme l'aléa thérapeutique (lors de l'utilisation de traitements ou thérapeutiques nouveaux ayant provoqué des complications exceptionnellement et anormalement graves) et lors d'infections nosocomiales (article L. 1142-1 du code de santé publique modifié par la loi du 12 mai 2009)

③ Responsabilité disciplinaire

- Toute violation d'une règle déontologique, visée ou non par un texte, peut tomber sous le coup d'une sanction disciplinaire. Le dernier recours pour un professionnel de santé lors de ce type d'affaire est le Conseil d'État. La responsabilité disciplinaire appartient à l'employeur.
- Un employeur (public ou privé) dispose d'un pouvoir disciplinaire pour sanctionner les fautes des salariés. Les sanctions sont indépendantes des peines prononcées par les juridictions civiles et pénales : avertissement, blâme, interdiction temporaire, avec ou sans sursis, ou permanente d'exercer des fonctions médicales du secteur public, etc.



À savoir

L'étudiant infirmier en stage est responsable des actes réalisés comme tout professionnel de santé mais il est en situation d'apprentissage et d'encadrement par l'infirmier (lui-même responsable des actes réalisés par l'étudiant sous sa responsabilité).

④ Responsabilité au nom de la solidarité nationale

- Au nom de la solidarité nationale, les patients peuvent être indemnisés selon certaines circonstances. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients a permis la mise en place d'un régime de réparation des préjudices subis par des patients.
- Réparation des préjudices subis lors d'accidents médicaux : article L. 1142-1 modifié par la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009, article 112.
- Fonctionnement de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation : article L. 1142-5 du code de santé publique.

⑤ Responsabilité déontologique

La profession d'infirmier dispose d'un Conseil national de l'Ordre des infirmiers, garant éthique, juridique et déontologique des pratiques infirmières.

Articles de référence : article 63 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; articles L. 4311-15, 4311-16 et 4312-1 du code de santé publique.

⑥ Responsabilité indemnitaire

- Si la responsabilité civile ou administrative de l'IDE est engagée, des dommages et des intérêts devront être versés à la victime dans le cadre de la réparation. Pour le secteur public ou privé, c'est l'employeur qui va supporter le coût par l'intermédiaire de son assurance. L'obligation d'assurance est confirmée depuis la loi du 4 mars 2002.
- Concernant l'activité libérale, c'est à l'infirmier de s'assurer pour sa pratique et c'est une obligation juridique (souscription d'une assurance en responsabilité civile professionnelle).
Pour pouvoir engager la responsabilité d'un professionnel de santé, il faut prouver l'existence d'une faute.

Articles de référence : article L. 1142-2 du code de santé publique modifié par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, article 75 ; arrêt Bianchi (sur la responsabilité du service public hospitalier).

Étude des situations éthiques : approches théoriques et processus décisionnels

5

- Actuellement, nous trouvons dans la littérature des grilles, des protocoles, des repères d'aide à la décision face à des situations cliniques extrêmes. Comment éviter de « protocoliser » chaque situation et réifier (c'est-à-dire réduire à l'état d'objet) la personne elle-même à un cas parmi tant d'autres ?
- Aristote et Habermas sont souvent invoqués comme des maîtres en philosophie facilitant **la réflexion éthique et la juste distance face à des situations singulières**. Nous notons aussi des changements réglementaires français nous orientant de la procédure collégiale vers un **processus de délibération et de décision collective**.

① Éthique de la discussion de Jürgen Habermas et ses limites

- Aujourd'hui, l'éthique de la discussion d'Habermas¹ est considérée comme la matrice philosophique aidant au cheminement de la réflexion d'une équipe face à une situation éthique extrême.
- Les modalités de cette éthique de la discussion se déploient autour de l'examen de la situation elle-même, de la consultation des avis de chaque partie prenante à commencer par celle du patient et de ses représentants, de l'échange des points de vue, de la formulation d'un consensus sur le choix de l'action et sur la prise de responsabilité individuelle du médecin en charge du patient².
- La **pluridisciplinarité** est un impératif absolu et un des piliers de l'éthique de la discussion. Mais elle doit être complétée par la **transdisciplinarité**³

1. Habermas J., *De l'éthique de la discussion*, Paris, éditions du Cerf, 1992.

2. Bréhaux K., « L'éthique de la collégialité : une éthique aristotélicienne de terrain. Deux auteurs fondamentaux : Aristote et Paul Ricoeur » in *Soigner l'Humain : manifeste pour un juste soin au juste cout*, sous la direction de Claire Georges-Tarragano en collaboration avec Harold Astre et Frédéric Pierru, Rennes : Presses EHESP, 2015.

3. Saulus G., « La clinique du polyhandicap comme paradigme des cliniques de l'extrême », *L'Esprit du temps*, « Champ psy », 2007/1 n° 45, p. 125 à 139.

(capacité du professionnel d'enrichir sa propre pratique de données issues de disciplines autres que la sienne sans perdre sa spécificité). Cette attitude individuelle est souvent implicite à la prise de parole (position interdisciplinaire) dans une discussion éthique autour d'une situation de soins posant problème (staff, réunion collégiale), mais bien souvent ignorée. Elle présuppose en elle-même les fondements de la discussion éthique elle-même : la pluralité des avis sous-tendant la variété des positions individuelles.

- La transdisciplinarité est nécessaire et s'impose comme une voie de solution face à une pluralité des situations singulières. Nourrissant le sujet dans la construction de sa démarche éthique, elle enrichit chaque niveau de discussion interdisciplinaire au sein de la « collégiale ».

② Éthique de la collégialité : une éthique aristotélicienne de terrain

- La prudence aristotélicienne (phronesis), est une démarche pratique (manière d'être et de se conduire) posant la question de l'intérêt d'autrui comme premier dans la prise de décision, mais aussi la préservation des valeurs humaines liant deux personnes (l'amitié chez Aristote).
- Ce modèle de cheminement philosophique a été réinvesti dans le domaine médical en démontrant **l'utilité du processus de délibération élargi donnant lieu à la prise de décision finale.**

③ De la délibération collective à la décision collective

► Les recommandations du Comité Consultatif National Éthique (CCNE)

- Le CCNE recommande une modification de la procédure collégiale afin qu'elle prenne la forme d'une véritable délibération collective qui « ne soit pas conçue comme une discussion collégiale entre experts » et qui soit mise en œuvre « de manière beaucoup plus large, dès que des décisions complexes doivent être prises en fin de vie, que ce soit du fait d'une raison médicale ou d'une demande du patient. »
- En d'autres termes, le CCNE considère qu'une réflexion devrait être engagée pour que **ce processus de délibération collective puisse aboutir à un véritable processus de décision collective.**
- La première étape est de considérer le temps nécessaire à la **conciliation des points de vue**, ceux de la famille et des proches comme ceux des médecins et des soignants.

- Si le processus de délibération collective ne parvient pas à faire émerger un consensus, une deuxième étape de médiation pourrait être retenue, pour aider à rapprocher les points de vue, si le temps long ne permet pas de faire venir au jour une réponse consensuelle.
- Selon le sens habituellement accepté, la **médiation** est un processus à visée éthique reposant sur la responsabilité et l'autonomie des participants, dans lequel un tiers – impartial, indépendant, neutre, sans pouvoir décisionnel, avec la seule autorité que lui reconnaissent les participants au processus de délibération collective – favorise par des entretiens confidentiels l'établissement ou le rétablissement du dialogue, le lien social, et la capacité de prendre une décision partagée. Cette médiation se doit d'être véritablement indépendante de toutes les parties prenantes, y compris de l'administration hospitalière et des établissements de santé.^{1,2}

► Position légale sur la procédure collégiale

Décret n° 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

- I. - En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.
- II. - Dans les cas prévus aux articles L. 1111-4 et L. 1111-13, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre une procédure collégiale dans les conditions suivantes :
 - ◊ la décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun

1. CCNE, L'avis N° 121 « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir », 30 juin 2013, Observations du CCNE à l'attention du Conseil d'État, 5 mai 2014.

2. Commission de réflexion sur la fin de vie, « Penser solidairement la fin de vie. Commission de réflexion sur la fin de vie en France », 18 décembre 2012 à François Hollande.

lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile ;

- ◇ la décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches ;
- ◇ lorsque la décision concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis lors des situations où l'urgence rend impossible cette consultation¹ ;
- ◇ la décision est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient.

④ Grille d'aide à la décision du Docteur Renée Sebag-Lanoë

La grille d'aide à la décision du Docteur Renée Sebag-Lanoë est utilisée quotidiennement par les professionnels du soin et formule le dilemme éthique autour d'une série de questions :

Quelle est la maladie principale de ce patient ?
Quel est le degré d'évolution de la maladie ?
Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?
Cet épisode est-il facilement curable ou non ?
Y-a-t-il répétition d'épisodes aigus ou multiplicité de pathologies ?
Que dit le malade s'il peut le faire ?
Qu'exprime-t-il à travers son comportement, sa coopération aux soins ? Coopérant/Opposant/Démissionnaire.
Quelle est la qualité de son confort actuel ?
Qu'en pense la famille ?
Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent ?

1. Décret n° 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Coopération entre professionnels de santé

① Coopération dans les soins : cadre légal

- La loi HPST de 2009 et celle qui l'amende de 2011 entendent renforcer et organiser la coopération entre les soignants de manière à offrir des soins gradués, de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé d'un bassin régional.
- La démarche de coopération doit s'inscrire dans le cadre d'un protocole soumis à l'agence régionale de santé (ARS) puis transmis par l'ARS à la Haute Autorité de santé (HAS).

② Enjeux de la coopération

La coopération entre professionnels de santé s'inscrit dans un contexte :

- de défis à relever liés aux besoins croissants de prise en charge sanitaire (maladies chroniques dans un contexte de vieillissement de la population) ;
- d'évolution défavorable de la démographie médicale, accentuée par les disparités de répartition territoriale ;
- de progrès technologiques médicaux qui facilitent l'émergence de nouveaux partages de compétence entre professionnels de santé ;
- de nécessité d'assurer l'efficacité des prises en charge au regard des difficultés croissantes de financement des dépenses de santé ;
- d'aspiration des professionnels à faire évoluer leurs activités et leurs compétences tout au long de leur vie.

Démarche d'analyse d'une question éthique en équipe pluriprofessionnelle

Grille d'une démarche d'analyse éthique d'un cas clinique créée par Karine Bréhaux et Alain Vuillot (Diplôme Universitaire « Éthique Réflexions autour d'une démarche(s) éthique(s) » 2015).^{1,2}

1 Rassembler les différents éléments du cas

- Préciser la nature du cadre institutionnel du cas.
- Rassembler les éléments relatifs au malade (facteurs personnels et biographiques : convictions personnelles, religieuses, profession, engagement), à son environnement psycho-social (famille, entourage, personne de confiance) et à sa maladie (symptômes, informations relatives au diagnostic, au pronostic, traitements possibles et effets secondaires).
- Identifier les acteurs impliqués (équipe de soin, équipe médicale, proches, cadres, personnel technique ou administratif, autres patients ou résidents).
- Relater les éléments factuels et circonstanciels du cas.

2 Identifier et formaliser le problème éthique posé par le cas

- Décrire de manière précise la situation et analyser le cheminement qui a abouti à la question (motifs de la demande du patient, points de vue de la famille et détection d'éventuels conflits intrafamiliaux).
- Présenter les éléments du cadre institutionnel et réglementaire et clarifier les normes : les repères/cadres juridiques, la déontologie, les recommandations, avis, référentiels, chartes.

1. Karine Bréhaux, « Éthique et parcours de soins, quelle place pour le sujet ? Le phénomène de reconnaissance » in *Éthique et parcours de soins : quelle place pour le sujet ?*, Chaumont, Editions de l'Association des Psychologues Hauts-Marnais, Fédération Française des Psychologues et de Psychologie, 2014.

2. Alain Vuillot, « Fonction et apports de la philosophie dans les comités d'éthique clinique », Diplôme Universitaire Éthique Réflexions autour d'une démarche(s) éthique(s) 2015.

- Indiquer les éléments qui font que ce problème est bien un problème d'éthique.

③ **Produire une analyse critique des positions défendues à propos du problème**

- Veiller à la dimension éthique des conditions procédurales du débat dans la mesure où ce cadre doit être lui-même fondé sur une éthique de la discussion maîtrisée.
- Identification des positions des différentes parties prenantes (analyse prenant en compte différentes logiques : gestionnaire, économique, thérapeutique, socio-éducative, culturelle).
- Consulter la lettre des textes réglementaires et expliciter l'esprit de ces textes, articuler la généralité de la loi ou de la règle et son adaptation ou interprétation à un cas particulier. Examiner l'éventuelle contradiction entre une règle ou une bonne pratique et une demande légitime du patient ou une situation d'exception.
- Identifier les systèmes de valeurs ou les spécificités culturelles ou religieuses qui peuvent interférer avec une règle (ex : prise en charge policière d'une grève de la faim, refus de transfusion sanguine chez les Témoins de Jéhovah).
- Mettre en perspective les différentes positions du débat par des éclairages éthiques substantiels issus de diverses doctrines ou traditions philosophiques :
 - ◊ expliciter les arguments qui sous-tendent les positions défendues par un travail de rationalisation : passer de l'intuition à l'argumentation, formuler des options justifiées par des arguments recevables pour autrui. Définir les concepts fondamentaux manipulés et repérer leur éventuelle polysémie. Préciser les hiérarchies de valeurs implicites. Exhiber les mécanismes qui sous-tendent la prise de décision ;
 - ◊ déconstruire les pétitions de principes, les fausses évidences. Repérer les automatismes ; passer du réflexe à la réflexion. Déconstruire les mécanismes psychologiques qui nourrissent les affects à l'œuvre dans la prise de décision (peur, désir, colère) ;
 - ◊ repérer les silences et les oublis dont la description du cas est, en creux, parfois porteuse.

④ Créer deux niveaux d'identification des enjeux et des conflits

Niveau 1 Déontologico- juridique	Identifier les valeurs, les principes et les conflits en jeu relevant des domaines déontologiques et juridiques
Niveau 2 Éthico- philosophique	Identifier les valeurs, les principes et les conflits en jeu relevant des domaines de l'éthique et de la philosophie Inviter les auteurs pertinents pour ce cas

⑤ Produire de manière collégiale un avis dégageant une ou plusieurs options rationnellement argumentées

- Ne pas enfermer, dans la mesure du possible, la question dans une opposition binaire mais en examiner les présupposés, éventuellement les déconstruire pour dégager et voir d'autres voies de résolutions initialement inaperçues. Délibérer consiste ici à créer des options, à ouvrir le champ du possible (analyse déduite du premier niveau déontologico-juridique).
- Dégager un bilan éthique : analyser les avantages et inconvénients des différentes prises de position possible sur le modèle de la balance bénéfice/risque et concevoir les possibles conséquences des différentes décisions (analyse déduite du second niveau éthico-philosophique).
- La délibération collective vise au mieux une proposition, mais jamais une décision imposée au patient sans son consentement.
- Traçabilité des décisions et des arguments ; éventuelles recommandations pour l'avenir.

Éducation thérapeutique

1 Définition

Selon l'OMS (1998), « [l']éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient [...] »

Fiche audio



<http://www.lienmini.fr/revifs25>

2 Finalités

- Acquisition et maintien par le patient de compétences d'autosoins ; mobilisation ou acquisition de compétences d'adaptation.
- Les politiques de santé tendent à placer le patient au centre des démarches de soin. Cela implique que ce dernier comprenne les raisons et les conséquences des soins qui lui sont prodigués. L'éducation thérapeutique personnalisée (ETP) vise à cette compréhension.
- L'ETP est un projet politique : une mobilisation interprofessionnelle des soignants est indispensable pour qu'il soit bien mené.

3 Financement de l'ETP

- Financements identifiés : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire (FNPEIS), Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), financements sur les crédits d'États, financements par les associations de patients et par l'industrie pharmaceutique.
- Autres sources de financements alternatifs : programmes d'organismes de protection sociale, avec la participation de l'industrie pharmaceutique, de partenariat financier avec des sociétés savantes, d'associations de patients, etc.

④ Conception de l'ETP

- Priorisation par maladies chroniques et pathologies les plus fréquentes.
- Ensemble de 17 propositions liées à l'ETP (rapport de l'Assemblée nationale de 2010) : définir une politique nationale, privilégier l'interdisciplinarité dans l'enseignement à l'ETP, la formation continue, rechercher, développer l'ETP en ambulatoire, rôle central du médecin traitant, structurer l'offre hospitalière en ETP, améliorer la coordination ville-hôpital, positionner l'agence régionale de santé au cœur du dispositif de l'ETP, conserver un partenariat actif avec l'industrie pharmaceutique et biomédicale, dans le strict respect des obligations prévues par la législation, etc.

⑤ Problématique actuelle

- Positionnement et rôles des différents acteurs (État, agences nationales, ARS, opérateurs de terrain, etc.) : doit-on dissocier celui qui finance et celui qui dispense la prestation ?
- Pérennité des sources de financement.

⑥ Textes d'application relatifs au développement et aux programmes d'ETP

- Arrêté et décret du 2 août 2010 relatifs aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
- Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'ETP.

► Situation de soin n° 1

Le médecin de Mme X. diagnostique un cancer terminal chez sa patiente qu'il connaît depuis longtemps. Compte tenu de l'état dépressif de celle-ci, il estime qu'elle ne supporterait pas de se savoir atteinte de cette maladie. Son devoir d'informer sa patiente de son état entre en conflit avec celui de ne pas détruire ce qui lui reste d'espoir dans la vie.

Doit-il lui dire la vérité ou lui cacher sa condition ?

► Situation de soin n° 2 relative aux notions de bientraitance et de maltraitance.

Au cours d'une journée de travail dans les institutions accueillant des personnes âgées présentant des troubles du comportement, il y a de nombreuses occasions d'être violent avec les aînés sans s'en rendre compte. Ce soir du 22 décembre, Béatrice a « râlé » devant Denise qui avait renversé par inadvertance sur la table son verre rempli d'eau. Ce « soupir » de Béatrice a constitué une « violence » pour Denise.

Mais, Béatrice n'a pas eu le sentiment d'avoir exercé une violence et n'en avait d'ailleurs nullement l'intention. Elle a « réagi » sans se rendre compte que son intervention avait aussi un effet de violence sur les autres résidents attablés¹.

► Situation de soin n° 3

Est-ce qu'une femme ou un homme, au nom de ses convictions religieuses, a le droit d'imposer sa vision et ses pratiques au personnel soignant (exemple : imposer le choix du sexe du professionnel de santé pour une consultation) ?

1. Source : <http://papidoc.chic-cm.fr/15violentinstit.html>

CORRIGÉ

► Situation de soin n° 1

Dans cette situation, le devoir moral de ne pas mentir s'oppose au principe de bienfaisance du médecin à l'égard de sa patiente. Les valeurs personnelles du soignant (empathie, compassion, écoute) s'opposent à ses valeurs professionnelles (code de déontologie médicale qui impose le droit et le devoir d'information du médecin envers son patient) sauf si le patient souhaite rester dans l'ignorance du diagnostic ; article 35 (article R.4127-35 du code de santé publique).

► Situation de soin n° 2

Discussion et questionnements :

Ce cas met en exergue un phénomène de maltraitance tel qu'il peut exister en EHPAD ou en établissement pour des jeunes enfants.

Définition institutionnelle de la bientraitance :

Le concept de bientraitance se définit institutionnellement de la manière suivante : « La bientraitance est une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'usager, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins. ». Cette définition sous-tend un ensemble de valeurs, qu'il s'agit de mettre en place dans le champ de la relation à l'Autre, dans la coopération entre professionnels de santé. La démarche de bientraitance, lutte contre la maltraitance, s'inscrit dans un projet d'établissement, sur le volet qualité et sur le plan disciplinaire car les actes signalés entraînent des dispositions juridiques et pénales contre les personnes (gradation juridique des sanctions en corrélation avec les faits : signalement oral, écrit, faute, mise à pied, révocation).

Danger de la réification :

Sur le plan de la morale, commettre des actes maltraitants c'est ne pas respecter la personne dans son humanité et la reléguer à un statut d'objet : « L'appréhension quantitative de l'objet, le traitement instrumental d'autrui, le fait de se rapporter à l'ensemble de ses propres capacités et de ses besoins comme à quelque chose d'économiquement profitable – tout cela est subsumé sous le terme de « choséification ». Ainsi qualifie-t-on de « réifiantes » toute une série de conduites, qui vont de l'égoïsme pur au triomphe des intérêts économiques en passant par l'absence d'empathie¹. ».

1. Axel Honneth, *La réification, petit traité de théorie critique*, NRF essais Gallimard, 2005.

Les conceptions autonomes et hétéronomes de l'éthique :

Un rapprochement facile est souvent fait entre « bienveillance » et « bienveillance », mais le principe de bienveillance, prendre soin de l'Autre, agir pour son bien peut parfois avoir un effet paternaliste (décentrement et décider pour l'Autre). Il faut reprendre les principes de base de l'éthique¹ : le principe de bienveillance en tant que respect envers Autrui et l'égalité de dignité due à chaque être humain impose des actions, le principe d'autonomie de toute personne de disposer d'un accès aux soins lui permettant une prise en charge globale, le principe de justice : la solidarité inter-générationnelles impose une co-responsabilité et une aide envers les plus vulnérables.

Téléologie et hétéronomie, déontologie et autonomie :

Soit l'homme est conçu comme hétéronome (du grec, *hétéros*, autre, différent, et *nomos*, la loi) c'est-à-dire recevant d'un autre que lui-même – la Nature, par exemple – les règles de son action, dans un univers finalisé. Dès lors, l'action morale est conçue comme téléologique, elle s'inscrit dans cette finalité déjà présente et définie, l'action morale doit réaliser le bien, c'est-à-dire rendre réel, effectif, présent le bien. Si l'on défend une éthique de l'hétéronomie au fondement du management de son équipe, alors l'ensemble des actions morales portées par les devoirs professionnels des soignants est destinées à promouvoir le bien des résidents, caractère sacré de faire du/pour bien à l'Autre.

Soit l'homme est conçu comme autonome (du grec, *autos*, soi-même, et *nomos*, la loi) c'est-à-dire construisant lui-même les lois auxquelles il se plie dans un univers mécanique, non finalisé. L'action morale consiste à faire « son devoir » en fonction des principes indérogables posés par l'homme, qui ne tirent valeur que de leur rationalité et de leur universalité. Une conception autonome de l'homme conduit donc à une morale déontologique. Si l'on défend une éthique de l'autonomie au fondement du management de son équipe, alors l'ensemble des actions morales portées par les devoirs professionnels des soignants est destinée à accompagner les résidents, dans leurs projets de vies. On constate un partage de ses deux conceptions au sein du travail, un caractère impératif des devoirs des soignants et un projet autonomiste/singulier des résidents.

1. T. Beauchamp et J. Childress, "Principles of Biomedical Ethics", New York, Oxford University Press, op.cit., 4^e éd., 1994, X-546 p.

CORRIGÉ

Place de la bientraitance dans nos institutions :

La bientraitance est une recommandation cadre de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) de juillet 2008. « C'est une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins ».

La bientraitance se caractérise « par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs ». Elle doit être en questionnement continu au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Pour la mettre en œuvre, l'ANESM a identifié 4 repères :

- l'utilisateur co-auteur de son parcours ;
- la qualité du lien entre professionnels et usagers ;
- l'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes ;
- le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance.

La bientraitance a sa place dans les textes législatifs suivants :

- droits des patients (code de santé publique) ;
- loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : elle affirme le respect de la dignité, de l'intimité et de la vie privée, de la sécurité de la personne et de son libre choix. Sa mise en œuvre est déclinée au travers du livret d'accueil, de la charte des droits et libertés, du contrat de séjour, du projet d'établissement, du règlement de l'établissement et du conseil de la vie sociale ;
- loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- charte européenne des droits et libertés des personnes âgées en institution (1993) ;
- charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (Fondation Nationale de Gérontologie en 1999) ;
- charte des droits et libertés de la personne accueillie en institution médico-sociale (2003) ;
- charte du patient hospitalisé (mars 2006).

► Situation de soin n° 3

Dans cette situation professionnelle, ce qui est mis en exergue c'est l'ambivalence entre l'**application du principe de laïcité** dans les établissements sanitaires et le **respect des droits individuels** de la personne (notamment l'interprétation qui en est faite par la convention européenne des droits de l'Homme). Du côté du droit interne, la charte de la personne hospitalisée rappelle la non-discrimination en balance avec le principe de laïcité. Quelle place réservée à la liberté de conscience des personnes dans nos établissements ? S'ensuit aussitôt celle de la question de la tolérance dans nos sociétés.

Emmanuel Kant considère la morale comme un système d'impératifs catégoriques en soutenant que nos devoirs subsistent. Il infère l'intérêt qu'est censée présenter la morale pour tous comme empiriquement conditionné. Placer le bien avant le juste, revient à assimiler le bien à la satisfaction des désirs de l'agent ce qui est impensable selon la métaphysique kantienne. Selon Emmanuel Kant, le bonheur de l'agent (ici l'exigence du choix du praticien pour des raisons personnelles) ne peut constituer le fondement d'une loi morale applicable à tous. Il invoque à ce sujet la conception pluraliste des formes d'accomplissement de soi et la tendance des hommes à diverger quant à la nature de leur vie.

Sous l'**éthique de la conviction**, nous avons le devoir de faire certaines choses que les autres utilisent ou non nos actes à des fins mauvaises, ce qui correspond au principe déontologique.

Sous l'**éthique de la responsabilité**, il est indispensable de décider de ce que l'on doit faire sans se préoccuper de ce que les autres seraient susceptibles de faire exister – ce qui correspond au principe conséquentialiste. Ces deux éthiques se heurtent dans un ordre politique libéral comme celle de notre société.

Max Weber en conclut que nous devons trouver un équilibre entre les deux et que cette tâche revient au politique. Depuis la Modernité, la pensée libérale tente de résoudre deux problèmes fondamentaux. Le premier, concerne les limites morales à apporter au pouvoir des gouvernements, le second, les divergences entre les êtres raisonnables quant à la définition de la vie bonne.

Les penseurs libéraux cherchent à circonscrire le rôle de l'État au moyen d'une conception morale minimale fondés sur les valeurs des droits de l'homme. Les propositions de lois sur le début de la vie caractérisent, à un moment donné, cette tentative de base morale minimale. Ces propositions de lois circonscrivent cette base mouvante à chaque époque donnée.

CORRIGÉ

On peut dès lors soutenir que la neutralité politique au même titre que le principe de la laïcité sont devenus des principes moraux qui énoncent les conditions d'une justification des principes politiques rendus par déclinaison dans les codes de déontologie médicaux et paramédicaux.

Quant à **la Convention Européenne des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales**, on peut citer l'article 9 (« 1. Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ; ce droit implique la liberté de changer de religion ou de conviction, ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction individuellement ou collectivement, en public ou en privé, par le culte, l'enseignement, les pratiques et l'accomplissement des rites. 2. La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles qui, prévues par la loi, constituent des mesures nécessaires, dans une société démocratique, à la sécurité publique, à la protection de l'ordre, de la santé ou de la morale publiques, ou à la protection des droits et libertés d'autrui »).

L'Union européenne protège la liberté religieuse, sans toutefois en faire un droit absolu. L'État peut lui apporter des limites à la triple condition que cette ingérence soit prévue par la loi, qu'elle corresponde à un but légitime et qu'elle soit nécessaire dans une société démocratique. Sur le fondement de cet article 9, la Cour a été amenée à traiter de questions qui concernent la laïcité. L'approche de la Cour repose sur une reconnaissance des traditions de chaque pays, sans chercher à imposer un modèle uniforme de relations entre l'Église et l'État. Chaque pays, quel que soit son degré de sécularisation, a la charge de trouver un équilibre sphère publique et sphère privée, entre gestion du politique et droit à la liberté religieuse.

La réponse est donc déontologique : le professionnel de santé n'a pas à imposer ses convictions intimes ou religieuses ou privées dans l'exercice de sa pratique.

Défaillances organiques et processus dégénératifs

Fiche 1	Généralités : définitions.....	35
Fiche 2	Hypertension artérielle	36
Fiche 3	Insuffisance cardiaque.....	38
Fiche 4	Insuffisance veineuse	40
Fiche 5	Insuffisance respiratoire chronique (IRC)	42
Fiche 6	Insuffisance respiratoire aiguë (IRA).....	44
Fiche 7	Diabète	46
Fiche 8	Dysfonctionnement thyroïdien : hyper- et hypothyroïdie.....	49
Fiche 9	Insuffisance rénale chronique	51
Fiche 10	Insuffisance rénale aiguë	53
Fiche 11	Maladie d'Alzheimer et autres syndromes démentiels	55
Fiche 12	Maladie de Parkinson	60
Fiche 13	Principales pathologies neurologiques.....	62
Fiche 14	Déficience des sens.....	67
Fiche 15	Dégénérescences des articulations.....	73
Fiche 16	Principales atteintes cutanées.....	77



Objectifs

- Expliquer le mécanisme physiopathologique de la dégénérescence d'un organe ou de la défaillance d'un appareil.
- Décrire les signes, les risques, les complications et les thérapeutiques des pathologies étudiées.
- Développer une vision intégrée des soins à donner aux personnes âgées.

Conseils du formateur

① Objectifs

Les UE 2.7 et 2.8 sont certainement celles qui vont mobiliser le plus de connaissances en anatomie et en physiologie (UE 2.1, Biologie fondamentale et 2.2, Cycles de la vie et grandes fonctions). Mais que reste-t-il de ces connaissances depuis le semestre 1 ? Si une partie d'entre elles sont désormais intégrées, d'autres doivent vous paraître déjà « lointaines ». Il va donc falloir les réactiver. En effet, **il est impossible de comprendre la physiopathologie sans connaître l'anatomophysiologie.**

② Prérequis

Vous devez être au clair avec l'anatomie **et la physiologie** des différents systèmes et appareils (cardiovasculaire, respiratoire, digestif, rénal, urinaire, neurologique, œil, oreille, vaisseaux...) mais aussi avec les paramètres vitaux, les normes biologiques (hémogramme, ionogramme sanguin, ionogramme urinaire, enzymes cardiaques, bilan rénal, bilan hépatique) et les explorations (ECG, doppler, urographie intraveineuse, coronarographie, IRM...).

③ Mode d'évaluation

Selon les IFSI, cette UE est évaluée par des questions à choix simple (QCS), questions à choix multiples (QCM), questions à réponses ouvertes et courtes (QROC) ou schémas à légender.

④ Apprentissage

► Les schémas

Certains intervenants feront des rappels anatomiques, d'autre pas. **Ayez avec vous, à chaque cours, le ou les schémas qui s'y rapportent.** Exemple : au cours sur l'OAP, apportez un schéma de la circulation sanguine, un schéma du cœur et un schéma de la membrane alvéolo-capillaire. Si vous utilisez un support numérique portable, préparez, par exemple, un dossier « schémas » (puis des sous-dossiers par système), un dossier « normes biologiques » et un dossier « paramètres vitaux » dans lesquels vous insérerez des planches anatomiques et les valeurs de référence.

Avant et après les cours, vous pouvez également vous aider **des sites d'hébergement de vidéos** où sont mises en ligne d'excellentes animations 3D, des cours, des examens médicaux, des interventions chirurgicales etc. Visualiser vous aidera certainement à comprendre les mécanismes physiologiques et/ou pathologiques. Mais attention : comme pour toute recherche sur Internet, soyez vigilants face à la fiabilité des sources !

► Les questions

Enfin, **faites des quizz** ! Vous en trouverez en ligne, mais vous pouvez aussi, pour chaque système et chaque pathologie, construire votre propre évaluation de connaissances, par exemple : « Quelles cellules sécrètent l'insuline ? », « Qu'est-ce que la créatinine ? », « Qu'est-ce qu'un neurotransmetteur ? », « Qu'est-ce que le diabète de type I ? », « Qu'est-ce qu'une embolie pulmonaire ? » etc. Formulez les questions, et, bien entendu, allez chercher les réponses. Travaillez à plusieurs étudiants : soumettez-vous ces questionnaires entre vous.

► Le vocabulaire médical

Dans tous les cas, portez une attention particulière au vocabulaire médical ! En effet, comme le disait Boileau, « ce qui est compris s'énonce clairement ». Entraînez-vous à expliquer, simplement mais **en langage professionnel**, des éléments de la physiologie (la circulation sanguine, la transmission de l'influx nerveux, le trajet du bol alimentaire, la régulation de la glycémie etc.).

⑤ Intérêt pour la pratique infirmière

Au fur et à mesure de l'UE 2.7, vous devriez être capable d'explicitier les pathologies et de faire des liens entre elles (HTA et insuffisance cardiaque, athérosclérose et embolie pulmonaire, diabète-HTA-insuffisance rénale etc.). En résumé : apprenez, comprenez et transférez !

Généralités : définitions

① Biologie

- **Cellule** : unité fonctionnelle et structurale du corps humain qui permet la vie.
- **Organe** : ensemble de tissus différents.
- **Système** : plusieurs organes reliés entre eux avec une fonction commune.
- **Homéostasie** : processus où l'organisme humain cherche à se maintenir en équilibre face à diverses situations interne ou externe au corps humain.
- **Dégénérescence** : altération des cellules d'un tissu ou d'un organe, qui ne peuvent plus fonctionner de manière optimale, et qui aboutit à une défaillance d'une ou plusieurs fonctions : cardiovasculaire, respiratoire, nerveuse, etc.

② Mécanismes d'adaptation

- **Atrophie** : diminution du volume d'un organe ou d'un tissu du fait d'un défaut de nutrition des cellules de cet organe ou de ce tissu.
- **Hypertrophie** : augmentation de volume d'un organe ou d'un tissu par augmentation de l'activité mécanique ou métabolique.
- **Aplasie** : arrêt de développement d'un organe ou d'un tissu du fait de l'arrêt de la multiplication cellulaire.
- **Hyperplasie** : développement excessif d'un organe ou d'un tissu du fait d'une multiplication excessive et anormale des tissus.
- **Nécrose** : mort cellulaire irréversible (à différencier de l'apoptose).
- **Fibrose** : inflammation chronique due à des atteintes répétées des tissus.
- **Défaillance organique** : la fibrose ou dysfonctionnement de l'organe.
- **Processus du vieillissement normal** :
 - ◇ vieillissement cellulaire dès la conception, puis lors de la différenciation et de la maturation cellulaire, pour arriver à une perte progressive des fonctions de l'organisme (sénescence) et à la mort ;
 - ◇ facteurs du vieillissement : génétiques, environnementaux (alimentation riche en calories, activité physique réduite, stress oxydatif, déficits hormonaux).

RÉUSSIR TOUT LE SEMESTRE 4/5

Tout pour réviser les semestres 4 et 5 !

110 fiches synthétiques :

- les notions essentielles et mises à jour de chaque UE
- des schémas et tableaux en couleurs
- des conseils de formateurs pour réussir chaque UE

150 entraînements :

- des QCM, des QROC et des calculs de doses corrigés
- des situations de soin commentées



- **Semestre 4 :**
- UE 1.3 Législation, éthique, déontologie
- UE 2.7 Défaillances organiques et processus dégénératifs
- UE 4.3 Soins d'urgence
- UE 4.4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical
- UE 4.5 Soins infirmiers et gestion des risques
- UE 6.2 Anglais
- **Semestre 5 :**
- UE 2.6 Processus psychopathologiques
- UE 2.9 Processus tumoraux
- UE 2.11 Pharmacologie et thérapeutiques
- UE 4.2 Soins relationnels
- UE 4.4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical
- UE 4.7 Soins palliatifs et de fin de vie
- UE 6.2 Anglais

EN PARTENARIAT AVEC



MY-SERIOUS-GAME

www.vuibert.fr

ISBN : 978-2-311-66244-3



9 782311 662443