NOUVEAU RÉFÉRENTIEL 2026

IFSI

Réussir toute l'UE A.1 et A.2

Fondements des sciences infirmières et raisonnement clinique

Législation, déontologie, éthique

Tout pour réviser et s'entraîner

57 FICHES | **110** EXERCICES



- Des fiches **en couleur et illustrées**
- Toutes les thématiques **au programme**
  INCLUS Jugement clinique, diagnostic infirmier, consentement au soin, violences
- Des corrigés **détaillés**

Vuibert

Karine Bréhaux – Elise Gaudron – Sandrine Lescure

Réussir toute l'UE A.1

Fondements des sciences infirmières et raisonnement clinique

Réussir toute l'UE A.2

Législation, déontologie et éthique

Vuibert

Création de la maquette : CB Defretin
Mise en pages : Christine Porchat
Couverture : Primo & Primo
Illustrations : Anne-Christel Rolling, Sandrine Marchand, Magnard

ISBN : 978-2-311-66782-0

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 1er 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.

Ce livre ne peut être reproduit ni utilisé à des fins d'entraînement de systèmes d'intelligence artificielle. La fouille de textes et de données est interdite conformément à l'article 4(3) de la Directive (UE) 2019/790.
Dans le cas où le livre comporte des ressources numériques en ligne, ces dernières sont des compléments offerts à l'achat du livre. Par respect du droit d'auteurs, ces ressources sont incessibles, interdites de reproduction et réservées à un usage strictement personnel. Elles sont soumises aux conditions d'utilisation en vigueur (CGU) accessibles sur notre site et peuvent, pour des raisons commerciales, légales, d'évolution technique ou de contenu, être supprimées ou interrompues à tout moment, sans garantie de maintien ou de compensation. Dans le cas où les QR codes et liens hypertextes permettent d'accéder à des sites internet tiers, la responsabilité de Vuibert n'est pas engagée, notamment quant à leur éventuel dysfonctionnement ou à leur indisponibilité d'accès

© Novembre 2026, Éditions Vuibert – 5, allée de la 2e DB – 75015 Paris

www.vuibert.fr

Vuibert s'engage
durablement pour l'environnement

Les auteures

Karine Bréhaux est enseignante en sciences humaines et sociales. Titulaire d'une HDR de neurosciences, d'un Doctorat de Sciences Po Paris, d'un DEA de Philosophie, d'un DEA de sciences politique et d'un Master 2 en Économie-gestion, elle est chercheuse associée au laboratoire LIPHA Paris-Est. Ses recherches actuelles portent sur les enjeux économiques face aux défis actuels du changement climatique, à la transition numérique et au domaine de la santé.

Elise Gaudron est infirmière diplômée d'État et formatrice en IFSI. Elle est titulaire d'un master en santé publique, ainsi que d'un diplôme universitaire en éducation thérapeutique et d'un diplôme interuniversitaire sur la prise en charge de la douleur.

Sandrine Lescure est cadre supérieur de santé, en charge de la coordination pédagogique à l'IFSI Tenon (Paris). Elle est titulaire d'un master en sciences de l' éducation ainsi qu'un diplôme universitaire de formateur à l'enseignement de la médecine sur simulateur (Université Paris Cité).

Sommaire

UE A.1 – Fondements des sciences infirmières et raisonnement clinique 5

Sciences infirmières 7
Fiches de révision 9
Entraînement 39

Raisonnement clinique 53
Fiches de révision 55
Entraînement 89

UE A.2 – Législation, déontologie, éthique 105

Cadre juridique 107
Fiches de révision 109
Entraînement 131

Déontologie infirmière 141
Fiches de révision 143
Entraînement 156

Réflexion éthique 161
Fiches de révision 163
Entraînement 176

UE A.1

Fondements des sciences infirmières et raisonnement clinique

Intitulé de l'UE	Années concernées	Nombre d'ECTS	Contenu de l'unité d'enseignement	
A.1 – Fondements des sciences infirmières et raisonnement clinique	**1, 2, 3**	**9 (315 h)**	**Sciences infirmières**	Historique, évolution, sociologie et identité de la profession infirmière
				Épistémologie des sciences infirmières
				Rôle et missions de l'infirmier
				Modèles conceptuels et théories en sciences infirmières
				Concepts fondamentaux des sciences infirmières
			Raisonnement clinique appliqué	Liens entre jugement clinique, diagnostic infirmier et interventions
				Méthodes de raisonnement et de jugement clinique
				Méthodologie et outils de recueil de données et de mesures
				Évaluation de l'autonomie, des fragilités et des risques de violences
				Analyse des données : identification des problèmes prioritaires et des risques
				Diagnostic infirmier : classifications, modalités et critères d'évaluation

Sciences infirmières

Fiche 1 Histoire des pratiques soignantes 9
Fiche 2 Évolution de la profession infirmière et insertion dans le système de santé ... 11
Fiche 3 Structuration du système de santé actuel : les différents niveaux 13
Fiche 4 Structuration du système de santé : les différentes structures 15
Fiche 5 Les différents rôles et missions de l'infirmier 18
Fiche 6 Modèles et concepts 20
Fiche 7 Métaparadigme infirmier 21
Fiche 8 Les concepts de la démarche soignante 23
Fiche 9 Théories de soins et modèles en soins infirmiers 25
Fiche 10 Théorie environnementale de Florence Nightingale 27
Fiche 11 Théorie des besoins 29
Fiche 12 Théorie interactionniste 32
Fiche 13 Théorie de l'adaptation 34
Fiche 14 Théorie des transitions 36

Fiche 1

Histoire des pratiques soignantes

Antiquité	La maladie est perçue comme surnaturelle
Moyen-Âge	• Le malade est isolé • Le terme « infirmier » (issu d'« enfermerie ») désigne celui qui garde les personnes enfermées
Renaissance	• Ouverture des établissements pour les besoins de soin • L'infirmier, serviteur laïc, soigne les blessés • Les Filles de la Charité, fondées en 1633 par Vincent de Paul, sont chargées des soins et de l'enseignement, marquant le début d'une identité soignante
Révolution française (1789)	L'hôpital laïc, destiné à l'hébergement des indigents, voit cohabiter personnel laïc et religieux : • les soignantes, issues de milieux populaires et peu éduquées, exercent bénévolement • les religieuses conservent le monopole des soins jusqu'à la Seconde Guerre mondiale
XIXe siècle	• Le médecin prend le contrôle sur le personnel religieux et s'entoure d'aide : les infirmiers • Les découvertes de Pasteur sur l'hygiène et l'asepsie favorisent l'émergence des écoles laïques (ex. : *Pitié-Salpêtrière*, inspirée de Florence Nightingale) • Les médecins recherchent des auxiliaires : femmes robustes, mères de famille issues de milieux modestes, dotées de sens pratique
Guerres mondiales	Les infirmières affirment leur rôle auprès des malades et des médecins. Leur responsabilité s'accroît avec les innovations thérapeutiques impactant les médecins. Les infirmières jouent un rôle majeur pendant les guerres, mais leur formation reste très pratique et peu théorique
Après 1945	La loi du 8 avril 1946 définissant l'exercice de la profession infirmière marque le début de la reconnaissance officielle, grâce aux salaires et droits sociaux
En 1968	C'est le début de l'émancipation des infirmières par l'amélioration de leur statut social
Dans les années 1980	Les guides du service Infirmier[1] reflètent les évolutions de la profession basées sur l'amélioration de leur pratique et un *care* qui s'affirme

→

1. *Profession infirmière, un siècle de professionnalisation*, M. Chaboissier, Soins n° 732 – janvier/février, 2009, p. 2.

Au cours des années 1990	Explosion démographique professionnelle La réforme hospitalière introduit les Agences régionales de l'hospitalisation En 1992, la réforme des études de la profession s'installe avec une pédagogie par objectifs et un renforcement des stages cliniques. La formation dure 3 ans et demi, avec obtention d'un diplôme d'État
Depuis 2004	Les textes professionnels sont régis par le Code de la Santé publique. En 2004, la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) invite à de nouvelles coopérations entre professionnels de santé et conduit vers de nouvelles pratiques dans la profession
En 2006	Création de l'Ordre national des infirmiers

Fiche 2

Évolution de la profession infirmière et insertion dans le système de santé

Depuis 2009	• En France, la réforme LMD (Licence-Master-Doctorat), issue des accords de Bologne, élève les études infirmières au niveau licence (Bac+3), marquant leur universitarisation. Le grade licence permet une poursuite d'études (master, doctorat) avec une reconnaissance académique • La pédagogie dans une approche par compétences, structure la formation autour des 10 compétences définissant le métier
En 2016	La loi de modernisation du système de santé renforce la formation continue et la recherche en soins infirmiers, consolidant l'expertise professionnelle
À partir de 2018	• La première promotion des *infirmiers en pratiques avancées* (IPADE) est formée : formation universitaire de 2 ans, ouverte aux IDE titulaires du DEI avec au moins 3 ans d'expérience à temps plein. Cette formation compte 5 spécialisations : ◊ pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies en soins primaires ◊ oncologie et hémato-oncologie ◊ maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale ◊ psychiatrie et santé mentale ◊ urgences • La formation combine théorie, stages et recherche. Les débouchés professionnels[2] : ◊ au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par un médecin ◊ en assistance d'un médecin spécialiste hors soins primaires, en établissement de santé
En 2019	En octobre, création au Conseil national des universités (CNU) de la section *« Sciences infirmières »*, une première en France : cette avancée permet l'ouverture de postes d'enseignants-chercheurs et valorise les savoirs propres aux soins infirmiers

→

2. Ambrosino F., *Le guide de l'infirmière en pratique avancée – 2e édition*, Vuibert, 2021.

2025-2026	La transformation majeure de la profession et de la formation[3] marque une étape historique. Cette réforme redéfinit le périmètre d'intervention des infirmiers et renforce leur autonomie : • 27 juin 2025 : publication de la loi infirmière, actant une refonte globale • 24 décembre 2025 : décret socle définissant 10 missions essentielles pour les IDE (diagnostics infirmiers, évaluation des soins infirmiers, évaluation de l'autonomie, prévention et soulagement de la douleur, contribution aux traitements, prescription de produits et examens (selon la liste de l'arrêté), éducation à la santé et thérapeutique, organisation/coordination des soins, accompagnement des pairs/formation, recherche et amélioration continue) • 26 juin 2026 : arrêté fixant la liste des actes et soins réalisables par les IDE • 1er septembre 2026 : mise en œuvre de la réforme du référentiel de février 2026

3. Communiqué de presse du Ministère de la santé, « Réforme du métier infirmier : une transformation structurelle au servie de l'accès aux soins », 2026 [en ligne] https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/communiques-de-presse/article/reforme-du-metier-infirmier-une-transformation-structurelle-au-service-de-l?utm_source=copilot.com

Fiche 3

Structuration du système de santé actuel : les différents niveaux

Le système de santé français repose sur des structures multiples : sanitaires (hôpital, médico-sociales et sociales pour les sujets âgés ou handicapés) et ambulatoires. Il respecte la liberté de choix du patient qui choisit son médecin traitant, un spécialiste, son établissement ou sa structure d'hébergement, dans le secteur public comme privé. Les pouvoirs publics promeuvent une médecine de parcours pour une prise en charge globale, préventive et continue, au plus près des usagers[4].

① Au niveau national : le pilotage par les politiques publiques

Le système est piloté par le ministère de la santé et ministère des affaires sociales, garants de la cohérence des prises en charge, et par l'Assurance maladie. Leurs missions sont les suivantes :

- pilotage des politiques de santé publique, veille et sécurité sanitaire (prévention des maladies chroniques, lutte contre les risques infectieux/environnementaux), via les agences sanitaires et la HAS ;
- supervision des établissements de soins et d'accompagnement, ainsi que la formation des professionnels. L'État veille à une répartition territoriale adaptée et à la complémentarité des professionnels pour une réponse de proximité ;
- financement qui dépend de la loi de financement de la Sécurté sociale (LFSS) définit l' objectif national de dépenses d'assurance maladie (soins de ville, hospitaliers, médico-sociaux). À partir de ces montants budgétaires et en fonction des orientations du gouvernement, les ministères élaborent leurs politiques en vue de leur mise en œuvre : santé publique, offre de soins, cohésion sociale, Sécurité sociale.

4. Ministère de la santé, Système de santé, médico-social et social : pour une prise en charge globale de la personne, 2024 [en ligne] https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social

② Au niveau régional : le relais des politiques nationales

Depuis 2010, des services rénovés de l'État organisent le système :

- les Agences régionales de santé (ARS) coordonnent prévention, soins et accompagnement, veillant à un accès égal à une prise en charge continue, de qualité et sécurisée. Elles adaptent les politiques nationales via des programmes régionaux de santé (PRS), incluant des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) (soins de ville et hospitaliers) et des schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) (médico-social) pour les personnes âgées ou dépendantes, handicapées, en situation de précarité ;
- les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) portent les politiques sociales pour les populations vulnérables ;
- les Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) et les Caisses d'Assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) relayent les politiques de Sécurité sociale.

③ Au niveau local : la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale au plus près des usagers de la santé

Les structures et professionnels s'organisent sous la supervision des ARS :

- soins primaires (1er recours) : médecins généralistes assurant l'orientation ;
- soins de 2e/3e recours : spécialistes et établissements adaptés.

L'objectif est une coordination renforcée entre tous les acteurs, avec une permanence des soins (ville et hôpital), et des parcours de santé, de soins et de vie centrés sur le patient, intégrant les dimensions sanitaires et sociales (famille, dépendance, handicap, précarité).

Structuration du système de santé : les différentes structures

① Les 3 piliers du système de santé

Le système de santé, médico-social et social français repose sur 3 types de structures :

Les structures de soins ambulatoires	• Les soins de proximité, premiers recours et prévention au quotidien • Ex. : cabinet médial (consultations, diagnostics, suivi du patient), pharmacie (médicaments, conseils et produits de santé), professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, sage-femmes, etc.) • Accessibles, de proximité et coordonnées, ces structures assurent la prévention, le dépistage et le suivi régulier
Les structures hospitalières	• Des soins spécialisés et des prises en charge 24 h/24 pour les situations aiguës ou complexes • Hospitalisation et chirurgie • Équipements de pointe et équipes spécialisés pour diagnostiquer, traiter les situations aiguës ; d'urgences relatives et/ou vitales • Ils garantissent une accessibilité des soins en coordonnant les soins au plus proche de la population. Ils assurent la prévention, le dépistage et le suivi régulier.
Les structures médico-sociales	• Un accompagnement sur la durée pour les personnes âgées, en situation de handicap ou dépendantes • Ex. : établissements pour personnes âgées (maisons de retraite, EHPAD : hébergement, soins et qualité de vie), aide à domicile, soutien aux personnes en situation de handicap, réinsertion, etc. • Respect, dignité et solidarité pour favoriser l'autonomie et le bien-être tout au long de la vie

Les 3 piliers complémentaires pour une bonne prise en charge sont :

- la coordination entre les acteurs ;
- le parcours personnalisé ;
- l'équité et l'accessibilité.

② Alternatives à l'hospitalisation

Depuis quelques années, des alternatives à l'hospitalisation classique se développent à l'initiative des pouvoirs publics et au bénéfice des patients et des résidents eux-mêmes, voire de leurs proches :

- chirurgie ambulatoire pour raccourcir les délais de prise en charge à 12 h maximum, avec la garantie d'une sécurité des soins et d'un réel suivi médical ;

- télémédecine (téléconsultation, téléexpertise ou télésurveillance, par exemple), pour réduire les hospitalisations et transports inutiles ainsi que la perte de repères chez certains patients, notamment âgés ;
- hospitalisation à domicile (HAD) pour maintenir le confort de vie des patients et de leurs proches ;
- services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour une surveillance médicale et des soins d'hygiène et paramédicaux ;
- accueil temporaire en EHPAD pour améliorer la qualité de vie des personnes et accorder un temps de répit aux aidants.

Par ailleurs, des structures spécialisées accueillent de manière adaptée certains patients ou résidents selon certaines problématiques telles que :

Prise en charge urgente des AVC	**Unités neuro-vasculaires** (prise en charge spécialisée 24 h/24 et 7 j/7, soins médicaux et techniques avancée, réadaptation précoce)
Douleur, obésité	**Consultations et centres spécialisés dédiés** (évaluation et prise en charge pluridisciplinaire, approche globale et personnalisée, éducation thérapeutique et suivi)
Maladies rares	**Centres de référence (CRMR)** pour diagnostic et orientation (expertise et coordination, diagnostic spécialisé, parcours de soins coordonné, recherche et innovation)
Troubles neurodégénératifs	**Centres mémoire de ressources et de recherche (CM2R), consultations mémoire, unités cognitivo-comportementales (UCC), dispositif MAIA, protocole PASA, unités d'hébergement renforcé (UHR)** pour un accompagnement gradué de la maladie d'Alzheimer (consultations mémoire et évaluation, accompagnement des patients et des aidants, suivi et soutien tout au long du parcours)
Handicap	**Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)** pour l'accompagnement, le projet de vie et la compensation personnalisée (accueil, information et accompagnement des personnes en situation de handicap et leurs proches, évaluation des besoins, attributions des droits et prestations, accompagnement dans les démarches)
Personnes âgées	• **Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)** pour information (évaluation des besoins, mise en relation avec les services, soutien au maintien à domicile) • **Maison départementale de l'autonomie (MDA)** pour la coordination de l'autonomie (lieu d'accueil et d'écoute pour les personnes âgées et leurs aidants, information et accompagnement, activités et soutien aux aidants, orientation vers les ressources locales)
Précarité	**Permanences d'accès aux soins de santé (PASS)** pour l'accès aux soins des publics fragiles (accueil inconditionnel et confidentiel, soins et prévention, aides dans les démarches d'accès aux droits)

Tout pour réviser et s'entraîner aux UE A.1 « Fondements des sciences infirmières et raisonnement clinique » et A2 « Législation, déontologie, éthique » du nouveau référentiel infirmier.

Découvrez dans ce livre :

- **57 fiches de révision synthétiques, colorées et largement illustrées,** qui abordent tout le programme ;
- **110 entraînements** avec des QCM, des QROC et des mises en situations.

Ce petit livre condense dans un format pratique toutes les ressources pour revoir les notions clés et s'auto-évaluer efficacement !

- Sciences infirmières
- Structuration du système de santé
- Rôle infirmier
- Concepts, modèles et théories autour du soin
- Raisonnement clinique
- Recueil de données et entretien clinique
- Jugement clinique
- Diagnostic infirmier
- Démarche de soins
- Cadre juridique et responsabilités de l'infirmier
- Consentement aux soins
- Violences
- Déontologie infirmière
- Droits des patients
- Éthique et soins

ISBN : 978-2-311-66782-0





13.90 €

Vuibert.fr