

**MÉMENTO
100% VISUEL**

Sandrine Lescure • Laurent Soyer •
Nicole Tanda

L'UE3

— EN —

150 CARTES MENTALES

- UE 3.1** Raisonnement et démarche clinique infirmière
- UE 3.2** Projet de soins infirmiers
- UE 3.3** Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité
- UE 3.4** Initiation à la démarche de recherche
- UE 3.5** Encadrement des professionnels de soins

Vuibert

IFSI

S 1, 2, 3, 4, 5 ET 6

Pourquoi ?

**Diagnostic
infirmier**

Quel type de
diagnostic ?

présentation universelle : titre + définition.
diagnostic réel, il aura une étiologie et des signes.
diagnostic potentiel ou risque, il ne contiendra que des
signes de risque.
longue, une liste de 125 diagnostics infirmiers est
formulation est modifiée afin de s'inscrire
taxonomie (classification) des diagnos-
se base sur une arborescence de
divisés en plusieurs classes.

Sandrine Lescure
Nicole Tanda
Laurent Soyer

L'UE 3 en 150 cartes mentales

Vuibert

Les auteurs

Sandrine Lescure est cadre de santé formateur et référente d'UE de Sciences biologiques et médicales, Sciences et techniques infirmières et de Recherche à l'IFSI Beaujon, Clichy-la-Garenne.

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 formateur. Titulaire d'un PhD en sciences infirmières et d'un master en sciences de l'éducation, elle est Maître de conférence en sciences infirmières (CNU 92).

Création de la maquette et mise en pages : CB Defretin

Couverture : Primo & Primo

ISBN : 978-2-311-66343-3

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit aux 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.

© Août 2022, Éditions Vuibert – 5, allée de la 2^e DB, 75015 Paris

www.vuibert.fr

Guide d'utilisation

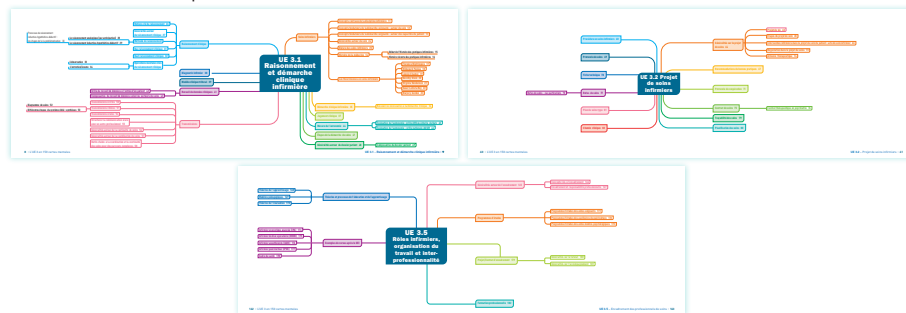
Ce petit livre pratique et visuel a été conçu pour vous permettre de réviser efficacement toutes les notions de l'UE 3 « **Sciences et techniques infirmières, fondement et méthodes** ». Pour ce faire, le livre est **articulé sur plusieurs niveaux** afin d'adapter votre mode de révision à vos habitudes, vos besoins et votre avancement dans l'année.

Les 150 cartes mentales ont été pensées selon **deux modèles systématiques** pour s'adapter à toutes les typologies de notions abordées :

- **pour les notions « générales »**, la carte mentale se base sur le modèle « **Quoi ? Quand ? Pourquoi ? Par qui ? Pour qui ? Comment ? Où ?** » **complété des notions importantes**, pour faire le tour de tous les aspects de chaque notion ;
- **pour les notions plus spécifiques**, une organisation en **sous-concepts** permet d'en détailler les spécificités pour bien comprendre ce qui s'articule dans la notion évoquée.

Toujours dans le but de faciliter les révisions, vous trouverez dans ce livre **deux types de sommaire** :

- un **premier sommaire linéaire et général** (voir page 5) qui liste **toutes les notions** et les organise **par semestre** pour savoir ce qu'il faut maîtriser pour les évaluations des S1, S2, S3, S4, S5 et S6 ;
- des **sommaires intermédiaires par UE**, **présentés sous la forme de cartes heuristiques en double-page** : ainsi, au-delà du classement par UE, vous comprendrez comment s'articulent les notions entre elles et lesquelles sont en corrélation.



Enfin, en fin d'ouvrage vous trouverez un **index par ordre alphabétique** pour retrouver facilement la carte mentale associée à chaque concept.

Bonne lecture !

Sommaire

UE 3.1 – Raisonnement et démarche clinique infirmière

SEMESTRE 1

Concepts centraux de la discipline infirmière	11
Concepts fondateurs de la démarche soignante :	
autour du soin	12
Concepts fondateurs de la démarche soignante :	
autour des capacités du patient	13
Histoire de la médecine	14
Début de l'Histoire des pratiques infirmières	15
Histoire récente des pratiques infirmières	16
Les théoriciennes en soins infirmiers : Florence Nightingale	17
Les théoriciennes en soins infirmiers : Hildegard Peplau	18
Les théoriciennes en soins infirmiers : Léonie Chaptal	19
Les théoriciennes en soins infirmiers : Dorothy Orem	20
Les théoriciennes en soins infirmiers : Virginia Henderson	21
Les théoriciennes en soins infirmiers : Sœur Callista Roy	22
Les théoriciennes en soins infirmiers : Marjory Gordon	23
Généralités autour du soin	24
Nature des soins infirmiers	25
Notions clé du raisonnement	26
Généralités autour du raisonnement clinique	27
Méthode de raisonnement : le raisonnement analogique (par anticipation)	28
Méthode de raisonnement : le raisonnement inductivo-hypothético-déductif	29
Processus du raisonnement inductivo-hypothético-déductif :	
les étapes de la problématisation	30
Bas raisonnement clinique	31
Haut raisonnement clinique	32
Une opération mentale clé du raisonnement clinique :	
l'observation	33

Une opération mentale clé du raisonnement clinique :	
l'entretien/écoute	34
Démarche clinique infirmière	35
Ressources nécessaires à la démarche clinique	36
Jugement clinique	37
Diagnostic infirmier	38
Modèle clinique trifocal	39

SEMESTRE 2

Recueil de données cliniques	41
Grille de recueil de données à l'entrée d'un patient	42
Composantes du recueil de données selon les secteurs de soins	43
Mesure de l'autonomie	44
Évaluation de l'autonomie : grille AVQ ou échelle de Katz	45
Évaluation de l'autonomie : grille nationale AGGIR	46
Étapes de la démarche de soins	47
Généralités autour du dossier patient	48
Composantes du dossier patient	49
Transmissions écrites	50
Transmissions ciblées	51
Diagramme de soins	52
Différentes étapes du système ciblé : les synthèses	53
Transmissions orales	54
Structurer la communication orale avec un autre professionnel	55
Généralités autour de la continuité de soins	56
Généralités autour de la coordination de soins	57
Outils d'aide à la coordination et la continuité des soins pour des parcours complexes	58

UE 3.2 – Projet de soins infirmiers

SEMESTRE 2

Projet de vie	63
Généralités sur le projet de soins	64
Étapes du projet de soin	65
Intervention infirmière dans le projet de soin du patient :	
acte de soin infirmier	66
Recommandations de bonnes pratiques	67
Procédure en soins infirmiers	68
Protocole de soins	69
Fiche technique	70
Protocole de coopération	71

SEMESTRE 3

Négociation dans le projet de soins	73
Alliance thérapeutique	74
Contrat de soins	75
Contrat thérapeutique en psychiatrie	76
Refus de soins	77
Refus de soins : cas particuliers	78
Traçabilité des soins	79
Planification des soins	80
Plan de soins type	81
Chemin clinique	82

UE 3.3 – Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité

SEMESTRE 3

Posture professionnelle	87
Identité professionnelle	88

Concepts liés à l'exercice professionnel	89
Autonomie professionnelle	90
Réseaux de soins/de santé	91
Interdisciplinarité	92
Pluriprofessionnalité	93
Transprofessionnalité	94
Analyse des pratiques professionnelles (APP)	95
Interprofessionnalité : collaboration dans les soins	96
Travail en équipe	97
Délégation	98
Pluriprofessionnalité : coopération dans les soins	99
Compétence professionnelle	100
Être infirmier	101
Rôles professionnel et infirmier	102
Histoire de la profession infirmière au niveau international	103
Histoire de la profession infirmière au niveau national	104
Représentation de la profession infirmière	105
Ordre national des infirmiers (ONI)	106
Profession infirmière : les autres instances représentatives	107
Acteurs de santé partenaires de l'infirmier et concepts attenants	108

SEMESTRE 5

Prescription médicale et rôle infirmier	110
Prescription infirmière	111
Infirmier libéral	112
Infirmier en santé du travail/entreprise	113
Infirmier en milieu carcéral	114
Infirmier en milieu scolaire et à l'université	115
Infirmier en collectivité territoriale	116
Infirmier humanitaire	117
Mesure de la charge en soins	118
Ergonomie dans la fonction soignante	119

UE 3.4 – Initiation de démarche à la recherche

SEMESTRE 4

Généralités sur les paradigmes en sciences infirmières	125
Paradigme positiviste	126
Paradigme naturaliste	127
Recherche quantitative en sciences infirmières	128
Recherche quantitative : méthode de recherche expérimentale	129
Recherche quantitative : méthode de recherche non expérimentale ou corrélationnelle	130
Recherche quantitative : les différentes phases	131
Recherche qualitative en sciences infirmières	132
Recherche qualitative : méthodes de recherche	133
Recherche qualitative : phases de recherche	134
Résultats probants : l' <i>Evidence based practice</i> (EBP)	135
Outil de recueil/collecte de données : entretien/entrevue	136
Outil de recueil/collecte de données : questionnaire	137
Outil de recueil/collecte de données : observation	138
Analyse des données quantitatives	139
Analyses des données qualitatives	140
Présentation des résultats de recherche quantitative et qualitative	141
Généralités autour du travail d'initiation à la recherche	142
Recherche documentaire scientifique	143
Analyse critique d'un article de recherche	144
Outil pour l'analyse d'un article : <i>Standards for Quality Improvement Reporting Excellence</i> (SQUIRE) guidelines	145

SEMESTRE 6

Métiers de la recherche	147
Infirmier de recherche clinique	148
Essais thérapeutiques	149
Généralités autour de la recherche infirmière dans le monde	150
Histoire de la recherche infirmière dans le monde	151
Recherche infirmière en France	152

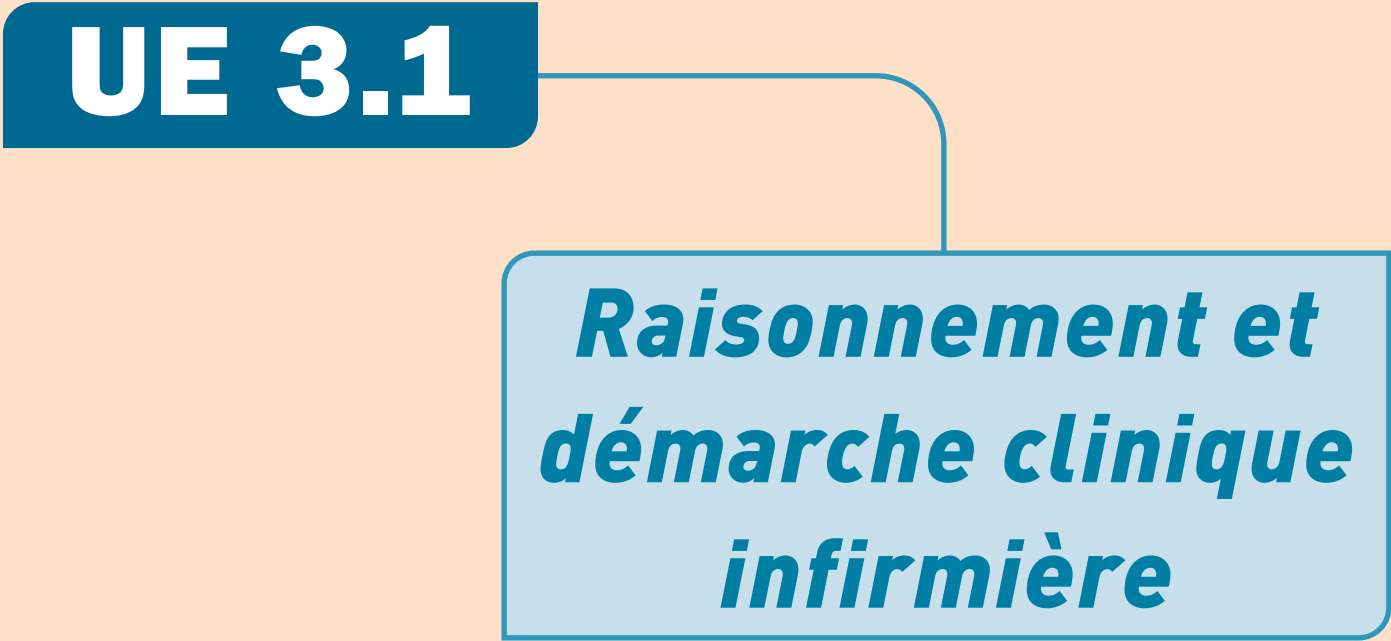
Dimension éthique dans la recherche	153
Principaux types de recherche	154
Exemples de recherches	155
La communication de recherche par affiche/poster	156
Laboratoires de recherche	157
Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	158
Méthodologie pour la soutenance du mémoire de fin d'étude (MFE)	159

UE 3.5 – Encadrement des professionnels de soins

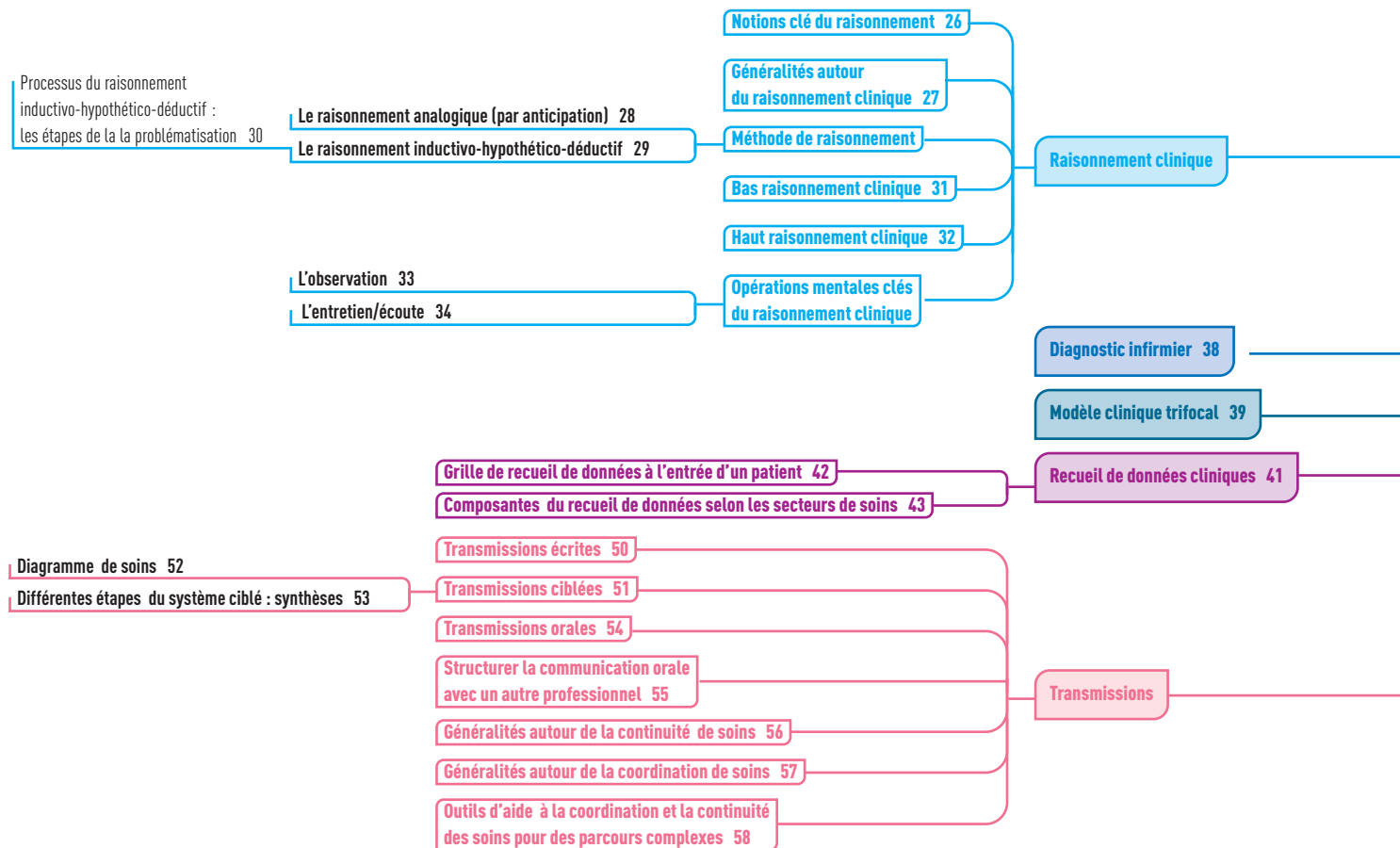
SEMESTRE 4

Généralités autour de l'encadrement	165
Concepts liés à l'encadrement	166
Encadrement et responsabilité professionnelle	167
Théories de l'apprentissage	168
Modèles pédagogiques	169
Théories de l'évaluation	170
Programme d'études des aides-soignants	171
Programme d'études des auxiliaires de puériculture	172
Programme d'études des aides médico-psychologiques	173
Exemple de cursus après le DEI : infirmier en pratique avancée (IPA)	174
Exemple de cursus après le DEI : infirmier de bloc opératoire (IBODE)	175
Exemple de cursus après le DEI : infirmier anesthésiste (IADE)	176
Exemple de cursus après le DEI : infirmier puériculteur (IPDE)	177
Exemple de cursus après le DEI : cadre de santé	178
Projet/Contrat d'encadrement	179
Généralités sur le tutorat	180
Généralités sur l'accompagnement	181
Formation professionnelle	182
Index	185

UE 3.1



***Raisonnement et
démarche clinique
infirmière***



UE 3.1 Raisonnement et démarche clinique infirmière

Soins infirmiers

Concepts centraux de la discipline infirmière 11

Concepts fondateurs de la démarche soignante : autour du soin 12

Concepts fondateurs de la démarche soignante : autour des capacités du patient 13

Généralités autour du soin 24

Nature des soins infirmiers 25

Histoire de la médecine 14

Début de l'Histoire des pratiques infirmières 15

Histoire récente des pratiques infirmières 16

Les théoriciennes en soins infirmiers

Florence Nightingale 17

Hildegard Peplau 18

Léonie Chaptal 19

Dorothy Orem 20

Virginia Henderson 21

Sœur Callista Roy 22

Marjory Gordon 23

Démarche clinique infirmière 35

Ressources nécessaires à la démarche clinique 36

Jugement clinique 37

Mesure de l'autonomie 44

Évaluation de l'autonomie : grille AVQ ou échelle de Katz 45

Évaluation de l'autonomie : grille nationale AGGIR 46

Étapes de la démarche de soins 47

Généralités autour du dossier patient 48

Composantes du dossier patient 49

SEMESTRE 1

Unité d'enseignement 3.1 S1 : Raisonnement et démarche clinique infirmière

Semestre : 1

Compétence : 1

CM : 15 heures

TD : 25 heures

TP : 10 heures

ECTS : 2

Pré-requis : Aucun

Objectifs

Identifier les problèmes réels et potentiels d'une personne ou d'un groupe de personnes dans une situation de santé ou de soin,
Repérer les modèles d'intervention en soins infirmiers,
S'approprier des modes de raisonnement adaptés à l'évaluation des situations de soins.

Éléments de contenu

- **Exploration des notions de :** concept, paradigme, théorie, modèle, courant de pensée, etc.
- **Les concepts fondateurs de la démarche soignante :** homme, santé, maladie, soin, dépendance, autonomie, humanisme, etc.
- **L'histoire et l'anthropologie des pratiques soignantes** et de la médecine, (temps, lieux, culture, et soins), les théories de soins, etc.
- **Les modèles cliniques.**
- **Les méthodes de raisonnement cliniques et diagnostiques :** le modèle hypothético-déductif, l'hypothèse, l'anticipation, etc.
- **Les opérations mentales du raisonnement clinique :** questionnement, observation, intuition perceptive, induction, déduction, créativité, pensée critique, etc.
- **Le jugement clinique.**
- **La démarche clinique infirmière :** signes et symptômes, risques, réactions humaines physiques et psychologiques, problèmes traités en collaboration, diagnostics infirmiers, suivi et évaluation, etc.

Recommandations pédagogiques

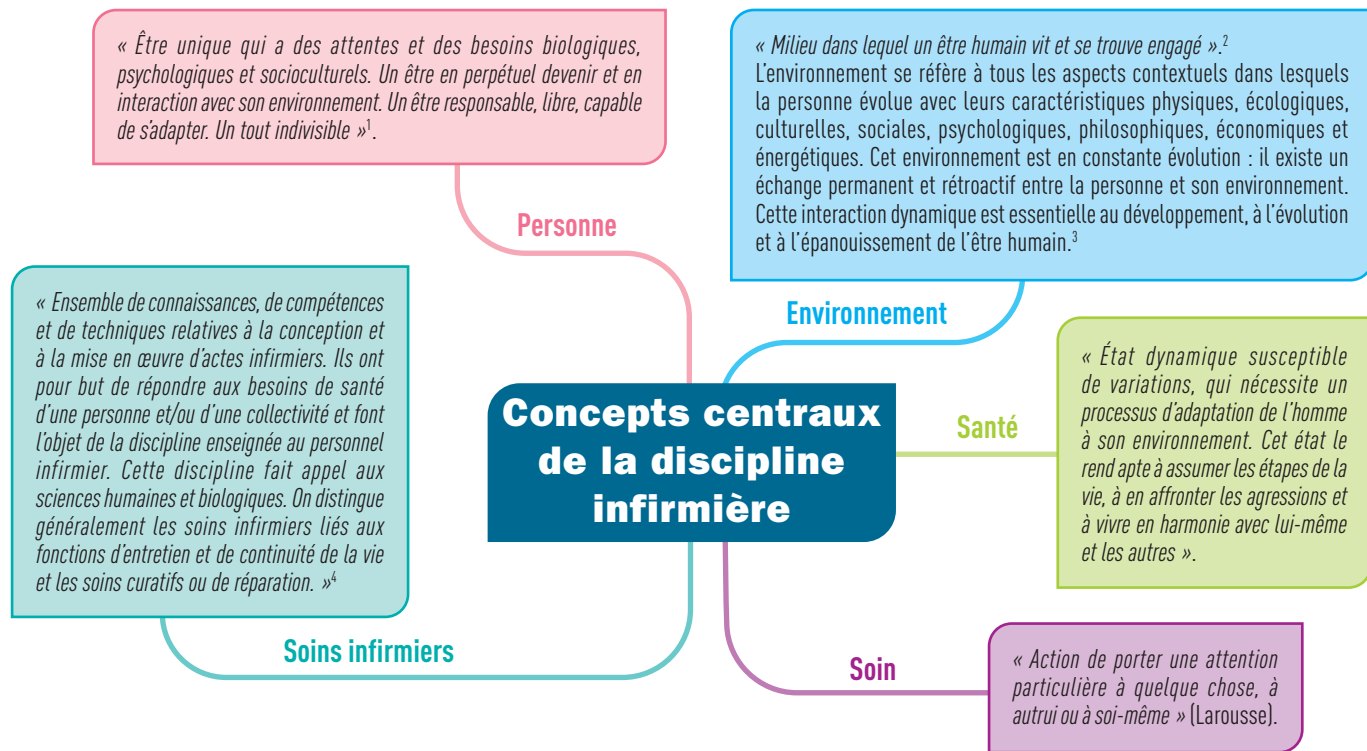
Les connaissances abordées permettent de situer la pratique soignante dans son contexte historique et culturel et de comprendre la démarche intellectuelle de l'étude des situations de santé et de soins vécues par les personnes. Les formateurs développent des méthodes pédagogiques qui mobilisent les opérations mentales du raisonnement clinique : le questionnement, l'observation, l'induction, la déduction, la pensée critique.
Les hypothèses et le jugement clinique sont travaillés avec les étudiants en les adaptant à différents types de situations cliniques.

Modalités d'évaluation

Travail écrit d'analyse d'une situation clinique réalisé en groupe restreint.

Critères d'évaluation

Pertinence de l'analyse, clarté de la présentation.



1. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes-5.pdf>

2. Magnon R. et Dechanoz G., *Dictionnaire des soins infirmiers* – ouvrage collectif, AMIEC, 1995, p. 63.

3. Ibid, p. 173.

4. Ibid, p. 193.

« Altération de l'état de santé qui se traduit notamment par un ensemble de ruptures d'ordre physique, mental et/ou social et se manifeste par des symptômes objectifs et subjectifs »¹.

Selon les représentations de la vie, de la santé, de la mort et les ressources disponibles, cette altération peut être vécue comme une agression, une diminution de l'autonomie ou une expérience constructive.

Maladie

Selon l'OMS en 1980, « altération passagère ou définitive de l'intégrité physique ou mentale d'origine congénitale ou acquise (âge, maladie, accident), préjudiciable à l'autonomie de l'individu et à son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi ». Désormais défini comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société »² subie, dans son environnement, par une personne ; et ce pour quelque raison que ce soit.

La personne en situation de handicap a la possibilité d'exprimer ses besoins, ses souhaits et ses attentes dans un projet de vie (voir page 63). C'est notamment sur cette base que s'appuiera la démarche d'évaluation de la situation et des besoins de la personne.

Handicap

Selon M. Phaneuf (chercheuse en sciences infirmières), « humanisme » vient du mot latin « *humanitas* » : l'Homme se distingue par sa culture et une certaine bienveillance, s'opposant ainsi à la force brutale et à la barbarie. Pour Yves Gineste et Rosette Marescotti, l'humanité est « l'ensemble des particularités qui permet à l'homme de se reconnaître dans son espèce (l'humanité) et de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'humanité »³. Pour eux, ces particularités sont : la verticalité, le regard échangé, l'intelligence, la capacité de toucher l'autre, le sourire et le rire, le regroupement familial, le repas, la socialisation, etc.

Concepts fondateurs de la démarche soignante : autour du soin

Humanisme

Cure

Les soins de réparation ou *cure* ont pour but de limiter la maladie, de lutter contre elle et de s'attaquer aux causes. L'objet de réparation peut être la fonction organique, la fonction mentale, l'organe, le tissu, voire la cellule isolée de son tout.

Prendre soin ou *care*

Selon W. Hesbeen (infirmier et docteur en santé publique), il s'agit de porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est propre et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être et à sa santé.

Le fondement même de la démarche soignante repose sur deux mots : une rencontre et un accompagnement.

1. Ibid, p. 131.

2. Roussel P., *La Santé de l'homme*, n°. 412, 2011, Santé publique France p. 10-11.

3. Defresne C. « Humanitude », Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières* (2^e éd.). Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012, pp. 312-313.

Selon Virginie Henderson, (voir page 21) « satisfaction d'un ou de plusieurs besoins de l'être humain par les actions appropriées qu'il accomplit lui-même ou que d'autres font pour lui selon sa phase de croissance et de développement ».

Indépendance

Altération durable ou transitoire d'une structure ou d'une fonction anatomique, physiologique ou psychologique.

Déficiência

Concepts fondateurs de la démarche soignante : autour des capacités du patient

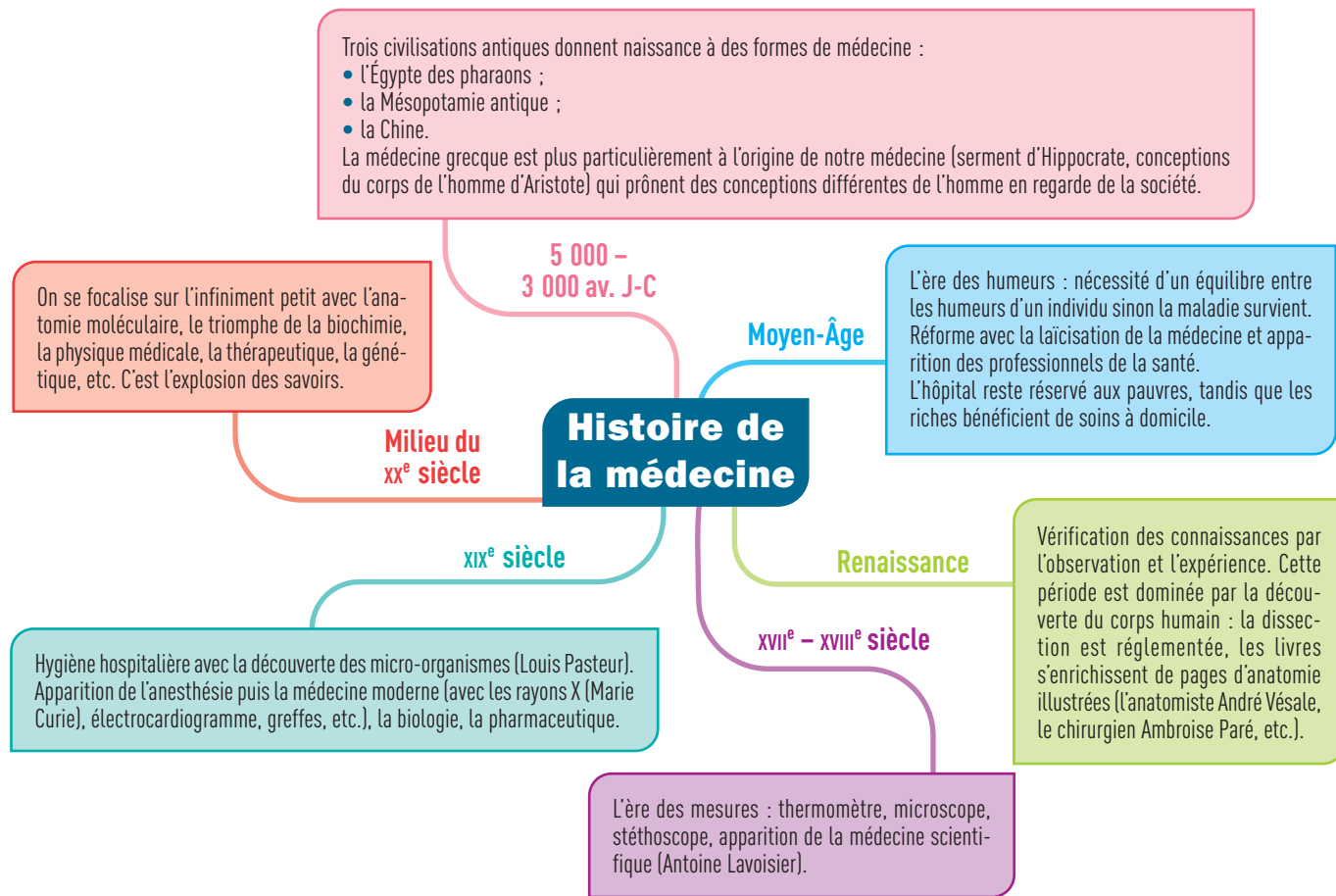
Incapacité

Réduction partielle ou totale de l'aptitude à accomplir une tâche de manière normale et dans les limites considérées comme raisonnables pour un être humain.

Autonomie

Le dictionnaire de l'Académie Française indique qu'« une personne autonome est capable d'agir par elle-même, de répondre à ses propres besoins sans être influencée ».

L'autonomie se définit aussi comme la possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales sociales ou économiques et de s'adapter à son environnement.



Début de l'Histoire des pratiques infirmières

La maladie est considérée comme un fait surnaturel.

Antiquité

1902 : les écoles d'infirmières voient le jour, les études durent deux ans. La première définition de l'infirmière apparaît : « une assistante formée dépendante des médecins ».
Léonie Chaptal, infirmière française, influence la vision des soins (voir page 19).
La Première guerre mondiale vient affirmer le rôle des infirmières qui sont là pour servir le malade et le médecin.

Début du xx^e siècle

Période à l'origine du métier infirmier : l'infirmier est l'assistant qui gardait les personnes enfermées.

Le christianisme étant omniprésent, les seules femmes autorisées à prodiguer des soins sont des religieuses.

Apparition dans les grandes villes, des « hôtel-Dieu », maisons de Dieu fonctionnant grâce à de riches donateurs et gérées par des religieux, à l'origine des hôpitaux actuels. Les infirmières sont des exécutantes et leurs fonctions se résument à laver, réconforter, nourrir et éduquer. Les hospices, quant à eux, ont pour mission d'accueillir les pauvres.

Moyen-Âge

Renaissance

Ouverture d'établissements accueillant différentes populations ayant besoin de soins.

L'infirmier est un servent laïc qui prend en charge les blessés. Les religieuses sont toujours chargées des soins puis des missions d'enseignement apparaissent.

Révolution française

L'hôpital laïc apparaît suite à la séparation de l'État et de l'Église pour héberger les indigents.

Personnel infirmier laïc et religieuses cohabitent avec difficultés. Le manque de formation des personnels laïcs permettra aux religieuses de garder le monopole du soin jusqu'à la Seconde guerre mondiale. Elles assurent les besoins spirituels, tandis que les laïcs assurent le soin.

Vers la moitié du xix^e siècle

Début du xix^e siècle

Évolution de la place des religieuses suite aux découvertes scientifiques de Pasteur sur l'hygiène et l'asepsie. La révolution industrielle, les changements politiques et les guerres transformeront les pratiques. Apparition des premières écoles infirmières grâce au Dr Bourneville (1840-1909). L'enseignement paramédical dure un an et est précédé par des cours d'alphabétisation. En Angleterre, c'est Florence Nightingale, pionnière des soins infirmiers, qui est la première à défendre les besoins du malade (voir page 17).

Le médecin prend le contrôle sur le personnel religieux et s'entoure d'aides que seront les infirmiers.

Les infirmières étendent leur responsabilité, car les médecins sont submergés par les innovations thérapeutiques. La religieuse laisse peu à peu sa place.

1946 : obligation d'avoir le diplôme d'État pour exercer et évolution de la définition de l'infirmière dans le code de la santé publique avec la précision des soins dans des lieux variés et prescrits par le médecin.
1960 : le soin est centré sur le patient et la maladie. La théorie de Virginia Henderson (voir page 21) est retenue comme référence pour l'exercice des soins infirmiers.

Lors de la Seconde guerre mondiale

Les infirmières commencent à s'émanciper, leur position sociale évolue.

En 1968

Les guides du service infirmier émergent qui montrent les évolutions de la profession basées sur des plans d'amélioration de leur pratique. Les dimensions du *care* évoluent (voir page 12).

1979 : apparition d'un nouveau programme d'études et de la démarche de soins (voir page 49).

1993 : publication des textes légiférant les règles et actes professionnels ainsi que l'exercice de la profession.

Dans les années 1980

Au cours des années 1990

La démographie professionnelle explose, la réforme hospitalière fait apparaître les Agences régionales de l'hospitalisation, les démarches projets et qualité et la rationalisation des moyens.

Depuis 2004

Les textes professionnels sont régis par le code de la santé publique. Des nouvelles coopérations entre professionnels de santé voient également des prémices de nouvelles pratiques dans la profession.

En 2007

L'Ordre national des infirmiers est créé (voir page 106).

Depuis 2009

Avec le référentiel de la formation infirmière, la profession s'inscrit dans un processus d'universitarisation : obtention du grade de licence en même temps que le diplôme d'État. L'obtention de ce diplôme vise « l'acquisition des compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le contexte de la pluridisciplinarité » (arrêté du 31 juillet 2009).

2018

Première promotion d'étudiants en pratique avancée pour devenir infirmier en pratique avancée (IPA) (voir page 174).

Histoire récente des pratiques infirmières

Les théoriciennes en soins infirmiers : Florence Nightingale

Qui ?

Infirmière née dans une famille protestante, elle fait partie de la haute société anglaise. Convaincue que Dieu lui a confié une mission, elle décide de se consacrer aux autres par l'intermédiaire du métier d'infirmière, projet qui n'est pas soutenu par sa famille.

Quand ?

1820-1910.

Son histoire

En 1854, en accompagnant des troupes britanniques en Crimée, elle crée le premier service d'infirmières de la Croix-Rouge. Avec des infirmières volontaires qu'elle a formées, elle fait le lien entre les conditions d'hygiène déplorables et la prise en charge des blessés.

Sa théorie

Elle met en évidence l'influence de l'environnement et des conditions de vie de l'homme sur sa santé. Elle publiera ses réflexions sur la santé de l'homme, l'environnement et le soignant. Dans son ouvrage publié en 1860 « *Note on nursing. What it is and what it is not* », Florence Nightingale décrivait les principes de gestion de l'environnement des lieux de vie pour prévenir les maladies ou favoriser la guérison.¹

Ses combats

En 1860, elle fonde grâce à des dons, la première école d'infirmière laïque à Londres. Le rôle de soignant n'incombe pas qu'aux religieuses mais aussi aux infirmières diplômées.

Notions importantes

Pionnière dans les soins infirmiers, elle a permis la professionnalisation du métier, et sert d'exemple à toutes les infirmières par sa compassion, son dévouement et son attention dans les soins. Pour F. Nightingale, soigner c'est : « *placer le malade dans son environnement et utiliser celui-ci pour que la nature puisse faire son œuvre* » (1859).

1. Cartron E., Jovic L., et Lecordier D. « La santé environnementale au cœur des préoccupations infirmières : une nécessité identifiée et des actions à entreprendre », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 147, n°4, 2021, pp. 5-6.

150 cartes mentales pour réviser toute l'UE 3 !

Les cartes mentales, ou *mind map*, constituent **une méthode de révision efficace, synthétique et didactique** : elles permettent de revoir en un coup d'œil **toutes les notions à connaître pour réussir ses évaluations en IFSI**. Visuelles et colorées, elles abordent tous les aspects et/ou composantes de chaque thématique au programme **pour permettre une mémorisation efficace**, UE par UE.

Avec ses 150 *mind map* rédigées par des cadres formateurs en IFSI, ce petit livre propose de faire un tour exhaustif de **l'UE 3 « Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes » des semestres 1 à 6 :**

UE 3.1 S1 et S2 « Raisonnement et démarche clinique infirmière » ;

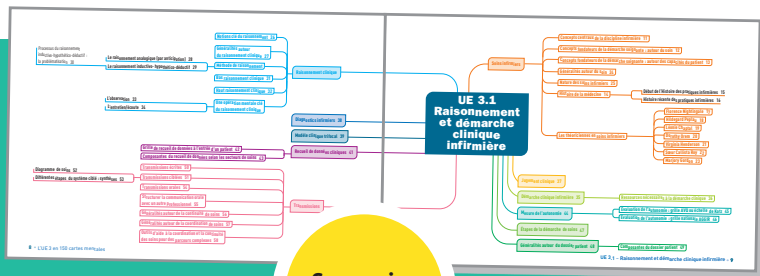
UE 3.2 S2 et S3 « Projet de soins infirmiers » ;

UE 3.3 S1 et S5 « Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité » ;

UE 3.4 S4 et S6 « Initiation à la démarche de recherche » ;

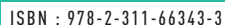
UE3.5 S4 « Encadrement des professionnels de soins ».

Le double sommaire, organisé par semestre et sous forme d'arbre par UE, **permet de comprendre à la fois les attendus de chaque semestre mais aussi le lien entre les différentes notions développées**, ce qui est essentiel pour ne pas simplement apprendre son cours mais aussi le comprendre !



Sommaire par UE

150
cartes
mentales



9 || 782311 || 663433 ||

www.vuibert.fr