



PHOSPHORIA  
par L'Entreprise Médicale

# FORMATION **EXPERTE**

INTÉGRER ÉTHIQUE ET BIEN-ÊTRE DANS LA PRATIQUE  
SOIGNANTE

---

EXPERTS INTERVENANTS :

Expert membre du réseau Phosphoria

Médecin

Cadre de santé

IPA

# INTÉGRER ÉTHIQUE ET BIENTRAITANCE DANS LA PRATIQUE SOIGNANTE



2 jours



Sur devis



Dans vos locaux



Disponible uniquement en INTRA

## > OBJECTIFS

- Améliorer la prise en charge du patient : adopter une approche éthique et bienveillante pour offrir des soins de qualité
- Identifier les courants de pensée en éthique : connaître les concepts clés et les théories éthiques
- Se positionner dans une démarche éthique : développer des compétences pour réfléchir et agir de manière éthique
- Identifier et appréhender les conflits éthiques : savoir gérer les situations complexes et les dilemmes éthiques dans la pratique soignante

## > PROGRAMME

### I. LES PRINCIPAUX CONCEPTS DE L'ÉTHIQUE ET DE LA BIENTRAITANCE

#### 1. Éthique, déontologie, morale, qualité

- Définition et distinction des termes : comprendre les bases de l'éthique professionnelle et de la bientraitance

#### 2. L'éthique et le droit/la justice

- Exploration des liens entre éthique, législation et justice dans le contexte des soins

### II. APPROCHE PHILOSOPHIQUE ET RÉFLEXION ÉTHIQUE

#### 1. Méthodologie pour développer une réflexion éthique dans les établissements de soins

- Techniques pour intégrer la réflexion éthique dans les pratiques quotidiennes

#### 2. Les étapes de la démarche éthique

- Processus pour structurer et mener une réflexion éthique dans un contexte professionnel

### III. PRINCIPAUX CONFLITS ÉTHIQUES DANS LA PRATIQUE SOIGNANTE

#### 1. Les principaux conflits éthiques rencontrés dans la pratique soignante

- Identification et discussion des conflits éthiques courants

#### 2. Thèmes spécifiques abordés

- Assistance médicale à la procréation : questions éthiques autour de l'AMP
- Fin de vie, refus de soins, soins palliatifs : défis éthiques liés à la fin de vie et aux soins palliatifs
- Consentement, information, secret : principes éthiques de consentement éclairé, de confidentialité et d'information
- Autonomie et dépendance : gestion éthique de l'autonomie des patients dépendants
- Don de cellules, tissus et organes et greffes : enjeux éthiques du don et de la greffe d'organes

### IV. ÉVALUATION DE LA SESSION

## LES + PHOSPHORIA

- Approche interactive et personnalisée : utilisation de méthodes pédagogiques variées pour un apprentissage dynamique et adapté aux besoins des participants
- Mises en situation réalistes : ateliers et études de cas pour une application directe des compétences acquises
- Partage d'expériences : opportunité d'échanger avec des pairs et des experts pour enrichir les perspectives et identifier des axes de progrès

## > MODALITÉS PÉDAGOGIQUES

- Apports théoriques
- Travail d'analyse et d'échange à partir des expériences des stagiaires et de l'expert-formateur
- Ateliers pratiques
- Séance de questions-réponses
- Evaluation pré-post formation

## > PROFIL DES INTERVENANTS

- Expert membre du réseau Phosphoria
- Médecin
- Cadre de santé
- IPA

## > PUBLIC CONCERNÉ

- Professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des patients
- Aides-soignants, infirmiers, médecins, psychologues, travailleurs sociaux, et autres intervenants du secteur médico-social

# BULLETIN D'INSCRIPTION

VALANT CONVENTION SIMPLIFIÉE DE LA FORMATION CONTINUE

Merci de bien vouloir retourner ce document complété à [formation@phosphoria-formation.fr](mailto:formation@phosphoria-formation.fr)

Organisme de formation spécialisé du secteur sanitaire et médico-social  
Déclaration d'activité n° 1192 08550 92 (cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'État) ODP n°1502

**Référence module : MOD\_00457 : Intégrer éthique et bientraitance dans la pratique soignante**

Tarif individuel : 990 €

▼ Choisir votre session :

Durée : 2 jours - 14h de 9h00 à 17h00

**Notre offre exclusive à la commande :**  
**pour 2 participants à la même formation -10%**  
**pour 3 participants à la même formation -25%**

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 1

|                                |                              |                             |                              |                              |            |                                    |         |       |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------|------------------------------------|---------|-------|
| ► Civilité :                   | <input type="checkbox"/> Mme | <input type="checkbox"/> Mr | <input type="checkbox"/> Dr. | <input type="checkbox"/> Pr. | ► Prénom : | .....                              | ► Nom : | ..... |
| ► Fonction (Métier) :          |                              | .....                       |                              |                              |            |                                    |         |       |
| ▼ Adresse e-mail (Obligatoire) |                              |                             |                              |                              |            | ▼ Téléphone portable (Obligatoire) |         |       |
| .....                          |                              |                             |                              |                              |            | .....                              |         |       |

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 2

|                                |                              |                             |                              |                              |            |                                    |         |       |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------|------------------------------------|---------|-------|
| ► Civilité :                   | <input type="checkbox"/> Mme | <input type="checkbox"/> Mr | <input type="checkbox"/> Dr. | <input type="checkbox"/> Pr. | ► Prénom : | .....                              | ► Nom : | ..... |
| ► Fonction (Métier) :          |                              | .....                       |                              |                              |            |                                    |         |       |
| ▼ Adresse e-mail (Obligatoire) |                              |                             |                              |                              |            | ▼ Téléphone portable (Obligatoire) |         |       |
| .....                          |                              |                             |                              |                              |            | .....                              |         |       |

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT 3

|  |                              |                              |                              |   |            |                                    |         |       |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|------------|------------------------------------|---------|-------|
| ► Civilité :                                     | <input type="checkbox"/> Mme | <input type="checkbox"/> Mr  | <input type="checkbox"/> Dr. | <input type="checkbox"/> Pr.                                      | ► Prénom : | .....                              | ► Nom : | ..... |
| ► Fonction (Métier) :                            |                              | .....                        |                              |   |            |                                    |         |       |
| ▼ Adresse e-mail (Obligatoire)                   |                              |                              |                              |   |            | ▼ Téléphone portable (Obligatoire) |         |       |
| .....  |                              |                              |                              |   |            | .....                              |         |       |
| ► Besoin d'assistance si situation de handicap : |                              | <input type="checkbox"/> Non |                              | <input type="checkbox"/> Oui, nom du participant concerné : ..... |            |                                    |         |       |

## RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER

☐ Cocher cette case si la personne en charge du dossier et le participant sont la même personne

|  |                              |                             |                              |   |            |                                    |         |       |
|--|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---|------------|------------------------------------|---------|-------|
| ► Civilité :   | <input type="checkbox"/> Mme | <input type="checkbox"/> Mr | <input type="checkbox"/> Dr. | <input type="checkbox"/> Pr.  | ► Prénom : | .....                              | ► Nom : | ..... |
| ▼ Fonction (Métier) :  |                              |                             |                              | ▼ Service ou Pôle d'appartenance :  |            |                                    |         |       |
| <input type="checkbox"/> Directeur des affaires médicales<br><input type="checkbox"/> Directeurs des soins<br><input type="checkbox"/> Dir/Resp de la formation continue |                              |                             |                              | <input type="checkbox"/> Dir/Resp des ressources humaines<br><input type="checkbox"/> Responsable administratif<br><input type="checkbox"/> Autre : ..... |            |                                    |         |       |
| ▼ Adresse e-mail (Obligatoire)   |                              |                             |                              |   |            | ▼ Téléphone portable (Obligatoire) |         |       |
| .....  |                              |                             |                              |   |            | .....                              |         |       |

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTABLISSEMENT

☐ Établissement

☐ Particulier

|  |  |                     |  |
|--|--|---------------------|--|
| ▼ Raison Sociale :                             |  | ▼ Numéro de SIRET : |  |
| .....  |  | .....               |  |
| ► Adresse (numéro, voie et complément) : ..... |  |                     |  |
| ► Code Postal : .....                          |  | ► Ville : .....     |  |

## SERVICE FACTURATION

☐ Cocher si identique à l'adresse du service formation

|  |       |  |       |                                     |       |
|--|-------|--|-------|-------------------------------------|-------|
| ► Prénom :                               | ..... | ► Nom :                                  | ..... | ► E-mail :                          | ..... |
| ► Facturation par :                      |       | <input type="checkbox"/> L'Établissement |       | <input type="checkbox"/> Chorus Pro |       |
| ► N° d'engagement et code service :      |       | .....                                    |       |                                     |       |
| ► Adresse (numéro, voie et complément) : |       | .....                                    |       |                                     |       |
| ► Code Postal : .....                    |       | ► Ville : .....                          |       | ► Téléphone : .....                 |       |

## SIGNATURES ET CACHETS (Incluant les Conditions Générales de Vente)

Fait à ..... le .....

Le client

Fait à ..... le .....

L'Entreprise Médicale

# POURQUOI CHOISIR

PHOSPHORIA  
par L'Entreprise Médicale

## 30 ans d'expertise & plus de 200 formations dédiées aux professionnels de santé

Phosphoria renouvelle chaque année son offre de plus de 200 modules dédiés à la transformation du secteur santé. Un savoir-faire construit aux côtés des établissements de santé, structures médico-sociales et collectivités locales.

## Une expérience de formation éprouvée et mesurée

Avec 3 500 apprenants formés par an et un taux de satisfaction supérieur à 90 %, Phosphoria s'inscrit durablement comme un partenaire fiable et reconnu.

## Des formations animées par des experts reconnus du terrain

Nos formations sont dispensées par plus de 180 formateurs actifs, professionnels médicaux et non médicaux (coach en management, experts en stratégie...), garantissant une expertise rigoureuse et immédiatement opérationnelle.

## Une offre flexible pensée et adaptée aux contraintes des professionnels de santé

Nous proposons des formats inter et intra-établissement, sur-mesure et au catalogue, distanciel et présentiel, tous adaptés aux impératifs d'organisation et de continuité de service des établissements publics et privés.

## Un ancrage renforcé par le groupe Eduform'Action

En intégrant un groupe accompagnant plus de 60 000 apprenants par an et fort de 5 domaines d'expertise en France métropolitaine et dans les territoires ultra-marins, Phosphoria bénéficie de ressources élargies et d'une solidité renforcée.

### CONDITIONS GÉNÉRALES DE VENTE

#### CONTACT

Si besoin d'une assistance en rapport avec une situation de handicap contactez-nous :

par téléphone : 01 47 24 07 99 - par mail : [formation@phosphoria-formation.fr](mailto:formation@phosphoria-formation.fr)

#### PARTICIPATION

Les prix hors taxe par participant sont indiqués sur le programme de chaque formation inter-entreprise. Les formations intra-entreprise font l'objet d'un devis.

Ce prix non soumis à TVA comprend :

la participation à la session de formation, rafraîchissements, boissons chaudes et viennoiseries (présentiel). Les déjeuners sont à la charge des stagiaires.

#### INSCRIPTION

Dès réception du bulletin d'inscription pour un ou plusieurs participants valant convention simplifiée de la formation continue, une confirmation vous sera adressée. Une convocation et un plan d'accès vous seront adressés ultérieurement.

Notre offre exclusive à la commande :

**pour 2 participants à la même formation -10%**

**pour 3 participants à la même formation -25%**

#### MODALITÉS DE PAIEMENT

Le règlement du prix de la formation a lieu à réception de facture. Celui-ci, en précisant toujours le numéro de facture, comptant et sans escompte, est effectué :

- par chèque à l'ordre de l'Entreprise Médicale  
ou
- par virement direct à l'ordre de : Société Générale, compte l'Entreprise Médicale – IBAN : FR76 3000 3033 9100 0200 2557 831 – BIC : SOGEFRPP

Tout paiement postérieur aux dates d'échéance prévues engendrera des pénalités de retard égales à 1,5 fois le taux d'intérêt légal en vigueur.

#### CONDITIONS D'ANNULATION ET DE REPORT

La signature du bulletin d'inscription vaut bon de commande et signifie acceptation sans réserve des conditions de participation mentionnées ci-dessous.

Toute annulation doit être notifiée par écrit. Les frais suivants s'appliquent :

- Annulation entre 20 et 8 jours ouvrables avant le début d'une Formation Inter-Entreprise : 50 % du prix total.

- Annulation moins de 8 jours ouvrable avant le début d'une Formation Inter-Entreprise : 100 % du prix total.

Les frais d'annulation ne sont pas remboursables par les organismes financeurs.

Report par le client : Les demandes de report doivent être reçues au moins 4 semaines avant le début de la Formation. La nouvelle date doit être fixée dans l'année en cours, en accord avec L'ENTREPRISE MEDICALE.

Report par L'ENTREPRISE MEDICALE : En cas de force majeure, maladie ou indisponibilité d'un formateur, L'ENTREPRISE MEDICALE se réserve le droit de reporter la Formation et en informera le Client dès que possible.

Abandon ou absence : Tout abandon ou absence, même justifié, ne donne lieu à aucun remboursement ni réduction du coût de la Formation.

#### INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les présentes conditions définissent le cadre de collecte et de traitement des données personnelles par L'Entreprise Médicale lors de l'inscription aux formations. Les données requises sont essentielles à la gestion de l'inscription et à la communication relative aux formations.

L'utilisation des données se limite à ces fins, excluant toute cession à des tiers.

L'Entreprise Médicale garantit la confidentialité et la sécurité des données conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1976. Les participants disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, exerçable par demande écrite.

Pour toutes questions relatives à votre inscription,

merci de contacter l'équipe Administration des ventes : [formation@phosphoria-formation.fr](mailto:formation@phosphoria-formation.fr)

