

## FORMATION MESURES TRANSITOIRES FORMATION COMPLÉMENTAIRE A LA RÉALISATION DES ACTES ET ACTIVITÉS MENTIONNÉS A L'ARTICLE R.4311-11-1 DU CODE DE SANTÉ PUBLIQUE PAR LES INFIRMIERS DIPLÔMÉS D'ÉTAT

### Objectif global

Permettre à l'infirmier diplômé d'Etat d'obtenir une autorisation définitive pour réaliser l'ensemble des actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du Code de Santé Publique.

### Références

- Décret n° 2024-954 du 23 octobre 2024 relatif aux conditions de réalisation en bloc opératoire des actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique par les infirmiers diplômés d'Etat
- Arrêté du 20 janvier 2025 fixant la liste des pièces composant le dossier de demande d'autorisation d'exercice en bloc opératoire des actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique par les infirmiers diplômés d'Etat
- Arrêté du 20 janvier 2025 relatif aux formations complémentaires à la réalisation des actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique par les infirmiers diplômés d'Etat.

### Méthodes pédagogiques

- Face à face pédagogique
- Travaux de groupes
- Classe virtuelle

### Intervenants

- Cadres de santé IBODE
- IBODE formateurs à l'école d'infirmiers de bloc opératoire
- IBODE

### Modalités d'évaluation

Questionnaire de satisfaction

### Pré-requis

Etre titulaire du diplôme d'Etat Infirmier et de l'attestation d'autorisation temporaire d'exercice aux 10 actes délivrée par le préfet de région de son lieu d'exercice en application du décret n° 2024-954 du 23 octobre 2024

### Engagement de l'école

Si vous pensez être une personne en situation de handicap, pour toutes questions, y compris l'accessibilité, vous pouvez contacter notre référent handicap à l'adresse mail suivante : [LMeteyer@santelys.fr](mailto:LMeteyer@santelys.fr)

### Informations pratiques

**Durée** : 2 jours en présentiel et 1 jour en classe virtuelle (21 h)

#### Dates :

**Session 1** : du 15 au 17 septembre 2025

**Session 2** : du 6 au 8 octobre 2025

**Session 3** : du 12 au 14 novembre 2025

**Tarif par personne** : 950 €

**Horaires** : 8h30-16h30

**Lieu** : Ecole d'IBODE  
Bâtiment MF COLLIERE  
351 rue Ambroise PARE  
59120 LOOS

**Capacité d'accueil** : 20 à 30 personnes

**Bénéficiaires** : Infirmiers diplômés d'Etat titulaires de l'autorisation temporaire mentionnée à l'Article 4 du Décret n° 2024-954 du 23 octobre 2024.

#### Validation de la formation :

Attestation de suivi de la formation complémentaire

#### Inscriptions :

Par mail :

[LMeteyer@santelys.fr](mailto:LMeteyer@santelys.fr)

[HParaiso@santelys.fr](mailto:HParaiso@santelys.fr)

Par courrier :

Ecole d'Infirmiers de Bloc Opératoire -  
351 rue Ambroise Paré - 59120 LOOS

**Renseignements complémentaires** :

03 20 16 03 68

**Clôture des inscriptions** : 2 semaines avant la date de formation

**Taux de satisfaction** : nouvelle formation

## Contenu de la formation

Défini dans l'Arrêté du 20 janvier 2025 relatif aux formations complémentaires à la réalisation de certains actes et activités mentionnés à l'article R.4311-11-1 du Code de Santé Publique par les infirmiers diplômés d'Etat – Annexe 1

Titre	Contenu	Durée
Cadre juridique de la réglementation	Champ de compétences et de responsabilité pour l'infirmier autorisé	2 heures
Sensibilisation à la gestion des risques génériques et associés en particulier aux actes et activités infirmiers de bloc opératoire	Gestion des risques liés aux patients/check-list/Identitovigilance/matériovigilance... Gestion des risques liés aux professionnels et à l'organisation des soins (EPI, TMS, AES...)	5 heures
Sensibilisation à la gestion des risques liés à la mise en œuvre et à la réalisation des actes et activités visés, notamment dans le cadre de l'assistance de chirurgie	Au regard de la discipline chirurgicale et de la voie d'abord concernée : Risques liés aux différentes techniques de : - l'installation chirurgicale du patient ; - la mise en place et la fixation des drains sus-aponévrotiques ; - La fermeture sous-cutanée et cutanée ; - l'aide à l'exposition ; - l'aide à l'hémostase ; - l'aide à l'aspiration ; - la fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité.	8 heures
Sensibilisation à la gestion du risque infectieux associé aux actes et activités réalisés, notamment dans le cadre de l'assistance de chirurgie	Asepsie progressive dans l'environnement stérile patient-personnel-matériel (organisation, circulation, flux et ergonomie) Risques associés à l'utilisation et au traitement des dispositifs médicaux stériles lors des différents temps opératoires Respect des bonnes pratiques de stérilisation Précautions standard et complémentaires dévolues à l'équipe chirurgicale	6 heures

## BULLETIN D'INSCRIPTION FORMATION RELATIVE AU DISPOSITIF TRANSITOIRE

- **LIEU :** Ecole d'infirmiers de bloc opératoire - 351 rue Ambroise Paré – 59120 LOOS
- **DATE :** **Session 1 :** Du lundi 15 au mercredi 17 septembre 2025  **COMPLET**  
**Session 2 :** du 6 au 8 octobre 2025   
**Session 3 :** Du mercredi 12 au vendredi 14 novembre 2025  **COMPLET**
- **AMPLITUDE HORAIRE :** De 8h30 à 16h30
- **PARTICIPANT :**  
NOM DE NAISSANCE – PRÉNOM : .....  
NOM MARITAL : .....  
ADRESSE MAIL (obligatoire) : .....
- **DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR L'INSCRIPTION – *Aucune réservation possible***
- Copie du Diplôme d'État d'infirmier ;
  - Copie de l'attestation d'autorisation temporaire d'exercice aux 10 actes délivrée par le préfet de région de son lieu d'exercice ;
  - Justificatif d'inscription à l'ordre national des infirmiers ;
  - Copie de la carte d'identité
- **COUT :** 950 € net de taxe (NEUF CENT CINQUANTE EUROS NET DE TAXE) – REPAS NON COMPRIS
- **PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'ENSEIGNEMENT - *Joindre un justificatif de prise en charge***
- 1) L'établissement : OUI  NON   
Nom de la personne à contacter : .....  
Service de la personne à contacter : .....  
Mail de la personne à contacter : .....
- 2) Le participant : OUI  NON
- **ETABLISSEMENT :**  
Nom établissement : .....  
Adresse : .....  
.....
- **ADRESSE DE FACTURATION (si différente établissement) :**  
.....  
.....

Fait à : ..... le : .....  
Signature