

Ecole d'infirmiers de bloc opératoire de LILLE

FORMATION MESURES TRANSITOIRES

FORMATION COMPLEMENTAIRE A LA REALISATION DES ACTES ET ACTIVITES MENTIONNES A L'ARTICLE R.4311-11-1 DU CODE DE SANTE PUBLIQUE PAR LES INFIRMIERS DIPLÔMES D'ETAT

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 : <u>LMeteyer@santelys.fr</u>

Informations pratiques

Durée : 2 jours en présentiel et 1 jour en

classe virtuelle (21 h)

Dates:

<u>Session 1</u>: du 26 au 28 janvier 2026 <u>Session 2</u>: du 16 au 18 mars 2026 <u>Session 3</u>: du 22 au 24 juin 2026

Session 4: du 14 au 16 septembre 2026 Session 5: du 16 au 18 novembre 2026

Tarif par personne : 1080 €

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:

<u>LMeteyer@santelys.fr</u> 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: 90%

(90% des personnes interrogées ont donné une note supérieure ou égale à 7/10)



Ecole d'infirmiers de bloc opératoire de LILLE

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'infirmer autorisé		
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.		
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	



Ecole d'infirmiers de bloc opératoire de LILLE

BULLETIN D'INSCRIPTION FORMATION RELATIVE AU DISPOSITIF TRANSITOIRE

	LIEU :	Ecole c	l'infirmiers de b	oloc opérat	oire - 351 rue Ambroise	Paré – 59120 LOOS			
	DATE:	Sessio	n 1 : Du lundi 20	5 au mercre	edi 28 janvier 2026				
		Sessio	n 2 : Du lundi 10	5 au mercre	edi 18 mars 2026				
		Sessio	n 3 : Du lundi 22	2 au mercre	edi 24 juin 2026				
		Sessio	n 4 : Du lundi 14	4 au mercre	edi 16 septembre 2026				
		Sessio	n 5 : Du lundi 16	5 au mercre	edi 18 novembre 2026				
	AMPLITUDE HO	DRAIRE :	De 8	3h30 à 16h	30				
	PARTICIPANT:	SE NIAIGE	ANCE PRÉNCI	. 4 .					
				VI :					
		MARITAL							
	ADRES	SE MAIL	(obligatoire):						
	Copieson lieJustific	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 :	1080€	net de taxe (M	ILLE QUATI	RE-VINGT EUROS NET D	E TAXE) – REPAS NON COMPRIS			
	PRISE EN CHAR	GE DES F	RAIS D'ENSEIG	NEMENT -	Joindre un justificatif d	de prise en charge			
	1) L'établisser	ment :	OUI 🗆	NON					
	Nom d	e la pers	onne à contacte	er:					
	Service	Service de la personne à contacter :							
	Mail de	e la perso	onne à contacte	er:					
	2) Le participa	ant :	OUI 🗆	NON					
	ETABLISSEMEN	IT:							
Nom établissement :									
	Adress	e:							
ADRESSE DE FACTURATION (si différente établissement):									
				Fait à :		le :			

Signature