

## MESURES TRANSITOIRES MT 10

Formation complémentaire à la réalisation des actes et activités  
mentionnées à l'article R.4311-11-1 du CSP pour les Infirmiers Diplômés d'État

FICHE  
03

Formation de 21 h

**Public visé :** IDE exerçant au bloc opératoire et ayant obtenu une attestation provisoire selon le Décret n° 2024-954 du 23 octobre 2024

**Prérequis :** Joindre l'autorisation temporaire d'exercice des actes et activités de l'article R.43-11-1 du code la santé publique

### OBJECTIFS

- Obtenir le justificatif attestant du suivi de la formation complémentaire mentionnée à l'article 6 du Décret N°2024-954 du 23 octobre 2024

### MODALITÉS ET DÉLAIS D'ACCÈS

- Accès après validation de l'inscription (dossier complet avec pièces justificatives obligatoires)
  - Le bulletin d'inscription ci-joint dûment complété
  - Carte Nationale d'Identité en cours de validité
  - D.E. infirmier (copie)
  - Attestation temporaire d'exercer les actes et activités mentionnés à l'article R.4311-11-1 du CSP datant de moins d'un an au moment de la date de formation
  - Adresse mail personnelle pour accès plateforme des cours
  - Pour les professionnels de la **région Centre-Val de Loire** exerçant dans les départements 18, 36 et 37.
  - Les professionnels exerçant **hors région Centre-Val de Loire** seront inscrits en fonction des places disponibles.

### MODALITÉS D'ÉVALUATION

- La validation de la formation est assujettie à une obligation d'assiduité du participant durant toute la durée de la formation
- Une attestation de formation est délivrée en fin de formation

### MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

- Apports théoriques
- Analyses de situations

### CONTENU

- Sensibiliser les participants :
  - Au cadre juridique de la réglementation
  - A la gestion des risques génériques et associés en particulier aux actes et activités d'infirmiers de bloc opératoire
  - A la gestion des risques liés à la mise en œuvre et à la réalisation des actes et activités visées, notamment dans le cadre de l'assistance de chirurgie
  - A la gestion du risque infectieux associé aux actes et activités réalisés, notamment dans le cadre de l'assistance de chirurgie

### INTERVENANTS DU CHRU DE TOURS

- Formateurs cadres de santé IBODE
- IBODE
- Juriste

### MODALITÉ ET CLÔTURE DES INSCRIPTIONS

#### DURÉE

**3 journées**

(Trois journées consécutives de 9 h à 17 h)

La durée de la formation est fixée réglementairement à 21 h

#### INSCRIPTIONS

Clôture inscriptions

**le 13/02/2026**

OU

**le 16/10/2026**

#### DATE DE LA FORMATION

**16 - 17 et 18 mars 2026**

OU

**16 - 17 et 18 novembre 2026**

#### TARIF INDICATIF 2025

**Coût de formation : 1500 €**

#### PLUS D'INFORMATION

[Infirmier bloc opératoire | Formations continues - Écoles du CHRU de Tours](#)

#### LIEU DE FORMATION

IFPS - Écoles du CHRU de Tours  
2 rue Mansart – 37170 CHAMBRAY LES TOURS

#### CONTACT

02.47.47.87.00  
n.babinot@chu-tours.fr

## Formulaire inscription MESURES TRANSITOIRES MT10 2026 Formation de 21 h

FICHE  
03

à retourner à [n.babinot@chu-tours.fr](mailto:n.babinot@chu-tours.fr)

<b>Dates de la session – cochez votre choix</b>		<input type="checkbox"/> Session 1 : 16 - 17 - 18 mars 2026 <input type="checkbox"/> Session 2 : 16 - 17 - 18 novembre 2026	
<b>Coordonnées personnelles</b>			
Madame <input type="checkbox"/>		Monsieur <input type="checkbox"/>	
Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Tél :		Mail :	
<b>Coordonnées professionnelles</b>			
Nom de l'employeur :			
Adresse de l'employeur :			
N° SIRET :			
Code postal		Ville :	
Tél :		Mail :	
Service actuel :		Fonction exercée :	
<b>Correspondant formation continue</b>			
Nom du correspondant :			
Qualité :			
Tél :		Mail :	

## FICHE PRISE EN CHARGE FINANCIERE 2026

(à compléter obligatoirement)

FICHE  
03

Prise en charge financière par :

- ☐ Votre employeur (joindre l'attestation de prise en charge)
- ☐ Vous-même – autofinancement (compléter l'engagement de financement personnel ci-dessous)
- ☐ Autre .....

### ENGAGEMENT DE FINANCEMENT PERSONNEL

Autofinancement

Je soussigné(e) Mme, M.

.....

m'engage sur l'honneur à régler les frais de la formation **Mesures transitoires MT 10 - 21 h** qui se tiendra à l'IFPS – École IBODE de Tours.

Fait à ..... le .....

Signature