



# FORMATION **EXPERTE**

DÉVELOPPER ET OPTIMISER LA FONCTION D'INFIRMIÈRE RAAC EN  
ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

---

EXPERTS INTERVENANTS :

Isabelle LAFORTUNE : infirmière de coordination spécialisée en RAAC

Françoise AUBERT : responsable des projets parcours patient

Expert membre du réseau Phosphoria

# DÉVELOPPER ET OPTIMISER LA FONCTION D'INFIRMIÈRE RAAC EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ



2 jours



Sur devis



Dans vos locaux



Disponible uniquement en INTRA

## > OBJECTIFS

- Clarifier les positionnements et définir les rôles de l'infirmier(ère) de coordination (IDEC) et de l'infirmier(ère) RAAC en présentant notamment des méthodes et outils pertinents pour l'exercice de ses missions
- Faciliter la mise en place et/ou le développement d'infirmières RAAC en établissement de santé, à partir d'un retour d'expériences et de conseils pratiques

## > PROGRAMME

### I. POSITIONNEMENT DE L'INFIRMIÈRE RAAC AU SEIN DE L'ÉQUIPE ET DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

- Appréhender les enjeux du développement de la RAAC
- Clarifier le positionnement de l'IDE RAAC au sein de l'équipe et de l'établissement de santé
- Infirmière RAAC : une fonction clé dans les parcours RAAC : Analyse commentée d'exemples de fiches de poste d'IDE RAAC

### II. RÔLE ET MISSIONS DE L'INFIRMIÈRE RAAC

- Savoir mener la consultation IDE RAAC en pré-opératoire
- Planifier et sécuriser les différentes étapes de la prise en charge
- Organiser les liens et faciliter la coordination entre les différents acteurs de la prise en charge

### III. REX : METTRE EN PLACE ET/OU DÉVELOPPER LA FONCTION D'INFIRMIÈRE RAAC EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

- Présentation et conduite de la démarche
- Optimiser l'action des IDE RAAC : conseils utiles

### IV. ÉVALUATION DE LA SESSION

- Analyse des retours des participants
- Validation des acquis et perspectives d'amélioration

## > 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

- Isabelle LAFORTUNE : infirmière de coordination spécialisée en RAAC
- Françoise AUBERT : responsable des projets parcours patient
- Expert membre du réseau Phosphoria

## > PUBLIC CONCERNÉ

- Infirmières RAAC/IDE RAAC de coordination/IDE RAAC de consultation
- Référents RAAC
- Infirmières des services de chirurgie
- Cadres supérieurs et cadres de santé des services de chirurgie
- Directeurs et coordonnateurs généraux des soins
- Responsables parcours patients
- Responsables qualité
- Sages-femmes
- Personnels des ARS en charge du développement de la RAAC

## LES + PHOSPHORIA

- Une formation centrée sur la pratique réelle du terrain, enrichie de retours d'expériences concrets et d'exemples de fiches de poste pour faciliter l'appropriation des missions
- Un accompagnement opérationnel pour structurer ou déployer la fonction d'IDE RAAC, avec des conseils pratiques applicables immédiatement en établissement
- Une approche collaborative et pluridisciplinaire, favorisant l'échange entre professionnels impliqués dans les parcours RAAC

# 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\_00487 : Développer et optimiser la fonction d'infirmière RAAC en établissement de santé

Tarif individuel : 1170 €

▼ 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 .....

Fait à .....le .....

Le client

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)

