

DOSSIER DE DEMANDE DE FINANCEMENT FORMATION INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCEE

Infirmiers libéraux, infirmiers salariés d'un centre de santé ne cotisant pas à un Opérateur de Compétences (OPCO)

Priorité gouvernementale, la pratique avancée infirmière est l'une des mesures du Plan d'accès territorial aux soins et correspond à l'axe 4 de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé français.

Sa reconnaissance s'inscrit dans une tendance visant à encourager les coopérations entre professionnels de santé et apporte une réponse aux aspirations des professionnels concernés, à se voir confier des compétences accrues. En outre, la pratique avancée infirmière constitue une réponse aux enjeux de santé publique que sont l'augmentation des patients atteints de maladies chroniques et le vieillissement de la population. Ces différents enjeux, couplés à l'accroissement des besoins de santé de la population en France, notamment en région Hauts-de-France, plaident en faveur du développement de cette forme nouvelle d'exercice.

En application des dispositions de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique et des textes réglementaires suivants :

- Articles R. 1435-30 et R. 4301-1 à R. 4301-8 du code de la santé publique ;
- Articles D.636-73 à D.636-81 du code de l'éducation ;
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique ;
- Arrêté du 18 juillet 2018 modifié relatif au régime des études en vue du diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée ;
- Arrêté du 18 juillet 2018 modifié fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique ;
- Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale
- Arrêté du 30 décembre 2019 portant approbation de l'avenant no 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers libéraux et l'assurance maladie, signée le 22 juin 2007.
- Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences
- Arrêté du 25 octobre 2021 fixant la liste des motifs de recours et des situations cliniques mentionnés à l'article R. 4301-3-1 du code de la santé publique

Depuis septembre 2018, les infirmiers, ayant trois années d'activité, peuvent accéder au diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée et, ainsi, acquérir plus de responsabilités.

Dans ce cadre, l'agence régionale de santé Hauts-de-France **indemnise les infirmiers libéraux ainsi que les infirmiers salariés d'un centre de santé, ne cotisant pas à un Opérateur de Compétences (OPCO)**, s'engageant à suivre cette nouvelle formation, conférant le grade de Master, afin de compenser partiellement leur perte de revenus.

Pour les dossiers retenus, l'attribution de l'indemnité allouée, au titre du Fonds d'intervention régional (FIR), fera l'objet d'une décision du directeur général de l'A.R.S. Hauts-de-France attributive de financement rattachée à un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Le montant de l'indemnité allouée s'élève :

- **à 21 200 € pour chaque année de formation universitaire.**

L'indemnité allouée se fera sous réserve de la transmission, par le demandeur, de toutes les pièces nécessaires mentionnées ci-dessous, et de celles précisées dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, établi par la suite, en cas d'acceptation de votre dossier de demande de financement.

Les conditions d'attribution de cette indemnité sont les suivantes :

- Exercer en tant qu'infirmier et être installé en région des Hauts-de-France, au moment de la demande, prioritairement dans des zones sous-dotées ;
- Avoir exercé préalablement, pendant trois ans minimum, à temps plein, la profession d'infirmier, au moment de la demande ;
- S'engager, à l'issue de sa formation, à exercer les fonctions relatives à la pratique avancée, en région Hauts-de-France, pendant deux années minimum, à compter de la date d'obtention du diplôme d'Etat.

Les dossiers de demande de financement seront examinés en commission et retenus, en fonction du budget prévisionnel disponible, sur la robustesse du projet professionnel en exercice coordonné.

Tout dossier de demande de financement incomplet sera déclaré irrecevable. Les pièces manquantes seront indiquées au demandeur et le dossier devra être complété avant la date butoir.

Tout dossier de demande de financement adressé après la rentrée universitaire sera examiné par ordre d'arrivée en fonction des crédits disponibles.

Cette indemnité sera versée directement aux infirmiers libéraux chaque année de formation après l'envoi des pièces justificatives.

Pour les salariés des centres de santé, elle sera versée directement aux employeurs après respect des mêmes modalités.

La totalité de la somme allouée sera utilisée au service du projet retenu, la possibilité de financer des charges de structure ne sera pas prise en compte.

NOM / Prénom de l'infirmier libéral :

Date de réception du dossier :

Dossier complet : ☐ OUI ☐ NON

SI NON, retourné le :

OU

NOM / Prénom de l'infirmier salarié d'un centre de santé, ne cotisant pas à un OPCO. :

Date de réception du dossier :

Dossier complet : ☐ OUI ☐ NON

SI NON, retourné le :

Pour une rentrée en septembre/octobre 2022, le dossier complet est à transmettre prioritairement par mail dès votre confirmation d'admission à la formation selon les modalités suivantes :

➤ **Mail à envoyer à Madame Saliha FEKKIR**, Gestionnaire du suivi des professions paramédicales, référente I.P.A. : saliha.fekkir@ars.sante.fr – Téléphone : 03 62 72 78 86

➤ **Mettre en copie du mail :**

- Boîte mail du service gestion et formation des professionnels de santé : ars-hdf-dos-gestions-formation-ps@ars.sante.fr
- Madame Valérie AVISSE, Chargée de mission référente IPA : valerie.avisse@ars.sante.fr

➤ **En précisant dans l'objet :** Demande de financement - Formation IPA 2022

A défaut de mail, le dossier complet est à transmettre par courrier en deux exemplaires à :

ARS Hauts-de-France

Direction de l'Offre de Soins – Sous-Direction Ambulatoire – Service Gestion et Formation des Professionnels de Santé

A l'attention de Mme Saliha FEKKIR, Gestionnaire du suivi des professions paramédicales,
556 Avenue Willy Brandt – 59777 EURALILLE

1. Porteur du dispositif

Infirmier libéral bénéficiaire du financement						
Nom - prénom						
Adresse complète						
Statut juridique (cabinet...)						
Courriel						
Téléphone						
Numéro SIRET						
Numéro ADELI						
Numéro d'ordre						
Compte bancaire professionnel	Nom de l'établissement bancaire : Domiciliation du compte bancaire : <table border="1" data-bbox="451 856 1356 976"> <tr> <td>Identification internationale (IBAN)</td> <td>Identifiant international de la banque (BIC)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Identification internationale (IBAN)	Identifiant international de la banque (BIC)		
Identification internationale (IBAN)	Identifiant international de la banque (BIC)					
Centre de santé, bénéficiaire du financement						
Dénomination sociale						
Adresse complète						
Statut juridique (cabinet...)						
Nom, prénom de l'interlocuteur de l'A.R.S.						
Courriel						
Téléphone						
Numéro SIRET						
Numéro ADELI du salarié						
Numéro d'ordre du salarié						
Compte bancaire du Centre de santé	Nom de l'établissement bancaire : Domiciliation du compte bancaire : <table border="1" data-bbox="451 1780 1356 1900"> <tr> <td>Identification internationale (IBAN)</td> <td>Identifiant international de la banque (BIC)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Identification internationale (IBAN)	Identifiant international de la banque (BIC)		
Identification internationale (IBAN)	Identifiant international de la banque (BIC)					

Merci de coller, dans ce cadre, votre R.I.B.

2. Informations sur la formation souhaitée

Université accréditée pour délivrer le diplôme :

- Nom :
- Adresse :

- Nom/Prénom, téléphone et Email de l'interlocuteur universitaire pouvant être joint, pendant le déroulement de la formation :

- Région :

Date du premier jour de la formation :

Date du dernier jour de formation :

Admission pour une formation en :

- ☐ 1^{ère} année
- ☐ 1^{ère} année partielle
- ☐ 2^{ème} année
- ☐ 2^{ème} année partielle

Option choisie, en cas d'admission en 2^{ème} année :

- ☐ Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires ;
- ☐ Oncologie et hémato-oncologie ;
- ☐ Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.
- ☐ Santé mentale et psychiatrie
- ☐ Urgences

3 - Projet professionnel – Réinvestissement de la formation :

Description du réinvestissement de l'expertise IPA en exercice coordonné en région Hauts-de-France :

4 - Engagement

Lettre d'engagement

L'infirmier(ère) libéral(e) / le centre de santé, bénéficiaire du financement*, dont la demande est retenue, s'engage à :

– Pendant le déroulement de la formation

Transmettre au financeur, **dans le mois précédent son entrée en deuxième année de formation** :

- Une attestation de réussite au Master 1 (première année de formation), délivrée par l'université accréditée ;
- Une attestation d'inscription au Master 2 (deuxième année de formation), délivrée par l'université accréditée.

En cas d'abandon de la formation en cours, le bénéficiaire s'engage à en informer sans délai le financeur, par lettre recommandée avec accusé de réception. L'abandon entraînera la résiliation du contrat de financement.

En cas de redoublement, le bénéficiaire s'engage à en informer le financeur et à lui transmettre les documents suivants sans délai, délivrés par l'université accréditée :

- Une attestation de non réussite ;
- Un relevé des notes d'examen acquises durant l'année universitaire écoulée ;
- Une copie, signée et certifiée conforme par l'université accréditée, des évaluations de mi-stage et de fin de stage (de 1^{ère} et/ou de 2^{ème} année de formation).

A réception des documents ci-dessus, le financeur procédera, dans les meilleurs délais, à l'examen de la situation du bénéficiaire et pourra, au vu des éléments fournis, accepter ou refuser la poursuite du financement alloué.

A l'issue de cet examen, le contrat de financement sera soit modifié par avenant, soit résilié.

En cas de poursuite du financement alloué, le bénéficiaire fournira au financeur, dans les plus brefs délais, une attestation de réinscription, délivrée par l'université accréditée.

– A l'issue de la formation

- Transmettre au financeur, **au plus tard dans le mois qui suit l'obtention de son diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée**, une attestation de réussite au Master 2, délivrée par l'université accréditée ;

➤ **Exercer les fonctions d'infirmier en pratique avancée**, en région Hauts-de-France, **pendant une durée minimum de deux années**, à compter de l'obtention de son diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée, sauf cas de force majeure. A ce titre, le bénéficiaire devra transmettre sans délai au financeur, une attestation du conseil départemental de l'ordre des infirmiers de son lieu d'exercice. En outre, le financeur pourra procéder à une vérification de son lieu d'exercice via les services ADELI de l'A.R.S. Hauts-de-France.

En cas de déménagement du lieu de d'exercice hors de la région Hauts-de-France avant l'issue du délai d'un an, le bénéficiaire devra en informer, sans délai, le financeur qui appréciera si les conditions de la force majeure sont réunies.

➤ Communiquer à l'A.R.S. toutes les informations nécessaires au suivi du dossier.

Conformément à l'article R.1435-33 du code de la santé publique, « en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus au contrat mentionné à l'article R. 1435-30, le directeur général de l'agence régionale de santé adresse au titulaire du contrat une mise en demeure motivée de prendre, dans un délai d'un mois, les mesures nécessaires au respect de ses engagements. Le titulaire du contrat peut présenter des observations écrites ou orales dans ce délai. Compte tenu de ces éléments de réponse, ce délai peut être renouvelé une fois pour la même durée.

Si, au terme du délai accordé par l'agence régionale de santé, les mesures nécessaires au respect des engagements n'ont pas été prises sans justification valable, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, sous réserve des dispositions de l'article L. 1435-3-1 et du II, modifier ou résilier le contrat. Il peut décider le reversement de tout ou partie des financements déjà versés au titre des engagements non mis en œuvre. »

Toutefois, l'absence de réussite aux examens de première ou de deuxième année, sanctionnant l'obtention du diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée, n'engage pas le bénéficiaire au remboursement de l'indemnité déjà perçue.

Fait le,

A

Nom, prénom et signature de l'infirmier libéral / du représentant du centre de santé* :

*** Barrer la mention inutile**

5 - Documents à joindre impérativement à la demande

- Un Relevé d'identité bancaire (RIB) du bénéficiaire, à coller page 5 du présent dossier ;
 - Une attestation d'inscription dans la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, délivrée par l'université accréditée, dans laquelle est suivie la formation, mentionnant la date d'entrée en formation ;
 - La lettre d'engagement en pages 7 et 8 de la présente demande, signée par le demandeur ;
 - Une copie du diplôme d'Etat d'infirmier du bénéficiaire de la formation ;
 - La copie de l'inscription du bénéficiaire de la formation, au conseil de l'ordre des infirmiers de son lieu de travail attestant son exercice de la profession d'infirmier libéral ou d'infirmier salarié du centre de santé, demandeur, et son installation actuelle en région Hauts-de-France.
-
- **En cas de demande faite par un(e) infirmier(ère) libéral(e) :**
 - a) L'attestation sur l'honneur jointe également au dossier, dûment remplie et signée par le demandeur, par laquelle il (elle) déclare être en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales et des cotisations et paiements y afférents ;
 - b) La copie de l'enregistrement du demandeur à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M.) de son département d'exercice ;
 - **En cas de demande faite par un centre de santé, pour un infirmier salarié,** un document officiel attestant de la non cotisation dudit centre auprès d'un OPCO.

L'infirmier(e) libéral(e) / le représentant du centre de santé*, engagé(e) dans le dispositif, certifie exactes les informations du présent dossier.

A

Fait le :

Nom, prénom et signature de l'infirmier libéral / du représentant du centre de santé* :

*** Barrer la mention inutile**

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), Madame / Monsieur* , infirmier /
infirmière libéral(e)*, exerçant (Dénomination sociale – adresse du lieu d'exercice)

Certifie sur l'honneur être en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que
des cotisations et paiements y afférents.

A

Fait le :

Nom / prénom et signature de l'infirmier libéral :

* Barrer la mention inutile.