

**DOSSIER DE DEMANDE DE FINANCEMENT  
FORMATION INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCEE  
Infirmier(s) salarié(s) d'une structure ambulatoire, médico-sociale ou sanitaire  
cotisant à un OPCO/OPCA**

---

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 subventionne financièrement la formation des infirmiers s'engageant à suivre cette formation conférant le grade de master. Cet accompagnement des structures ambulatoires, médico-sociales ou sanitaires permet de contribuer au développement du dispositif.

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

**- 8 300 € la première année de formation universitaire**

**- 11 300 € la deuxième 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 :

- La structure demandeuse s'assure que le professionnel a exercé pendant trois ans minimum, à temps plein, la profession d'infirmier au moment de la demande ;
- La structure demandeuse s'engage à ce que l'infirmier formé exerce les fonctions relatives à la pratique avancée ;
- Le lieu d'exercice de l'infirmier au terme de la formation est situé en région Hauts-de-France.

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.

Sur justificatifs de l'inscription à la formation et des droits universitaire du salarié, l'indemnité sera versée aux structures.

**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.**

**DENOMINATION SOCIALE DE LA STRUCTURE :**

**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 la confirmation de l'admission en 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](mailto: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](mailto:ars-hdf-dos-gestions-formation-ps@ars.sante.fr)
- Madame Valérie AVISSE, Chargée de mission référente IPA :  
[valerie.avisse@ars.sante.fr](mailto: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 – Structure sollicitant le financement

|                                                 |                                       |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Dénomination sociale de la structure            |                                       |
| Adresse complète                                |                                       |
| Type d'établissement                            |                                       |
| SIREN                                           |                                       |
| Statut juridique                                |                                       |
| Courriel                                        |                                       |
| Téléphone                                       |                                       |
| Nom – Prénom- Fonction du référent du dossier   |                                       |
| Courriel                                        |                                       |
| Téléphone                                       |                                       |
| Nom – Prénom du signataire de la convention     |                                       |
| Adresse complète du signataire de la convention |                                       |
| Organisme financeur                             |                                       |
| Téléphone                                       |                                       |
| Références du compte bancaire                   | Nom de la banque :<br>IBAN :<br>BIC : |

## 2 – Infirmier(es) concerné(es) par la formation

Nombre d’infirmier(es) concerné(es) par ce dossier de demande de financement :

Merci de dupliquer les tableaux ci-dessous dans ce même dossier, si plusieurs infirmiers(ères) sont concerné(e)s par la demande

| INFIRMIER(E) SALARIÉ(E) DANS LA STRUCTURE DEMANDEUSE DU FINANCEMENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Nom – Prénom :</li><br/><li>- Grade :</li><br/><li>- Fonction :</li><br/><li>- Date de naissance :</li><br/><li>- Date d’obtention du diplôme d’État infirmier :</li><br/><li>- Autre(s) diplôme(s) obtenu(s) :</li><br/><br/><br/><br/><br/><li>- Numéro ADELi :</li><br/><li>- Numéro d’inscription au tableau de l’Ordre national des infirmiers :</li><br/><li>- Courriel :</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| FORMATION ENVISAGÉE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p>Université accréditée pour délivrer le diplôme :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nom :</li><li>- Adresse :</li><br/><li>- Nom/Prénom, téléphone et Email de l’interlocuteur universitaire pouvant être joint, pendant le déroulement de la formation :</li><br/><li>- Région :</li></ul> <p>Date du premier jour de la formation :<br/>Date du dernier jour de formation :</p> <p>Admission pour une formation en :</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 1<sup>ère</sup> année</li><li><input type="checkbox"/> 1<sup>ère</sup> année partielle</li><li><input type="checkbox"/> 2<sup>ème</sup> année</li><li><input type="checkbox"/> 2<sup>ème</sup> année partielle</li></ul> |

Option choisie, en cas d'admission en 2<sup>ème</sup> 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 IPA au sein de la structure :**

#### 4 - Lettre d'engagement

**La structure ambulatoire, médico-sociale ou sanitaire** dont la demande est retenue, s'engage à :

- Financer la formation de l'infirmier(e) salarié(e) visant l'obtention du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée conférant le grade de master.

##### **– 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<sup>ère</sup> et/ou de 2<sup>ème</sup> 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 ;
- **Positionner l'infirmier(e) dans des fonctions de pratique avancée** dès l'obtention du diplôme
- **Contractualiser avec les salariés formés** pour que ceux-ci s'engagent à exercer en tant qu'IPA durant une période qu'ils détermineront
- 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 du représentant de la structure :

#### **5 – Documents à joindre impérativement à la demande de financement :**

- Attestation ou document justifiant l'admission du salarié dans la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
- Copie du diplôme d'Etat d'infirmier du bénéficiaire de la formation
- Copie de la lettre d'engagement de l'employeur à prendre en charge financièrement la formation transmise à l'université
- Lettre d'engagement de la structure à positionner l'infirmier(e) dans des fonctions de pratique avancée dès l'obtention du diplôme
- Relevé d'identité bancaire (RIB) de la structure à laquelle le financement est attribué
- Document attestant de l'inscription au tableau de l'Ordre national des infirmiers de l'infirmier(e) concerné(e) par la demande
- Avis de situation au répertoire SIRENE

Le représentant de la structure engagé dans le dispositif certifie l'exactitude des informations du présent dossier :

Fait à

, le :

Nom et signature du représentant de la structure :