**Projet professionnel Infirmier de pratique avancée en ambulatoire**

**Dossier de demande de participation au financement de la formation – 2023/2025**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En application des dispositions de l’article L.4301-1 du code de la santé publique ont été publiés en date du 19 juillet 2018 les textes réglementaires suivants :

* Décret n°2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d’Etat d’infirmier en pratique avancée ;
* Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d’Etat d’infirmier en pratique avancée ;
* Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l’exercice infirmier en pratique avancée ;
* **Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique ;**
* **Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique.**
* Décret n°2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d’Etat d’infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale

Depuis septembre 2018, les infirmiers peuvent accéder au diplôme d’Etat d’infirmier en pratique avancée, mais pour exercer, une expérience professionnelle à temps complet de trois ans est requise.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PORTEUR DU PROJET**

**PROFESSIONNEL INFIRMIER DEMANDEUR DU FINANCEMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom d’usage**  **Nom patronymique**  **Prénom** |  |
| **Adresse personnelle** |  |
| **Code postal** |  |
| **Commune** |  |
| **Courriel** |  |
| **Téléphone** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Modalité(s) d’exercice** |  |
| **Date d’obtention du DE Infirmier** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **N° SIRET** |  |
| **N° ADELI** |  |
| **N° inscription à l’Ordre National des Infirmiers (*joindre copie carte professionnelle)*** |  |
| **STATUT** | * **Libéral** * **Salarié d’une Maison de Santé Pluri professionnelles** * **Salarié d’un Centre de Santé** |

**PROJET D’EXERCICE EN PRATIQUE AVANCEE**

|  |
| --- |
| **UNIVERSITE ACCRÉDITÉE CHOISIE** |
| * **NOM :** * **Région :**   **Admission pour une formation en :**   * **1ère année** * **2ème année**   **Option choisie, si admission en 2ème année :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Description du projet professionnel à l’issue de la formation (***Par exemple : Nature du projet, cooridination avec les acteurs, mode d’exercice, positionnement et rôle de l’IPA dans l’équipe de soins…)* | | |
|  | | |
| **Le cas échéant, maison de santé, ESP-CLAP ou centre de santé de santé impliqué dans le projet :** |
| * **Nom :** * **Adresse :** * **Courriel :** * **Téléphone :** * **Attestation du représentant légal de l’équipe de soins primaire confirmant que le projet professionnel du candidat s’intègre à un projet porté par l’équipe** |
| **MODE DE FINANCEMENT ( *uniquement pour les professionnels libéraux)* :** | |
| **Comment financez vous votre formation? Précisez le type de financement et leurs parts .**   * Autofinancement * Financements autres   *Précisez* :  **Allez vous poursuivre votre activité libérale durant votre formation d’IPA ?**   * Oui * Non   **Allez vous prendre un remplacant durant votre formation d’IPA ?**   * Oui * Non   **Allez vous louer votre cabinet durant votre formation :**   * Oui * Non | |
| **MODE DE FINANCEMENT ( *Uniquement pour les salariés de MSP ou CDS pluriprofessionnels ou CSI)* :** | |
| **Allez vous prendre un remplacant durant votre formation d’IPA ?**   * Oui * Non | |

|  |
| --- |
| **Engagement** |

Pendant le déroulement de la formation, les infirmiers diplômés d’Etat, dont la demande est retenue, s’engagent à nous transmettre :

* Une attestation de réussite au Master 1 (1ère année de formation) délivrée par l’université accréditée ;
* Une attestation d’inscription au Master 2 (2ème année de formation) délivrée par l’université accréditée ;

**En cas d’abandon de la formation en cours**, le bénéficiaire s’engage à en informer le financeur. 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 :

* Une attestation de non réussite ;
* Un relevé des notes d’examen ;
* Une copie des évaluations de mi- stage et de fin de stage, signée par l’université.

Suite à réception des documents, le financeur procédera à l’examen de la situation du bénéficiaire et pourra, au vu des éléments fournis, accepter ou refuser la poursuite du financement alloué.

Le contrat de financement sera soit modifié par avenant, soit résilié.

Il sera communiqué à l’Agence Régionale de Santé toutes les informations nécessaires au suivi du dossier.

Toutefois, l’absence de réussite aux examens de 1ère ou de 2ème année, sanctionnant l’obtention du diplôme d’Etat d’infirmier en pratique avancée, n’engage pas le bénéficiaire au remboursement de l’indemnité déjà perçue.

**L’IPA une fois diplômé s’engage à exercer deux années sur le territoire de la région des Pays de la Loire, et en exercice coordonné pour ceux ayant bénéficié d’un financement additionnel. Si ce temps prévu par contrat n’est pas rendu, l’IPA financé par l’ARS devra rembourser au prorata les sommes engagées.**

Fait le, A :

Signature

**Pièces à joindre au dossier**

Attestation d’inscription à l’université

Curriculum vitae du candidat

Courrier d’engagement du candidat à exercer pendant deux ans en région des Pays de la Loire à l’issue de la formation

Copie du diplôme d’infirmier

Documents attestant du numéro ADELI de l’infirmier et du numéro d’inscription à l’Ordre national des infirmiers.

Attestation de réussite au Master 1 (***pour les candidats en deuxième année de formation)***