

## Soutien au déploiement des infirmiers en pratique avancée (IPA) en Mayenne

### Objet de l'aide

Soutenir le déploiement des infirmiers de pratique avancée en prenant en charge les frais d'hébergement et de transport pendant la période de formation.

### Objectif(s) de l'aide

Améliorer l'accès aux soins des mayennais en développant la profession d'Infirmiers en Pratique Avancée

## Bénéficiaires du dispositif

### Type(s) de bénéficiaire(s)

- o Associations
- o Particuliers
- o Entreprises privées

### Précision(s) bénéficiaire(s)

- o Sont éligibles l'ensemble des infirmiers diplômés d'état qui souhaitent réaliser la formation d'IPA et qui s'engagent à exercer à l'issue de la formation pendant 5 ans en Mayenne en tant que libéral, salarié d'une SISA ou d'un SSIAD.

### Porteur(s) de l'aide

- o CD 53

## Conditions d'attribution

### Détail des conditions à remplir pour prétendre à la subvention

Sont éligibles l'ensemble des infirmiers diplômés d'état qui souhaitent réaliser la formation d'IPA et qui s'engagent à exercer à l'issue de la formation pendant 5 ans en Mayenne en tant que libéral, salarié d'une SISA ou d'un SSIAD.

Cette aide financière est conditionnée au dépôt du dossier de candidature annexé au présent document. Il permet notamment de comprendre le projet d'exercice du futur IPA.

La fiche bilan, en annexe du présent document, devra être adressée au Conseil départemental à l'issue des 2 années de formation

### Type de dépenses

- o Dépenses de fonctionnement

### Etat d'avancement du projet pour bénéficiaire du dispositif

- o Usage / Valorisation

## Montant de l'aide

### Modalités de calcul

- o Forfait

- o Le Département propose une aide financière forfaitaire de 10 500€/an pendant 2 ans pour participer aux frais d'hébergement et de transport.

L'aide financière sera versée annuellement au début de l'année de formation.

En cas de non assiduité à la formation ou de non-respect de l'engagement à exercer en Mayenne pendant 5 ans, le bénéficiaire restituera au Département tout ou partie de l'aide financière.

### **Taux de subvention, le cas échéant**

o

### **Montant de subvention limité**

- o Non

### **Si oui, montant plafond de l'enveloppe**

o

## **Calendrier**

### **Date limite de dépôt des demandes**

- o 31/03/2028

### **Périodicité (le cas échéant)**

- o Permanente

## **Modalités de dépôt de la demande**

### **Liste des pièces à joindre au dépôt**

- o Sans objet

### **Lien vers le téléservice**

o

## **Modalités de décision**

Présentation de la demande en Commission d'étude et si validée, passage en Commission permanente

## **Modalités de versement**

- o Acompte

### **Pièces justificatives nécessaires au versement**

- o Sans objet

## **Contact**

Direction de l'autonomie

Mission santé de proximité

prosdesante@lamayenne.fr

### **Coordonnées complémentaires, si besoin**

