

# 

# 

# DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC)

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE RENOUVELLEMENT D’ACCRÉDITATION

# FORMATION CONTINUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

#### **École des sciences infirmières Ingram,**

#### **Faculté de médicine et des sciences de la santé, Université McGill**

Le bureau de la Formation continue en sciences infirmières (FCSI) est conforme avec les normes de formation continue de l’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et offre des services d’accréditation pour des activités de formation continue en sciences infirmières (voir : <https://www.mcgill.ca/nursing/fr/fpcsi>).

Toute activité de formation continue est accréditée pour une période d’un (1) an, tel qu’indiqué dans la lettre-réponse du bureau de la FCSI. Pour les activités qui sont offertes au-delà d’un an, vous pouvez demander un renouvellement de l’accréditation en utilisant ce formulaire. Le renouvellement d’une demande d’accréditation peut être fait deux (2) fois. Par la suite, il faudra déposer une nouvelle demande d’accréditation.

Le présent formulaire de renouvellement, ainsi que tous documents requis, doivent être déposé par courrier électronique au moins quatre **(4) semaines** avant l’échéance de la demande antérieure si **toutes** les conditions suivantes sont remplies :

1. Il n’y a pas eu aucun changement dans le contenu
2. Le formateur/conférencier est le même
3. Les objectifs d’apprentissage sont les mêmes
4. La durée de l’activité est la même

Autres documents requis:

1. Le **formulaire de rapport final** pour la période d’accréditation antérieure.
2. Un nouveau **formulaire de divulgation de conflit d’intérêts potentiel** dument complété et signé par chaque membre du comité de planification ainsi que tout formateur/conférencier/modérateur.
3. Un nouveau **formulaire de divulgation d’appui commercial** dument complété et signé par le (les) membre(s) responsable(s) du comité de planification.
4. Un nouveau **formulaire d’intérêts commerciaux en concurrence** **Commercial** dument complété et signé par le (les) membre(s) responsable(s) du comité de planification.
5. Dépliant/annonce/horaire de l’activité avec description générale du contenu, une liste des thèmes ainsi que les noms des conférenciers/formateurs/modérateurs.

**Veuillez signer, dater et transmettre ce formulaire, ainsi que les autres documents requis, par courrier électronique à:** [**cne.nursing@mcgill.ca**](mailto:cne.nursing@mcgill.ca)

**Frais de renouvellement:** une facture pour les frais reliés au renouvellement de l’accréditation vous sera envoyée par le département des comptes recevable de l’Université McGill.

Pour commander les **certificats de participation**, vous devez nous faire parvenir une preuve de participation – veuillez-vous référer à notre site web pour de plus amples informations concernant les activités virtuelles ou en présentiel, ainsi que le coût des certificats.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec le Bureau de Formation continue en sciences infirmières au: [cne.nursing@mcgill.ca](mailto:cne.nursing@mcgill.ca).

**RENSEIGNEMENTS SUR L’ACTIVITÉ :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titre : *(SVP inscrire le titre précis – ce titre sera utilisé sur les attestations de crédits de formation)* |  | |
| Dates de début et de fin : | (aaaa/mm/jj) | (aaaa/mm/jj) |
| Heures de début et de fin : | (début 00:00) | (fin 00:00) |
| Lieu: |  | |
| Nombre de participants: | min. # \_\_\_\_\_\_\_max. # \_\_\_\_\_\_\_ | |
| Frais d’inscription: |  | |
| Nombre total d’heures de formation accréditées demandées: |  | |
| URL ou site Web de l’activité (le cas échéant) : |  | |
| Renouvellement d’accréditation: | **1ière fois: 2ième fois:** | |
| Date de soumission du formulaire: | (aaaa/mm/jj) | |
| À remplir par le bureau FCSI:  Réception de la demande : | (aaaa/mm/jj) | |

## 

## PERSONNE À CONTACTER POUR INFORMATION OU QUESTIONS ADMINISTRATIVES

|  |  |
| --- | --- |
| Nom: |  |
| Organisme: |  |
| Téléphone: |  |
| Fax: |  |
| Courriel: |  |
| Adresse postale complète: |  |

## POUR FIN DE FACTURATION: ÉTABLISSEMENT/PERSONNE QUI PAIERA LA FACTURE

|  |  |
| --- | --- |
| Établissement/Organisme: |  |
| Personne contact: |  |
| Téléphone : |  |
| Fax: |  |
| Courriel : |  |
| Adresse postale complète : |  |

## POUR ÊTRE ELIGIBLE AU RENOUVELLEMENT DE L’ACCRÉDITATION, VOUS DEVEZ CONFIRMER CHACUN DES ÉNONCÉS CI-DESSOUS:

|  |  |
| --- | --- |
| Le public cible est toujours le même. | Confirmé: □ |
| Le type d’activité n’a pas changé (séance, atelier, cours, conférence, etc.). | Confirmé: □ |
| Le mode de présentation est toujours le même (en présentiel, virtuel, autre). | Confirmé: □ |
| Les objectifs d’apprentissage sont les mêmes. | Confirmé: □ |
| La durée de l’activité n’a pas changé. | Confirmé: □ |
| Les conférenciers, facilitateurs, modérateurs sont toujours les mêmes. | Confirmé: □ |
| Les normes éthiques sont maintenues. | Confirmé: □ |

## Veuillez élaborer sur les mises à jour que vous avez apporté à l’activité à la suite de l’analyse des évaluations, des documents de référence, ainsi que tous changements dans les méthodes d’évaluation, s’il y a lieu. Si vous avez fait des modifications importantes, le Bureau pourra vous demander de soumettre une nouvelle demande d’accréditation complète.

|  |
| --- |
|  |
|  |

## NORMES ÉTHIQUES :

|  |  |
| --- | --- |
| Le comité organisateur a-t-il dirigé le choix des sujets, du contenu et des conférenciers pour l’activité? | **□ Oui □ Non** |

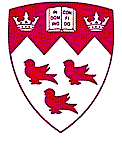
**DÉCLARATION DU OU DE LA RESPONSABLE DU COMITÉ ORGANISATEUR**

En tant que responsable du comité organisateur, j'accepte d'être tenu responsable de l'exactitude des renseignements fournis dans le présent formulaire de demande de crédits DPC. Je m'engage à veiller à que le contenu de l’activité soit libre de tout biais ou de toute perception de biais potentiel. En outre, je m’engage à faire en sorte que tous les membres du comité organisateur et les conférenciers associés à cette activité remplissent le **formulaire de divulgation de conflit d'intérêts potentiel** avant la date de commencement des activités.

Dans le but de finaliser la demande de crédits, je remettrai au bureau d’accréditation de l'École de sciences infirmières Ingram, dans les huit semaines suivant la fin de l'activité, le formulaire intitulé *Rapport final* ainsi que toute la documentation requise (voir les directives du bureau de la FCSI à ce sujet).

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATE:** (aaaa/mmm/jj)  **RESPONSIBLE DU COMITÉ ORGANISATEUR** (SIGNATURE)



**Formulaire de divulgation d'appui commercial**

**conférenciers/SÉLECTION DU CONTENU DU PROGRAMME**

# formation continue en sciences infirmières

#### **École de sciences infirmières Ingram, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill**

**À remplir par la personne responsable du comité organisateur.**

Titre de l'activité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Les conférenciers d'une activité DPC doivent fournir une information scientifique équilibrée. Ils doivent présenter les avantages, les inconvénients et les points de vue divergents et s’abstenir de faire la promotion de quelque produit ou service que ce soit. Les conférenciers doivent remplir un formulaire de divulgation afin de déclarer tout contenu « non indiqué sur l’étiquette ». Ils doivent déclarer aux participants (divulgation verbale et visuelle à l’aide d’une diapositive) tout conflit d’intérêts ou toute relation susceptible d’influer sur l’objectivité ou l’indépendance du programme.

La personne responsable du comité organisateur doit remplir et signer le présent formulaire de divulgation afin de confirmer que l’activité satisfait aux normes en matière d'éthique et d'indépendance.

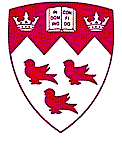
**Appui commercial:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Organisme ou entité commerciale** | **Montant en dollars (CAD)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**En tant que responsable du comité organisateur, je confirme que :**

* Les conférenciers et le contenu du programme ont été choisis par les membres du comité organisateur et n'ont été influencés par aucune entité commerciale.

DATE : (aaaa/mmm/jj) **RESPONSABLE DU COMITÉ ORGANISATEUR (**signature)



# intérÊts commerciaux en concurrence

#### **FORMATION CONTINUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES**

#### **École de sciences infirmières Ingram, Faculté de médecine et des sciences**

#### **de la santé, Université McGill**

TITRE DE L’ACTIVITÉ DE FORMATION :

L’activité est :

1. financée par un seul promoteur ****  (remplir, dater et signer le formulaire)
2. financée par plusieurs promoteurs ****  (dater et signer le formulaire **uniquement**)
3. Dans le cas où les médicaments ou les équipements d’une entité commerciale seront mentionnés dans les diapositives des conférenciers, dressez une liste de **tous** les produits similaires de **tous** les concurrents qui font l’objet d’une utilisation ou d’un essai clinique.

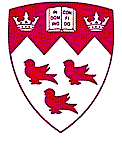
Indiquez toutes les diapositives dans lesquelles sont évoqués le ou les produits du promoteur ou une étude à leur sujet.

|  |  |
| --- | --- |
| **Produit du promoteur** | **Diapositives où il apparaît** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Énumérez tous les produits semblables ou concurrents fabriqués par d’autres entreprises, qui sont vendus sur le marché ou en période d’essai clinique. Précisez si le produit concurrent est mentionné dans la présentation.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Produit du promoteur** | **Produit concurrent** | **Fabricant concurrent** | **Diapositive où le produit concurrent apparaît** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DATE :** (aaaa/mmm/jj) **RESPONSABLE DU COMITÉ ORGANISATEUR** (SIGNATURE)



#### **Divulgation de conflit d'intérêts potentiel**

#### **FORMATION CONTINUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES**

#### **École de sciences infirmières Ingram, Faculté de médecine et des sciences**

#### **de la santé, Université McGill**

Les responsables du comité organisateur, les membres du comité et les conférenciers doivent remplir le présent formulaire. Tous doivent signer une déclaration, qu’ils entretiennent ou non une relation avec une entité commerciale (société pharmaceutique, fabricant d'instruments médicaux, agence de communications, etc.).

**Nous demandons aux conférenciers de divulguer tout conflit d'intérêts potentiel dès le DÉBUT de la présentation (divulgation orale et visuelle à l'aide d'une diapositive)**

**TITRE DE L'ACTIVITÉ :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

** Je n'ai aucune affiliation (financière ou autre) avec une entité commerciale.**

* Les conférenciers n'ayant aucun lien avec une entité commerciale doivent informer l'auditoire qu'ils n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

** J’ai/j’ai eu une affiliation (financière ou autre) avec une entité commerciale.**

* Les conférenciers qui ont des liens avec l'industrie doivent divulguer à l'auditoire la nature de leur affiliation, le nom des organisations commerciales auxquelles ils sont affiliés et la durée de leur relation. Veuillez remplir la section ci‑dessous.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TYPE D'AFFILIATION** | **ORGANISATION** | **DÉTAILS/DURÉE (de/à)** |
| Je suis membre d'un conseil consultatif ou d’un comité de cette nature pour une organisation commerciale. |  |  |
| Je suis membre d'un service de conférenciers. |  |  |
| Une organisation commerciale m'a versé un paiement (y compris des cadeaux, etc.). |  |  |
| Une organisation commerciale m'a remis une subvention ou des honoraires. |  |  |
| Je détiens un brevet pour un produit mentionné pendant le programme ou commercialisé par une organisation commerciale. |  |  |
| Je détiens des placements dans une société pharmaceutique, un fabricant d'instruments médicaux ou une agence de communications. |  |  |
| Je participe actuellement ou j'ai participé à un essai clinique au cours des deux dernières années. |  |  |
| Autre : |  |  |

|  |
| --- |
| Je, , atteste que l'information susmentionnée est exacte.  (en lettres moulées)  Signature Date  (aaaa/mmm/jj) |

Il appartient à l'organisateur de faire remplir et signer le présent formulaire par toutes les personnes impliquées dans l'activité : responsables du comité de planification, membres du comité, conférenciers, formateurs, animateurs, modérateurs, auteurs et rédacteurs de contenu médical. De plus, l’organisateur veillera à ce que le descriptif du cours fasse mention du conflit d’intérêts potentiel et à ce que le conférencier le déclare au début de sa présentation à l’aide d’une diapositive.

**Les déclarations suivantes sont des exemples de divulgation :**

*Je n'ai aucun conflit d'intérêts à déclarer. Je n'ai pas d'affiliation ou d'intérêts financiers dans une société commerciale.*

**OU**

*Je suis consultant pour la société XYZ. J'ai été invité récemment par la société*

*XYZ. J’ai été conférencier pour la société XYZ. Je reçois des subventions de recherche de la société XYZ.*