Veuillez lire le [document](https://ca.gsk.com/media/1393400/ca-meded-proactive-ime-info-and-criteria-formatted-fr-02may2018.pdf) présentant le programme et ses critères d’admissibilité qui figure sur le site Web de GSK Canada dédié à la formation médicale indépendante (FMI). Si toutes ces conditions ne sont pas remplies, votre demande ne sera pas admissible pour le programme. Pour effectuer une demande, veuillez remplir, signer et envoyer le formulaire accompagné de tous les documents à l’appui, par courriel, à l’adresse **medicalgrants.canada@gsk.com**. Pour toute demande d’information, veuillez utiliser cette adresse courriel pour nous transmettre vos questions ou pour planifier une conversation téléphonique avec un membre de notre équipe. Vous pouvez également consulter notre [questions fréquemment posées](https://ca.gsk.com/media/1334061/faq-fr-01aug2017.pdf).

|  |  |
| --- | --- |
| **Sections du formulaire de demande** | |
| 1. Renseignements sur le fournisseur de FMI 2. Information générale 3. Domaine thérapeutique 4. Description du besoin de formation des professionnels de la santé | 1. Conception de l’activité de formation et retombées mesurées 2. Budget 3. Déclarations et signature |

Liste de contrôle

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Renseignements sur le fournisseur de FMI **:** Votre organisme est un fournisseur de formation médicale indépendant admissible\* selon les critères établis par GSK. *\*Les fournisseurs admissibles comprennent les organisations scientifiques ou professionnelles; les sociétés professionnelles médicales, pharmaceutiques et de soins infirmiers; les groupes de défense des droits des patients; les organisations axées sur les patients; les facultés universitaires; les réseaux intégrés et les autorités de santé; ainsi que les services ou divisions d’un hôpital. Les fournisseurs inadmissibles comprennent les professionnels de la santé individuels ou en petits groupes de travail, les fournisseurs de programmes de formation en ligne, maisons d’édition, agences de communication et autres entreprises semblables à but lucratif et les organisations non canadiennes.* |  |
| 1. Information générale **:** L’initiative doit se dérouler au Canada. La date de début de l’événement a lieu dans un délai d’au moins **8 semaines** après la date de soumission de la demande ou la fin du cycle de soumission en cours. Le fournisseur peut attester que le financement demandé (ajouté à toute autre subvention accordée par GSK) ne représente pas plus de 25 % du financement total reçu par le bénéficiaire pendant l’année civile en cours. Il est conseillé de faire preuve de concision en rédigeant la demande et d’indiquer dans une annexe toutes les précisions pertinentes. |  |
| 1. **Domaine thérapeutique :** La proposition porte sur l’un des domaines thérapeutiques d’intérêt déterminés par GSK pour l’année de financement en cours. Les sujets ou les données sur les produits présentés dans le cadre du programme (ayant trait à des produits de GSK ou à des produits concurrents) doivent être conformes à l’indication approuvée des produits (y compris l’information sur la classe thérapeutique, le mode d’action ou le domaine thérapeutique). |  |
| 1. **Description du besoin de formation des professionnels de la santé :** La proposition comprend une évaluation du besoin de formation fondée sur des données probantes. |  |
| 1. **Conception de l’activité de formation et retombées mesurées :** La proposition comprend le détail de la conception de l’activité de formation et doit inclure des mécanismes permettant de mesurer les retombées de l’activité de formation qui répondent aux critères de financement de GSK. L’auditoire cible est composé de professionnels de la santé. |  |
| 1. **Budget :** Le budget est habituel, ventilé et les postes sont alloués à des catégories appropriées. |  |
| 1. **Déclarations et signature :** Le fournisseur accepte de se conformer aux exigences de transparence de GSK et à son droit de divulguer les détails concernant les subventions de FMI. Le fournisseur consent à fournir un résumé de l’enseignement dispensé et des répercussions globales de l’activité de formation. L’information divulguée et le résumé peuvent être mis à la disposition du public sur le site Web externe de GSK. Les conflits d’intérêts ont été cernés et divulgués. |  |
| L’activité de formation a été mise au point sans aucune influence commerciale et son contenu est juste, équilibré et non promotionnel. Le programme n’offre aucun avantage commercial ni aucune occasion d’affaires aux commanditaires\*  *\*Si le but de la demande de commandite est d’offrir des avantages commerciaux, quels qu’ils soient (p. ex., des stands ou une inscription gratuite à un congrès) en échange de la commandite, la demande doit être évaluée par l’équipe responsable des commandites de conférence et envoyée à la boîte courriel de l’équipe : ca.conference-sponsorship@gsk.com. Ce formulaire ne doit pas être rempli.* |  |

1. Renseignements sur le fournisseur de FMI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’organisme |  | |
| Type d’organisme | Organismes scientifiques ou professionnels  Associations professionnelles de médecins, de pharmaciens et d’infirmiers/infirmières  Groupes de défense des droits des patients, organismes axés sur les patients  Facultés d’université  Réseaux intégrés de sante et autorités sanitaires  Services ou divisions d’hôpitaux  Autre (veuillez préciser) : | |
| Votre organisme est-il un organisme de soins de santé ?  *Remarque : Les organisations de soins de santé et les organisations non médicales peuvent être admissibles. Ces renseignements sont destinés à nos dossiers et processus internes uniquement. Ils n’ont aucune incidence sur la décision d’accorder ou non un financement.* | Oui  Non  *Organisme de soins de santé : entité juridique qui peut être une association ou un organisme à vocation sanitaire, médicale ou scientifique, notamment un hôpital, une clinique, une fondation, une université ou autre établissement d’enseignement ou société savante (à l’exclusion des organisations de patients).* | |
| Votre organisme est‑il un organisme à but lucratif?  *Les organismes non admissibles comprennent les suivants : fournisseurs de programmes de formation en ligne, maisons d’édition, agences de communication et autres entreprises semblables à but lucratif.* | Oui  Non | |
| Description de l’organisme  *Veuillez inclure une brève description (environ 200 mots) de la structure de gouvernance et du but de votre organisme. N’hésitez pas à ajouter à votre demande des liens ou des pièces jointes afin de mieux situer le contexte de votre organisme.* |  | |
| Nom de l’organisme à l’ordre duquel le paiement doit être effectué et adresse (si la demande est approuvée) *Veuillez noter que GSK n’a pas le droit de verser des fonds à un tiers fournisseur ou à un individu; les fonds doivent être versés à l’ordre de l’organisme demandeur.* | Nom |  |
| Adresse |  |
| Mode de paiement privilégié (si la demande est approuvée) | Chèque  Transfert électronique de fonds (TEF) | |
| Nom et adresse de la personne à qui envoyer toute correspondance commerciale et le paiement | Nom |  |
| Adresse |  |
| Courriel |  |
| Téléphone |  |

1. Information générale

|  |  |
| --- | --- |
| Titre de l’activité de formation |  |
| Montant total de l’aide financière sollicitée  *\* Remarque : Les demandes de 10 000 $ ou moins seront évaluées de façon continue tout au long de l’année. Les demandes de plus de 10 000 $ seront évaluées deux fois par année dans le cadre d’appels d’offres.*  *\*Note : Indiquer uniquement le montant demandé à GSK, et non pas le coût total de l’activité (s’il s’agit d’un financement partiel).* | $ |
| Le montant sollicité est-il supérieur à 25 % du revenu annuel de votre organisme ? | Oui  Non |
| Des kiosques commandités par l’industrie sont-ils prévus à l’événement? | Oui  Non |
| Ville/province/pays où se tiendra l’activité |  |
| Date de début de l’activité de formation\* |  |
| Date de fin de l’activité de formation\* |  |

\***Remarques** : L’événement doit avoir lieu dans un délai d’au moins **8 semaines** après la date de soumission de la demande ou la fin du cycle de soumission en cours. Les demandes présentées dans un délai de moins de 8 semaines pourraient être rejetées. Si plusieurs séances sont prévues, veuillez indiquer la date de début de la première séance comme date de début, et la date de fin de la dernière séance comme date de fin.

|  |  |
| --- | --- |
| Brève description de l’activité de formation (**maximum ~150 mots**) |  |

1. Domaine thérapeutique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **La proposition faisant l’objet de la demande a trait au(x) champ(s) thérapeutique(s) suivant(s) de GSK :** | | | |
| **Maladies respiratoires** | **Vaccins** | | **Oncologie** |
| Asthme  MPOC | Programme de vaccination pour enfants  Programme de vaccination pour adultes | | Cancer des ovaires |
| Champ thérapeutique (le cas échéant) : | |
| VRS  Diphtérie  Haemophilus influenza de type B  Hépatite A et hépatite B  Grippe  Rougeole  Oreillons  Neisseria meningitidis  Virus du papillome humain | Coqueluche  Poliomyélite  Rotavirus  Rubéole  Streptococcus pneumoniae  Tétanos  Varicelle  Zona |
| Ensemble des maladies et des technologies, science des vaccins en général | |
| Réticence à la vaccination  Adjuvants | Sensibilisation à la vaccination  Autre (veuillez préciser) : |

1. **Description du besoin de formation des professionnels de la santé**

|  |
| --- |
| **Quel besoin ou lacune en matière de formation relativement aux connaissances ou aux compétences des professionnels de la santé votre programme vise-t-il à combler ?** |
|  |
| **Comment ce besoin de formation a-t-il été déterminé ?** *P. ex., examen de la littérature, entrevues avec des experts, sondages auprès de professionnels de la santé, données du recensement national, recommandations d’organismes de direction à l’échelle régionale ou nationale* |
|  |

1. **Conception de l’activité de formation et retombées mesurées**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Quel est le format de votre programme de formation ?** *P. ex., module en ligne, séminaire, séance en personne avec études de cas, atelier, campagne, conférence, symposium, etc.* | | | | |
|  | | | | |
| **Les subventions de formation médicale indépendante ont pour but de soutenir la formation des professionnels de la santé, et non l’éducation des patients. Veuillez indiquer le nombre de participants estimé pour chaque fonction faisant partie de l’auditoire cible de ce programme de formation :** | | | | |
| **Nombre** | **Fonction** | | **Notes supplémentaires sur l’auditoire cible (s’il y a lieu) :** | |
|  | Spécialiste | |  | |
|  | Médecin de famille | |
|  | Infirmière | |
|  | Pharmacien | |
|  | Professionnel paramédical (p. ex., inhalothérapeute, épidémiologiste de la santé publique) | |
|  | Autre (veuillez préciser) : | |
|  | **Nombre total de participants** | |  | |
| **Veuillez fournir un résumé du contenu et du déroulement de votre programme (joindre un document au besoin).** *Si le déroulement n’est pas encore finalisé, veuillez soumettre une version préliminaire. Si votre programme consiste en une séance individuelle faisant partie d’un programme plus vaste ou d’une conférence, indiquez uniquement le déroulement de votre propre programme, et non celui du programme élargi ou de la conférence.* | | | | |
|  | | | | |
| **Veuillez indiquer les objectifs d’apprentissage/les résultats visés de votre programme de formation :** | | | | |
|  | | | | |
| **Comment ces objectifs d’apprentissage/ces résultats seront-ils mesurés ou analysés ?***P. ex., test avant et après le programme, suivi auprès des participants, dossiers de santé des patients, questionnaires, etc.* | | | | |
|  | | | | |
| **Dans le tableau suivant, veuillez sélectionner le ou les niveaux qui correspondent le mieux aux résultats1 que vous attendez de votre formation.** *Pour que le programme soit admissible, le niveau de résultats doit être de 3a ou plus.* | | | | |
| **Niveau de résultats de la formation** | | **Description** | **Exemple de mesure/ d’analyse des résultats** |  |
| **Niveau 7 :**  Santé communautaire | | L’état de santé d’une communauté de patients s’améliore grâce à la modification des habitudes de pratique des participants. | *Analyse des dossiers de santé des patients/de la communauté* |  |
| **Niveau 6 :**  Santé des patients | | L’état de santé de certains patients s’améliore grâce à la modification des habitudes de pratique des participants. | *Analyse des dossiers de santé des patients* |  |
| **Niveau 5 :**  Performance | | Les participants peuvent ***faire*** ce que le programme de formation avait pour objectif de leur permettre de faire dans le cadre de leur pratique. | *Suivi auprès des participants pour déterminer si leurs habitudes de pratique ont changé* |  |
| **Niveau 4 :**  Compétence | | Les participants peuvent ***démontrer*** dans le cadre d’une formation comment faire ce que le programme de formation avait pour objectif de leur permettre de faire. | *Réponse à des études de cas ou démonstration par des jeux de rôles* |  |
| **Niveau 3b :**  Savoir procédural | | Les participants peuvent ***dire comment*** faire ce que le programme de formation avait pour objectif de leur permettre de faire. | *Test avant et après le programme* |  |
| **Niveau 3a :**  Savoir déclaratif | | Les participants peuvent ***dire ce que*** le programme de formation avait pour objectif de leur permettre de faire. | *Test avant et après le programme* |  |
| **Niveau 2 :**  Satisfaction | | Les attentes des participants relativement au cadre et à la prestation du programme de formation ont été comblées. | *Sondage de satisfaction auprès des participants* |  |
| **Niveau 1 :**  Participation | | Le nombre de médecins et d’autres personnes ayant participé à l’activité de FMC | *Registres de présence* |  |

1Veuillez vous reporter à l’article de Moore D. E., *Journal of Continuing Education in the Healthcare Professions*, 2009, vol. 29, numéro 1, page 4.

1. Budget

|  |  |
| --- | --- |
| * Le budget peut inclure les honoraires et les frais des enseignants. * Les frais de déplacement ou les dépenses remboursables des participants ne seront pas couverts par la subvention. * Pour les frais personnels, veuillez inclure un tarif horaire ou journalier connu ou estimé et le nombre d’heures ou de jours de travail prévus. * Les taxes sont en sus pour tous les frais inclus dans le budget | * À noter qu’une réconciliation budgétaire peut être requise une fois l’activité terminée afin de confirmer que les fonds alloués ont été utilisés de façon appropriée. * Nous demandons une ventilation complète des coûts indirects. Ces coûts ne doivent pas être présentés en pourcentage du budget total. * Si un financement partiel est demandé, veuillez fournir le budget du programme dans son ensemble, ainsi que le montant demandé à GSK. |

**Vous trouverez un exemple de budget ci-dessous. Veuillez modifier les catégories de budget et l’espace requis au besoin. Précisez les différents éléments en conséquence en donnant le plus de détails possibles. Le cas échéant, le demandeur peut joindre un document budgétaire distinct à sa demande au lieu de remplir la section ci-dessous.**

**Pour toute question au sujet des estimations budgétaires, écrivez-nous à l’adresse** [medicalgrants.canada@gsk.com](mailto:medicalgrants.canada@gsk.com) **pour nous transmettre vos demandes d’information ou pour fixer un rendez-vous téléphonique au moment qui vous convient.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poste | | Coût horaire | | Heures | Total | | Description des dépenses si nécessaire |
| Logistique (p. ex., lieu de la formation) | | | | | | | |
|  | | $ | |  | $ | |  |
|  | | $ | |  | $ | |  |
| Matériel et activités générateurs d’auditoire (p. ex., invitations, dépliants, distribution électronique) | | | | | | | |
|  | | $ | |  | $ | |  |
|  | | $ | |  | $ | |  |
| Dépenses liées au personnel enseignant (p. ex., honoraires, déplacement, hébergement). Aux fins de versement des honoraires, veuillez indiquer le nombre d’heures de travail *et* le coût horaire. Le travail préparatoire peut être inclus. | | | | | | | |
|  | | $ | |  | $ | |  |
|  | | $ | |  | $ | |  |
| Élaboration du matériel pédagogique (p. ex., coûts de développement du contenu et de prestation de l’activité pour les webémissions, les modules d’apprentissage en ligne, les diaporamas, les publications) | | | | | | | |
|  | | $ | |  | $ | |  |
|  | | $ | |  | $ | |  |
| Frais d’accréditation | | | | | | | |
|  | | $ | |  | $ | |  |
|  | | $ | |  | $ | |  |
| Autre | | | | | | | |
|  | | $ | |  | $ | |  |
|  | | $ | |  | $ | |  |
| **Total pour le programme complet** | | | | | **$** | | |
| **Montant demandé à GSK** (à préciser s’il est différent du montant susmentionné et si un financement partiel est requis). | | | | | **$** | | |
| **Cette activité de formation compte-t-elle plusieurs commanditaires?**  *Ces renseignements sont destinés à nos dossiers et processus internes uniquement. Ils n’ont aucune incidence sur la décision d’accorder ou non un financement.* | | | | | Oui  Non | | |
| **Est-ce que GSK doit payer des taxes sur le montant financé? Dans l’affirmative, veuillez indiquer le nom de la province et fournir le(les) numéro(s) d’inscription au registre des taxes.**  *GSK exige que les organisations qui lui demandent de payer des taxes produisent une facture.* | | | | | Oui  Non | | |
| **Province** |  | | | | | | | |
| **Taxes** |  | | **Numéro d’inscription au registre des taxes** | | |  | | |
| **Taxes** |  | | **Numéro d’inscription au registre des taxes** | | |  | | |

1. Déclarations et signature

|  |  |
| --- | --- |
| Déclaration de conflits d’intérêts | |
| 1. À votre connaissance, est-ce que des personnes de votre organisation (p. ex., des dirigeants, des employés, des bénévoles ou autres) ou des membres de leur famille ont un conflit d’intérêts direct avec GSK (p. ex., relation familiale avec un employé de GSK, investissement important dans GSK, relation commerciale avec GSK ou autre)? | |
| Organisation / dirigeants / employés  Oui  *Dans l’affirmative, veuillez préciser :*  Non | Famille des employés / bénévoles / dirigeants  Oui  *Dans l’affirmative, veuillez préciser :*  Non |
| 1. À votre connaissance, est-ce que des personnes dans votre organisation (p. ex., des dirigeants, des employés, des bénévoles ou autres) ou des membres de leur famille occupent un poste au sein duquel ils prennent des décisions ou fournissent des conseils ou exercent une influence sur des décisions, sur les règlements appliqués aux médicaments ou aux vaccins ou sur le financement ou la prestation de soins de santé qui pourraient constituer un conflit d’intérêts? | |
| Organisation / dirigeants / employés  Oui  *Dans l’affirmative, veuillez préciser :*  Non | Famille des employés / bénévoles / dirigeants  Oui  *Dans l’affirmative, veuillez préciser :*  Non |
| 1. À votre connaissance, le total de cet apport et de tout autre apport provenant d’une source de GSK, le cas échéant, dépasse-t-il 25 % du financement total que votre organisation s’attend à recevoir pendant l’année en cours? | |
| Oui  *Dans l’affirmative, veuillez préciser :*  Non | |
| 1. GSK s’engage à respecter les normes éthiques les plus élevées dans sa façon de travailler, y compris dans son partenariat avec votre organisation. Nous n’effectuerons pas, ni n’offrirons d’effectuer ou autoriserons quelque paiement ou transfert de valeur que ce soit pour obtenir ou conserver un avantage commercial indu (p. ex., à un représentant, à un distributeur ou à un intermédiaire). Pouvez-vous attester que votre organisation comprend l’importance de cet engagement pour GSK et qu’elle exercera ses activités et représentera nos intérêts conformément à ces normes de conduite? | |
| Oui  Non  *Dans la négative, veuillez préciser :* | |

J’atteste que je suis un représentant dûment autorisé ou un mandataire de l’organisation qui présente cette demande et que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance corrects. Je comprends que GSK peut me demander de fournir de la documentation additionnelle à l’appui de l’information fournie ci-haut et j’accepte de me conformer à cette demande.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Signature |  |
| Poste/titre |  | Date |  |
| Si ma demande de subvention est approuvée, je consens à fournir un résumé de l’enseignement fourni et des retombées de l’activité et j’autorise GSK Canada à publier ce résumé sur son site Web dédié à la formation médicale indépendante à des fins de transparence et dans le but de partager les meilleures pratiques | | | |

*Veuillez noter que la communication des détails du paiement est exigée lors de l’octroi d’une subvention à la formation. Le paiement doit être versé à un organisme et non pas sur un compte personnel.*