|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Cahier des charges** **Dépôt d’actions de formation** | Réf : PIL-SUP-007 |
| Rév : 1 |
| Date : 25/02/2017 |

**Vous intervenez dans notre centre de formation INK ou vous souhaitez y intervenir prochainement pour des stages de formation ; ce dossier va nous aider à mieux cerner le thème de votre demande, la qualité du projet de formation et nous permettre d’enregistrer vos actions sur les différents organismes de prise en charge.**

 **Merci de remplir les différents items ci-dessous pour chaque thème de stage.**

|  |
| --- |
| **FORMATEUR** |
| Nom du formateur : Cliquez ici pour votre nom Prénom : Cliquez ici pour votre prénom |
| Titre de la formation (ce titre doit être scientifiquement irréprochable et indiquer de façon très claire le sujet) : Titre de la formationNiveau de la formation : Débutant Nombre de jours de la formation : 1 2 3 +de 3Nombre d’heures théoriques moyen par jour : de 3 à 4 h Nombre d’heures de pratiques  moyen par jour: de 3 à 4 h (une journée de formation = 7 heures) |
|  |
| **CURRICULUM VITAE** |
| Votre CV doit se présenter sous la forme d’une courte biographie avec éventuellement la liste de vos travaux ou publications, en rapport avec le thème de la formation *(vous pouvez joindre un fichier)*.Indiquez votre CV |



**Déclarer ses liens d’intérêts : Un conflit d’intérêts** naît d’une situation dans laquelle les liens d’intérêts d’une personne sont susceptibles, par leur nature ou leur intensité, de mettre en cause son impartialité ou son indépendance dans l’exercice de la mission qui lui est confiée.

La notion de **lien d’intérêts** recouvre les intérêts ou les activités, passés ou présents, d’ordre patrimonial, professionnel ou familial, de la personne en relation avec l’objet de la mission qui lui est confiée.

L’intérêt peut être :

* Matériel ou moral :
	+ Matériel ou financier : rémunération ou gratification de toute nature ;
	+ Moral, consistant en un bénéfice en termes de reconnaissance, occasionnelle ou régulière, sous toutes ses formes, notamment pour la promotion ou la défense :
		- D’intérêts personnels non directement financiers – comme ceux relatifs à des responsabilités professionnelles assumées ou recherchées, ou des mandats électifs professionnels détenus ou souhaités,
		- D’intérêts de groupes, tels ceux d’une école de pensée, d’une discipline ou d’une spécialité professionnelles - par exemple en cas d’exercice de responsabilités dans des organismes dont les prises de position publiques sur des questions en rapport avec la mission demandée pourraient faire douter de l’indépendance, de l’impartialité ou de l’objectivité de celui qui les exerce.
* Direct ou par personne interposée :
	+ Intérêt direct : intérêt impliquant, à titre personnel, directement pour l’intéressé, un bénéfice, c'est à dire une rémunération, en argent ou en nature, ou toute forme de reconnaissance, occasionnelle ou régulière, sous quelque forme que ce soit. Le bénéfice est un avantage ou une absence de désavantage pour soi-même.
	+ Intérêt indirect (ou par personne interposée) : intérêt impliquant, en raison de la mission remplie par l’intéressé, un bénéfice, rémunération ou gratification, ou une absence de désavantage, au profit d’une autre personne, physique ou morale (institution, organisme de toute nature), avec laquelle l’intéressé est en relation, ou un désavantage pour cette autre personne (que l’intéressé pourrait souhaiter pour celle-ci), dans des conditions telles que le comportement de l’intéressé pourrait s’en trouver influencé, même s’il ne reçoit aucun bénéfice à titre personnel.
* Ancien, voire futur :
	+ La déclaration d’intérêts impose de déclarer les intérêts actuels mais aussi ceux qui existaient pendant les cinq dernières années ;
	+ Dans un souci de loyauté, et même si la déclaration d’intérêts ne le prévoit pas, il convient que les personnes concernées informent des liens d’intérêts dont elles savent, au moment où elles font la déclaration, qu’ils vont apparaître dans un proche avenir.



**Compte tenu des éléments présentés ci-dessus, nous vous proposons de remplir le document suivant afin de nous informer de tout « intérêt » éventuel. Cette déclaration engage la responsabilité du déclarant qui doit s’assurer qu’elle est sincère, à jour et exhaustive.**

Je soussigné(e) (Prénom) (Nom), (Profession) Prénom et NOM

Intervenant au titre de : Cochez la case au sein de **l’INK**

Déclare avoir pris connaissance de l’obligation de déclarer les intérêts éventuels et leur nature et être donc en mesure de déclarer sur les cinq dernières années :

1. Activité principale :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activité** | **Exercice*****(libéral, salarié, autre…)*** | **Lieu d’exercice** | **Début*****(Mois/année)*** | **Fin*****(Mois/année)*** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

1. Activités à titre secondaire :

*(Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration, travaux ou études scientifiques, consultant, articles, congrès…)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Structure ou organisme** | **Fonction ou activité** | **Rémunération****(oui/non)** | **Début*****(Mois/année)*** | **Fin*****(Mois/année)*** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

1. Activités qui ont bénéficié d’un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence de l'organisme objet de la déclaration

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Structure et activité bénéficiant du financement** | **Organisme à but lucratif financeur** | **Début*****(Mois/année)*** | **Fin*****(Mois/année)*** |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

1. Participations financières dans le capital d’une société :

|  |  |
| --- | --- |
| **Structure concernée** | **Type d’investissement** |
|   |   |
|   |   |

1. Existence de proches parents salariés ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence de l'organisme objet de la déclaration

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Organismes concernés** | **Commentaire** | **Début*****(Mois/année)*** | **Fin*****(Mois/année)*** |
|   |    |   |   |
|   |    |   |   |

1. Autres liens d’intérêts que le déclarant choisit de faire connaître :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elément ou fait concerné** | **Commentaire** | **Début*****(Mois/année)*** | **Fin*****(Mois/année)*** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

[ ]  Je n’ai aucun lien d’intérêt à déclarer.

Fait à :

Le : jj/mm/aaaa

 Signature

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS DIVERS** |
| Adresse : CP : Ville : N° SIRET : N° RPPS : N° sécurité sociale : N° inscription à l’Ordre :  |
| Votre mode de rémunération *(fournir un RIB)* : Salaire Honoraires |
| Votre mode de déplacement : [ ]  Train [ ]  Avion [ ]  Véhicule personnel *(fournir une copie de la carte grise)* |
| L’intégralité de ce document est à remplir informatiquement puis à imprimer en nous joignant :* **Les supports pédagogiques de la formation concernée**
* Le fichier de votre CV si vous n’avez pas rempli le cadre réservé à cet effet
* Une photo d’identité ou un fichier d’une photo d’identité
* Un Relevé d’Identité Bancaire
* La photocopie de la carte grise si vos déplacements s’effectuent avec votre véhicule personnel

Ne pas oublier de dater et signer la déclaration d’intérêts (fournir un Scan de la page précédente)**Pour plus de renseignements, n’hésitez pas à contacter****le secrétariat au 01 44 83 46 71 ou Christian Chatry au 06 61 79 88 07** |
|  |
| **PRÉCISIONS** |
| Organisation et animation |
| Pour les formations décentralisées, l’INK met à disposition un animateur qui a pour missions :* de réceptionner les documents du stage envoyés par l’INK une quinzaine de jours avant les stages en Province.
* Les statistiques des QCM faits par les stagiaires vous sont envoyées directement par mail, environ une semaine avant le début du stage. N’hésitez pas à vous manifester auprès de l’INK si vous ne les avez pas reçus ;
* de faire l’accueil administratif sur le lieu du stage (INK, hôtel ou salle en location) ;
* de réserver votre chambre (nombre de nuitées en accord avec vous) ;

d’organiser votre arrivée et votre départ dans le cas où le lieu de la formation est éloigné de la gare SNCF ou de l’aéroport. |
| Rémunération et plafonds de prise en charge |
| Le formateur percevra, pour une intervention de 2 jours, une rémunération :* soit en salaire brut : DPC : 1 300,00 € - FIFPL : 1 100,00 €
* soit en honoraires : DPC : 1 800,00 € - FIFPL : 1 600,00 €

La différence de tarif entre le FIFPL et le DPC s’explique par le travail supplémentaire engendré par l’étude OBLIGATOIRE et l’adaptation de la formation aux réponses des QCM pré–présentiels.La rémunération sera versée après réception du dossier de fin de mission, comprenant les justificatifs de frais d’hôtellerie, restauration et déplacement, dans les 15 jours suivant la formation.Montant des plafonds de prise en charge par l’INK* 140 € par nuit d’hôtel, petit déjeuner compris, pour le ou les formateurs (2 à 3 nuits) ;
* 35 € par déjeuner pour le ou les formateurs ;
* 35 € maximum par dîner pour le ou les formateurs (3 maximum pour 2 jours de stage) ;

Frais de déplacements sur la base d’un aller-retour SNCF 1ère classe ou 0,40 € du kilomètre en voiture + péages. |

|  |
| --- |
| **PROJET PÉDAGOGIQUE** |
| Accroche : en 1 phrase, indiquez le texte qui se retrouvera sur les outils de communications notamment sur le site de l’INK et qui permet de susciter immédiatement l’intérêt du professionnel. |
| Phrase d’accroche : |
| Objectifs, à l’issue de la formation, le professionnel devra être capable de : |
| Objectifs généraux au thème : |
| Objectifs spécifiques au stage : |
| Pré-requis nécessaire(s) pour les stagiaires |
|  Si OUI, le ou lesquels :  |
| Moyens pédagogique (matériel, support, …) |
| [ ]  Powerpoint [ ]  CD/DVD [ ]  Vidéos [ ]  Livres [ ]  Revues [ ]  Matériels : à détailler [ ]  Autres : à détailler |
| Besoins spécifiques |
| [ ]  Ordinateur des stagiaires [ ]  Tables de massages [ ]  Tables traditionnelles[ ]  Mannequins (nombre) : [ ]  Modèles (nombre) : choisissez[ ]  Consommables (à détailler) : à détailler[ ]  Autres (à détailler) : à détailler |

|  |
| --- |
| Lieu souhaité |
| [ ]  Pas d’exigence particulière ou [ ]  Paris (Siège de l’INK) et/ou[ ]  Autre(s) lieu(x) (indiquer si possible les adresse exactes) :Lieu et adressesLieu et adressesLieu et adresses |
|  |
| Public concerné et nombre de personnes maximum |
| Profession(s) concernée(s) par la formation :[ ]  Masso-kinésithérapie [ ]  Pédicurie Podologie [ ]  Orthophonie[ ]  Infirmier [ ]  Chirurgien-Dentiste [ ]  Médecine générale[ ]  Médine spécialisée () : à détailler[ ]  Autres professions (à détailler) : |
| Nombre de personnes maximum pour le bon déroulement du stage :  |

|  |
| --- |
| **PROGRAMME DETAILLE****Horaires de chaque module par journée de formation** |
| Jour 1 : Détaillé le jour 1Jour 2 : Détaillé le jour 2Jour 3 : Détaillé le jour 3Jour 4 : Détaillé le jour 4 |

**MERCI DE FOURNIR IMPERATIVEMENT VOS SUPPORTS PÉDAGOGIQUES AU FORMAT PDF**

|  |
| --- |
| **RÉFÉRENCE HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ - HAS** |
| Titre | Année | Eventuellement lien Internet de la HAS |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|  |  |  |
| **BIBLIOGRAPHIE (norme de Vancouver)** |
| Auteurs | Titre | Année de parution | Maison d’édition | Pagination ou chapitre |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **ORIENTATIONS NATIONALES** |
| Renforcer la prévention et la promotion de la santé |
| 01-Programmes de dépistage organisé des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus) [ ] 02-Amélioration de la couverture vaccinale de la population [ ] 03-Contraception et santé sexuelle [ ] 04-Dépistage et diagnostic par tests, recueils et traitements de signaux biologiques sur le lieu de soins [ ] 05-Risques sanitaires liés à l'environnement [ ] 06-Coopération entre médecin du travail et médecin traitant [ ]  |
| Faciliter au quotidien les parcours de santé |
| 07-Coordination des équipes de soins primaires pour contribuer à la structuration des parcours de santé du patient, notamment à l'échelle d'un territoire de santé [ ] 08-Coordination des soins entre médecin traitant et médecin correspondant [ ] 09-Repérage précoce des grandes pathologies psychiatriques et des troubles psychiques chez les enfants et adolescents en grande difficulté [ ] 10-Repérage de l'obésité et prise en charge [ ] 11-Repérage de la maltraitance et de la violence (enfants, personnes âgées, personne en situation de handicap, violences faites aux femmes,…) et conduite à tenir [ ] 12-Repérage précoce et intervention brève (RPIB) des conduites addictives : tabac, alcool et cannabis [ ] 13-Prise en charge des troubles du spectre de l'autisme (TSA) [ ] 14-Repérage des signes précoces ou atypiques d'une maladie neuro-dégénérative [ ] 15-Evaluation multidimensionnelle des patients atteints d'une maladie neuro-dégénérative [ ] 16-« Annonce » du diagnostic d'une maladie grave (cancer, maladie neuro-dégénérative, SIDA…) [ ] 17-Prise en charge de la douleur [ ] 18-Soins palliatifs et démarche palliative [ ]  19-Repérage et prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) [ ] 20-Organisation de la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie rare (comment éviter l'errance diagnostique et thérapeutique) [ ] 21-Elaboration et accompagnement d'un projet de santé territorial [ ]  |
| Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé |
| 22-Maîtrise de stage et tutorat [ ] 23-Formation à la mise en place et à l'utilisation de bases de données médicales (registres, recueils en continu, intégration de data-set dans la pratique) [ ] 24-Juste prescription des antibiotiques, pour une maitrise de l'antibio-résistance [ ] 25-Juste prescription des médicaments anxiolytiques et hypnotiques [ ] 26-Juste prescription des médicaments et prévention de l’iatrogénie médicamenteuse [ ] 27-Prescription et dispensation des médicaments génériques [ ] 28-Le circuit du médicament (sécurité de l'administration, prescription et délivrance, dispensation, suivi et réévaluation) [ ] 29-Lutte contre les infections associées aux soins [ ] 30-Signalement des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) [ ]  |

|  |
| --- |
| 31-Amélioration de la pertinence des soins [ ] 32-Education pour la santé [ ] 33-La réflexion éthique dans les pratiques professionnelles [ ] 34-Prise en charge des patients en situations sanitaires exceptionnelles (SSE), repérage, diagnostic et accompagnement des situations de stress posttraumatique [ ]  |
| Masseur-kinésithérapeute |
| 01-Prévention des chutes de la personne âgée [ ] 02-Bilan d'entrée en établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) [ ] 04-Cancérologie et masso-kinésithérapie [ ] 05-Prise en charge des pathologies de l'appareil locomoteur [ ] 06-Les techniques d'amélioration des dysfonctionnements de la sphère pelvienne en masso-kinésithérapie [ ] 07-Réadaptation à l'effort de l'insuffisant respiratoire [ ] 08-Réadaptation à l'effort de l'insuffisant cardiaque [ ] 09-Prise en charge masso-kinésithérapique de l'enfant en ambulatoire [ ] 10-Prise en charge de la douleur en masso-kinésithérapie [ ] 11-Prise en charge des maladies neurologiques (AVC, Alzeimer.) et neuromusculaires [ ] 12-prise en charge des troubles circulatoires superficiels et profonds [ ]  |
| Exercice en équipe |
| 01-Retour à domicile après une intervention en chirurgie orthopédique [ ] 02-Retour à domicile après hospitalisation de l'insuffisant cardiaque [ ] 03-Retour à domicile après hospitalisation du patient avec plaies chroniques [ ] 04-Retour à domicile après hospitalisation du patient atteint de bronchite chronique obstructive [ ]  05-Retour à domicile après un séjour en maternité [ ] 06-Patients porteurs d'affections sévères compliquées en ambulatoire : repérage, prévention du risque de décompensation, élaboration de protocoles de soins pluriprofessionnels (PPS), concertation interne, coordination externe, système d'information partagé [ ] 07-Patients à risque de désinsertion socioprofessionnelle en ambulatoire : repérage, prévention de ce risque, élaboration de protocoles de soins pluriprofessionnels (PPS), concertation interne, coordination externe, système d'information partagé [ ] 08-Patients bénéficiant de soins itératifs en ambulatoire : réévaluation de la stratégie de prise en charge, élaboration de protocoles de soins pluriprofessionnels (PPS), concertation interne, coordination externe, système d'information partagé [ ] 09-Patients à risque iatrogénique en ambulatoire : repérage, prévention de ce risque, élaboration de protocoles de soins pluriprofessionnels PPS, concertation interne, coordination externe, système d'information partagé [ ] 10-Maintien à domicile de patients à risque de perte d'autonomie et/ou en situation de handicap : repérage, prévention de ce risque, élaboration de protocoles de soins pluri-professionnels (PPS), concertation interne, coordination externe, système d'information partagé [ ] 11-La réhabilitation améliorée en chirurgie : une nouvelle approche dans l'organisation des soins chirurgicaux de nature à accélérer le virage ambulatoire [ ]  |

|  |
| --- |
| **EVALUATION DES CONNAISSANCES / EPP DES STAGIAIRES****15 à 20 questions fermées à 2 choix (vrai/faux, oui/non, 1/2, …)** |
| Question Propositions | Réponse valide |
| 1ère question :  | 1 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 2ème question :  | 1 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 3ème question :  | 1 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 4ème question : Dans le cadre d’un traitement fonctionnel, je réalise un test de Neer pour évaluer la force du supra-épineux  | 2 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 5ème question :  | 2 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 6ème question :  | 1 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 7ème question :  | 2 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 8ème question :  | 1 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 9ème question :  | 1 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |

|  |  |
| --- | --- |
| 10ème question :  | 1 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 11ème question :  | 2 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 12ème question :  | 2 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 13ème question :  | 2 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 14ème question :  | 1 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 15ème question :  | 1 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 16ème question :  | 2 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 17ème question :  | 1 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 18ème question :  | 1 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 19ème question :  | 2 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |
| 20ème question :  | 2 |
| Proposition 1 :  | Proposition 2 :  |

**Pour Paris, liste des hôtels les plus proches**

1. **Aparthotel Adagio**

**Access Philippe-Auguste**

12 Rue Pierre Bayle

75020 Paris

01 58 39 31 50

1. **Hôtel Obododo**

28 Boulevard de Ménilmontant

75020 Paris

01 43 48 77 36

1. **Hôtel Belfort**

22 Rue de Belfort

75011 Paris

01 43 79 24 14

1. **Classic Hôtel Bastille**

131 Rue de Charonne

75011 Paris

01 44 64 34 34

1. **Comfort Hôtel Nation**

**Père-Lachaise**

12 Rue Léon Frot

75011 Paris

01 43 71 66 00

1. **Central Hôtel**

203 Boulevard Voltaire

75011 Paris

01 43 70 73 57

**Ibis Paris Père-Lachaise**

80 Rue de la Folie-Regnault

75011 Paris

01 53 36 82 92

1. **Modern Hôtel**

121 Rue du Chemin Vert,

75011 Paris

01 47 00 54 05

1. **Hipotel Paris Père- Lachaise**

37 Rue Servan,

75011 Paris

01 47 00 67 33

1. **Gardette Park Hôtel**

1 Général Blaise St,

75011 Paris

01 47 00 57 93

1. **New Hotel Candide**

3 Rue Pétion,

75011 Paris

01 43 79 02 33

1. **Hôtel Anya**

5 Passage Viallet,

75011 Paris

01 43 79 01 89

1. **Hipotel Paris Voltaire-Bastille**

132 Boulevard Voltaire,

75011 Paris

01 43 79 39 83

**Hôtel Paris Voltaire**

79 Rue Sedaine,

75011 Paris

01 48 05 44 66

1. **BLC Design Hôtel**

4 Rue Richard Lenoir,

75011 Paris

01 40 09 60 16

1. **LPL Paris Hôtel**

31 Rue Richard Lenoir,

75011 Paris

01 43 56 10 17

1. **Nadaud**

8 Rue de la Folie Régnault,

75011 Paris

01 46 36 87 79

1. **Super Hôtel**

208 Rue des Pyrénées,

75020 Paris

01 46 36 97 48

1. **Nouvel Hôtel**

24 Avenue du Bel-Air

75012 Paris

01 43 43 01 81