|  |
| --- |
|  |

**VOUS DEVEZ SOUMETTRE CETTE DEMANDE DE RENOUVELLEMENT POUR CONSERVER VOTRE TITRE DE MÉDECIN GESTIONNAIRE CERTIFIÉ DU CANADA (CANADIAN CERTIFIED PHYSICIAN EXECUTIVE – CCPE)**

Veuillez remplir et transmettre ce formulaire avant l’expiration du cycle quinquennal de votre désignation. Nous vous informerons officiellement de cette obligation aux alentours de sept mois avant la date limite du renouvellement de votre désignation fixée au 1er juillet. Dès que nous aurons validé votre admissibilité, votre statut CCPE passera à un statut permanent. Si vous choisissez de ne pas renouveler votre désignation, veuillez nous en informer.

En plus de remplir et de retourner ce formulaire, vous devez acquitter les frais exigés pour le renouvellement de la désignation et soumettre les documents suivants en format électronique :

* Une version à jour de votre curriculum vitæ
* Une description du poste ou des postes que vous occupez actuellement
* Envoyez une copie de votre demande remplie à votre répondant; il ou elle nous fera parvenir une copie signée.

La Société canadienne des leaders médicaux (SCLM) protégera les renseignements personnels recueillis au moyen de ce formulaire et les utilisera dans le seul but d’évaluer votre demande de renouvellement de la désignation. La SCLM se réserve au besoin le droit de vérifier tous les renseignements fournis dans ce formulaire.

Si vous avez des questions, prière de communiquer avec Deirdre au secrétariat du CCPE par courriel à [deirdre@physicianleaders.ca](mailto:deirdre@physicianleaders.ca), ou par téléphone au 613-369-8322, poste 200. Puisque l’équipe travaille fréquemment à distance, nous vous invitons à laisser un message vocal. Le système nous informe en temps réel.

PARTIE I : RENSEIGNEMENTS REQUIS

1. Coordonnées

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | | |
| Adresse du domicile : | | | |
| Ville : | Province : | | Code postal : |
| Courriel : | | Télécopieur : | |
| Téléphone au domicile : | | Téléphone au travail : | |
| Téléphone principal : □ Domicile □ Travail | | | |
| Adresse postale principale : □ Domicile *(comme ci-dessus)* □ Travail *(inscrire ci-après)*: | | | |

1. Adhésion

Vous devez demeurer membre actif en règle de la [Société canadienne des leaders médicaux](https://physicianleaders.ca/).

1. Activités de DPC et de formation professionnelle en leadership

Veuillez décrire dans cette section les activités de développement professionnel continu (DPC) et de formation professionnelle auxquelles vous avez participé dans le but d’enrichir continuellement vos compétences en leadership **au cours des cinq dernières années**. Exigences minimales : veuillez présenter des preuves démontrant que vous avez accumulé un minimum de 40 crédits à l’appui de votre perfectionnement en leadership, y compris votre participation à au moins une [Conférence canadienne sur le leadership des médecins](https://physicianleadershipconference.com/).

La Société canadienne des leaders médicaux recommande fortement que tous les médecins leaders qui demandent le renouvellement de leur désignation CCPE se renseignent au sujet des appels à l’action de la Commission de vérité et de réconciliation et s’engagent à œuvrer à l’avancement des efforts de réconciliation.

1. Activités individuelles

|  |  |
| --- | --- |
| TITRE DU COURS ET FOURNISSEUR | DATE |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Inscription à des congrès ou à des programmes menant à un diplôme ou à un certificat

|  |  |
| --- | --- |
| CONGRÈS OU PROGRAMME(S) | DATE D’OBTENTION DU DIPLÔME OU DU CERTIFICAT |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Mentorat et conseils (structurés ou non). Cet élément est une composante obligatoire du renouvellement de la désignation.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J’ai soutenu le développement d’autres personnes en leur offrant du mentorat et des conseils. | ☐ **Oui** | ☐ **Non** |
| Veuillez décrire cette activité. | | |

1. Autres activités

Veuillez décrire brièvement toute autre activité de développement pertinente.

|  |
| --- |
|  |

D. Expérience de travail ou de leadership

En utilisant des renvois à votre CV, veuillez mettre en évidence tout changement survenu dans votre poste, votre rôle et vos responsabilités, ainsi que toute autre modification de votre profil de leadership ayant de l’importance à vos yeux.

|  |
| --- |
|  |

E. Frais de renouvellement de la désignation

Les frais de renouvellement de la désignation sont de 495 $, plus les taxes provinciales ou territoriales applicables. Nous vous enverrons une facture en ligne à la réception de vos documents. Vous pourrez payer par Visa, Mastercard ou Amex. Si vous souhaitez payer par chèque à la réception de la facture, veuillez libeller votre chèque à l’ordre de la Société canadienne des leaders médicaux et l’envoyer par la poste à l’adresse suivante :

Secrétariat du CCPE

Société canadienne des leaders médicaux

875, avenue Carling, bureau 323

Ottawa (Ontario) K1S 5P1

PARTIE II : RÉFLEXION AU SUJET DES COMPÉTENCES EN LEADERSHIP ET ATTESTATION

1. Déclaration de réflexion au sujet des compétences en leadership

Toutes les compétences en leadership sont importantes, mais aux fins du renouvellement de la désignation, nous recherchons particulièrement deux compétences du [Cadre des capacités de leadership en santé LEADS](C://Users/Deirdre/Desktop/2023%20CCPE%20Forms/NEW%20LEADS%20LINKS%20-%20FR%20and%20EN/LEADS_Brochure_FR), soit « Développer des coalitions » et « Transformer les systèmes ».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DOMAINE :**  **DÉVELOPPER DES COALITIONS** | **DOMAINE :**  **TRANSFORMER LES SYSTÈMES** |
| **COMPÉTENCES EN LEADERSHIP *LEADS*** | Crée volontairement des partenariats et des réseaux pour parvenir à des résultats. | Manifeste une pensée systémique et critique. |
| Manifeste un engagement à l’égard des clients et du service. | Encourage et appuie l’innovation. |
| Mobilise les connaissances. | S’oriente stratégiquement en fonction de l’avenir. |
| Navigue dans les milieux sociopolitiques. | Défend et orchestre le changement. |

Veuillez indiquer certaines de vos réalisations importantes des cinq dernières années liées à vos responsabilités dans ces domaines de compétence.

|  |
| --- |
|  |

1. Lettre d’attestation

Une lettre d’attestation *d’une personne à qui vous avez actuellement* *des comptes à rendre* constitue une pièce importante de votre demande de renouvellement de la désignation.

Cette lettre sert à confirmer la déclaration de leadership que vous avez fournie ci-dessus dans laquelle vous décrivez vos réalisations dans les domaines de compétence « Développer des coalitions » et « Transformer les systèmes ». Votre répondant doit confirmer l’exactitude de cette information et est invité à fournir des commentaires additionnels au sujet de votre leadership.

Il vous incombe de fournir à votre répondant votre formulaire dûment rempli et de vous assurer de lui accorder suffisamment de temps pour remplir et soumettre ***en toute impartialité et confidentialité*** au secrétariat du CCPE la lettre d’attestation qui se trouve à la fin du formulaire, avant l’échéance du 1er juillet.

Dans l’espace ci-dessous, veuillez nommer votre répondant. Nous ferons le suivi de la réception de sa lettre et nous vous aviserons de tout retard, le cas échéant.

|  |
| --- |
| PERSONNE À QUI VOUS AVEZ DES COMPTES À RENDRE ACTUELLEMENT :  Nom :  Titre :  Organisation :  Coordonnées : |

C. Déclaration d’exonération, d’accord et d’indemnisation

Veuillez cocher (√) les cases appropriées, puis signer et dater le formulaire.

Dans le cadre de la présente demande de renouvellement de la désignation,

Je **dégage** de toute responsabilité la SCLM et ses dirigeants, administrateurs, affiliés, agents, employés et fournisseurs d’information à mon sujet, et j’accepte de les protéger et de les indemniser en cas de réclamations, coûts, dépenses, demandes, actions ou responsabilités découlant de gestes posés de bonne foi et sans intention de nuire relativement à la fourniture, à la collecte et à l’évaluation des renseignements et des opinions, sollicitées ou non, pour ma demande de renouvellement de la désignation de médecin gestionnaire certifié du Canada (CCPE).

**En outre, je déclare et garantis** que les renseignements indiqués dans cette demande sont exacts et complets; si mon titre de CCPE est renouvelé, j’accepte de respecter les politiques et les règles régissant la désignation de CCPE (qui peuvent parfois être modifiées) et je conviens que les présents accords et exonérations de responsabilité demeureront en vigueur lors de toute évaluation de mon admissibilité à la désignation continue (renouvellement de la désignation) de CCPE.

**J’atteste** être ou avoir été médecin « en règle » selon la définition de l’ordre professionnel de ma province/de mon territoire et autres autorités pertinentes pendant toute la durée de ma carrière clinique.

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| SIGNATURE | DATE |

Envoyez le formulaire de demande de renouvellement rempli, votre CV et les autres documents demandés, en format électronique, à [deirdre@physicianleaders.ca](mailto:deirdre@physicianleaders.ca). (Veuillez conserver une copie de votre demande dans vos dossiers.)

***SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, N’HÉSITEZ PAS À COMMUNIQUER AVEC LE SECRÉTARIAT DU CCPE :***

**Courriel :** [deirdre@physicianleaders.ca](mailto:deirdre@physicianleaders.ca)

**Téléphone :** 613-369-8322, poste 200. Puisque l’équipe travaille fréquemment à distance, nous vous invitons à laisser un message vocal. Le système nous informe en temps réel.

**Adresse postale :**

Secrétariat du CCPE

Société canadienne des leaders médicaux

875, avenue Carling, bureau 323

Ottawa (Ontario) K1S 5P1

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULAIRE D’ATTESTATION DU RÉPONDANT POUR LE RENOUVELLEMENT DE LA DÉSIGNATION DE CCPE** | |
| Nom : | Titre : |
| Courriel : | Numéro de téléphone : |
| Liens avec le médecin gestionnaire certifié du Canada (CCPE*) (veuillez décrire brièvement votre lien avec ce médecin et le contexte dans lequel vous le (la) connaissez, en indiquant pendant combien de temps vous avez travaillé ensemble, la nature de votre relation de travail, etc.)* : | |
| J’atteste, par la présente, que la déclaration d’autoévaluation du leadership  de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*nom du médecin gestionnaire certifié du Canada ‒ CCPE*), exigée pour obtenir le renouvellement de sa désignation, est exacte à ma connaissance.  Signature :  Date : | |
| *Commentaires additionnels (facultatif) :* | |

***MERCI!***

*Les renseignements que vous nous avez fournis seront traités dans la plus stricte confidentialité.*

**Veuillez faire parvenir ce document directement au secrétariat du CCPE à**

[**deirdre@physicianleaders.ca**](mailto:deirdre@physicianleaders.ca)