

**Critères d’admissibilité par la voie de la formation**

* Cumuler au moins cinq (5) années d’expérience en leadership de niveau supérieur ou de haute direction dans le domaine des soins de santé et faire la démonstration de diverses réalisations en insistant sur les éléments du cadre LEADS « Former des coalitions » et « Transformer les systèmes ».
* Preuve de participation, au cours des 10 dernières années, à un des programmes approuvés par la SCLM (page 3), ainsi que preuves de formation continue; certains des programmes exigeront d’avoir obtenu au moins 20 crédits supplémentaires de DPC.
* Être en règle avec l’organisme de réglementation professionnelle de sa province ou de son territoire et autres autorités pertinentes.
* Avoir au moins deux ans d’expérience dans le système de santé du Canada ou avoir contribué de façon significative à ce système.

*et*

* Être membre de la Société canadienne des leaders médicaux et le demeurer pendant toute la durée de validité de votre désignation.

Veuillez lire ce document au complet. Vous devrez prévoir du temps et planifier votre demande. **Seuls les formulaires dactylographiés sont acceptables**. Outre le présent formulaire, vous devrez remplir une autoévaluation de votre leadership et trouver trois répondants – des étapes qui prennent du temps et de la réflexion.

La Société canadienne des leaders médicaux (SCLM) protégera les renseignements personnels recueillis au moyen de ce formulaire et les utilisera uniquement pour évaluer les demandes. La SCLM se réserve au besoin le droit de vérifier tous les renseignements fournis dans la demande.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec le secrétariat du CCPE au 613 369-8322, poste 200 (veuillez laisser un message vocal), ou écrire à [deirdre@physicianleaders.ca](mailto:deirdre@physicianleaders.ca). Nous nous attendons à recevoir votre demande avant la date limite fixée au 31 octobre 2021.

SECTION A : COORDONNÉES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | | |
| Adresse du domicile : | | | |
| Ville : | Province : | | Code postal : |
| Courriel : | | Télécopieur : | |
| Téléphone à domicile : | | Téléphone au travail : | |
| Téléphone principal : □ Domicile □ Travail | | | |
| Adresse postale préférée : □ Domicile (*comme ci-dessus*)  *□* Travail *(indiquer ici)*: | | | |
| **Vous trouverez des renseignements supplémentaires au sujet de la désignation à** [**ccpecredential.ca**](https://ccpecredential.ca/)**.** | | | |

SECTION B : ADHÉSION

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

SECTION C : ÉTUDES ET FORMATION

1. **Éducation médicale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Faculté de médecine : | | |
| Pays/province : | Année d’obtention du diplôme : | |
| Numéro d’enregistrement auprès de l’ordre des médecins : | | Province : |

1. **Certification**

□ Collège des médecins de famille du Canada

□ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

|  |
| --- |
| Veuillez indiquer la spécialité : |

1. **Autres études**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Établissement d’enseignement / Programme | Grade, diplôme ou certificat | Année |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Activités de DPC portant sur le leadership**

Veuillez énumérer les activités de développement professionnel continu (DPC) portant sur le leadership et approuvées par la SCLM auxquelles vous avez participé et fournir une copie du certificat de participation pour chacune.

Voici la liste des activités qui sont actuellement admissibles (nota : avec le temps, nous ajouterons d’autres programmes à cette liste) :

* Maîtrise internationale en leadership dans les services de santé, Faculté de gestion Desautels, Université McGill
* Programme pour les nouveaux leaders et pour le perfectionnement des leaders universitaires (NEAL Program), Centre for Faculty Development, Université de Toronto
* Certificat de maîtrise en leadership médical, Schulich School of Business, Université York, pour la SMIPE
* Programme avancé de leadership en santé, Rotman School of Management, Université de Toronto
* Formation postdoctorale en amélioration des systèmes de santé, École de santé publique, Université de l’Alberta
* NAVIG8™ Emerging Medical Leaders Program, Interior Health
* Programme de développement de la formation des leaders dans les soins de santé, Hôpital Humber, Schulich School of Business Executive Education Centre, Université York, + 20 crédits de plus en DPC
* Programme de perfectionnement du leadership des médecins, Schulich School of Business Executive Education Centre, Université York (2010-2015), + 20 crédits de plus en DPC
* Programme de leadership médical, Sauder School of Business, Université de la Colombie-Britannique, + 20 autres crédits de DPC
* Programme de leadership et de gestion du Comité des services de la pratique générale, Beedie School of Business, Université Simon Fraser, + 20 autres crédits de DPC
* Programme de développement du leadership des médecins de Joule inc., pour Doctors Nova Scotia, + 20 autres crédits de DPC
* Cours de l’Institut de leadership des médecins (ILM) de Joule inc. : il faut avoir suivi cinq cours de l’ILM au cours des dix dernières années *(les cours de l’ILM de deux jours à inscription ouverte et les cours donnés à l’interne sont admissibles; trois des cinq cours de l’ILM peuvent être suivis en ligne; les cours de l’ILM d’une journée valent 0,5 crédit ILM)* et avoir accumulé de plus 20 autres crédits de DPC.

Parmi les exemples de « 20 autres crédits de DPC » approuvés, mentionnons la Conférence canadienne sur le leadership des médecins, les cours de l’ILM et d’autres cours axés sur le leadership ou le programme LEADS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Titre du cours ou de la conférence** | **Nombre de crédits de DPC accordés** | **Année (cours complété)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

SECTION D : EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Veuillez énumérer tous les postes que vous avez occupés au cours des cinq dernières années et décrire votre principale responsabilité pour chacun *(soyez bref**, puisque nous consulterons votre CV).*

|  |
| --- |
|  |

SECTION E : CURRICULUM VITÆ

Il faut joindre à votre demande votre curriculum vitæ *à jour*. Veuillez fournir des versions annotées ou abrégées seulement.  Votre curriculum vitæ doit décrire clairement votre expérience en leadership et son évolution, vos activités courantes d’éducation continue et vos réalisations clés. Donnez suffisamment de détails pour permettre aux membres de notre comité d’évaluation par les pairs de prendre une décision éclairée.

SECTION F : RÉFÉRENCES

Le processus d’évaluation du CCPE requiert trois (3) répondants. Les évaluations des répondants sont une composante importante de votre dossier de demande. Ces trois personnes de contextes différents (votre supérieur actuel, un collègue médecin et une personne de votre choix) doivent fournir une opinion objective et équilibrée sur votre candidature. Les répondants que vous choisissez doivent pouvoir :

* attester pleinement vos compétences en leadership observées en milieu de travail (compétences, connaissances et aptitudes);
* fournir des exemples et des éléments de preuve concrets de votre leadership pour les 20 compétences qu’ils évaluent.

**Directives concernant vos répondants**

Après avoir choisi vos répondants et confirmé leur disponibilité, **il vous incombe** de leur remettre votre formulaire d’évaluation dûment rempli et de leur demander de remplir les parties qui les concernent (toutes les parties teintées de gris). Envoyez-nous vos formulaires remplis, mais veuillez ***retirer*** les cotes que vous vous êtes attribuées avant de les transmettre à vos répondants. Il faut leur dire de remplir l’évaluation avant l’échéance et de la soumettre directement au secrétariat du CCPE *(les coordonnées sont indiquées à la fin du présent document)*.Tous les renseignements reçus au secrétariat sont traités de manière strictement confidentielle.

Veuillez accorder suffisamment de temps à vos répondants pour effectuer leur évaluation. **Tous les documents de l’évaluation doivent être présentés au plus tard le 31 octobre 2021.** *(Nota : aucune demande de CCPE ne sera considérée comme complète ni ne sera étudiée sans les évaluations de trois répondants.)*

Dans l’espace ci-dessous, veuillez identifier vos trois répondants. Nous ferons le suivi des références et nous vous aviserons de tout retard, le cas échéant.

|  |
| --- |
| **1. Nom de votre supérieur actuel**  Titre :  Organisation :  Coordonnées : |
| **2. Nom d’un collègue médecin**  Titre :  Organisation :  Coordonnées : | |
| **3. Nom du troisième répondant** (Personne de votre choix. Rappel : il n’est pas nécessaire que cette personne soit médecin, mais elle doit pouvoir formuler des commentaires sur vos capacités de leadership dans les domaines « Former des coalitions » et « Transformer les systèmes ».)  Titre :  Organisation :  Coordonnées : | |

SECTION G : DESCRIPTION DU POSTE OU DU RÔLE ET ORGANIGRAMME

Veuillez décrire les postes ou les rôles que vous occupez actuellement et joindre la description officielle du poste. Vous devez fournir un ou des **organigrammes** (ou l’équivalent) sur lesquels **votre/vos poste(s)** est/sont clairement indiqué(s).

|  |
| --- |
|  |

SECTION H : AUTOÉVALUATION ET ÉVALUATION PAR LES RÉPONDANTS DES CAPACITÉS DE LEADERSHIP

Votre autoévaluation et l’évaluation par les répondants sont fondées sur les compétences du [Cadre des capacités de leadership en santé LEADS](https://leadscanada.net/document/2907/LEADS_Brochure_FR_2019.pdf).Veuillez remplir le formulaire d’évaluation 2021 et l’envoyer ensuite à vos trois répondants.

SECTION I : VOTRE PARCOURS EN LEADERSHIP

Où pensez-vous que vos objectifs en leadership vous mèneront au cours des cinq prochaines années *(au plus 300 mots)*?

|  |
| --- |
|  |

SECTION J : 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 :

□ **Je dégage de toute responsabilité** la SCLM et ses dirigeants, directeurs, affiliés, agents, employés et fournisseurs d’information à mon sujet et j’accepte de les protéger et de l’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, sollicités ou non, pour ma demande de désignation de médecin gestionnaire canadien (CCPE).

□ **En outre, je déclare et garantis** que les renseignements indiqués dans cette demande sont exacts et complets. Si j’obtiens la désignation de CCPE, j’accepte de respecter les politiques et les règles qui la régissent (et peuvent parfois être modifiées) et je conviens que les présents dégagements de responsabilité et accords demeureront en vigueur lors de toute évaluation de mon admissibilité au maintien de la désignation de CCPE ou à son renouvellement.

□ **J’atteste** être médecin en « règle » selon la définition de l’ordre professionnel de ma province ou de mon territoire/des autorités pertinentes.

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

SECTION K : FRAIS DE DEMANDE ET D’ÉVALUATION

À la réception de vos premiers documents de demande, nous vous enverrons une facture en ligne payable avant le 31 octobre (par Visa, Mastercard ou Amex). Les frais sont de 1 295 $ plus les taxes provinciales ou territoriales applicables.

Vous pouvez aussi payer par chèque. Veuillez faire le chèque à l’ordre de la « Société canadienne des leaders médicaux » et l’envoyer par la poste à l’adresse indiquée à la fin du présent formulaire.

Envoyez votre formulaire de demande rempli, votre autoévaluation, votre CV et les autres documents exigés à l’adresse [deirdre@physicianleaders.ca](mailto:deirdre@physicianleaders.ca). Vous pouvez également expédier votre demande et les documents connexes par la poste à l’adresse ci-dessous. *Veuillez conserver une copie de votre dossier de demande complet dans vos archives.* Nous accuserons réception de votre dossier de demande le plus tôt possible.

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

|  |  |
| --- | --- |
| *Untitled-1-01* | **Par courriel :** [deirdre@physicianleaders.ca](mailto:deirdre@physicianleaders.ca) |
| *Untitled-1-03* | **Par téléphone :** 613 369-8322, poste 200 (veuillez laisser un message vocal) |
|  |  |
| *Untitled-1-02* | **Par la poste :**  Secrétariat du CCPE  a/s de la Société canadienne des leaders médicaux  875, avenue Carling, bureau 323  Ottawa (Ontario) K1S 5P1 |

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LISTE DE VÉRIFICATION DE LA DEMANDE DE CCPE

Utilisez cette liste de vérification pour vous assurer d’avoir rempli toutes les sections requises de la demande de CCPE et fourni tous les documents exigés.

Demande

□ Je suis membre de la SCLM.

□ J’ai fourni tous les renseignements demandés aux pages 1 à 6.

□ J’ai donné les noms de trois répondants et leurs coordonnées exactes.

□ J’ai signé et daté la déclaration d’exonération, d’accord et d’indemnisation (section J).

Documents d’accompagnement joints

□ Curriculum vitæ

□ Autoévaluation *(votre section dûment remplie du* ***formulaire d’évaluation 2021****)*

□ Description de fonctions et résumé de votre/vos poste(s) ou rôle(s) actuel(s)

□ Organigramme(s) *(ou l’équivalent)*

□ Copies des certificats de participation *(exigées uniquement pour la Section C – IV :* *Activités de DPC portant sur le leadership)*