****

**Critères d’admissibilité pour la voie de la reconnaissance des acquis**

* Cumuler au moins dix (10) années d’expérience progressive de leadership dans des postes de niveau supérieur ou de haute direction ayant insisté sur les éléments du cadre LEADS « Former des coalitions » et « Transformer les systèmes ».
* Avoir apporté des contributions importantes et de grande portée en matière de leadership.
* 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.
* Présenter un bilan de réalisations en formation continue.
* Être membre de la Société canadienne des leaders médicaux et le demeurer pendant toute la durée de validité de votre désignation.

La Société canadienne des leaders médicaux recommande fortement que tous les médecins leaders qui demandent la 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.

Veuillez lire ce document au complet. Vous devrez prévoir du temps et planifier votre demande. **Seuls les formulaires remplis à la machine sont jugés recevables**. 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, prière de communiquer avec le secrétariat du CCPE au 613 369-8322, poste 200 (veuillez un message vocal), ou écrire à Deirdre à [deirdre@physicianleaders.ca](mailto:deirdre@physicianleaders.ca). Nous nous attendons à recevoir votre demande avant la date limite fixée au 31 octobre 2022.

SECTION A : COORDONNÉES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | | |
| Adresse (domicile) : | | | |
| Ville : | Province : | | Code postal : |
| Adresse courriel : | | Télécopieur : | |
| Téléphone à domicile : | | Téléphone au travail : | |
| Téléphone principal : □ Domicile □ Travail | | | |
| Adresse postale principale : □ Domicile *(comme ci-dessus)*  *□ Professionnelle (indiquer ici) :* | | | |

**Vous trouverez des renseignements supplémentaires au sujet de la désignation sur la page Web du programme à** [**www.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. **Éducation continue ou développement professionnel**

Veuillez énumérer vos expériences de formation pertinentes en leadership (*au plus 150 mots*).

|  |
| --- |
|  |

SECTION D : EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Veuillez énumérer tous les postes que vous avez occupés au cours des dix 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 en format annoté ou abrégé seulement. Votre curriculum vitæ doit décrire clairement votre expérience en leadership et son évolution, vos activités courantes d’éducation continue et vos principales réalisations. 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 déterminante 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 2023.** (*Nota :* *aucune demande de CCPE ne sera jugée 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 du 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 le ou les postes ou rôles que vous occupez actuellement et en joindre une description officielle. Vous devez fournir un ou des **organigrammes** (ou l’équivalent) sur lesquels **votre poste** est clairement indiqué.

|  |
| --- |
|  |

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](C://Users/Deirdre/Desktop/2023%20CCPE%20Forms/NEW%20LEADS%20LINKS%20-%20FR%20and%20EN/LEADS_Brochure_FR_2022_v2.pdf).Veuillez remplir le formulaire d’évaluation 2023 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 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, sollicités ou non, pour ma demande de 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 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 future 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 1 495 $ 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  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 5.

□ 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 2023)*

□ Description de fonctions et résumé de votre poste ou rôle actuel

□ Organigramme(s) *(ou l’équivalent)*