|  |
| --- |
| *CCPE logo wtext_20100317T232328Z* |

**MÉDECIN GESTIONNAIRE CERTIFIÉ DU CANADA La norme en leadership des médecins VOUS DEVEZ REMPLIR CETTE DEMANDE POUR CONSERVER VOTRE TITRE DE MÉDECIN GESTIONNAIRE CERTIFIÉ DU CANADA (CANADIAN CERTIFIED PHYSICIAN EXECUTIVE - CCPE).**

Veuillez remplir et soumettre ce formulaire avant l’expiration du cycle quinquennal de votre certification. Nous vous informerons officiellement de cette obligation environ neuf mois avant la date limite de renouvellement de la certification fixée au 1er juin de chaque année. Ne pas respecter cette date limite du 1er juin entraînera la perte de votre certification.

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

* Une version à jour de votre curriculum vitæ
* Une description de votre poste actuel
* Une lettre d’attestation d’un répondant (se reporter à la page 7 de ce formulaire)

Joule inc., une société de l’Association médicale canadienne, et la Société canadienne des leaders médicaux (SCLM) protégeront les renseignements personnels recueillis au moyen de ce formulaire et les utiliseront seulement dans le but d’évaluer les demandes de renouvellement de la certification. Joule et la SCLM se réservent 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; ou à l’adresse [deirdre@physicianleaders.ca](mailto:deirdre@physicianleaders.ca).

PARTIE I : INFORMATIONS REQUISES

1. Coordonnées

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | | |
| Adresse personnelle : | | | |
| Ville : \_\_\_\_ | Province : \_\_\_\_ | | Code postal : |
| Adresse courriel : | | Numéro de télécopieur : | |
| Téléphone à la maison : | | Téléphone au travail : | |
| Téléphone principal : □ Maison □ Travail | | | |
| Adresse postale principale : □ Domicile (comme ci-dessus) □ Travail (indiquer ici) | | | |

1. Adhésions

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J’ai maintenu en règle mon adhésion à l’Association médicale canadienne. | **☐ Oui** | **☐ Non** |
| J’ai maintenu en règle mon adhésion à la Société canadienne des leaders médicaux. | **☐ Oui** | **☐ Non** |

***Note : Vous devez être membre de l’AMC et de la SCLM et être membre en règle de façon continue de votre organisme de réglementation provincial ou territorial pour présenter une demande de renouvellement de la certification.***

1. Activités de développement et de formation professionnels en leadership

Veuillez décrire dans cette section les activités de développement et de formation professionnels auxquelles vous avez participé dans le but d’enrichir continuellement vos compétences en développement du leadership au cours des cinq dernières années. Exigences minimales : Veuillez présenter des preuves que vous avez obtenu un minimum de 40 crédits de DPC à l’appui de votre perfectionnement en leadership, y compris votre participation à au moins une Conférence canadienne sur le leadership des médecins.

1. Formation individuelle (inclure les cours de l’ILM, s’il y a lieu)

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | DATE D’OBTENTION DU DIPLÔME OU DU CERTIFICAT |
|  |  |
|  |  |

1. Mentorat et conseils

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 et de leadership

En utilisant des renvois à votre CV, veuillez mettre en évidence tout changement survenu dans votre poste, votre rôle et vos responsabilités, et indiquez toute autre modification de vos tâches de leadership qui ont une importance à vos yeux.

|  |
| --- |
|  |

E. Frais de renouvellement de la certification

Vous devez vous acquitter des frais exigés au moment de soumettre votre dossier de demande de renouvellement de la certification.

|  |  |
| --- | --- |
| **DATES IMPORTANTES** | **FRAIS DE RENOUVELLEMENT DE LA CERTIFICATION** |
| Au plus tard le 1er juin | **250,00 $,** taxes en sus\* |

\* Le calcul des taxes et du total à payer s’effectuera automatiquement lors du paiement en ligne. Si vous payez par chèque, les frais sont les suivants :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Alb., C.-B., Man, T. N.-O., Yuk., Nun., Sask. (5 %) | Ont. (13 %) | N.-B., T.-N.-L., N.-É., Î.-P.-É. (15 %) | Qc (TPS 5 % + TVQ 9,975 %) |
| 250,00 $ + 12,50 $ = **262,50 $** | 250,00 $ + 32,50 $ = **282,50 $** | 250,00 $ + 37,50 $ = **287,50 $** | 250,00 $ + 12,50 $ + 24,94 $ = **287,44 $** |

**Deux modes de paiement s’offrent à vous.** **Veuillez indiquer celui que vous choisissez :**

|  |
| --- |
|  |

**Chèque (à l’ordre de la Société canadienne des leaders médicaux a/s du CCPE)**

|  |
| --- |
|  |

**Carte de crédit (Visa, MasterCard ou Amex seulement).** Veuillez vous rendre sur le site Web du programme à <https://joule.cma.ca/fr/apprentissage/certification.html> pour régler les frais en ligne.

PARTIE II : RÉFLEXIONS et ÉVALUATION DES COMPÉTENCES EN LEADERSHIP

1. Déclaration d’autoévaluation des compétences en leadership

Toutes les compétences en leadership sont importantes, mais aux fins du renouvellement de la certification, nous recherchons particulièrement deux compétences du [*Cadre LEADS… Diriger dans un milieu de soins*](https://joule.cma.ca/fr/leads.html), dans les domaines « Développer des coalitions » et « Transformer les systèmes ».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DOMAINE :**  **DÉVELOPPER DES COALITIONS** | **DOMAINE :**  **TRANSFORMER LES SYSTÈMES** |
| **COMPÉTENCES EN LEADERSHIP** | Crée volontairement des partenariats et des réseaux pour parvenir à des résultats | Manifeste une pensée systémique et critique |
| Manifeste son 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 | Promeut 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 rendez compte actuellement constitue une pièce importante de votre demande de renouvellement de la certification.

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.

Vous avez la responsabilité de fournir à votre répondant le formulaire qui se trouve à la fin de ce document et de vous assurer de lui accorder suffisamment de temps pour le remplir et le soumettre en toute impartialité et confidentialité au secrétariat du CCPE avant l’échéance du 1er juin.

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 RENDEZ COMPTE 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 certification,

|  |
| --- |
|  |

**Je dégage de toute responsabilité Joule et la SCLM et leurs 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 renouvellement de la certification 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 le titre de CCPE, j’accepte de respecter les politiques et les règles régissant la certification 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 certification continue (renouvellement de la certification) de CCPE.**

|  |
| --- |
|  |

**J’atteste être médecin en « règle » selon la définition de l’ordre professionnel de ma province.**

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

Envoyez le formulaire de demande de renouvellement de la certification 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 dossier de demande complet dans vos archives.)

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

|  |  |
| --- | --- |
| *Untitled-1-01* | **Par courriel : deirdre@physicianleaders.ca** |
| *Untitled-1-03* | **Par téléphone : 613 369-8322, poste 200** |
| *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 |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULAIRE D’ATTESTATION DU RÉPONDANT POUR LE RENOUVELLEMENT DE LA CERTIFICATION DE CCPE** | |
| Nom : | Titre : |
| Courriel : | Numéro de téléphone : |
| Liens avec le médecin gestionnaire certifié du Canada (CCPE) (veuillez décrire brièvement le contexte dans lequel vous connaissez cette personne, 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 la certification, 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)