BULLETIN DE CANDIDATURE  
– MEMBRE du conseil d’administration D’ÉTABLISSEMENT –



Santé Québec

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IDENTIFICATION ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS | | | | | | |
| **PRÉNOM** | | | **NOM** | **ADRESSE** | | |
| **ADRESSE ÉLECTRONIQUE** | | | | **VILLE OU MUNICIPALITÉ** | | |
| **NUMÉROS DE TÉLÉPHONE**  **Résidence :**        -  **Cellulaire :**        -  **Travail :**        -     **Poste :** | | | | **PROVINCE** | | **CODE POSTAL** |
| **IDENTITÉ DE GENRE** | | | | **FÉMININ** | |  |
| **MASCULIN** | |  |
| **NON BINAIRE\*** | |  |
| Aux fins de l’application de l’article 135 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (RLRQ, c.G-1.021) (LGSSSS), le nombre de femmes au sein du conseil d’administration d’établissement (CAE) doit correspondre à une proportion d’au moins 40 % du nombre total de personnes qui en sont membres.  **\* Art.70.1. Code civil du Québec** | | | | | | |
| **GROUPE D’ÂGE** | | | | **≤ 35 ans** | |  |
| **36-50 ans** | |  |
| **51-65 ans** | |  |
| **≥ 66 ans** | |  |
| Aux fins de l’application de l’article 136 de la LGSSSS, le CAE doit comprendre au moins un membre âgé de 35 ans ou moins au moment de sa nomination. | | | | | | |
| **On entend par *membres représentatifs de la diversité de la société québécoise*, les personnes faisant partie de l’un des groupes suivants** | | | | **Les personnes autochtones** | |  |
| **Les membres de minorité visible** | |  |
| **Les membres de minorité ethnique** | |  |
| **Les personnes handicapées** | |  |
| **Communauté LGBTQ+** | |  |
| Aux fins de l’application de l’article 137 de la LGSSSS, le CAE doit comprendre au moins un membre qui, de l’avis du conseil d’administration de Santé Québec (CA de Santé Québec), est représentatif de la diversité québécoise. Lorsque, de l’avis du CA de Santé Québec, les besoins sociosanitaires des communautés composant la population desservie par l’établissement le justifient, ce nombre de membres est porté à deux, dont un autochtone.  Pour ce faire, le CA de Santé Québec applique la Politique favorisant la représentativité de la diversité de la société québécoise au sein des conseils d’administration des sociétés d’État (Source : [Secrétariat aux emplois supérieurs (gouv.qc.ca)](https://emplois-superieurs.gouv.qc.ca/Secretariat/Index/6), à laquelle nous ajoutons la minorité de genre et/ou sexuelle (Source : [Portrait démographique de la diversité au Québec : différences entre les femmes et les hommes](https://statistique.quebec.ca/fr/communique/portrait-demographique-diversite-quebec-differences-femmes-hommes)). | | | | | | |
| **LANGUE MATERNELLE (Première langue apprise et comprise)**  **FRANÇAIS**  **ANGLAIS**  **AUTRE (PRÉCISER) :** | | | | **PAYS DE NAISSANCE**  **CANADA**  **AUTRE (PRÉCISER) :** | | |
| Aux fins de l’application de l’article 142 de la LGSSSS, lorsque le CA procède à la nomination d’un membre du CAE, il doit tenir compte de la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique ou démographique de l’ensemble des usagers que cet établissement dessert. Il doit également s’assurer de la représentativité de la population des différentes parties du territoire desservi par cet établissement. | | | | | | |
| FORMATION SCOLAIRE (écrire au long en commençant par le dernier diplôme obtenu) | | | | | | |
| Année d’obtention | Établissement | | | | Diplôme obtenu (et spécialité, s’il y a lieu) | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
| **Ordre(s) professionnel(s), le cas échéant :** | | | | | | |
| EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE (en débutant par votre emploi actuel)*Si en cours, ne rien indiquer dans la colonne « À ».* | | | | | | |
| Mois et année | | Employeur | | | Poste occupé | |
| De | À |
| / | / |  | | |  | |
| **Fonctions :** | | | | | | |
| / | / |  | | |  | |
| **Fonctions :** | | | | | | |
| / | / |  | | |  | |
| **Fonctions :** | | | | | | |
| / | / |  | | |  | |
| **Fonctions :** | | | | | | |
| / | / |  | | |  | |
| **Fonctions :** | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EXPÉRIENCE À TITRE DE MEMBRE D’UN CONSEIL D’ADMINISTRATION (en débutant par la plus récente)*Si en cours, ne rien indiquer dans la colonne « À ».* | | | | | | | | |
| Mois et année | | | | Entreprise, établissement, organisme | | | | Siège occupé |
| De | | À | |
| / | | / | |  | | | |  |
| **Fonctions :** | | | | | | | | |
| / | | / | |  | | | |  |
| **Fonctions :** | | | | | | | | |
| / | | / | |  | | | |  |
| **Fonctions :** | | | | | | | | |
| / | | / | |  | | | |  |
| **Fonctions :** | | | | | | | | |
| / | | / | |  | | | |  |
| **Fonctions :** | | | | | | | | |
| IMPLICATION SOCIALE, COMMUNAUTAIRE, BÉNÉVOLE, ETC. (en débutant par la plus récente)*Si en cours, ne rien indiquer dans la colonne « À ».* | | | | | | | | |
| Mois et année | | | | | Entreprise, établissement, organisme | | | Siège occupé |
| De | | | À | |
| / | | | / | |  | | |  |
| **Fonctions :** | | | | | | | | |
| / | | | / | |  | | |  |
| **Fonctions :** | | | | | | | | |
| / | | | / | |  | | |  |
| **Fonctions :** | | | | | | | | |
| / | | | / | |  | | |  |
| **Fonctions :** | | | | | | | | |
| / | | | / | |  | | |  |
| **Fonctions :** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ENTRE LA CONSTITUTION DES PREMIERS CENTRES INTÉGRÉS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CISSS et CIUSSS) ET DES ÉTABLISSEMENTS NON FUSIONNÉS, EN 2015, ET L’ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA LOI INSTITUANT SANTÉ QUÉBEC, le 1er décembre 2024, AVEZ-VOUS ÉTÉ MEMBRE DE L’UN DES CONSEILS D’ADMINISTRATION DE CES ÉTABLISSEMENTS (CISSS, CIUSSS ET NON FUSIONNÉS)? | | | | | | | | |
| OUI  NON | | | | | | | | |
| 7. IDENTIFICATION DU OU DES ÉTABLISSEMENT(S) VISÉ(S) PAR LA CANDIDATURE*\*Établissements autres que territoriaux* | | | | | | | | |
| 1 CISSS - Bas-Saint-Laurent | | | | | | 6.9 Institut de cardiologie de Montréal | | |
| 2 CIUSSS - Saguenay–Lac-Saint-Jean | | | | | | 6.10 Institut Philippe-Pinel de Montréal | | |
| 3.1 CHU de Québec – UL\* | | | | | | 7 CISSS - Outaouais | | |
| 3.2 Institut universitaire de cardiologie et  de pneumologie de Québec – UL\* | | | | | | 8 CISSS - Abitibi-Témiscamingue | | |
| 3.3 CIUSSS - Capitale-Nationale | | | | | | 9 CISSS - Côte-Nord  10 CRSSS de la Baie-James | | |
| 4 CIUSSS - Mauricie-et-du-Centre-du-Québec | | | | | | 11.1 CISSS - Gaspésie | | |
| 5 CIUSSS - Estrie – CHUS | | | | | | 11.2 CISSS - Des Îles | | |
| 6.1 CIUSSS - Ouest-de-l’Île-de-Montréal | | | | | | 12 CISSS - Chaudière-Appalaches | | |
| 6.2 CIUSSS - Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal | | | | | | 13 CISSS - Laval | | |
| 6.3 CIUSSS - Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal | | | | | | 14 CISSS - Lanaudière | | |
| 6.4 CIUSSS - Nord-de-l’Île-de-Montréal | | | | | | 15 CISSS - Laurentides | | |
| 6.5 CIUSSS - Est-de-l’Île-de-Montréal | | | | | | 16.1 CISSS - Montérégie-Centre | | |
| 6.6 Centre hospitalier de l’Université de Montréal\* | | | | | | 16.2 CISSS - Montérégie-Est | | |
| 6.7 Centre universitaire de santé McGill\* | | | | | | 16.3 CISSS - Montérégie-Ouest | | |
| 6.8 Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine\* | | | | | | ***\* Les personnes candidates doivent sélectionner un maximum de trois établissements parmi cette liste.*** | | |
| 8. IDENTIFICATION DU OU DES DOMAINES VISÉ(S) ET JUSTIFICATION | | | | | | | | |
|  | **1) Usager de l’établissement** | | | | |  | **4)** **Personne** **représentant le personnel et les autres**  **personnes exerçant leurs activités au sein de**  **l’établissement dont une a une expérience**  **pertinente à la prestation de services de santé et**  **une autre à la prestation de services sociaux** | |
| **2)** **Membre ayant au moins une compétence et une**  **expertise dans les domaines suivants** : | | | | | |
|  | a) Expertise dans les organismes communautaires | | | | |  | **5)** **Dans le cas d’un établissement territorial, un à**  **trois élus municipaux du territoire desservi par**  **l’établissement** | |
|  | b) Expertise dans le milieu des affaires | | | | |  | **6) Dans le cas d’un établissement autre que**  **territorial, une personne représentant des**  **établissements territoriaux desservis par**  **l’établissement** | |
|  | c) Compétence en gouvernance, en performance, en  gestion de la qualité ou en éthique | | | | |
|  | d) Compétence en gestion des risques, en finance  ou en comptabilité | | | | | **Membre désigné** | | |
|  | e) Compétence en ressources humaines | | | | |  | **1) Un représentant désigné par la fondation de l’établissement ou, s’il en existe plus d’une, le représentant qu’elles désignent** | |
|  | f) Compétence en ressources immobilières ou  informationnelles | | | | |
|  | **3) Personne représentant le milieu de**  **l’enseignement et de la recherche** | | | | |  | **2) Un usager de l’établissement désigné par le**  **comité des usagers de l’établissement** | |
| **Justifiez ce qui vous permet d’affirmer que vous avez la compétence, l’expertise ou l’expérience requises (illustrer par des réalisations) pour chacun des domaines cochés (maximum de 2 200 caractères). Par exemple, si vous avez coché le profil « membre ayant une expertise dans les organismes communautaires »**, **décrivez cette expertise (postes occupés, durée de votre implication dans les organismes communautaires, lien avec le réseau de la santé et des services sociaux, etc.) ?** | | | | | | | | |
| 9. RAISONS MOTIVANT VOTRE CANDIDATURE | | | | | | | | |
| **En considérant les diverses compétences génériques qui décrivent les attentes de savoir, de savoir-être et de savoir‑faire d'un.e membre indépendant.e de conseil d’administration, démontrez, dans un texte concis, en quoi votre candidature représenterait une valeur ajoutée pour le conseil d’administration d’établissement (CAE) (maximum 2 200 caractères).** | | | | | | | | |
| 10. DÉCLARATION DU CANDIDAT OU DE LA CANDIDATE ET AUTORISATION | | | | | | | | |
| Conditions pour être ADMISSIBLE ET ÊTRE MEMBRE indépendant(e) DU conseil d’administration  d’un établissement de santé québec  **Je déclare que je remplis les conditions d’admissibilité suivantes pour être membre d’un conseil d’administration d’établissement (Art. 143, LGSSSS) :**   1. Être majeur; 2. Résider au Québec; 3. Ne pas faire l’objet d’une mise sous tutelle ou sous mandat de protection; 4. Au cours des cinq dernières années, ne pas avoir fait l’objet d’une déclaration de culpabilité pour un crime   punissable d’au moins trois ans d’emprisonnement, à moins d’en avoir obtenu le pardon;   1. Au cours des trois dernières années, ne pas avoir été déchu de ses fonctions comme membre du conseil   d’administration d’un conseil d’administration d’un établissement privé;   1. Au cours des trois dernières années, ne pas avoir fait l’objet d’une déclaration de culpabilité pour une infraction à la   Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (RLRQ, c. G-1.021) (LGSSSS) ou à ses  règlements, à moins d’en avoir obtenu le pardon;   1. Ne pas être failli au sens de la Loi sur la faillite et l’insolvabilité; 2. Ne pas avoir fait l’objet d’une interdiction par un tribunal d’exercer la fonction d’administrateur.   Je déclare que je remplis les conditions suivantes pour être membre indépendant (Art. 138, LGSSSS) :   1. Je ne suis pas à l’emploi de Santé Québec, je n’y exerce pas ma profession ou je n’ai pas été à l’emploi ou y ai   exercé ma profession au cours des trois années précédant la date de ma nomination;     1. Je ne suis pas à l’emploi du gouvernement ou d’un organisme du gouvernement au sens de l’article 4 de la Loi sur le   vérificateur général (chapitre V-5.01);   1. Aucun membre de ma famille immédiate ne fait partie de la haute direction de Santé Québec. On entend par « famille   immédiate » d’une personne son conjoint, son enfant et l’enfant de son conjoint, sa mère et son père ou l’un de ses  parents, le conjoint de sa mère ou de son père ou de l’un de ses parents ainsi que le conjoint de son enfant ou de  l’enfant de son conjoint;   1. Je n’ai pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d’intérêts, par exemple de nature financière,   commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptibles de nuire à la qualité de mes décisions eu égard aux  intérêts de Santé Québec.  Je déclare avoir pris connaissance de cette information et satisfaire aux conditions mentionnées ci-dessus pour être **admissible** et, lorsque cela est requis pour le siège sur lequel je souhaite postuler, être **candidat.e indépendant.e**. De plus, j'autorise la transmission des renseignements contenus dans le présent bulletin de candidature, notamment en ce qui concerne les candidats à considérer et la correspondance de leurs profils avec ceux établis en application de la loi. J’autorise la transmission des renseignements contenus dans le présent bulletin à l’établissement pour lequel ma candidature a été retenue.  Je comprends que :   1. les renseignements contenus dans ce formulaire sont recueillis pour le compte de Santé Québec; 2. les renseignements recueillis servent à l’analyse des profils de compétences et d’expertise par Santé Québec ainsi qu’à la constitution du fichier des membres des conseils d’administration d’établissement des établissements de Santé Québec utilisé aux fins de gestion et de contrôle; 3. les employés de Santé Québec concernés auront accès à ces renseignements dans la mesure où ils sont nécessaires à l’exercice de leurs fonctions; 4. les renseignements sont régis par la Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (RLRQ, chapitre A-2.1).   De plus, j'autorise Santé Québec à faire les vérifications jugées nécessaires en regard de la fonction convoitée et des conditions qui y sont rattachées, notamment auprès de mon employeur actuel.  En foi de quoi, j’ai signé à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (lieu), le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (date)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Signature du candidat ou de la candidate** | | | | | | | | |
| 11. CONSIGNES | | | | | | | | |
| 1. Seuls les dossiers dont le bulletin de candidature est dûment rempli et signé seront considérés. **La section 10 doit obligatoirement être signée.** Les bulletins incomplets ou jugés non conformes seront rejetés.  2. Votre dossier (bulletin de candidature et curriculum vitæ si nécessaire) doit être transmis à l’adresse courriel suivante : [questionsca.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:questionsca.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca)  3. Veuillez prendre note que seules les personnes nommées par le CA de Santé Québec seront contactées. | | | | | | | | |