

Programme de bourses d'études postdoctorales en biochimie clinique

Modalités particulières 2026-2027

Présentation du programme

Ce programme de bourses s'adresse aux étudiants inscrits à des études postdoctorales menant à l'obtention d'un diplôme de spécialité en biochimie clinique.

Information complémentaire

À terme, l'obtention d'un diplôme d'études postdoctorales de spécialité en biochimie clinique prépare les diplômés aux examens professionnels menant à la certification de spécialiste en biochimie clinique de l'Ordre des chimistes du Québec (OCQ). Cette certification confère le droit exclusif d'exercer à titre de biochimiste clinique dans les établissements embauchant ces professionnels.

Établissements visés

L'ensemble des établissements de Santé Québec ainsi que les établissements des régions 17 (Nunavik) et 18 (Terres-cries-de-la-Baie-James) sont visés par ce programme.

Admissibilité

Tous les candidats souhaitant obtenir une bourse doivent :

- Détenir un statut de citoyen canadien ou de résident permanent, et résider au Québec;
- Être titulaires d'un diplôme de doctorat de 3^e cycle (Ph. D.) qui donne ouverture au certificat de spécialiste en biochimie clinique délivré par l'OCQ, ou d'une formation jugée équivalente;
- Être membres de l'OCQ, détenir une carte de stage de spécialité en biochimie clinique et effectuer un stage d'études postdoctorales de spécialité en biochimie dans un établissement agréé par l'OCQ, sous la supervision d'un directeur de stage reconnu par l'OCQ;
- Être inscrits dans un programme d'études postdoctorales de spécialité en biochimie clinique d'un établissement d'enseignement reconnu par le gouvernement du Québec et par l'OCQ.

Information complémentaire

Un candidat ne peut soumettre une demande à plus de deux établissements visés simultanément.

Exigences liées à la bourse

Le candidat qui obtient la bourse s'engage à :

- Obtenir la certification de spécialité en biochimie clinique de l'OCQ;
- Travailler à temps complet dans un laboratoire de biochimie d'un établissement visé pour une période minimale de deux (2) années;
- Offrir et respecter une disponibilité conforme aux dispositions de l'entente collective en vigueur et adaptée aux besoins de l'établissement avec lequel il a signé une entente, et ce, dès la fin de ses études pour lesquelles il a obtenu la bourse.

Bourses attribuées et autres frais

Pour l'année financière 2026-2027, **8 bourses d'un montant de 63 450 \$ chacune** seront offertes par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) aux boursiers qui offriront une prestation de travail dans un établissement de Santé Québec.

Information complémentaire

Le candidat doit assumer les frais liés à l'Association des biochimistes cliniques du Québec, à l'OCQ et les frais de scolarité associés.

IMPORTANT : Il est recommandé d'ouvrir et de compléter ce formulaire à l'aide d' Adobe Acrobat Reader afin d'assurer un fonctionnement optimal des champs automatisés.

– Veuillez remplir les sections 1 à 3, enregistrer le formulaire, puis le transmettre par courriel à l'établissement visé.

1. Renseignements de la personne candidate

Nom	Prénom(s)
Adresse	Ville
Code postal	Téléphone
Courriel personnel	Autre courriel

2. Déclaration de la personne candidate

Je soussigné(e), _____, déclare présenter une demande de bourse d'études offerte par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Je m'engage à compléter le programme de formation visé et à respecter l'ensemble des conditions prévues à la fiche descriptive du programme de bourse et au cadre de référence.

Biochimie clinique | 63 450 \$

Programme de bourses

Nom de l'établissement d'enseignement

Début de la formation (mois/année)

Fin prévue de la formation (mois/année)

Deux (2) années

Durée de la période d'engagement

Formation académique – Faire un choix

Formation académique pertinente complétée (**uniquement pour la bourse en psychothérapie – volet professionnel**)

Consentement à la collecte et au partage des renseignements personnels du candidat ou de la candidate – Les renseignements recueillis au moyen du présent formulaire sont collectés à des fins d'identification dans le cadre de la gestion du programme de bourses d'études du MSSS. L'obtention de votre consentement est une condition légale pour bénéficier du programme de bourses d'études.

Vous pouvez retirer ce consentement en tout temps. L'entité responsable de l'administration du programme de bourses procédera alors à la destruction de vos renseignements dans ses fichiers dans les meilleurs délais. De plus, le MSSS cessera de communiquer vos renseignements à ses partenaires et demandera à ces derniers une confirmation de la destruction sécuritaire de vos renseignements déjà communiqués. À défaut de consentement, vous ne pourrez pas bénéficier du programme de bourses d'études du MSSS.

J'autorise le MSSS, Santé Québec, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le ministère de l'Éducation et les établissements d'enseignement reconnus par le gouvernement du Québec et tout ordre professionnel concerné ainsi que toute autre personne ou organisme impliqué dans le cadre du programme de bourses, à s'échanger les renseignements me concernant, lorsque leur communication est nécessaire à l'évaluation, à l'application ou au respect de cet engagement.

Changement d'adresse – Je m'engage à informer l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux responsable du programme de bourses, dans un délai de 30 jours, de tout changement d'adresse de résidence, de tout abandon ou de toute suspension de ma formation, et ce, de la signature des présentes jusqu'à la fin de mon engagement.

"Je déclare avoir pris connaissance du Cadre de référence 2026-2027 des Programmes de bourses du MSSS, qui traite notamment des critères généraux d'admissibilité, des obligations et engagements des candidats, du versement des bourses, de récupération des montants versés et de règles fiscales, ainsi que de la fiche descriptive du programme de bourses".

3. Signature de la personne candidate

Je déclare que tous les renseignements fournis sont véridiques. En inscrivant mon nom ci-dessous, j'atteste avoir lu et accepté les déclarations ci-dessus. Cette inscription constitue mon approbation officielle.

Ville

Nom complet

Date (jour/mois/année)

SECTION RÉSERVÉE À L'ÉTABLISSEMENT

– Cette section doit être complétée après la signature de la personne candidate.

4. Renseignements et commentaires de l'établissement

Nom de l'établissement de santé

Si EPC ou EPNC – indiquer le nom

Commentaires et particularités

– Veuillez indiquer le nom du diplôme, l'établissement d'enseignement, la région, le titre d'emploi visé ainsi que, le cas échéant, le nombre d'heures requises.

5. Signature du représentant de l'établissement responsable de l'administration du programme de bourses

Ville

Nom(s) et prénom(s) en lettres moulées

Signature du représentant ou de la représentante

Date (jour/mois/année)