

# **CONSEIL AUTOCHTONE D'AGRÉMENT PROFESSIONNEL DU CANADA**



---

**DOSSIER DE DEMANDE DE CERTIFICATION**  
**SPÉCIALISTES AUTOCHTONES CERTIFIÉS EN TOXICOMANIE**  
**Spécialisation sur le jeu compulsif**

---

## CONTENU DE CETTE TROUSSE DE DEMANDE

FORMULAIRES	PAGE
Instructions pour remplir cette trousse de demande	<b>3</b>
Liste de contrôle	<b>4</b>
Renseignements personnels	<b>5</b>
Formulaire d'assurance	<b>6</b>
Antécédents professionnels	<b>7</b>
Vérification de l'expérience de travail – Emploi et/ou bénévolat	<b>8</b>
Qualifications scolaires	<b>9</b>
Déclaration concernant la vérification de la formation	<b>10</b>
Déclaration de paternité du demandeur	<b>11</b>
Formulaire d'évaluation du superviseur (pages 12 à 14)	<b>12</b>
Approbation du superviseur	<b>15</b>
Lettre de déclaration de l'employeur concernant la vérification du casier judiciaire des demandeurs	<b>16</b>
Témoin - Lettre de recommandation	<b>17</b>
Le code d'éthique de CAAPDC à signer et à dater	<b>18</b>
Pour soumettre votre demande	<b>19</b>
Résumé des normes et des exigences – CIAS IV - PG	<b>20</b>

Pour remplir votre demande, vous devrez également fournir d'autres documents. Une liste de contrôle complète de tous les formulaires et documents que vous devez envoyer est incluse à la page 4.

## Instructions pour remplir cette trousse de demande

Nous espérons que vous avez consulté le **Résumé des normes et des exigences pour les spécialistes autochtones certifiés en toxicomanie ayant une spécialisation en jeu responsable (CIAS IV-RG)** joint à cette demande avant de demander cette certification, et que vous avez vérifié que votre expérience, vos qualifications académiques et votre éducation / formation répondent à ces normes et exigences de certification.

Si vous l'avez fait et pouvez garantir que vous répondez à ces normes et exigences, félicitations ! Vous êtes prêt à atteindre votre objectif de devenir un **spécialiste autochtone certifié en toxicomanie au niveau IV avec une spécialisation en jeu responsable (CIAS IV-RG)**.

Cette trousse contient tous les formulaires dont vous avez besoin pour faire une demande de certification. Maintenant que vous avez téléchargé la trousse de demande, vous êtes responsable de ce qui suit :

1. remplir vos sections et rassembler tous les documents à l'appui requis
2. s'assurer que vos références, votre superviseur, vos employeurs remplissent leurs parties
3. en envoyant tout, y compris les frais de demande qui correspondent à votre situation\* au bureau de CAAPDC. Il y a une liste de contrôle à la page 4 pour vous aider. Tout le matériel doit arriver dans notre bureau dans une seule enveloppe.

\* Pour de plus amples renseignements sur les frais applicables, veuillez consulter le site Web de CAAPDC : <https://icboc.ca/certification/list-of-certifications/http-icboc-ca-addictions-wellness-certification-fees/>

### VEUILLEZ CONSERVER UNE PHOTOCOPIE DE LA TROUSSE DE DEMANDE DÛMENT REMPLIE POUR VOS DOSSIERS.

Si votre superviseur et vos répondants souhaitent garder leurs références confidentielles (y compris l'évaluation du superviseur), veuillez leur fournir une enveloppe (aucune n'est incluse dans la trousse de demande) avec les renseignements suivants imprimés au recto.

**Exemple** : pour une lettre de recommandation, l'information à l'extérieur de l'enveloppe doit porter les renseignements suivants : Lettre de recommandation pour ..... (Écrivez votre prénom et votre nom de famille)

Vos documents de demande seront d'abord reçus, enregistrés, datés et classés par notre coordonnateur administratif. Votre dossier de demande sera transmis à notre registraire pour examen **seulement lorsque la trousse complète** avec le chèque ou le mandat-conseil (à l'ordre du Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada ou de CAAPDC) aura été reçue. Assurez-vous d'inclure votre adresse de retour à l'extérieur de l'enveloppe contenant votre dossier de demande.

**IMPORTANT** : Vous pourriez changer d'adresse au cours des deux années précédant le renouvellement de votre certification, et nous ne serons pas en mesure de vous contacter à l'ancienne adresse. **N'oubliez pas de nous informer de tout changement d'adresse futur.**

Si vous avez des questions concernant la trousse de demande, les exigences en matière de formation ou au sujet de CAAPDC, veuillez nous appeler au 450-983-8444 par courriel à [admin@icboc.ca](mailto:admin@icboc.ca) ou [registrar@icboc.ca](mailto:registrar@icboc.ca)

Nous sommes impatients de recevoir votre dossier de candidature et de vous aider de toutes les manières possibles.

*Le conseil d'administration et le personnel de CAAPDC*

## Liste de contrôle

Vous êtes responsable de soumettre **TOUS les** formulaires suivants au registraire à l'adresse indiquée à la page 19. **Veillez visiter notre site Web pour d'autres informations et documents liés à cette certification ([www.icboc.ca](http://www.icboc.ca)).**

	Formulaire de renseignements personnels
	Formulaire d'assurance
	Formulaire d'antécédents professionnels
	Formulaire de vérification de l'expérience de travail – Emploi et/ou bénévolat
	Formulaire de qualifications scolaires (seulement si vous avez acquis de nouvelles qualifications depuis votre certification de niveau III)
	Copie des relevés de notes/certificats collégiaux ou universitaires (s'ils ne sont pas déjà soumis avec une certification de niveau III)
	Copie de tous vos certificats de formation
	Déclaration concernant la vérification de la formation
	Copie de votre recherche ou de votre exposé de position <b>OU</b>
	Copie de votre atelier ou de votre cours de formation
	Copie de l'évaluation requise des participants si le document est un atelier ou un cours
	Lettre de déclaration concernant la véritable paternité
	Copie de votre récit d'étude de cas ou d'intervention
	Formulaire d'évaluation du superviseur
	Référence du superviseur
	Référence personnelle
	Lettre de recommandation du témoin – Atelier ou cours
	Lettre de déclaration de l'employeur concernant les vérifications du casier judiciaire des demandeurs
	Description de poste complète actuelle
	Achèvement et signature d'un plan de mieux-être personnel
	Code d'éthique de CAAPDC daté et signé
	Chèque, ou mandat-travail, à l'ordre de : Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada ou CAAPDC <a href="https://icboc.ca/certification/list-of-certifications/http-icboc-ca-addictions-wellness-certification-fees/">https://icboc.ca/certification/list-of-certifications/http-icboc-ca-addictions-wellness-certification-fees/</a>

Tous les formulaires et documents requis doivent être reçus par CAAPDC en **un seul paquet complet. Les photocopies des certificats sont acceptées. Veillez conserver les originaux dans vos dossiers personnels.** Si vous avez besoin de plus d'informations ou d'aide, veuillez contacter le bureau de CAAPDC au 450-983-8444 ou par courriel à [registrar@icboc.ca](mailto:registrar@icboc.ca) ou [admin@icboc.ca](mailto:admin@icboc.ca)

## Renseignements personnels

**Très important** : Veuillez vous assurer que vos coordonnées peuvent être lues clairement pour éviter les erreurs lorsque nous souhaitons communiquer avec vous par la poste, par courriel ou par téléphone. Une adresse e-mail facilite la communication.

NOM COMPLET DU DEMANDEUR \_\_\_\_\_  
Prénom Milieu Nom

AUSSI CONNU COMME \_\_\_\_\_

ADRESSE DOMICILIAIRE \_\_\_\_\_  
Rue

\_\_\_\_\_ Ville province Code postal

TÉLÉPHONE À LA MAISON (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ COURRIEL \_\_\_\_\_

EMPLOYEUR ACTUEL \_\_\_\_\_

ADRESSE D'AFFAIRES \_\_\_\_\_  
Rue

\_\_\_\_\_ Ville province Code postal

TÉLÉPHONE D'AFFAIRES (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ COURRIEL \_\_\_\_\_  
Courriel de travail

Poste actuel \_\_\_\_\_

Je suis déjà certifié par CAAPDC en tant que spécialiste autochtone au niveau III			Oui		Non	
N° de certificat		Date d'expiration de votre dernière certification CAAPDC				
Il s'agit de ma première demande de certification auprès de CAAPDC et je sou mets la demande de niveau III en plus de cette demande *			Oui		Non	
Je suis un formateur inscrit à CAAPDC offrant une formation sur le jeu compulsif			Oui		Non	
Je suis instructeur dans un établissement universitaire sur la dépendance au jeu			Oui		Non	
<b>Dans l'affirmative, veuillez l'indiquer à la page 7</b>						

AFFILIATION/ORGANISATION DES PREMIÈRES NATIONS \_\_\_\_\_

**Veillez cocher votre point de contact préféré**

BUREAU  À DOMICILE

## Formulaire d'assurance

J'atteste que je présente volontairement cette demande et que je me soumetts librement à l'évaluation du Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada. J'accepterai la décision de CAAPDC et j'accepterai l'entière responsabilité de toutes les conséquences du processus de demande de certification.

En tant que spécialiste autochtone certifié de la toxicomanie inscrit à CAAPDC, j'accepte de respecter et de respecter les politiques, les procédures, le code d'éthique et les décisions du conseil d'administration et de ses agents. Ce « Code d'éthique » définit les responsabilités envers soi-même, la famille, les collègues, les clients, le public et les Nations.

J'atteste que je n'ai pas d'antécédents d'abus d'alcool ou d'autres substances pendant une période minimale de trois (3) ans immédiatement avant de présenter cette demande.

À ma connaissance, les informations contenues dans le présent document sont vraies et correctes.

J'autorise les membres ou les représentants de CAAPDC à contacter et à obtenir des informations de toute référence, employeur ou établissement d'enseignement jugé nécessaire dans l'évaluation de cette demande.

Je renonce à mon droit d'examiner les résultats de telles demandes de renseignements faites aux références, aux employeurs ou aux établissements d'enseignement. Je renonce à mon droit d'examiner toute lettre d'approbation ou référence personnelle. Je renonce à mon droit d'examiner le compte rendu des délibérations de la Commission lors de l'examen de la présente demande.

DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_

NOM D'IMPRESSION : \_\_\_\_\_

NOM DU DEMANDEUR \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

## Antécédents professionnels

Veillez énumérer les postes rémunérés à temps plein, en commençant par votre poste actuel et en revenant consécutivement pour au moins **cinq postes et / ou cinq ans**.

1. EMPLOYEUR \_\_\_\_\_ SUPERVISEUR \_\_\_\_\_  
TITRE DU POSTE \_\_\_\_\_ DATES : à partir de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
mois/jour/année  
PRINCIPALES FONCTIONS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. EMPLOYEUR \_\_\_\_\_ SUPERVISEUR \_\_\_\_\_  
TITRE DU POSTE \_\_\_\_\_ DATES : à partir de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
mois/jour/année  
PRINCIPALES FONCTIONS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. EMPLOYEUR \_\_\_\_\_ SUPERVISEUR \_\_\_\_\_  
TITRE DU POSTE \_\_\_\_\_ DATES : à partir de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
mois/jour/année  
PRINCIPALES FONCTIONS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. EMPLOYEUR \_\_\_\_\_ SUPERVISEUR \_\_\_\_\_  
TITRE DU POSTE \_\_\_\_\_ DATES : à partir de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
mois/jour/année  
PRINCIPALES FONCTIONS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. EMPLOYEUR \_\_\_\_\_ SUPERVISEUR \_\_\_\_\_  
TITRE DU POSTE \_\_\_\_\_ DATES : à partir de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
mois/jour/année  
PRINCIPALES FONCTIONS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOM DU DEMANDEUR \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_



## Qualifications scolaires

Dans l'espace ci-dessous, veuillez fournir des informations sur votre formation. \*Veuillez noter qu'il existe des différences provinciales dans le système d'éducation canadien aux niveaux secondaire et postsecondaire. Veuillez préciser vos titres de compétences universitaires.

**Remarque : Si vous êtes déjà certifié en tant que spécialiste autochtone au niveau III, remplissez ce formulaire seulement si vous avez acquis de nouvelles qualifications depuis que vous avez obtenu votre certification de niveau III.**

### A. Enseignement secondaire : (case à cocher appropriée)

Diplôme d'études secondaires       GED       Autres\* \_\_\_\_\_  
(veuillez préciser)

### B. Études postsecondaires :

Avez-vous suivi un programme d'études postsecondaires ? Oui  Non

Si la réponse est oui, veuillez fournir des détails pour chaque programme d'études postsecondaires :

#### 1. Nom de l'université ou du collège :

\_\_\_\_\_

*(Cochez la case appropriée)*     Grade     Diplôme     Certificat     Autres\*

Nom du grade, du diplôme, du certificat ou d'un autre\* \_\_\_\_\_

Année reçue du grade, diplôme, certificat \_\_\_\_\_

#### 2. Nom de l'université ou du collège : \_\_\_\_\_

*(Cochez la case appropriée)*     Grade     Diplôme     Certificat     Autres\*

Nom du grade, du diplôme, du certificat ou d'un autre\* \_\_\_\_\_

Année reçue du grade, diplôme, certificat \_\_\_\_\_

#### 3. Nom de l'université ou du collège : \_\_\_\_\_

*(Cochez la case appropriée)*     Grade     Diplôme     Certificat     Autres\*

Nom du grade, du diplôme, du certificat ou d'un autre\* \_\_\_\_\_

Année reçue du grade, diplôme, certificat \_\_\_\_\_

## Déclaration concernant la vérification de la formation

En tant qu'organisme de certification autochtone fondé sur la culture, CAAPDC reconnaît que, pour diverses raisons, il est parfois difficile de suivre une formation en dehors de la communauté. Nous croyons que les connaissances et les compétences peuvent également être acquises par d'autres moyens. Veuillez utiliser ce formulaire pour documenter les heures de formation acquises de la manière alternative énumérée ci-dessous, en vous assurant qu'elle est remplie au besoin par une personne qualifiée pour le signer (employeur, Aîné, directeur exécutif, superviseur, coordonnateur de la formation, gestionnaire des ressources humaines ou toute autre personne responsable de la formation du personnel et qui peut être contactée). Utilisez **UN** formulaire par situation et signataire - Ne documentez pas plusieurs apprentissages situationnels sur un seul formulaire.

### Situations acceptables :

- **Participation à des activités culturelles, traditionnelles, cérémonies dans le cadre de votre travail de guérison avec les clients.**  
Un maximum de 26 heures consacrées à de telles activités sera accepté. Dans le cas du renouvellement de votre certification, cela pourrait représenter plus de la moitié des 40 heures requises.
- **Les enseignements ou les conseils culturels que vous avez reçus d'un Aîné à votre lieu de travail, au cours de votre horaire de travail.**
- **La formation que vous avez vous-même donnée à vos collègues, à vos clients ou au public.** Dans ce cas, veuillez également soumettre à la fois une copie de la description de la session de formation, y compris le titre, les objectifs d'apprentissage, la description du contenu et l'ordre du jour.

**Veuillez vous assurer que la personne qui doit remplir et signer ce formulaire utilise son propre formulaire pour documenter les heures qu'elle se porte garant que vous avez remplies. Chaque formulaire doit porter le nom et la signature de la personne qualifiée qui peut se porter garante des heures que vous avez accumulées dans l'une des situations de formation acceptables énumérées. Les formulaires documentant les heures acquises dans plus d'un format acceptable ou non remplis et signés par le césion qualifié ne seront pas pris en compte.**

Date de la présente déclaration		Nom du demandeur	
Nom de l'organisation ou de l'organisme employeur			
Nom de la personne qualifiée pour signer cette déclaration			
Titre du poste de la personne qui signe cette déclaration			
Téléphone		Courriel	
<b>Liste des formations suivies par ce demandeur</b>			
Date de formation	Titre de la session de formation		Heures
<b>Remarque :</b> Si vous avez besoin de plus d'espace pour énumérer la formation à laquelle le candidat a assisté ou terminé, veuillez photocopier cette page. <b>Veuillez vous assurer que cette section de la déclaration est remplie.</b>			

### DÉCLARATION

Je, soussigné, affirme que je suis la personne qualifiée pour fournir cette lettre de déclaration et que j'ai vérifié la formation reçue par le demandeur susmentionné. Je déclare que les renseignements fournis dans cette lettre sont exacts et véridiques.

Signature de la personne qualifiée \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_  
Année      Mois      Jour

## Déclaration de paternité (auteur) du demandeur

Les candidats sont tenus de soumettre **deux** documents à l'appui de leur expertise dans le domaine de spécialisation. Il peut s'agir d'un document de recherche **ou** d'un exposé de position, d'un atelier **ou** d'un cours, **ainsi que** d'une étude de cas ou d'un récit d'intervention.

CAAPDC s'attend à l'intégrité personnelle et professionnelle. Le demandeur doit fournir l'assurance, par le biais de cette déclaration de paternité, que la recherche et la paternité de l'ensemble des documents soumis à CAAPDC sont authentiques et ne contiennent aucun plagiat. CAAPDC définit le plagiat comme le fait de faire passer le travail des autres pour le sien.

### DÉCLARATION DE L'AUTEUR

Nom de l'applicant \_\_\_\_\_

Cette déclaration de paternité couvre les documents suivants (*veuillez cocher les cases appropriées*)

Document de recherche  Exposé  Cours  Atelier

Récit de l'étude de cas et de l'intervention

Titre du 1<sup>er</sup> document \_\_\_\_\_

Titre du 2<sup>e</sup> document \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_ certifie que le document intitulé ci-dessus est tout à moi et ne contient aucun plagiat. J'accepte les exigences suivantes :

Tout texte, diagramme ou autre matériel copié à partir d'autres sources (y compris, mais sans s'y limiter, le matériel tel que des livres, des revues, des articles savants, des manuels, des guides, qu'ils soient publiés sous forme imprimée ou affichés sur Internet) ont été clairement reconnus et référencés comme tels dans le texte par l'utilisation de « guillemets » (ou en *italique pour les citations plus longues*), suivi du nom de l'auteur et de la date documentées soit dans le texte, soit dans une note de bas de page/note de fin. Ces détails doivent ensuite être confirmés par une référence plus complète sous la forme d'une bibliographie.

Je comprends que seuls les documents qui sont mon véritable travail, et qui sont exempts de plagiat seront acceptés, que le défaut de le faire entraînera l'annulation de l'ensemble de la demande.

Signature de l'applicant \_\_\_\_\_



<b>Éducation et formation propres au jeu responsable (accent sur les Autochtones)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Fait preuve d'empathie et de compréhension des problèmes de jeu				
Connaissance des étapes de la théorie du changement				
Capacité de faciliter et de structurer un processus d'intervention adapté aux étapes du changement				
Capacité d'utiliser les entrevues motivationnelles pour encourager la préparation au changement				
Capacité d'accepter l'ambivalence				
Connaissance de l'association entre la théorie de l'apprentissage du comportementalisme et le comportement de jeu				
Capacité d'identifier pour identifier le changement et les progrès et d'encourager des espoirs réalistes et des attentes de changement				
Connaissance et capacité d'utiliser les soins tenant compte des traumatismes dans les interventions de jeu compulsif				
Capacité d'utiliser une variété de stratégies et de techniques pour lutter contre le jeu compulsif				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychothérapie psychodynamique</li> <li>• Stratégies cognitives (p. ex. Accroître la sensibilisation active aux envies de jeu)</li> <li>• Techniques de pleine conscience et de centrage (ex. Enseigner des techniques de relaxation aux clients)</li> <li>• Stratégies comportementales (p. ex. aider les clients à identifier les déclencheurs du jeu)</li> <li>• Stratégies axées sur les émotions (p. ex. Faciliter la régulation des émotions des clients)</li> <li>• Stratégies de valeur (p. ex. encourager les clients à prendre des mesures conformes à leurs valeurs fondamentales)</li> <li>• Joueurs Anonymes</li> <li>• Stratégies de responsabilisation financière (p. ex. Faciliter la divulgation de la dette à la famille)</li> <li>• Thérapie familiale</li> <li>• Approche de réduction des méfaits</li> </ul>				
Connaissance avancée des thérapies cognitivo-comportementales				
Connaissance des outils de dépistage et d'évaluation adaptés à la culture				
Connaissance de la théorie de l'apprentissage social et de sa pertinence en tant que stratégie culturellement pertinente pour lutter contre le jeu compulsif et d'autres dépendances				
Capacité d'évaluer régulièrement les clients pour le jeu compulsif				
Capacité d'identifier et d'évaluer les contributeurs médicaux et pharmaceutiques du jeu compulsif				
Connaissance des facteurs génétiques et biologiques du jeu compulsif				
Comprend le jeu générationnel, l'apprentissage transgénérationnel sur le jeu et la normalisation du jeu chez les jeunes				
Capacité d'évaluer les avantages ou l'impact positif du jeu ressentis par un client ayant un problème de jeu				
Comprend les parallèles entre l'abus de substances et le traitement des clients et des communautés autochtones et des programmes visant à lutter contre le jeu compulsif				
Inclure activement les clients ainsi que leur famille dans la planification du traitement du jeu compulsif				
Capacité de fonder le plan de traitement sur les étapes du changement				
Capacité d'aider les clients à se fixer des objectifs en fonction de leur vision des possibilités de changement et de rétablissement				
Capacité d'établir un lien entre les objectifs de traitement et le jeu compulsif				
Capacité d'établir des objectifs à court terme, mesurables et réalistes pour les plans de traitement des clients				
Capable d'établir des plans de traitement reflétant les besoins des personnes atteintes de jeu compulsif à leur stade de vie				
<b>Scores</b>				
<b>Scores totaux</b>				

<b>Éducation et formation propres au jeu responsable (accent sur les Autochtones)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Capacité d'identifier l'influence du jeu compulsif sur les individus et leurs relations				
Capacité d'identifier les dynamiques problématiques avec le contexte familial et social d'un joueur compulsif				
Comprend l'impact du jeu compulsif sur les personnes de différentes conditions sociales et identités (race, classe, sexe, orientation sexuelle, âge, capacités)				
Capacité d'identifier les zones touchées par le jeu compulsif (c.-à-d. l'état social, familial, professionnel, communautaire et de santé)				
Capacité de gérer le continuum de soins des clients atteints de jeu compulsif				
Démontrer des compétences professionnelles en gestion de cas				
Capacité d'explorer les attitudes, les obstacles et les déclencheurs des clients à l'accès aux services				
Capacité d'identifier les besoins appropriés en matière de services et de ressources pour les communautés autochtones				
Capacité d'explorer le niveau actuel de compréhension des programmes et des services disponibles en ce qui concerne les approches culturellement appropriées au jeu compulsif				
Capacité de promouvoir une approche holistique de la prestation de services de jeu compulsif				
Capacité de mettre en évidence les pratiques exemplaires en matière de prestation de services aux collectivités autochtones				
Connaissance des modèles de prévention du jeu compulsif				
Capacité de plaider en faveur de la réduction de la stigmatisation liée au jeu compulsif au sein des communautés				
Capacité de s'assurer qu'un espace est fait dans le counseling pour valoriser l'expérience et l'expression de toutes les personnes				
Capacité d'identifier les modèles d'interaction liés au jeu compulsif				
Capacité d'aider les familles à identifier les comportements protecteurs ou habilitants				
Connaissance de l'importance de la famille, des réseaux sociaux et des systèmes communautaires dans le processus de traitement et de rétablissement				
<b>Approches culturelles</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Connaissance de la sensibilisation au jeu autochtone et des projets et programmes de prévention dirigés par la communauté				
Connaissance du continuum du bien-être mental autochtone de la Thunderbird Partnership Foundation (CTPN)				
Connaissance des aspects environnementaux et socioculturels des troubles concomitants en ce qui concerne les peuples autochtones				
Connaissance et compréhension de la culture prédominante, des coutumes tribales, des traditions des clients				
Capacité de soutenir et d'aider la participation des clients aux aspects traditionnels et culturels du rétablissement spirituel.				
Comprend le concept de santé et de bien-être d'un point de vue holistique autochtone				
<b>Intégrité professionnelle</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Capacité de protéger les droits des clients à la vie privée et à la confidentialité				
Capacité de maintenir une relation chaleureuse, compatissante, saine et équilibrée avec les clients				
Comprend les questions juridiques et éthiques liées au jeu compulsif				
Capacité de reconnaître ses propres limites professionnelles et de demander des conseils et du soutien pour maintenir son propre bien-être				
S'engage à poursuivre la formation professionnelle sur le jeu compulsif				
Fait preuve d'un intérêt et d'un engagement authentiques et authentiques à soutenir les clients atteints de jeu compulsif dans leur processus de rétablissement et leur capacité à s'aider eux-mêmes				
<b>Scores</b>				
<b>Scores totaux</b>				

## APPROBATION DU SUPERVISEUR

Caractère moral \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Professionalisme \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Statut communautaire \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antécédents personnels d'abus d'alcool ou d'autres substances \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres commentaires \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom du superviseur (veuillez imprimer) :

\_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

Rue

Ville

\_\_\_\_\_ Téléphone ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

province

Code postal

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## Lettre<sup>1</sup> de déclaration des employeurs concernant les demandeurs Vérification du casier judiciaire

CAAPDC n'exige **pas** de vérification du casier judiciaire dans le cadre de notre processus de certification. La responsabilité de s'assurer que les vérifications sont effectuées pour protéger la sécurité et le bien-être du client incombe à l'employeur. Pour en savoir plus sur la politique de CAAPDC sur les vérifications du casier judiciaire, veuillez consulter notre **Manuel des normes et procédures de certification** à [www.ICBOC.ca](http://www.ICBOC.ca).

<p style="text-align: center;"><b>LETTRE DE DÉCLARATION CONCERNANT LA VÉRIFICATION DU CASIER JUDICIAIRE D'UN DEMANDEUR QUI PRÉSENTE UNE DEMANDE DE CERTIFICATION AUPRÈS DE CAAPDC</b></p> <p>Nom de l'applicant _____</p> <p>Nom de l'organisation ou de l'institution où le candidat est employé _____</p> <p>Nom de l'employeur _____</p> <p>Je, _____ affirme que je suis l'employeur du demandeur.</p> <p>Je déclare en outre que, conformément à toutes les lois applicables, une vérification du casier judiciaire a été effectuée sur le demandeur avant le début de l'emploi et / ou dans les 90 jours suivant la demande d'accréditation et que, en tant qu'employeur, je suis convaincu que le demandeur ne pose aucun risque pour les clients.</p> <p>Je confirme que je suis la personne autorisée à signer cette déclaration et que les renseignements que j'ai fournis dans cette déclaration sont exacts et complets.</p> <p>Signature du employeur _____</p> <p>Date : _____</p>
--

<sup>1</sup> Par « employeur », on entend toute personne qui est légalement responsable d'assurer la vérification des vérifications du casier judiciaire de tous les employés et qui est autorisée à signer la présente déclaration

## Témoign - Lettre de recommandation

Nom du demandeur \_\_\_\_\_

La personne susmentionnée a présenté une demande de certification en tant que **spécialiste autochtone certifié en toxicomanie au niveau IV avec une spécialisation en jeu responsable** auprès du Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada.

Dans le cadre de cette demande de certification, le candidat nommé ci-dessus doit rechercher, développer et offrir un atelier d'une journée (7 heures) ou un cours à un public en direct (minimum de 8 participants), soutenu par une lettre de référence de la personne qui a organisé la prestation de l'atelier ou du cours et y a assisté (superviseur, organisateur de la conférence, directeur d'école, etc.).

**En remplissant le formulaire ci-dessous, vous fournirez la référence dont ce demandeur a besoin.**

Votre nom \_\_\_\_\_

Titre professionnel \_\_\_\_\_

La durée pendant laquelle vous avez connu le demandeur : \_\_\_\_\_

Relation avec le demandeur \_\_\_\_\_

**Vous y avez assisté et vous fournissez des commentaires sur : (veuillez cocher la case appropriée)**

L'atelier que le demandeur a donné

Le cours que le candidat a donné

1. Combien de participants au total ont assisté à l'atelier/cours ?

S'il vous plaît noter ce qui suit (cochez la case correspondant à votre réponse) <b>1 = faible 2 = adéquat 3 = bon et 4 = excellent</b>	1	2	3	4
Clarté de la structure et du contenu				
Pertinence du contenu en fonction des besoins professionnels des participants				
Correspondance entre le contenu et les objectifs d'apprentissage énoncés				
Nombre et variété d'activités interactives				
Qualité des ressources matérielles fournies aux participants				
Qualité globale du rendement du candidat				
Tout autre commentaire que vous souhaitez partager au sujet de cette formation ou du candidat				

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Code de déontologie de CAAPDC

Ce « code d'éthique » que nous choisissons de respecter repose sur l'intégrité culturelle de la philosophie traditionnelle de guérison des Premières Nations. Veuillez le signer et le dater, et le soumettre avec votre demande

- S'abstenir de l'abus de substances et des dépendances de processus au cours de notre mandat en tant que professionnels autochtones certifiés de la toxicomanie.
- Efforcez-vous d'intégrer les enseignements spirituels de nos ancêtres dans notre vie quotidienne. Assumer la responsabilité personnelle de la croissance continue grâce à l'éducation, à la formation et à un plan de bien-être développemental.
- Soyez dédié au concept que les dépendances sont traitables, et l'objectif principal est de maintenir le rétablissement et le bien-être du client.
- Montrez un véritable intérêt à aider et à servir les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie et soyez dédié au concept de bien-être, de récupération et de guérison holistique.
- Honorer les enseignements culturels et traditionnels qui permettent aux clients de choisir un mode de vie sain.
- Reconnaître la valeur thérapeutique de l'humour.
- Accepter et montrer du respect pour la diversité de tous les peuples et honorer leur race, leur couleur, leurs croyances, leur âge, leur orientation sexuelle, leurs pratiques culturelles et spirituelles et leurs points de vue.
- Respectez le client en maintenant une relation professionnelle objective en tout temps. Évitez les relations doubles en tout temps.
- Protéger la confidentialité de tous les renseignements acquis par des professionnels. La divulgation de ces renseignements n'est faite que lorsque la loi l'exige ou le permet, ou lorsque les clients ont consenti à la divulgation. Cela comprend tous les documents, documents et communications.
- S'engager à fournir un service de la plus haute qualité possible. Cela est démontré par une interaction professionnelle continue avec le client et, au besoin, par l'utilisation d'autres professionnels de la santé et / ou services pour aider et guider le client dans son rétablissement et son bien-être.
- Évaluer les forces, les limites, les préjugés et l'efficacité personnels et professionnels et être prêt à reconnaître quand il est dans l'intérêt du client de les diriger ou de les libérer vers d'autres personnes ou programmes de soutien.
- Être respectueux, travailler au sein de l'établissement et s'efforcer d'améliorer les politiques institutionnelles et les fonctions de gestion.
- Respectez toutes les politiques, codes d'éthique, code de conduite et toute autre clause, réglementation, stipulation en vigueur sur votre lieu de travail et que vous êtes responsable d'appliquer dans votre vie personnelle et / ou professionnelle
- Assurer la sécurité et le bien-être des clients en respectant toutes les lois fédérales et/ou provinciales applicables du Canada concernant les vérifications du casier judiciaire.

\_\_\_\_\_  
Signature de la signature

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom (veuillez imprimer)

## POUR SOUMETTRE VOTRE DEMANDE

Si vous avez des questions ou avez besoin de plus d'informations, n'hésitez pas à nous contacter, nous sommes là pour vous aider.

Veillez envoyer votre demande, avec les frais de certification à l'adresse suivante.

Registrar, ICBOC

C.P. 3999

Kanesatake (Québec)

J0N 1E0

**Téléphone :** 450-983-8444

**Courriel :** [registrar@ICBOC.ca](mailto:registrar@ICBOC.ca)

**Site Web :** [www.ICBOC.ca](http://www.ICBOC.ca)

<b>RÉSUMÉ DES NORMES ET DES EXIGENCES</b> <b>SPÉCIALISTE AUTOCHTONE CERTIFIÉ (santé mentale, bien-être ou toxicomanie) Niveau IV</b> <b>Spécialisation du jeu responsable (CIAS IV-RG)</b>	
<b>Expérience de travail</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cette certification est disponible pour les candidats qui peuvent démontrer une expérience de travail rémunérée récente dans le traitement des clients ayant des problèmes de jeu problématiques dans un cadre résidentiel ou communautaire pendant au moins <b>six mois (1000 heures) PLUS</b> au moins <b>3 ans (6000 heures) d'expérience antérieure</b> dans le domaine du bien-être / dépendances.</li> <li>Il est également disponible pour les candidats qui sont déjà certifiés auprès de CAAPDC en tant que spécialistes autochtones certifiés en toxicomanie au niveau III (ICAS III), ou spécialistes autochtones certifiés en prévention des dépendances au niveau III (CIAPS III), à condition qu'ils démontrent au moins <b>350 heures (équivalent à 10 semaines) de services directs aux clients ayant des problèmes de jeu</b> (soit dans le cadre de leurs responsabilités professionnelles actuelles ou par le biais d'un travail bénévole vérifié ou les deux).</li> </ul>	
<b>Niveau d'éducation</b>	Niveau III accepté, ou une combinaison de qualifications académiques, d'expérience et de formation
<b>Éducation et formation propres au jeu responsable (Mettre l'accent sur les perspectives autochtones)</b>	<b>160 heures min.</b>
Connaissance du jeu compulsif	20
Contexte social, politique, économique et culturel du jeu compulsif dans la population autochtone	20
Psychoéducation	20
Stratégies thérapeutiques	20
Évaluation du jeu problématique	20
Traitement du jeu problématique	20
Gestion des cas de jeu problématique	20
Perspectives éthiques liées au jeu compulsif	20
<b>Éducation et formation liées au jeu responsable ou à d'autres dépendances</b> (un ou une combinaison des sujets ci-dessous - cette liste n'est pas exhaustive ou par ordre de priorité)	<b>60 heures min.</b>
Jeu et autres troubles	Nouvelles tendances en matière de jeu
La jeunesse et le jeu	Approches culturelles de la prévention et du traitement du jeu compulsif
Les femmes et le jeu	Aspects historiques du jeu autochtone
Les aînés et le jeu	Jeu et violence
La jeunesse et le jeu	Bingo et autres jeux sociaux
Jeu sur Internet	Tous les sujets liés aux dépendances ou au bien-être
Interventions à distance et d'auto-assistance	Traitements pharmacologiques
Approche de stimulation cérébrale	Modalités de traitement émergentes
<b>Techniques et approches de conseil spéciales</b>	<b>30 h min.</b>
Entrevue motivationnelle (6 heures minimum) Toute autre technique et approche de conseil pertinente au jeu responsable/problématique	
<b>Expertise démontrée</b> (le candidat doit soumettre deux documents)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Un exposé de recherche <b>OU</b> de position (2000 à 3000 mots) <b>OU</b> un atelier/cours d'une journée <b>ET</b></li> <li>Un récit d'étude de cas/intervention (1000 à 2000 mots), tiré d'une expérience de première main</li> </ul>	
<b>Évaluation des compétences liées au jeu responsable</b>	<b>Score du superviseur</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>La communication</li> <li>Jeu, toxicomanie et santé mentale</li> <li>Stratégies de prévention</li> <li>Counseling tenant compte des traumatismes</li> <li>Intervention en cas de crise</li> <li>Travail d'équipe</li> <li>Autosoins</li> </ul>	Minimum de 70 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>Approches culturelles</li> <li>Intégrité professionnelle</li> </ul>	Minimum de 70 %
<b>Exigences en matière de recertification</b>	
Tous les deux ans, 40 heures de nouvelle formation liée au jeu responsable (10 heures d'éducation spécifique à la spécialisation + 20 heures d'éducation liée à la spécialisation)	

