

CONSEIL AUTOCHTONE D'AGRÉMENT PROFESSIONNEL DU CANADA



DOSSIER DE DEMANDE DE CERTIFICATION

SPÉCIALISTE AUTOCHTONE CERTIFIÉ EN TOXICOMANIE

Spécialisé dans le syndrome d'alcoolisme fœtal (ETCAF)

CONTENU DE CETTE TROUSSE DE DEMANDE

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

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 au niveau IV avec une spécialisation en trouble du syndrome d'alcoolisation fœtale (ETCAF)**

joint à cette demande avant de demander cette certification, et que vous avez vérifié que votre expérience, vos qualifications académiques et vos études / 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 de la toxicomanie au niveau IV avec une spécialisation en syndrome d'alcoolisation fœtale (ETCAF)**.

Maintenant que vous avez téléchargé cette trousse de demande, vous êtes responsable de ce qui suit :

1. remplir vos sections et rassembler tous les documents justificatifs requis ;
 2. s'assurer que vos références, votre superviseur, vos employeurs remplissent leurs parties ;
 3. l'envoi de l'ensemble de la trousse, y compris les frais de demande, au bureau de CAAPDC*.
- Il y a une liste de contrôle 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 à : <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 reçu. 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 ou 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. **Veuillez visiter notre site Web pour d'autres informations et documents liés à cette certification** (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 OU
☐	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 de 250,00 \$, ou mandat-travail, à l'ordre de : Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada ou ICBOC

Tous les formulaires et documents requis doivent être reçus par CAAPDC en **un seul paquet complet. Les photocopies des certificats sont acceptées. Veuillez 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 ou 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 des toxicomanies 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	

AFFILIATION/ORGANISATION DES PREMIÈRES NATIONS _____

Veuillez vérifier 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 de certification autochtone 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 : _____

NAME _____ 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 _____

VÉRIFICATION DE L'EXPÉRIENCE DE TRAVAIL – EMPLOI ET/OU BÉNÉVOLAT

Cher demandeur : Photocopiez ce formulaire à donner à votre employeur afin qu'il puisse le remplir. Si vous avez fait du bénévolat **auprès de clients atteints du syndrome d'alcoolisme fœtal (ETCAF)**, donnez-le également à la personne ou aux personnes qui vous ont supervisé en tant que bénévole.

Cher employeur/superviseur d'un employé permanent ou d'un bénévole

On vous demande de vérifier l'emploi ou le travail bénévole du candidat dont le nom apparaît en haut de cette page, qui présente une demande de spécialiste autochtone certifié en toxicomanie au niveau IV avec une spécialisation en (ETCAF).

Les candidats à cette certification doivent avoir un emploi utilisant les connaissances et les compétences dans le syndrome d'alcoolisme fœtal (ETCAF). Veuillez retourner le formulaire dûment rempli et signé au demandeur. Si vous préférez, vous pouvez le retourner dans une enveloppe scellée. Le demandeur doit soumettre ce formulaire avec le reste de sa demande afin qu'il puisse être traité sans délai.

Ce demandeur doit avoir effectué au moins 350 heures (l'équivalent de 10 semaines) de travail direct auprès de clients atteints du syndrome d'alcoolisme fœtal (ETCAF) et de leur famille (soit dans le cadre des responsabilités professionnelles actuelles d'un demandeur, soit dans le cadre d'un travail bénévole)

Veuillez indiquer si ce demandeur a effectué **350 heures de travail direct avec des clients atteints de troubles concomitants (DCO)** et leurs familles dans le contexte de ses responsabilités professionnelles actuelles ou par le biais d'un travail bénévole (*veuillez cocher la case appropriée*)

Emploi actuel ☐ Travail bénévole ☐ Nombre d'heures en tant que bénévole _____

Nom de l'organisation _____

Adresse _____

Ville Province Code postal

Nom de l'employeur/superviseur _____

Titre du candidat à l'emploi ou au bénévolat _____

Employé/bénévole de _____ à _____
mois/jour/année mois/jour/année

Principales fonctions _____

Signature du superviseur _____ date _____

Qualifications scolaires

Remplissez ce formulaire uniquement si vous avez acquis de nouvelles qualifications depuis que vous avez obtenu votre certification de niveau III.

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.

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)

- **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.
- **Formation interne offerte par votre employeur.**
- **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.

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	
Liste de la formation offerte à l'interne et à laquelle ce demandeur a participé			
Date de la formation	Titre de la session de formation		Heures d'ouverture
Remarque : Si vous avez besoin de plus d'espace pour énumérer la formation à laquelle le candidat a assisté ou terminé, veuillez photocopier cette page. Veuillez vous assurer que cette section de la déclaration est remplie.			
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 doivent soumettre **deux** documents à l'appui de leur expertise dans le domaine de spécialisation (syndrome d'alcoolisme fœtal). 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 de position Atelier Cours

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

Titre du 1^{er} document _____

Titre du 2^e 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 _____

Formulaire d'évaluation du superviseur (pages 12 à 14)

Note à l'intention du demandeur : si la personne à qui vous demandez de remplir ce formulaire **n'a pas été votre superviseur depuis au moins six (6) mois**, veuillez copier ce formulaire et demander à **votre ancien superviseur de compléter l'évaluation**.

NOM DU DEMANDEUR _____

Cher employeur/superviseur,

Nous vous demandons de vérifier les connaissances et les compétences du candidat dont le nom apparaît ci-dessus et qui présente une demande de certification en tant que **spécialiste autochtone certifié en toxicomanie au niveau IV – Spécialisation en trouble du syndrome d'alcoolisme fœtal** de la Commission de certification autochtone du Canada. **Veuillez retourner le formulaire dûment rempli et signé au demandeur ou, si vous préférez, le retourner au demandeur dans une enveloppe scellée.** Le demandeur doit soumettre ce formulaire avec le reste de sa demande afin qu'il puisse être traité sans délai.

DURÉE PENDANT LAQUELLE VOUS AVEZ SUPERVISÉ LE DEMANDEUR : _____

Veuillez placer une croix (x) dans la case qui reflète le plus fidèlement les connaissances ou les compétences du candidat pour chacun des énoncés **Clé de notation : 1 = Besoin de plus de formation / expérience 2 = Adéquat 3 = Bon 4 = Excellent**

Éducation et formation propres à l'ETCAF (accent sur les Autochtones)	1	2	3	4
Connaissance des aspects épidémiologiques de l'ETCAF dans les communautés autochtones				
Connaissance de l'effet spécifique de la dépendance à l'alcool et aux drogues sur l'embryon et le fœtus				
Connaissance de l'effet de l'ETCAF tout au long de la vie				
Capacité de démontrer une compréhension nuancée de la relation entre la consommation de substances et les problèmes de santé mentale et l'ETCAF				
Comprend la valeur du processus interdisciplinaire de diagnostic de l'ETCAF				
Capacité d'identifier les indicateurs de l'ETCAF et les causes profondes des comportements inadaptés chez un client				
Connaissance de la distinction entre le dépistage, l'évaluation et le diagnostic de l'ETCAF				
Capacité de faire la distinction entre une personne ayant reçu un diagnostic officiel de SAF, de SPFA/TSN et les signes généraux d'un ETCAF chez une personne				
Capacité d'utiliser une approche appropriée pour l'observation et les entrevues dans la lutte contre l'ETCAF dans les milieux de traitement de la toxicomanie et de la santé mentale				
Comprendre la relation entre les soins tenant compte de l'ETCAF et l'efficacité du traitement				
Capacité d'administrer le dépistage de l'ETCAF de manière appropriée				
Comprendre que les clients ont un rôle central à jouer dans la création et l'élaboration de leurs objectifs de traitement				
Reconnaît que la consommation de substances, les problèmes de santé mentale et l'ETCAF peuvent être à la fois interreliés et indépendants				
Comprend que la résolution d'un ensemble de préoccupations peut ne pas mener à la résolution de l'autre ensemble de préoccupations sans traitement spécialisé				
Connaissance des aspects psychosociaux et culturels de l'ETCAF sur les populations autochtones				
Connaissance des ressources communautaires (en particulier la toxicomanie et la santé mentale, les soins primaires, les fournisseurs de services liés à l'ETCAF, les contacts scolaires, le cas échéant, la famille ou l'aidant, etc.)				
Comprend que la prévention et l'intervention contre l'ETCAF constituent des expériences valides et importantes pour les clients et nécessitent une attention particulière.				
Capacité d'offrir une séance d'éducation de base aux clients sur la relation entre la toxicomanie et les problèmes de santé mentale et l'ETCAF.				
Comprendre que la lutte contre l'ETCAF est un processus interdisciplinaire mieux accompli par une approche d'équipe				
Scores				
Scores totaux				

Éducation et formation en matière de compétences liées à l'ETCAF	1	2	3	4
Comprendre que les personnes atteintes de l'ETCAF ont de la difficulté à comprendre les concepts abstraits, les doubles significations, les idiomes, l'argot, les métaphores et d'autres discours figuratifs				
Capacité d'utiliser les compétences et les stratégies de communication appropriées (voir ci-dessous)				
Vérifie souvent la compréhension du client				
Utilise des indices visuels				
Critiques de documents écrits				
Répète l'information				
Utilise des termes simples et un langage concret				
Présenter des idées ou des instructions une à la fois				
Capacité de comprendre et de gérer les déficiences cognitives qui mènent à des comportements inappropriés chez les clients atteints de l'ETCAF				
Capacité d'aider les parents et les autres membres de la famille à mettre en pratique des compétences en communication, telles que l'écoute active et l'utilisation d'un langage littéral				
Fait preuve d'une écoute empathique et d'une réflexion				
Comprend que le dépistage précoce des enfants atteints de l'ETCAF peut réduire les incapacités secondaires et améliorer les résultats pour la réussite future				
Favorise une transition vers des outils de dépistage et d'évaluation qui mettent l'accent sur les forces des clients et l'identité culturelle				
Reconnaît l'importance de la sensibilisation culturelle et de la sécurité dans les services d'identification et d'intervention précoces				
Avoir une connaissance des outils de dépistage et de diagnostic culturellement sécuritaires et adaptés aux besoins des clients autochtones atteints de l'ETCAF				
Capacité de mettre la famille et les amis en contact avec des groupes de soutien ou d'autres ressources communautaires				
Capacité de mettre en œuvre des critères de placement culturellement sécuritaires pour combler les lacunes dans les exigences des clients en matière de soutien culturel				
Capacité d'organiser des séances d'éducation de base à l'intention des clients avec toutes les clientes en âge de procréer (qu'elles soient enceintes ou non) sur la relation entre la consommation d'alcool pendant la grossesse et le risque d'ETCAF				
Capacité d'éduquer la famille et les amis au sujet de l'ETCAF pour les aider à comprendre les comportements du client et à ajuster l'environnement familial en conséquence				
Éduquer les travailleurs des particuliers et des organisations traditionnels et autochtones sur l'évaluation culturellement appropriée et les outils d'intervention brève pour les clients atteints de l'ETCAF				
Connaissance de la prévalence de l'ETCAF dans des populations autochtones particulières				
Enfants placés (système d'aide sociale, famille d'accueil et orphelinats)				
Populations du système de justice (jeunes incarcérés et hommes adultes)				
Collectivités (surreprésentation)				
Femmes (jeunes femmes, femmes enceintes, femmes incarcérées, travailleuses du sexe)				
Autres groupes vulnérables (LGBTQ, aînés, sans-abri, personnes handicapées, personnes ayant des problèmes de santé mentale ou de troubles concomitants)				
Connaissance et application de l'approche théorique du parcours de vie pour la prévention de l'ETCAF				
Connaissance des initiatives et des activités de prévention communautaires de l'ETCAF chez les Autochtones				
Scores				
Scores totaux				

Éducation et formation en matière de compétences liées à l'ETCAF	1	2	3	4
Capacité d'établir et d'établir des relations fondées sur la confiance avec les parents, les membres de la famille, les fournisseurs de soins et d'autres professionnels et organismes impliqués dans l'ETCAF				
Capacité de promouvoir une compréhension commune entre les parents, les professionnels et les fournisseurs de services de l'ETCAF et d'autres membres de la communauté				
Comprend la dynamique du système de prestation de services de l'ETCAF à l'échelle communautaire, régionale et provinciale				
Capacité de travailler à l'élimination des obstacles au sein de ces systèmes				
Compétences en matière de plaider et de facilitation auprès de multiples intervenants				
Capacité d'utiliser des moyens sensibles et créatifs pour approcher les familles qui pourraient souffrir de l'ETCAF ou de la stigmatisation et de la honte qui entourent cette condition				
Capacité d'encadrer les familles pour faciliter une augmentation de leurs connaissances, de leurs compétences et de leur confiance afin de devenir leur propre meilleur défenseur				
Capacité d'intégrer les soins tenant compte de l'ETCAF dans les interventions contre l'ETCAF				
Organiser des réunions et collaborer avec les Aînés et les membres clés de la collectivité pour discuter des meilleures approches en matière de services pour les clients atteints de l'ETCAF et leurs familles				
Capacité de sensibiliser aux risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse et aux alternatives à la consommation d'alcool pendant la grossesse avec et demander aux filles et aux femmes en âge de procréer				
Capacité d'encourager la discussion sur les façons de faire face sans alcool, les soutiens prénataux disponibles et la planification de la grossesse.				
Capacité d'offrir un éventail d'options et de ressources pour avoir des grossesses en bonne santé et améliorer la prise de décisions éclairées des femmes				
Capacité d'offrir des soins et des traitements respectueux et holistiques aux filles et aux femmes qui utilisent de l'alcool pendant la grossesse				
Approches culturelles	1	2	3	4
Reconnaissance des réalités sociales, économiques et politiques des peuples autochtones en société				
Capacité d'adapter l'approche à une diversité de familles autochtones, y compris les différences dans leurs contextes sociaux, économiques et culturels				
Comprendre le concept de santé et de bien-être d'un point de vue holistique autochtone				
Connaissance de la dynamique et des interactions familiales, en mettant particulièrement l'accent sur les différences uniques entre les familles et les communautés autochtones touchées par l'ETCAF				
Connaissance et compréhension de la culture prédominante, des coutumes tribales, des traditions des clients				
Capacité de respecter, de mettre en œuvre et d'intégrer la culture, les croyances, les valeurs et les traditions autochtones dans le traitement de l'ETCAF				
Appuie la participation des clients de l'ETCAF aux aspects traditionnels et culturels du rétablissement				
Intégrité professionnelle	1	2	3	4
Capacité de prendre soin de soi				
Accepte qu'il n'y a pas une seule « bonne » approche pour lutter contre l'ETCAF et est en mesure de reconnaître ses limites professionnelles				
Capacité de maintenir une relation chaleureuse, compatissante, saine et équilibrée avec les clients				
Comprend les questions juridiques et éthiques liées à la collaboration avec les clients atteints de l'ETCAF				
Capacité d'être un modèle auprès du personnel, des clients et des pairs (Code d'éthique)				
Efficacité à maintenir la confidentialité de tous les documents, documents et communications concernant le client				
Scores				
Scores totaux				

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 (____) _____

La province

Code postal

Signature : _____

Date : _____

Lettre¹ 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.

LETTRÉ DE DÉCLARATION CONCERNANT LA VÉRIFICATION DU CASIER JUDICIAIRE D'UN DEMANDEUR QUI PRÉSENTE UNE DEMANDE DE CERTIFICATION AUPRÈS DE CAAPDC

Nom de l'applicant _____

Nom de l'organisation ou de l'institution où le candidat est employé _____

Nom de l'employeur _____

Je, _____ affirme que je suis l'employeur du demandeur.

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.

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.

Signature de l'employeur _____

Date : _____

¹ 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 à titre de spécialiste autochtone certifié en toxicomanie avec une spécialisation en ETCAF auprès de l'Indigenous Certification Board of 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.

Ton 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 ou au cours

S'il vous plaît noter ce qui suit (cochez la case correspondant à votre réponse) 1 = faible 2 = adéquat 3 = bon et 4 = excellent	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 autochtone. Veuillez le signer et le dater, et le soumettre avec votre demande

- S'abstenir de l'abus de substances et des dépendances de processus pendant notre mandat en tant que professionnels de la toxicomanie certifiés autochtones.
- 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

Pour soumettre votre demande ou si vous avez des questions ou si vous avez besoin de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Registrar, ICBOC

C.P. 3999

Kanesatake (Québec)

J0N 1E0

Téléphone : 450-983-8444

Courriel : registrar@ICBOC.ca

Site Web : www.ICBOC.ca

RÉSUMÉ DES NORMES ET DES EXIGENCES		
SPÉCIALISTES AUTOCHTONES CERTIFIÉS (santé mentale, bien-être ou toxicomanie) Niveau IV		
Spécialisation de l'ETCAF (CIAS IV-ETCAF)		
Expérience de travail		
- Cette certification est disponible pour les candidats qui peuvent démontrer une expérience de travail rémunérée récente dans le traitement des clients présentant le syndrome d'alcoolisation fœtale, dans un cadre résidentiel ou communautaire pendant au moins six mois (1000 heures) PLUS démontrer au moins 3 ans (6000 heures) d'expérience antérieure dans le domaine du bien-être / dépendances. - Il est également offert aux demandeurs qui sont déjà certifiés par 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 350 heures (équivalant à 10 semaines) de services directs aux clients atteints d'ETCAF et leur famille (soit dans le cadre des responsabilités professionnelles actuelles d'un candidat, soit dans le cadre d'un travail bénévole vérifié, ou les deux)		
Niveau d'éducation	Niveau III accepté ou une combinaison de qualifications académiques, d'expérience et de formation	
Éducation et formation propres à l'ETCAF (mettre l'accent sur les perspectives autochtones)		160 heures min
Aspects épidémiologiques et psychosociaux et culturels de l'ETCAF (accent autochtone)		20
Méthodes et critères de diagnostic de l'ETCAF		20
Effets biologiques de l'alcool sur l'embryon et le fœtus		20
Préoccupations relatives à l'ETCAF tout au long de la vie		20
S'attaquer à l'ETCAF dans le traitement		20
Prévention et sensibilisation à l'ETCAF		20
Soins continus aux familles touchées par l'ETCAF		20
Questions éthiques, juridiques et stratégiques liées à l'ETCAF (accent autochtone)		20
Éducation et formation liées à l'ETCAF (un ou une combinaison des sujets ci-dessous - la liste n'est pas exhaustive)		60 heures min.
Exposition à l'alcoolisation fœtale, SAF, EAF, SPFA et ARND	Méthodes d'enseignement basées sur le cerveau	
Nouvelles tendances dans le traitement de l'ETCAF	Compétences et comportements sociaux	
Traumatismes et ETCAF	Les familles et l'ETCAF	
Mauvais traitements infligés aux enfants et ETCAF	Développement réceptif du langage	
Exemples d'approches communautaires de l'ETCAF	L'ETCAF et les aptitudes à la vie quotidienne pour réussir	
Musique et ETCAF	Deuil et perte liés à l'ETCAF	
Génétique et ETCAF	ETCAF et troubles concomitants	
Outils de dépistage et de diagnostic	ETCAF et autres troubles neurodéveloppementaux	
L'ETCAF et la stigmatisation	L'ETCAF et l'incarcération	
Techniques et approches de conseil spéciales		30 heures
Outils et interventions pour travailler avec une personne atteinte de l'ETCAF (âge, sexe, personnes incarcérées, etc.)		
Expertise démontrée (le candidat doit soumettre deux documents)		Minimum 80 %
- Un exposé de recherche ou de position (2000 à 3000 mots) OU un atelier/cours de 1 journée ET - Un récit d'étude de cas/intervention (1000 à 2000 mots) tiré d'une expérience de première main		
Évaluation des compétences liées à l'ETCAF		Score du superviseur
- La communication - Dépistage et diagnostic - Renvoi - L'intervention - Mobilisation communautaire et éducation - Sensibilisation des familles - Prévention		Minimum de 70 %
- Approches culturelles - Intégrité professionnelle		Minimum de 90 %
Exigences relatives à la recertification		
Tous les deux ans, 40 heures de nouvelle formation sur des sujets liés à l'ETCAF (10 heures d'éducation spécifique à la spécialisation + 20 heures d'éducation liée à la spécialisation)		

