

CONSEIL AUTOCHTONE D'AGRÉMENT PROFESSIONNEL DU CANADA



**DOSSIER DE DEMANDE DE CERTIFICATION DE
SPÉCIALISTES AUTOCHTONES DE LA TOXICOMANIE - Niveau IV
Spécialisation dans les troubles concomitants**

**Contenu de la trousse de demande de certification des spécialistes autochtones en toxicomanie
de niveau IV – Spécialisation en troubles concomitants (DCO)**

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/ou 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 CAAPCD à signer et à dater	18
Pour soumettre votre demande	19
Résumé des normes et des exigences – CIAS IV - COD	20

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 au niveau IV avec une spécialisation en troubles concomitants (CIAS IV-COD)** 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 troubles concomitants (CIAS IV-COD)**.

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 CAAPCD. 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 CAAPCD 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)

Les documents de votre demande seront d'abord reçus, enregistrés, datés et déposés 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 CAAPCD) 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 CAAPCD, veuillez nous appeler au 450-983-8999 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 CAAPCD

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).

	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 CAAPCD daté et signé
	Chèque, ou mandat-travail, à l'ordre de : Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada ou ICBOC https://icboc.ca/certification/list-of-certifications/http-icboc-ca-addictions-wellness-certification-fees/

Tous les formulaires et documents requis doivent être reçus par CAAPCD sous la forme **d'un ensemble 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 CAAPCD au 450-983-8999 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 SOUS LE NOM DE _____

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 CAAPCD en tant que spécialiste autochtone des toxicomanies au niveau III		Oui		Non	
N° de certificat		Date d'expiration de votre dernière certification CAAPCD			
Il s'agit de ma première demande de certification auprès de CAAPCD et je sou mets la demande de niveau III en plus de cette demande *		Oui		Non	

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 de certification autochtone du Canada. J'accepterai la décision de CAAPCD 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 CAAPCD, 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 CAAPCD 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

Veuillez 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 de troubles concomitants (DCO)**, 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

Nous vous demandons de vérifier l'emploi ou le travail bénévole du candidat dont le nom apparaît en haut de cette page, qui présente une demande de certification en tant que spécialiste autochtone certifié en toxicomanie au niveau IV avec une spécialisation en troubles concomitants (DCO).

Les candidats à cette certification doivent avoir un emploi utilisant les connaissances et les compétences dans les troubles concomitants (DCO). 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 un minimum de 350 heures (équivalent à 10 semaines) de travail direct avec des clients atteints de troubles concomitants (DCO) et leurs familles (soit dans le cadre des responsabilités professionnelles actuelles d'un demandeur, soit par le biais de bénévolat)

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

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 fournir le nom de votre diplôme universitaire provincial.

Remarque : Si vous êtes déjà certifié en tant que spécialiste autochtone de la toxicomanie 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, CAAPCD 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.

Veillez 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. Veillez 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 (troubles concomitants (DCO)). 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.

CAAPCD 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 CAAPCD sont authentiques et ne contiennent aucun plagiat. CAAPCD 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 dans les troubles concomitants** du Conseil de certification autochtone du Canada. **Veillez 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 : _____

Veillez 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 aux troubles concomitants (accent sur les Autochtones)	1	2	3	4
Comprend l'impact de la toxicomanie sur les maladies psychiatriques				
Comprend la relation entre la consommation de substances et les problèmes de santé mentale				
Connaissance des problèmes de santé mentale qui peuvent influencer sur le développement de problèmes de consommation de substances et vice-versa				
Connaissance des principaux groupes de troubles concomitants				
Niveau de familiarité avec l'histoire liée à l'identification des désordres concourants				
Connaissance des cinq axes des catégories de troubles mentaux du DSM-IV et du DSM-5				
Comprend la structure et l'application du DSM pour le diagnostic clinique de la maladie mentale et de la toxicomanie.				
Connaissance de la prévalence des troubles concomitants et des problèmes systémiques (accent autochtone)				
Connaissance et capacité de décrire une gamme de désordres concourants spécifiques, tels qu'liés à l'acuité et à la sévérité des deux désordres				
Connaissance des causes et des facteurs de risque des troubles concomitants				
Connaissance des signes et symptômes des troubles concomitants				
Comprendre les vulnérabilités et les facteurs qui peuvent déclencher des troubles concomitants et qui sont propres aux autochtones (p. ex. attachement et traumatisme complexe, ENE)				
Connaissance des approches de la pratique simultanée capable				
Connaissance des techniques qui facilitent la détection de la consommation de substances et des problèmes de santé mentale				
Comprendre le rôle distinct des processus de dépistage, d'évaluation et de planification du traitement				
Connaissance des techniques de dépistage, d'évaluation et des outils pour les troubles concomitants				
Capacité d'identifier les problèmes culturels avec l'évaluation des individus autochtones atteints de troubles concomitants				
Connaissance des critères utilisés pour juger de la performance d'un outil de dépistage				
Connaissance des principes de traitement des troubles concourants				
Connaissance des théories, des systèmes et des modèles liés au traitement des troubles concomitants				
Scores				
Scores totaux				

Éducation et formation propres aux troubles concomitants (accent sur les Autochtones)	1	2	3	4
Comprend la corrélation entre les traumatismes et la santé mentale et la consommation de substances				
Comprend que le traitement des troubles concomitants nécessite l'expertise d'une équipe interdisciplinaire				
Reconnaît la valeur de l'utilisation d'une approche globale de la personne dans le traitement des personnes atteintes de troubles concomitants				
Comprend les approches occidentales et autochtones actuelles et les meilleures pratiques pour traiter et soutenir les clients atteints de troubles concomitants				
Connaissance du traitement par étapes, y compris les phases de récupération, les étapes du changement et les étapes du traitement pour l'évaluation et le traitement				
Connaissance de la différence entre le traitement séquentiel, parallèle, et intégré des désordres concourants				
Comprend l'importance d'identifier et de développer les forces personnelles et la résilience dans l'établissement d'un plan de soins pour les clients atteints de troubles concomitants				
Connaissance de divers outils pour répondre aux besoins d'une personne atteinte de troubles concomitants				
• Entrevue motivationnelle				
• Thérapie cognitivo-comportementale				
• Renforcement des compétences en régulation du mouvement				
• Gestion des médicaments				
Connaissances et capacité d'appliquer des stratégies, des outils et des techniques pertinents à l'engagement du client, à la stabilisation en cas de crise, aux soins de courte et de longue durée, liés aux troubles concomitants				
Capacité d'inciter les clients à utiliser des stratégies pour prendre soin d'eux-mêmes et réduire l'impact des problèmes de leurs proches sur leur propre vie.				
Capacité d'identifier les facteurs qui influencent l'impact des troubles concomitants sur la vie familiale				
Comprendre les problèmes de stigmatisation et son impact des personnes touchées par des troubles concomitants, de leur famille et de leur communauté				
Connaissance des stratégies pour aider les familles à faire face aux problèmes associés aux troubles concomitants				
Comprend que la prévalence des combinaisons de troubles liés à la consommation de substances et de troubles de santé mentale varie selon le trouble :				
Connaissance et capacité d'appliquer des stratégies de rétablissement et de prévention des rechutes pour soutenir les clients atteints d'un trouble concomitant				
Connaissance et capacité d'utiliser les ressources et les services pour orienter les personnes et les familles touchées par des troubles concomitants				
Comprend les besoins des personnes atteintes de troubles concomitants				
• Problèmes liés au comportement antisocial				
• Problèmes juridiques				
• Suicide/Danger pour soi-même				
• Violence/Danger pour autrui				
• Problèmes interpersonnels				
• Problèmes familiaux				
• Autosoins et besoins fondamentaux				
• Ressources personnelles				
Comprend la dynamique du système de prestation de services pour les troubles concomitants à l'échelle communautaire, régionale et provinciale				
Comprend les questions juridiques et éthiques liées aux troubles concomitants				
Scores				
Scores totaux				

Éducation/formation spécifique aux troubles concomitants	1	2	3	4
Connaissance des principaux enjeux et préoccupations liés au travail avec des clients spécifiques atteints de troubles concomitants				
Enfants				
Jeunes				
Femmes				
Aînés				
Les détenus (jeunes, hommes, femmes)				
Autres groupes vulnérables ((LGBTQ, aînés, sans-abri, handicapés)				
Connaissance du dépistage, de l'évaluation et du traitement adaptés aux besoins de clients atteints de troubles concomitants spécifiques				
Jeunes				
Femmes				
Aînés				
Les détenus				
Autres groupes vulnérables ((LGBTQ, aînés, sans-abri, handicapés)				
Connaissance des comportements verbaux des clients associés à différents troubles concomitants et capacité de communiquer dans un contexte culturellement efficace dans cette gamme de comportements verbaux				
Capacité de collaborer avec divers fournisseurs de ressources et de créer un plan de congé et de rétablissement qui garantit que les clients reçoivent les services de suivi nécessaires				
Capacité d'établir et de maintenir une relation de soutien continue avec les clients après le congé pour aider pendant les périodes vulnérables				
Connaissance de la différence entre le traitement séquentiel, parallèle, et intégré des désordres concourants				
Approches culturelles	1	2	3	4
Connaissance du continuum du bien-être mental autochtone de la Thunderbird Partnership Foundation (CTPN)				
Connaissance des concepts et des approches autochtones en matière de santé mentale et de bien-être				
Connaissance et compréhension des obstacles qui peuvent être présents dans le traitement et le soutien pour les personnes et les familles autochtones touchées par un trouble concomitant.				
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				
Intégrité professionnelle	1	2	3	4
Capacité de prendre soin de soi				
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 à la collaboration avec les clients atteints de COD				
Capacité de reconnaître ses propres limites professionnelles et de demander des conseils et du soutien pour maintenir son propre bien-être				
Démontre et maintient une attitude accueillante envers toutes les personnes atteintes de troubles concomitants, peu importe la gravité ou l'acuité de leur trouble				
Fait preuve d'un intérêt et d'un engagement authentiques à soutenir les clients atteints de troubles concomitants dans leur processus de rétablissement et leur capacité à s'aider eux-mêmes				
Scores				
Scores totaux				

APPROBATION DU SUPERVISEUR

Caractère moral _____

Professionalisme _____

Statut communautaire _____

Antécédents personnels de consommation abusive d'alcool ou d'autres substances _____

Autres commentaires _____

Nom du superviseur (veuillez imprimer) : _____

ADRESSE _____

Rue

Ville

_____ Téléphone (____) _____

Province

Code postal

Signature : _____

Date : _____

Lettre¹ de déclaration des employeurs concernant les demandeurs Vérification du casier judiciaire

CAAPCD 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 CAAPCD 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 CAAPCD

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.

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 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 CAAPCD

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 : 450-983-8999

Courriel : registrar@icboc.ca

Site Web : www.icboc.ca

RÉSUMÉ DES NORMES ET DES EXIGENCES	
SPÉCIALISTE AUTOCHTONE CERTIFIÉ (santé mentale, bien-être ou toxicomanie) Niveau IV	
Spécialisation des troubles concomitants (CIAS IV-COD)	
Expérience de travail	
<ul style="list-style-type: none"> Cette certification est offerte aux candidats qui peuvent démontrer une expérience de travail rémunérée récente dans le traitement de clients présentant une consommation concomitante de substances et un trouble de santé mentale, dans un milieu résidentiel ou communautaire pendant au moins six mois (1000 heures) PLUS au moins 3 ans (6000 heures) d'expérience antérieure dans le domaine du bien-être et des dépendances. Il est également disponible pour les candidats qui sont déjà certifiés par CAAPCD 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 (équivalent à 10 semaines) de services directs aux clients atteints de troubles concomitants (soit dans le cadre des responsabilités professionnelles actuelles d'un demandeur ou par le biais 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/formation spécifique aux troubles concomitants (Mettre l'accent sur la perspective autochtone)	160 h min.
Connaissance avancée des troubles concomitants	20
Questions et techniques liées à l'examen préalable et à l'évaluation des troubles concomitants	20
Stratégies de travail avec les clients atteints de troubles concomitants	20
Traitement des troubles concomitants	20
Prévention des rechutes	20
Aiguillage et soutien aux soins pour les clients atteints de troubles concomitants	20
Les troubles concomitants et la famille	20
Troubles concomitants – Questions juridiques, professionnelles et éthiques	20
Éducation et formation liées aux troubles concomitants (un ou une combinaison de sujets ci-dessous - la liste n'est pas exhaustive ou par ordre de priorité)	60 heures min.
Pratiques exemplaires - Troubles concomitants	Traumatisme
Attitudes et stigmatisation et troubles concomitants	Troubles concomitants tout au long de la vie, le sexe ou l'orientation sexuelle
Traitement intégré des troubles concomitants	Troubles concomitants spécifiques et problèmes transversaux (p. ex. déficit de l'attention, hyperactivité, TSP, troubles de l'alimentation, jeu compulsif, dépendance à la nicotine, suicide)
Outils d'examen préalable et d'évaluation	Tous les sujets liés aux dépendances et à la santé mentale
Étapes du changement	Sujets liés à la guérison traditionnelle et à l'histoire autochtone
Programmes d'entraide	
TCD pour les clients atteints de troubles concomitants	
Techniques et approches spéciales	
30 heures	
Outils et interventions pour travailler avec des personnes atteintes de troubles concomitants	
Expertise démontrée (le candidat doit soumettre deux documents)	Minimum 80 %
<ul style="list-style-type: none"> 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 aux troubles concomitants	Score du superviseur
<ul style="list-style-type: none"> La communication Toxicomanies et santé mentale Examen préalable et évaluation Relation client-conseiller Stratégies de traitement Prévention des rechutes Gestion de crise 	Minimum de 70 %
<ul style="list-style-type: none"> 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 la COD (10 heures d'éducation spécifique à la spécialisation + 20 heures d'éducation liée à la spécialisation)	

