

CONSEIL AUTOCHTONE D'AGRÉMENT PROFESSIONNEL DU CANADA



**DOSSIER DE DEMANDE DE CERTIFICATION DE
CHEFS D'ÉQUIPE AUTOCHTONES CERTIFIÉS
DANS LES SERVICES DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES**

Contenu de cette trousse de demande

FORMULAIRES	PAGE
Instructions pour remplir cette trousse de demande	3
Liste de contrôle	4
Formulaire de renseignements personnels	5
Formulaire d'assurance	6
Formulaire d'antécédents professionnels	7
Formulaire de vérification de l'emploi	8
Formulaire de titres scolaires <i>(photocopiez le formulaire si vous avez terminé des programmes de plus de trois (3) collèges/universités)</i>	9
Instructions pour remplir le formulaire de déclaration sur l'apprentissage alternatif / formation	10
Formulaire de déclaration d'apprentissage et de formation alternative	11
Formulaire d'évaluation du superviseur <i>(pages 12 à 1)</i>	12
Référence du superviseur	16
Lettre de recommandation no 1 - Personnel <i>(En utilisant le formulaire fourni, obtenez une lettre de <u>référence personnelle</u> d'une personne qui vous connaît personnellement depuis au moins trois ans (mais qui n'est pas un parent)).</i>	17
Lettre de recommandation no 2 - Professionnel <i>(À l'aide des formulaires, obtenez une lettre de <u>référence professionnelle</u> d'une personne qui vous connaît professionnellement depuis au moins six mois (mais qui n'est pas un parent)).</i>	19
Déclaration de l'employeur - vérification du casier judiciaire des demandeurs	21
Formulaire de consentement <i>(divulcation de renseignements)</i>	22
Plan de bien-être à compléter et à signer <i>(Gardez une copie pour vous-même)</i>	23
Code d'éthique de CAAPDC à ce jour et signer	25
Où soumettre votre demande	26

Pour obtenir une liste des frais, veuillez consulter <https://icboc.ca/certification/list-of-certifications/http-icboc-ca-addictions-wellness-certification-fees/>

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 le chef d'équipe dans les services de toxicomanie**, disponible sur notre site Web à <https://icboc.ca/certification/list-of-certifications/certified-indigenous-clinical-team-leader-in-addiction-services-citlas/> avant de postuler pour cette certification, et que vous avez vérifié que votre expérience, vos qualifications académiques et votre éducation / formation répondent à ces critères les normes et les exigences en matière 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 chef d' **équipe autochtone certifié en services de toxicomanie (CITLAS)**.

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 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 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 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 26. **Veuillez visiter notre site Web 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'emploi
	Formulaire de qualifications scolaires
	Copie de vos certificats ou diplômes d'établissements d'enseignement
	Copie de vos relevés de notes avec le nombre d'heures de cours pour chaque cours
	Rapport de stage/stage (s'il y a lieu)
	Copie des certificats documentant les autres formations que vous avez complétées
	Formulaire de déclaration concernant l'apprentissage ou la formation alternative d'un candidat
	Description de poste complète actuelle
	Formulaire d'évaluation du superviseur
	Lettres de recommandation no 1 - référence personnelle
	Lettres de recommandation no 2 - référence professionnelle
	Lettre de déclaration de l'employeur concernant la vérification du casier judiciaire des demandeurs
	Formulaire de consentement (<i>divulgaration de renseignements</i>)
	Achèvement et signature d'un plan de mieux-être personnel
	Code d'éthique daté et signé
	Paie des frais de certification*, sous la forme d'un chèque ou d'un mandat, payable au Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada ou CAAPDC

* Pour de plus amples renseignements sur les frais applicables, veuillez consulter le site Web de CAAPDC à l'adresse suivante :

<https://icboc.ca/certification/list-of-certifications/http-icboc-ca-addictions-wellness-certification-fees/>

Tous les formulaires requis qui composent la trousse de demande doivent être reçus par le registraire sous la forme **d'une trousse complète** afin que nous entriez traiter votre demande. Conservez les originaux de vos certificats, ainsi qu'une copie des autres documents dans votre demande pour vos propres dossiers.

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

L'adresse pour soumettre votre demande et le paiement des frais sont fournis à la page 26

Renseignements personnels

Très important : Veuillez vous assurer que vos coordonnées peuvent être lues clairement pour éviter les erreurs lorsque nous vous contactons par la poste, par courriel ou par téléphone. Une adresse e-mail nous permet de communiquer avec vous facilement et rapidement.

NOM COMPLET DU DEMANDEUR _____
Prénom Milieu Nom

AUSSI CONNU SOUS LE NOM de _____

ADRESSE DOMICILIAIRE _____
Rue

Ville La province Postal Code

TÉLÉPHONE À LA MAISON (____) _____ COURRIEL _____

EMPLOYEUR ACTUEL _____

ADRESSE D'AFFAIRES _____
Rue

Ville La province Code postal

TÉLÉPHONE D'AFFAIRES (____) _____ COURRIEL _____

Poste actuel _____

AFFILIATION/ORGANISATION DES PREMIÈRES NATIONS _____

Veuillez cocher votre point de contact préféré :

___ HOME

___ OFFICE

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 chef d'équipe autochtone des services de lutte contre les dépendances inscrit au COICB, j'accepte de respecter et de respecter les politiques, les procédures, le code d'éthique et les décisions du Conseil 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 _____

Formulaire de vérification de l'emploi

Cher employeur/superviseur,

Nous vous demandons de vérifier l'emploi du demandeur dont le nom apparaît en haut de cette page et qui présente une demande de certification auprès du Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada. Les candidats doivent avoir un emploi utilisant des compétences en matière de bien-être et de toxicomanie. **Veillez retourner le formulaire 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.

Nom de l'organisation employeur _____

Adresse _____ Téléphone _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Nom de l'employeur/superviseur (imprimé) _____

Titre professionnel : _____

Poste de demandeur _____ Employé de _____ à _____
mois/jour/année mois/jour/année

Principales fonctions _____

Autres postes précédemment occupés par le candidat dans votre organisation (le cas échéant) :

1. Titre d'emploi _____ employé de _____ à _____
mois/jour/année mois/jour/année

Décrivez brièvement les principales fonctions du candidat dans ce poste précédent : _____

2. Titre d'emploi _____ employé de _____ à _____
mois/jour/année mois/jour/année

Décrivez brièvement les principales fonctions du candidat dans ce poste précédent : _____

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 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 l'apprentissage ou la formation alternative d'un candidat
INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LA DÉCLARATION À LA PAGE 11

Qu'est-ce que l'apprentissage et la formation alternatifs ?

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. CAAPDC examine trois situations distinctes où ce type d'apprentissage et de formation alternatif peut être acquis et reconnu :

Quelles situations sont reconnues comme un apprentissage ou une formation alternatifs ?

Situation 1. Participation à des activités culturelles/traditionnelles dans le cadre de votre travail de guérison avec les clients. En assistant et / ou en participant à ces activités avec vos clients, pendant les heures de travail, vous acquérez des compétences et des connaissances sur comment et pourquoi ces activités peuvent avoir un impact sur le rétablissement et le bien-être de votre client.

Situation 2. 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. Cela pourrait être lié à des questions relatives à votre propre capacité à interagir avec vos clients, pour lesquelles vous cherchez des conseils dans le but d'améliorer vos interventions et vos relations.

Situation 3. Formation que vous avez développée et offerte vous-même à l'interne à vos collègues, à vos clients ou aux gens de votre communauté. En partageant vos connaissances avec les autres, vous acquérez également des compétences et des connaissances précieuses vous-même. Parmi les compétences que vous acquérez, citons les compétences de présentation, les compétences interpersonnelles, la communication, l'analyse, les compétences de gestion du temps, etc...

la communication de vos connaissances n'est pas un processus à sens unique. Votre public est toujours composé de personnes qui peuvent également apporter leurs propres idées, points de vue, apprentissages, valeurs, etc. Cela aura un impact et améliorera vos propres connaissances. Nous encourageons les employeurs et les superviseurs à favoriser le partage des connaissances qui existent déjà parmi leur personnel. La création d'une communauté ou d'un cercle d'apprentissage en milieu de travail améliore l'apprentissage individuel et collectif.

IMPORTANT

- Veuillez lire attentivement, utiliser et remplir le formulaire ci-dessous et / ou toutes les copies que vous soumettez exactement comme indiqué, sinon il / elles ne seront pas acceptées. **N'utilisez pas ce formulaire pour toute formation pour laquelle vous avez un certificat**
- **Veuillez remplir une copie du formulaire page 11 ci-dessous par situation** (mais vous pouvez faire des photocopies de chaque formulaire correspondant à une situation donnée si vous avez besoin de plus d'espace)..
- Vous pouvez faire des photocopies de chaque formulaire correspondant à une situation donnée si vous avez besoin de plus d'espace.
- **N'énumérez pas les apprentissages ou les formations acquis dans plusieurs situations sous une seule forme.**
- **N'utilisez pas ce formulaire pour énumérer la formation offerte par des formateurs ou des facilitateurs externes.** Si vous avez suivi des formations internes ou d'autres formations dans d'autres formats, mais fournies par **des facilitateurs externes**, veuillez utiliser et remplir le formulaire à la page 13.
- Veuillez noter que **le nombre maximal d'heures acceptées** dans le cadre de la Déclaration d'apprentissage/formation alternatif **pour TOUS les formulaires soumis ne doit pas dépasser 26 heures.**
- **S'assurer que chaque copie** des formulaires soumis **est remplie au besoin par une personne qualifiée pour le signer** (Aîné, employeur, directeur exécutif, superviseur, coordonnateur de la formation, gestionnaire des ressources humaines ou toute autre personne responsable de la formation du personnel et avec qui on peut communiquer avec elle).
- **S'il n'est pas possible pour un Aîné de remplir et de signer un formulaire pour la situation 2**, il peut être rempli par l'une des autres personnes qualifiées. Cependant, le nom et les coordonnées de l'aîné DOIVENT être fournis sur le formulaire, sinon ils ne seront pas acceptés.

CAAPDC - Formulaire de déclaration - apprentissage/formation alternatif du candidat

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.

Nous encourageons les employeurs et les superviseurs à encourager le partage des connaissances qui existent déjà sur le lieu de travail. La création d'une communauté ou d'un cercle d'apprentissage en milieu de travail est un excellent moyen d'améliorer les connaissances individuelles et collectives.

IMPORTANT : Veuillez lire, utiliser et remplir attentivement ce formulaire, comme indiqué. **À défaut de le faire, les formulaires seront annulés.**

- **N'utilisez pas ce formulaire pour toute formation offerte par des formateurs/facilitateurs externes.** Si vous avez suivi une formation interne, dispensée par des facilitateurs externes, veuillez demander des certificats et les soumettre avec votre demande
- Utilisez **UN** formulaire pour chaque type de situation et de signataire – photocopiez le formulaire au besoin

Veuillez utiliser ce formulaire pour documenter uniquement les heures de **formation acquises par les trois (3) autres moyens énumérés** ci-dessous. **Assurez-vous qu'il est rempli 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). **Un maximum de 26 heures pour tous les apprentissages acquis dans une ou toutes les situations énumérées sera accepté.** Dans le cas de votre renouvellement de certification, cela pourrait représenter plus de la moitié des 40 heures requises :

Situation 1. Participation à des activités culturelles/traditionnelles **dans le cadre de votre travail de guérison avec les clients.**

Situation 2. 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.**

Situation 3. Vous avez vous-même offert une formation à l'interne 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 des formations suivies par ce demandeur			
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 la section déclaration ci-dessous 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.			
Nom de la personne qualifiée _____			
Signature de la personne qualifiée _____			
Date _____		Téléphone _____	
année mois jour			

Formulaire d'évaluation du superviseur (pages 12 à 15)

Remarque 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 fournir également ses commentaires.

NOM DU DEMANDEUR _____

Cher employeur/superviseur,

Nous vous demandons de vérifier l'emploi du candidat dont le nom apparaît ci-dessus et qui présente une demande de certification auprès de la Commission de certification autochtone du Canada. Les candidats doivent avoir un emploi utilisant des compétences en prévention des dépendances. **Veuillez retourner le formulaire dûment rempli et signé au demandeur, 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.

LA DURÉE PENDANT LAQUELLE VOUS AVEZ SUPERVISÉ LE DEMANDEUR _____

NOTATION : Veuillez placer une croix (x) dans la case qui reflète le plus fidèlement les connaissances, les compétences 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

CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES DANS LES SEPT DOMAINES				
DOMAINE 1. CONNAISSANCES ET PRATIQUES EN MATIÈRE DE TOXICOMANIE	1	2	3	4
Connaissance de diverses formes de dépendances, y compris la substance, les solvants et les dépendances aux processus.				
Connaissance des mécanismes physiologiques des dépendances chimiques				
Connaissance des aspects psychologiques et des complications des dépendances				
Connaissance des aspects pharmacologiques des dépendances				
Connaissance des facteurs biologiques, psychologiques et sociologiques qui déterminent le niveau d'implication d'une personne avec des substances				
Connaissance des effets des dépendances sur les individus, la famille et la communauté				
Connaissances dans la pratique de l'examen préalable et de l'évaluation				
Connaissances et compétences en planification de traitement				
Connaissances et compétences en gestion de cas				
Connaissance des politiques et des stratégies du gouvernement en matière d'A-D et de leur incidence sur les programmes et les services de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis				
Connaissance du Cadre renouvelé du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones				
Scores				
DOMAINE DE SCORE TOTAL 1				
Maximum Score			44	

DOMAINE 2. GESTION DU PROGRAMME	1	2	3	4
Connaissances et capacités à appliquer les principaux concepts liés à la prestation de services et de programmes de lutte contre les dépendances et de mieux-être mental des Premières Nations				
Connaissances et capacités en planification stratégique et opérationnelle				
Capacité de mettre en œuvre des activités de planification de services et de programmes avec le personnel ou l'équipe				
Capacité d'effectuer des examens des services et des programmes et de formuler des recommandations pour leur élaboration				
Capacité d'intégrer de nouveaux services et de l'information de gestion pour assurer des services de qualité aux clients et à la collectivité				
Connaissance et capacités des éléments et des processus clés de l'amélioration continue de la qualité des services et des programmes.				
Connaissances et capacités à suivre et à mettre en œuvre les principes comptables généralement reconnus				
Scores				
DOMAINE DE SCORE TOTAL 2				
Maximum Score				28
DOMAINE 3. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	1	2	3	4
Capacité d'évaluer les besoins en ressources humaines d'une équipe au sein d'un service ou d'un programme de lutte contre les dépendances et de bien-être mental				
Capacité d'élaborer des stratégies et des plans de gestion des ressources humaines				
Connaissances et compétences en matière de recrutement et de sélection d'employés qualifiés				
Capacité de superviser un membre d'une équipe pour atteindre les buts et objectifs d'un service ou d'un programme				
Capacité d'allouer le temps et les ressources financières nécessaires au développement professionnel des membres d'une équipe				
Connaissances et compétences en matière d'évaluation du comportement professionnel du personnel				
Connaissance des négociations et de la résolution des conflits				
La capacité d'orienter et de gérer le changement, conformément à la vision et aux valeurs du programme, du service et de l'organisation.				
Scores				
DOMAINE DE SCORE TOTAL 3				
Maximum Score				32

DOMAINE 4. LE LEADERSHIP	1	2	3	4
Connaissance des principaux styles, caractéristiques et valeurs de leadership				
Capacité d'appliquer la mission et les priorités de l'organisation dans la pratique régulière.				
Capacité de faciliter l'établissement et la pratique d'une vision et de résultats communs au sein d'une équipe				
Connaissance des compétences liées à l'auto-leadership (conscience de soi, autogestion, conscience sociale et gestion des relations)				
Sensibilisation aux limites de ses propres connaissances et compétences				
Capacité d'accepter et d'intégrer des façons culturellement appropriées de respecter et de comprendre en ce qui concerne la pratique professionnelle des chefs d'équipe.				
Capacité de faciliter et d'utiliser une approche d'équipe au sein d'un programme, d'un service ou d'un organisme de services communautaires				
Capacité de collaborer avec des professionnels de la santé et des paraprofessionnels pour offrir des services efficaces en matière de toxicomanie				
Capacité de s'assurer que la culture fait partie intégrante de la prestation des programmes et des services				
Scores				
DOMAINE DE SCORE TOTAL 4				
Maximum Score				36
DOMAINE 5. LA COMMUNICATION	1	2	3	4
Connaissance de la nature, du rôle et des styles de communication efficace				
Capacité de choisir des méthodes de communication personnelles et interpersonnelles adaptées à une variété de publics				
Familiarité dans une variété de formats de communication écrite (Correspondance, rapports, politiques, propositions, notes de cas, etc.)				
Capacité de cerner et de résoudre les obstacles à la communication en milieu de travail				
Capacité d'écouter et de répondre aux préoccupations et aux problèmes exprimés par le personnel, les membres de la communauté et d'autres intervenants clés				
Capacité d'appliquer des questions complexes en matière de soins de santé aux membres de la collectivité dans une langue appropriée à la collectivité des Premières Nations				
Compétence dans l'utilisation des ordinateurs et des applications logicielles la gestion et le suivi des documents et des rapports				
Scores				
DOMAINE DE SCORE TOTAL 5				
Maximum Score				28

DOMAINE 6. CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES CULTURELLES	1	2	3	4
Connaissance de l'histoire et de l'impact intergénérationnel de la colonisation sur les Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada				
Connaissance des perspectives et des expériences autochtones en matière d'autodétermination dans le contexte de l'élaboration et de l'exécution des programmes d'A-D				
Connaissance des relations entre les déterminants sociaux de la santé et de la toxicomanie et de la santé mentale dans les communautés autochtones				
Capacité de réfléchir aux structures, aux politiques et aux procédures d'une organisation, et de planifier ou de mettre en œuvre des pratiques culturellement compétentes				
Comprendre le rôle traditionnel et communautaire de la prise de décisions aux niveaux individuel, familial et communautaire				
Capacité de déterminer et d'utiliser les structures de soutien communautaire (importance des Aînés et des gardiens du savoir au sein des collectivités)				
Connaissance des approches culturelles de l'éducation, du développement professionnel et de la main-d'œuvre dans le contexte de la toxicomanie et du bien-être mental				
Scores				
DOMAINE DE SCORE TOTAL 6				
Maximum Score				28
DOMAINE 7. PROFESSIONNALISME	1	2	3	4
Capacité d'intégrer les valeurs, les croyances, les coutumes, les traditions et les pratiques des Premières Nations à l'élaboration et à la prestation des services de lutte contre les dépendances				
Fait preuve de respect envers les personnes de divers milieux culturels, socioéconomiques et scolaires, ainsi que les personnes de tous âges, sexes, orientations sexuelles et capacités.				
Capacité de modéliser la façon de fonctionner avec intégrité et conformément aux lignes directrices et aux règles établies du service, du programme et de l'organisation				
Capacité de créer et de maintenir un environnement de travail sûr, sain, propre et positif				
Capacité d'effectuer une évaluation de la compétence culturelle de soi, de l'équipe et de l'organisation				
Capacité d'évaluer et d'accepter ses propres limites et de référer à des personnes plus compétentes si nécessaire				
Connaissance des normes de conduite et du code d'éthique et capacité de les modéliser et de les faire appliquer en milieu de travail				
Capacité de prendre soin de soi et conscience de la responsabilité de gérer son stress et d'équilibrer sa vie personnelle et professionnelle				
Scores				
DOMAINE DE SCORE TOTAL 7				
Maximum Score				32
SCORE TOTAL POUR TOUS LES DOMAINES (à calculer par CAAPDC)				

Référence du superviseur - Veuillez commenter ce qui suit

Caractère moral _____

Professionalisme _____

Statut communautaire _____

Activités non liées à l'alcool et à la drogue _____

Antécédents personnels d'abus d'alcool ou d'autres substances _____

Engagement à aider les alcooliques et les toxicomanes _____

Nom du superviseur (veuillez imprimer) :

ADRESSE _____

Rue

Ville

Province _____ Téléphone (____) _____

Code postal

Signature : _____

Date : _____

Glossaire des termes - Référence du superviseur

Caractère moral

Tenez compte de l'honnêteté, du maintien de relations saines entre les conseillers et les clients, de la capacité de déterminer le bien du mal selon les normes généralement acceptées de la communauté et de l'exemple donné aux jeunes, aux clients, aux amis et aux collègues

Professionalisme

Tenez compte des habitudes de travail telles que le respect des heures de bureau, des politiques du programme et de la tenue des dossiers, ainsi que des relations avec les collègues, les autres membres du personnel de l'agence, les clients et les membres de la communauté

Statut de la communauté

Envisagez des activités communautaires autres que celles qui s'occupent du domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie ainsi que des activités de leadership

Engagement à aider les alcooliques et les toxicomanes

Preuve de l'État que le demandeur considère son implication dans le domaine comme plus qu'un « emploi »

Lettre de référence personnelle no 1

À l'appui de la demande de certification professionnelle d'un candidat en tant que chef d'équipe autochtone dans les services de toxicomanie

NOM DU DEMANDEUR : _____
À remplir par le demandeur

La personne susmentionnée a présenté une demande de certification en tant que chef d'équipe autochtone certifié en services de toxicomanie auprès du Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada . Pour aider le Conseil dans son évaluation de ce demandeur, les renseignements suivants sont demandés. **Veuillez ne pas fournir ces informations à moins que vous ne connaissiez personnellement le demandeur depuis au moins trois ans.** L'arbitre ne doit pas être un parent. Un glossaire de termes a été fourni pour vous aider.

Si vous le souhaitez, vous pouvez retourner la lettre de recommandation dûment remplie dans une enveloppe scellée au demandeur. Le défaut de fournir cette référence compromettra le traitement rapide de cette demande.

DURÉE PENDANT LAQUELLE VOUS AVEZ CONNU LE DEMANDEUR : _____

RELATION AVEC LE DEMANDEUR (encerclez l'un des éléments énumérés)

Ami ☐ Collègue de travail ☐ Superviseur ☐ Non parenté ☐

Veuillez formuler des observations sur les caractéristiques suivantes concernant le demandeur :

1. Caractère moral _____

2. Professionalisme _____

3. Standing communautaire _____

4. Activités non liées à l'alcool et aux drogues _____

5. Activités bénévoles _____

6. Antécédents personnels d'abus d'alcool ou d'autres substances (durée de la non-consommation) _____

Lettre de référence personnelle no 1 (deuxième page)

7. Engagement à aider les utilisateurs de l'alcool et des drogues _____

8. Autres remarques _____

Nom de la personne référente _____

S'il vous plaît imprimer

Adresse _____

Ville _____ Province _____ CP _____

Téléphone (____) _____

Signature _____

Date : _____

—
Veuillez retourner la lettre de recommandation dûment remplie au demandeur, dans une enveloppe scellée si vous préférez. Merci.

Le défaut de retourner ce formulaire au demandeur peut compromettre le traitement rapide de sa demande.

GLOSSAIRE DES TERMES (lettre de référence no 1)

Caractère moral

Tenez compte de l'honnêteté, du maintien de relations saines entre les conseillers et les clients, de la capacité de déterminer le bien du mal selon les normes généralement acceptées de la communauté et de l'exemple donné aux jeunes, aux clients, aux amis et aux collègues

Professionalisme

Tenez compte des habitudes de travail telles que le respect des heures de bureau, des politiques du programme et de la tenue des dossiers, ainsi que des relations avec les collègues, les autres membres du personnel de l'agence, les clients et les membres de la communauté

Statut de la communauté

Envisagez des activités communautaires autres que celles qui s'occupent du domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie ainsi que des activités de leadership

Engagement à aider les alcooliques et les toxicomanes

Preuve de l'État que le demandeur considère son implication dans le domaine comme plus qu'un « emploi »

Lettre de recommandation professionnelle no 2

À l'appui de la demande de certification professionnelle d'un candidat en tant que chef d'équipe autochtone dans les services de toxicomanie

NOM DU DEMANDEUR : _____
À remplir par le demandeur

La personne susmentionnée a présenté une demande de certification en tant que chef d'équipe autochtone certifié en services de toxicomanie auprès du Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada . Pour aider le Conseil dans son évaluation de ce demandeur, les renseignements suivants sont demandés. **Veuillez ne pas fournir ces informations à moins que vous ne connaissiez personnellement le demandeur depuis au moins trois ans.** L'arbitre ne doit pas être un parent. Un glossaire de termes a été fourni pour vous aider.

Si vous le souhaitez, vous pouvez retourner la lettre de recommandation dûment remplie dans une enveloppe scellée au demandeur. Le défaut de fournir cette référence compromettra le traitement rapide de cette demande.

DURÉE PENDANT LAQUELLE VOUS AVEZ CONNU LE DEMANDEUR : _____

RELATION AVEC LE DEMANDEUR (case à cocher appropriée)

Employeur ☐ Collègue de travail ☐ Superviseur ☐ Non parenté ☐

Veuillez formuler des observations sur les caractéristiques suivantes concernant le demandeur :

1. Caractère moral _____

2. Standing communautaire _____

3. Relations familiales _____

4. Activités non liées à l'alcool et aux drogues _____

5. Activités bénévoles _____

6. Antécédents personnels d'abus d'alcool ou d'autres substances (durée de la non-consommation) _____

Lettre de recommandation professionnelle no 2 (deuxième page)

7. Engagement à aider les utilisateurs d'alcool et des drogues _____

8. Autres remarques _____

Nom de la personne référente _____
S'il vous plaît imprimer

Adresse _____

Ville _____ Province _____ CP _____

Téléphone (____) _____

Signature _____

Date : _____

Veuillez retourner la lettre de recommandation dûment remplie au demandeur, dans une enveloppe scellée si vous préférez. Merci.

Le défaut de retourner ce formulaire au demandeur peut compromettre le traitement rapide de sa demande.

GLOSSAIRE DES TERMES (lettre de référence no 2)

Caractère moral

Tenez compte de l'honnêteté, du maintien de relations saines entre les conseillers et les clients, de la capacité de déterminer le bien du mal selon les normes généralement acceptées de la communauté et de l'exemple donné aux jeunes, aux clients, aux amis et aux collègues

Professionalisme

Tenez compte des habitudes de travail telles que le respect des heures de bureau, des politiques du programme et de la tenue des dossiers, ainsi que des relations avec les collègues, les autres membres du personnel de l'agence, les clients et les membres de la communauté

Statut de la communauté

Envisagez des activités communautaires autres que celles qui s'occupent du domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie ainsi que des activités de leadership

Engagement à aider les alcooliques et les toxicomanes

Preuve de l'État que le demandeur considère son implication dans le domaine comme plus qu'un « emploi »

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 contacter CAAPDC.

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

Formulaire de consentement

Consentement à la divulgation de renseignements

Je, _____, de _____
Imprimer le nom de l'employé Imprimer le nom de l'employeur ou de l'organisation

autorise et consent par la présente à la divulgation d'informations ou de documents relatifs à ma demande de certification à des personnes que CAAPDC pourrait avoir besoin de consulter aux fins de certification, **sauf** aux personnes / et / ou organisations nommées ci-dessous (écrivez une liste des noms de personnes ou d'organisations auxquelles CAAPDC **ne devrait pas** divulguer vos informations) :

Si vous autorisez CAAPDC à divulguer des informations au besoin, vous pouvez toujours choisir de limiter les informations divulguées. Indiquez ci-dessous les informations que vous ne souhaitez pas être libéré :

Ce consentement à la divulgation d'informations peut être retiré à tout moment sur demande écrite au Conseil de certification et / ou il expirera à la date d'expiration de votre certification CAAPDC.

Signature : _____ Date : _____

Nom du témoin : _____

Signature du témoin : _____

Remarque : Le Conseil autochtone d'agrément professionnel du Canada ne vous inclura pas dans son Registre des professionnels certifiés si nous n'avons pas ce formulaire de consentement de votre part.

Plan de mieux-être personnel

Cercle de vie

Tous les **professionnels autochtones certifiés** auront un plan de santé et de bien-être personnel. Ce plan est un plan d'action quotidien continu qui maximise le potentiel de l'individu dans chaque quadrant du Cercle de vie.

Vous trouverez ci-dessous une liste pour vous aider à élaborer votre plan de mieux-être personnel. Utilisez-le chaque jour, gardez à l'esprit cet équilibre dans votre propre vie est votre propre responsabilité qui reflète votre crédibilité.

« Ma Sagesse de Choix est mon grand cadeau reçu du Créateur. Je m'inspire des enseignements et de la sagesse des aînés que je connais et que je respecte. Leurs idées fournissent la vision dont j'ai besoin pour découvrir mon but.

Apportez des modifications, des ajouts ou des modifications à la liste ci-dessous, c'est un guide conçu pour vous aider à démarrer.

1. Énumérez ce qui est nécessaire pour rester équilibré dans chacun de vos quatre quadrants.
2. Prenez le temps de considérer les sentiments, les actions et les pensées communs qui soutiennent votre bien-être total.

Exemples :

a. Forces

Compétences en relations humaines, douceur, sens de l'humour, perspicacité, respect, vision, espoirs et rêves, dévouement, engagement, compétences, expérience, connaissances.

b. Spirituel

Cérémonies traditionnelles/culturelles, prière, lectures spirituelles, méditation.

c. Émotionnel

Pratiques culturelles, guérison, environnement de travail, aventure, repos et détente, sentiments, vertus, croyances, valeurs, estime de soi.

d. Physique

Aliments nutritifs, exercice, corps et environnement propres, non-fumeurs, sans alcool, sans drogues, rapports sexuels protégés.

e. Mental/Social/Culturel

Vie professionnelle, vie scolaire, social et amusant, connaissances financières, connaissances en santé, pratiques culturelles. La famille nucléaire et élargie, les relations, les vieux et les nouveaux amis, les nouvelles informations, l'expression de soi, la gestion de la colère.

Mon plan de mieux-être personnel

Mon nom : _____ Date : _____

Signature : _____

A Mes **Forces**: _____

Qu'est-ce qui peut m'empêcher d'utiliser mes forces pour atteindre les objectifs que je choisis pour moi-même : _____

B Pour mon bien-être **Spirituel** :

Mon objectif est : _____

Mesures que je prends pour atteindre mon objectif :

1. _____

2. _____

3. _____

C. Pour mon bien-être **Émotionnel** :

Mon objectif est : _____

Mesures que je prends pour atteindre mon objectif :

1. _____

2. _____

3. _____

D. Pour mon bien-être **Physique** :

Mon objectif est : _____

Mesures que je prends pour atteindre mon objectif :

1. _____

2. _____

3. _____

E. Pour mon bien-être **Mental** :

Mon objectif est : _____

Mesures que je prends pour atteindre mon objectif :

1. _____

2. _____

3. _____

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 au 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)

OÙ 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.

Veuillez envoyer votre demande, avec les frais de certification* à l'adresse suivante. Les chèques et les mandats doivent être faits à CAAPDC .

Registrar, ICBOC

C.P. 3999

Kanesatake (Québec)

J0N 1E0

Téléphone : 450-983-8444

Courriel : registrar@icboc.ca

Site Web : www.icboc.ca

*Pour obtenir une liste des frais, veuillez consulter <https://icboc.ca/certification/list-of-certifications/http-icboc-ca-addictions-wellness-certification-fees/>

RÉSUMÉ DES NORMES ET DES EXIGENCES CHEF D'ÉQUIPE AUTOCHTONE CERTIFIÉ EN SERVICES DE LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES (CITLAS)		
Ce niveau de certification est disponible pour les candidats qui :		
- Satisfaire aux normes et aux exigences de cette certification. Voir la note sur l'éducation et la formation à la page 2. - Sont certifiés par la First Nations Health Managers Association (FNHMA) et satisfont aux exigences supplémentaires de CAAPDC concernant les dépendances.		
L'ÉDUCATION		
Diplôme dans le domaine des soins de santé ou en leadership (clinique, administration/gestion de programmes/services, services sociaux, services sociaux et communautaires). Pour les candidats du Québec, un DEC (programme d'études techniques de trois (3) ans en santé ou en services sociaux) ET un (1) an de certificat universitaire dans le domaine des soins de santé (clinique, administration/gestion de programmes/services, services sociaux, sociaux et communautaires) ou en leadership OU a complété les 5 cours offerts par l'Association des gestionnaires de la santé des Premières Nations (AGSPN) ainsi que la formation en toxicomanie		
EXPÉRIENCE DE TRAVAIL		HEURES
4 ans progressif d'expérience de travail rémunéré à temps plein dans un domaine connexe, dans des postes qui comprenaient des fonctions similaires à celles d'un chef d'équipe, avec un minimum de 2 ans dans un programme / service de santé / bien-être des Autochtones axé sur les dépendances (centre communautaire ou de traitement)		8000
CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES ÉDUCATION/FORMATION		HEURES
Veuillez vous référer à LA NOTE : ÉDUCATION/FORMATION à la page 2		
Éducation/ Heures de formation 900 heures minimum	Connaissances de base	700
	Les 7 domaines de compétences d'un chef d'équipe	
	Connaissances et compétences connexes	10
	- Sujets liés à la santé et à la sécurité - Connaissances et compétences technologiques - Autres sujets liés aux dépendances et au bien-être mental	10 40
Évaluation par le superviseur des connaissances et des compétences de base et connexes		80%
CITLAS – CONNAISSANCES DE BASE DANS LES 7 COMPÉTENCES D'UN CHEF D'ÉQUIPE		
1. Pratique en matière de toxicomanie et de mieux-être mental (accent sur les Autochtones)		200 h
Problèmes de santé généraux		40
Problèmes fondamentaux de toxicomanie		60
Problèmes de toxicomanie connexes (voir la liste des sujets de formation suggérés, page 2)		50
Systèmes de lutte contre les dépendances et de mieux-être mental (politiques et stratégies du gouvernement et de la santé des Autochtones)		50
2. Gestion du programme (accent sur les dépendances)		100 h
Gestion générale du programme		20
Gestion des programmes de lutte contre les dépendances		40
Amélioration de la qualité du programme		20
Gestion financière		20
3. Gestion des ressources humaines (accent sur les dépendances)		100 h
Dotation en personnel		20
Relations avec les employés		20
Perfectionnement du personnel		20
Maintien en poste du personnel		20
Gestion du changement		20
4. Leadership (accent sur les dépendances)		100 h
Fondement du leadership		20
Auto-leadership		40
Consolidation d'équipe		20
Mise en réseau		20

5. La communication	150 h
Nature et rôle de la communication	50
Communication interpersonnelle	50
Entrevue motivationnelle	10
Gestion des conflits	20
Gestion de crise	20
6. Connaissances culturelles	150 h
Culture et histoire des Premiers Peuples du Canada	50
Concepts autochtones de la santé	40
Approches culturelles de la pratique de la toxicomanie	40
Approches culturelles du renforcement des capacités (lentille autochtone)	20
7. Professionnalisme	60 h
Éthique professionnelle	30
Concepts de compétence culturelle et de sécurité	30
CITLAS – CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES CONNEXES	40 h
Sujets liés à la santé et à la sécurité*	10
Connaissances et compétences technologiques	10
Autres sujets liés aux dépendances et au bien-être mental	20
* Veuillez noter que la formation sur les sujets de santé et de sécurité (SIMDUT, RCR, premiers soins, etc.) ne sera comptée qu'une seule fois.	
CITLAS - ÉVALUATION DU SUPERVISEUR	
Une note minimale de 80 % de l'évaluation du superviseur est requise	
REMARQUE : ÉDUCATION/FORMATION Les sujets d'éducation et de formation et les heures requises pour cette certification (CITLAS) et indiqués dans le présent résumé des normes et des exigences visent à combler les lacunes dans les programmes d'études qu'un candidat a terminés. Les heures requises liées aux dépendances et aux dépendances peuvent être acquises par l'entremise des cours offerts par l'Association des gestionnaires de la santé des Premières Nations (AMSPN) ou de toute autre forme d'éducation ou de formation offerte par divers fournisseurs (programmes de formation continue, ateliers, séminaires, cours individuels offerts dans le cadre de conférences, à l'interne ou en ligne). Une preuve de formation est obligatoire (transcriptions, certificats ou affidavits)	
REMARQUE : APPRENTISSAGE ET FORMATION ALTERNATIFS Les heures acquises dans le cadre d'activités culturelles et traditionnelles et poursuivies à l'appui du perfectionnement personnel et professionnel et de la pratique d'un chef d'équipe sont acceptées.	
Autres sujets liés aux dépendances et au bien-être mental Cette liste n'est pas exhaustive et d'autres sujets sont acceptables, donc si vous n'êtes pas certain des sujets des formations que vous avez complétées, veuillez nous contacter à registrar@icboc.ca	
• Travail de deuil • ETCAF • VIH/sida • Santé mentale et bien-être • Pensionnats et traumatismes intergénérationnels • Approches thérapeutiques autochtones et occidentales • Philosophies et théories liées aux pratiques de guérison autochtones • Agrément du programme ou de l'établissement	• Médicaments spécifiques • Travail de traumatologie • Le suicide • Prévention • Drogues/substances spécifiques • Autosoins • Troubles concomitants • Questions de santé et de sécurité*