



**First Nations Wellness/
Addictions Counsellor
Certification Board**

**TROUSSE DE
DEMANDE D'AGRÉMENT
PROFESSIONNEL**



Agrément Professionnel du FNWACCB Contenu de la trousse du demandeur

FORMULAIRES:

- Renseignements personnels Page 4
- Formulaire d'assurance Page 5
- Bagage éducatif Page 6
- Antécédents d'emploi Page 7-8
- Formulaire de preuve d'emploi: Si vous devez fournir des preuves d'emploi de la part de plusieurs employeurs veuillez photocopier ce formulaire. Page 9-15
- Plan de mieux-être personnel Page 16-18
- Lettre de recommandation personnelle (1): Utilisez les formulaires pour obtenir une lettre de recommandation personnelle de la part d'une personne qui vous connaît depuis au moins trois ans (mais qui n'est pas un membre de votre famille). Page 19-20
- Lettres d'appui (2): Utilisez les formulaires qui vous sont fournis pour obtenir deux lettres de recommandation personnelle de la part d'une personne qui peut attester de vos compétences en tant que Spécialiste autochtone en toxicomanies. L'une de ces personnes doit être votre superviseur. Page 22-29
- Formulaire d'évaluation par le superviseur Page 30-33
- Formulaire de consentement # 1 Page 34
- Formulaire de consentement # 2 Page 35

Trousse du demandeur : comment remplir les formulaires

Félicitations! Vous avez décidé d'entreprendre les premières démarches pour obtenir votre agrément professionnel en tant que conseiller autochtone en mieux-être/toxicomanies. Cette trousse d'information contient tous les formulaires que vous devrez nous soumettre.

Une fois que vous avez cette trousse du demandeur entre les mains (que vous l'ayez reçue par la poste ou téléchargée à partir de notre site Web) vous devrez (1) compléter les parties qui vous appartiennent, (2) vous assurer que vos références, votre superviseur, vos employeurs et les personnes devant fournir les lettres d'appui fournissent ce qui leur est demandé, et (3) réunir tous les formulaires dûment remplis et envoyer le tout au bureau du FNWACCB, y compris le paiement des frais de deux cent dollars (200\$) pour le traitement de votre demande. **Tous les documents doivent arriver à nos bureaux dans une seule enveloppe.**

VEUILLEZ GARDER, POUR VOS PROPRES ARCHIVES, UNE PHOTOCOPIE DES DOCUMENTS QUE VOUS AVEZ INCLUS DANS VOTRE ENVELOPPE

Afin de bien comprendre ce qui est exigé pour entreprendre le processus d'agrément professionnel du FNWACCB, veuillez télécharger notre Guide des normes et procédures d'Agrément professionnel, posté sur notre site web.

Vos références, superviseur(s), employeur(s) devront vous renvoyer les documents que vous leur avez demandés.

Vous devrez donc leur fournir une enveloppe (nous ne fournissons pas d'enveloppe avec notre trousse).

Les enveloppes que vous fournirez à ceux qui doivent vous renvoyer des documents devront porter les renseignements suivants sur le devant:

VOTRE NOM _____

NOM DU DOCUMENT _____

VOTRE ADRESSE _____

Exemple: pour une lettre de référence, les renseignements inscrits sur la partie extérieure de l'enveloppe (devant) seraient ceux-ci:

Nom Prénom

Document: Lettre de Référence

Adresse, Ville, Province, Code postal

Nous ne procéderons à l'examen des documents afférents à votre demande seulement lorsque notre bureau aura reçu **tous** les documents dûment remplis, ainsi qu'un chèque ou mandat (libellé à l'ordre du First Nations Wellness/Addictions Counsellor Certification Board ou du FNWACCB). N'oubliez pas d'inscrire votre adresse sur la partie extérieure de l'enveloppe contenant vos documents.

Nous accuserons réception des documents afférents à votre demande et vous alerterons si ceux-ci ne sont pas complets.

L'examen des documents afférents à votre demande ne débutera qu'une fois que les documents manquants nous seront parvenus.

Veuillez vous assurer que vous avez lu attentivement notre Guide des normes et des procédures d'agrément professionnel afin de bien connaître les exigences et les obligations liées à l'Agrément professionnel du FNWACCB.

Pour toute question concernant la trousse du demandeur, les exigences en matière d'éducation ou le FNWACCB, veuillez communiquer avec nous au 604-874-7425 ou via notre ligne sans frais 1-877-974-7425. Vous pouvez aussi nous joindre par courriel à admin@fnwaccb.ca. N'oubliez pas de nous informer si vous changez d'adresse.

Nous anticipons avec plaisir de recevoir votre demande et vous assurons que nous n'épargnerons aucun effort pour vous aider.

Bien à vous, le Conseil et le personnel du FNWACCB

Liste de vérification

La liste CI-DESSOUS vous aidera à vérifier que vous avez en main tous les formulaires et autres documents dont vous avez besoin pour soumettre votre demande d'agrément professionnel. Pour bien connaître les exigences du FNWACCB en matière d'éducation et d'emploi veuillez lire notre Guide des normes et des procédures d'agrément professionnel.

Si vous désirez obtenir des renseignements ou de l'assistance n'hésitez pas à communiquer avec le bureau du FNWACCB au 604-874-7425, ou via notre ligne sans frais au 1-877-974-7425. Vous pouvez aussi nous joindre par courriel à admin@fnwaccb.ca

L'envoi **complet** des formulaires et des autres documents constituant votre dossier à notre Registraire, à l'adresse indiquée au bas de cette page, est votre responsabilité.

- Formulaire de demande (renseignements personnels) _____
- Formulaire relatif aux assurances _____
- Formulaire relatif au niveau d'éducation/de formation _____
- Formulaire relatif aux antécédents d'emploi _____
- Formulaire de preuve d'emploi _____
- Description complète de votre poste actuel _____
- Une copie de votre/vos certificat(s) d'études décerné(s) par l'institution concernée (diplôme d'études secondaires, diplôme d'études collégiales, certificat ou diplôme universitaire, diplôme de premier ou de deuxième cycle). _____
- Une copie de vos relevés de notes incluant les heures correspondant à chaque cours que vous avez suivi _____
- Une copie de tous vos certificats et le nombre d'heures, liés à d'autres sessions/cours de formation, portant sur les 12 fonctions de base ou sur d'autres sujets ayant un rapport direct avec les toxicomanies. _____
- Une copie de votre Diplôme Diplôme collégial _____
- Plan complet de mieux-être _____
- Document de vérification de casier judiciaire _____
- Une (1) lettre de recommandation _____
- Deux (2) Lettres d'appui. L'une de ces lettres doit provenir de votre superviseur. _____
- Formulaire d'évaluation par le superviseur _____
- Formulaire de consentement # 1: _____
- Formulaire de consentement # 2: _____
- Chèque certifié, mandat, ou chèque au montant de 200.00\$, libellé à l'ordre du **First Nation Wellness/Addictions Counsellor Certification Board.** _____

Afin d'entamer le processus de traitement des demandes notre registraire doit tout d'abord avoir reçu tous les formulaires qui constituent votre demande d'agrément professionnel.

NOTE: les photocopies des certificats seront acceptées. Veuillez garder les originaux dans vos propres dossiers.

Veuillez soumettre votre dossier de demande complet à l'adresse suivante:

Registraire, FNWACCB
104 – 1037 West Broadway
Vancouver, CB V6H 1E3



Formulaire d'assurance

Je certifie que ma demande est soumise volontairement, et j'accepte de me soumettre à l'évaluation du First Nations Wellness/Addictions Counsellor Certification Board. J'accepterai la décision du Conseil ainsi que ma responsabilité vis-à-vis de toute répercussion découlant du processus d'agrément que je cherche à obtenir.

En tant que Spécialiste autochtone en toxicomanies, inscrit(e) auprès du FNWACCB, j'accepte de respecter les politiques, les procédures, le code d'éthique et les décisions du Conseil et de ses officiers. En tant que Spécialiste autochtone en toxicomanies agréé, ce "Code d'éthique" définit les responsabilités que je dois assumer envers moi-même, ma famille, mes collègues, mes clients, le public et nos Nations.

Je certifie n'avoir aucun antécédent d'abus d'alcool ou d'autres substances depuis au moins trois (3) ans précédant cette demande.

Au mieux de mes connaissances, les renseignements contenus ici sont véridiques et exacts.

J'autorise les membres ou les représentants du FNWACCB à contacter et à obtenir des renseignements sur moi auprès de toute personne-référence, de mes employeurs ou des institutions d'éducation, tel que jugé nécessaire pour effectuer l'évaluation de ma demande.

Je renonce à l'exercice de mes droits concernant la vérification des résultats obtenus suite aux questions posées aux personnes-référence, à mes employeurs ou à des institutions d'éducation. Je renonce à l'exercice de mes droits concernant l'inspection de toute lettre de recommandation ou d'appui. Je renonce à l'exercice de mes droits concernant les dossiers contenant les délibérations du Conseil au sujet de ma demande.

DATE _____

SIGNATURE _____

NOM EN MAJUSCULE _____

Nom du demandeur: _____

Date: _____

Historique d'emploi

Veillez énumérer les postes rémunérés et à temps plein que vous avez occupés en commençant par votre poste actuel, puis les autres les 5 derniers postes et/ou les postes occupés au cours des cinq dernières années.

1. EMPLOYEUR: _____ SUPERVISEUR: _____

TITRE DU POSTE: _____ DATES: de _____ à _____
mois/jour/année

TÂCHES PRINCIPALES _____

2. EMPLOYEUR: _____ SUPERVISEUR: _____

TITRE DU POSTE: _____ DATES: de _____ à _____
mois/jour/année

TÂCHES PRINCIPALES _____

3. EMPLOYEUR: _____ SUPERVISEUR: _____

TITRE DU POSTE: _____ DATES: de _____ à _____
mois/jour/année

TÂCHES PRINCIPALES _____

4. EMPLOYEUR: _____ SUPERVISEUR: _____

TITRE DU POSTE: _____ DATES: de _____ à _____
mois/jour/année

TÂCHES PRINCIPALES _____

5. EMPLOYEUR: _____ SUPERVISEUR: _____

TITRE DU POSTE: _____ DATES: de _____ à _____
mois/jour/année

TÂCHES PRINCIPALES _____

Nom du demandeur: _____

Date: _____

Formulaire de preuve d'emploi

Note aux demandeurs: Veuillez fournir une preuve d'emploi qui confirme que vous avez occupé le poste de spécialiste en toxicomanies pendant au moins un an (2000 heures). Si vous devez fournir des preuves d'emploi de la part de plusieurs employeurs, veuillez photocopier ce formulaire avant de les distribuer.

Cher Employeur:

Nous vous demandons de fournir une preuve d'emploi pour _____ qui désire faire une demande d'Agrément professionnel auprès du First Nations Wellness/Addictions Counsellor Certification Board (veuillez inscrire le nom de l'employé en majuscules) . Les candidats doivent démontrer qu'ils ont travaillé de manière continue et qu'ils ont utilisé leurs compétences dans le domaine du counselling en toxicomanies en milieu de traitement.

Nom de l'organisation d'emploi : _____

Adresse: _____ Téléphone: _____

Ville: _____ Province/Territoire: _____ Code postal: _____

Nom du Superviseur (en majuscules): _____

Titre du Superviseur: _____

Position de l'employé: _____ Dates d'emploi: de _____ à _____
mois/jour/année

Responsabilités majeures : _____

Pourcentage du temps dédié aux: Evaluations _____% Counselling individuel et en groupe _____%
Gestion de cas _____%, Education des patients _____%
Counselling familial _____%, Autres (spécifiez) %: _____%

Si applicable, indiquez tout autre poste détenu par l'employé au sein de votre organisation:

1. Titre du poste: _____ Dates d'emploi: de _____ à _____
mois/jour/année

Veuillez décrire brièvement les responsabilités/tâches principales de ce poste : _____

Signature du Superviseur: _____ Date: _____

Veuillez renvoyer le formulaire dûment rempli et signé à l'employé dans l'enveloppe qui vous a été fournie.

Si le formulaire n'est pas renvoyé à votre employé, cela pourrait retarder ou annuler le processus de traitement de sa demande.

Si applicable, indiquez tout autre poste détenu par l'employé au sein de votre organisation:

2. Titre du poste: _____ Dates d'emploi: de _____ à _____
mois/jour/année

Veillez décrire brièvement les responsabilités/tâches principales de ce poste : _____

Signature du Superviseur: _____ Date: _____

Si applicable, indiquez tout autre poste détenu par l'employé au sein de votre organisation:

3. Titre du poste: _____ Dates d'emploi: de _____ à _____
mois/jour/année

Veillez décrire brièvement les responsabilités/tâches principales de ce poste : _____

Signature du Superviseur: _____ Date: _____

Si applicable, indiquez tout autre poste détenu par l'employé au sein de votre organisation::

4. Titre du poste: _____ Dates d'emploi: de _____ à _____
mois/jour/année

Veillez décrire brièvement les responsabilités/tâches principales de ce poste : _____

Signature du Superviseur: _____ Date: _____

Veillez renvoyer le formulaire dûment rempli et signé à l'employé dans l'enveloppe qui vous a été fournie.

Si le formulaire n'est pas renvoyé à votre employé, cela pourrait retarder ou annuler le processus de traitement de sa demande.

Nom du demandeur: _____

Date: _____

Bagage éducatif

Veillez fournir les renseignements au sujet de votre cheminement éducatif/de formation.

A. Éducation au niveau secondaire et collégial: (Cochez la case appropriée)

Diplôme d'études secondaires (DES) Diplôme d'études professionnelles (DEP) Diplôme d'études collégiales (DEC)

B. Éducation au niveau postsecondaire : fournir les renseignements afférents à chaque certificat ou diplôme que vous avez obtenu d'une institution collégiale ou universitaire.

1. (Cochez la case appropriée) **Certificat** **Diplôme de 1er cycle** **Diplôme de 2e cycle**

Nom de l'Université/Collège: _____

Titre du Certificat, Diplôme de 1er ou 2e cycle: _____

Année d'obtention du Certificat, Diplôme de 1er ou 2e cycle: _____

2. (Cochez la case appropriée) **Certificat** **Diplôme de 1er cycle** **Diplôme de 2e cycle**

Nom de l'Université/Collège: _____

Titre du Certificat, Diplôme de 1er ou 2e cycle: _____

Année d'obtention du certificat, diplôme, diplôme de premier ou de deuxième cycle: _____

3. (Cochez la case appropriée) **Certificat** **Diplôme de 1er cycle** **Diplôme de 2e cycle**

Nom de l'Université/Collège: _____

Titre du Certificat, Diplôme de 1er ou 2e cycle: _____

Année d'obtention du Certificat, Diplôme de 1er ou 2e cycle: _____

Bagage éducatif

Outre les heures de cours/formation continue liées aux 12 fonctions de base, toute personne présentant une demande d'agrément professionnel auprès du FNWACCB doit avoir suivi des cours/formation continue portant sur les sujets suivants* :

Veuillez cocher (✓) la réponse correspondant aux sujets pour lesquels vous avez suivi des cours ou reçu de la formation.

	OUI	NON
Introduction/aperçu général des toxicomanies	___	___
Pharmacologie	___	___
Communication, y compris les technologies de communication	___	___
Méthodes et techniques d'entrevue	___	___
Travail en équipe	___	___
Connaissances culturelles	___	___
Gestion de conflits	___	___
Dynamique familiale	___	___
Animation de groupes	___	___
VIH/AID	___	___
FASD	___	___
Éthique	___	___
Pensionnats et impacts générationnels	___	___
Traitement des traumatismes	___	___
Gestion du deuil	___	___

*La formation que vous aurez suivi sur ces sujets peut faire part soit des heures d'éducation/formation continue, soit des 40 heures de formation/perfectionnement professionnel requises pour obtenir votre renouvellement d'agrément. Veuillez consulter l'annexe 1 du Guide des normes et procédures du FNWACCB pour une liste plus complète de ces sujets.

Éducation/Formation continue portant sur des sujets liés aux toxicomanies

Utilisez cette page et la page suivante pour nous fournir des renseignements sur les cours, ateliers, séminaires etc. que vous avez suivis (veuillez indiquer les heures consacrées à chacun de ces cours/ sessions). N'oubliez pas de nous transmettre les copies de tous vos certificats et, s'il y a lieu, de vos relevés de notes :

Nom du demandeur: _____

Nom de l'institution ou de l'organisation ayant offert ce cours ou atelier:	
Titre du cours/atelier:	
Dates du cours/atelier:	
# d'heures du cours/atelier	
Ci-joint mon certificat	Oui _____ Non _____

Nom de l'institution ou de l'organisation ayant offert ce cours ou atelier:	
Titre du cours/atelier:	
Dates du cours/atelier:	
# d'heures du cours/atelier	
Ci-joint mon certificat	Oui _____ Non _____

Nom de l'institution ou de l'organisation ayant offert ce cours ou atelier:	
Titre du cours/atelier:	
Dates du cours/atelier:	
# d'heures du cours/atelier	
Ci-joint mon certificat	Oui _____ Non _____

Nom de l'institution ou de l'organisation ayant offert ce cours ou atelier:	
Titre du cours/atelier:	
Dates du cours/atelier:	
# d'heures du cours/atelier	
Ci-joint mon certificat	Oui _____ Non _____

Éducation/Formation continue portant sur des sujets liés aux toxicomanies

Nom du demandeur: _____

Nom de l'institution ou de l'organisation ayant offert ce cours ou atelier:	
Titre du cours/atelier:	
Dates du cours/atelier:	
# d'heures du cours/atelier	
Ci-joint mon certificat	Oui _____ Non _____

Nom de l'institution ou de l'organisation ayant offert ce cours ou atelier:	
Titre du cours/atelier:	
Dates du cours/atelier:	
# d'heures du cours/atelier	
Ci-joint mon certificat	Oui _____ Non _____

Nom de l'institution ou de l'organisation ayant offert ce cours ou atelier:	
Titre du cours/atelier:	
Dates du cours/atelier:	
# d'heures du cours/atelier	
Ci-joint mon certificat	Oui _____ Non _____

Nom de l'institution ou de l'organisation ayant offert ce cours ou atelier:	
Titre du cours/atelier:	
Dates du cours/atelier:	
# d'heures du cours/atelier	
Ci-joint mon certificat	Oui _____ Non _____

Vous pouvez copier cette page si vous avez besoin d'espace supplémentaire pour fournir des renseignements.

Veuillez fournir des copies de vos attestations/certificats de présence ou de fin de formation pour les cours, ateliers ou sessions de formation que vous désirez être considérés dans le cadre de votre demande.

Description des 12 fonctions de base

1. Dépistage: Le processus par lequel un client est jugé éligible et prêt à être admis à un certain programme. Ce processus consiste à déterminer, en consultation avec le conseiller, le client et ses proches, les premières démarches à entreprendre, en tenant compte des besoins et des caractéristiques du client et des ressources communautaires disponibles.

2. Admission: Les toutes premières démarches administratives et évaluatives liées à l'admission des clients à un programme

3. Orientation: Consiste à décrire à un client la nature et les objectifs du programme, les règles régissant la conduite d'un client et les actions disciplinaires ou le renvoi découlant des infractions à ces règles; dans le cas d'un programme de jour, les heures où un client peut avoir accès aux services, les coûts de traitement devant être assumés par le client, et les droit des clients.

4. Évaluation: Processus selon lesquels un conseiller/programme identifie et évalue les forces, les faiblesses, les problèmes et les besoins d'une personne afin de pouvoir élaborer un plan de traitement.

Les compétences en évaluation permettent de s'assurer que les services s'arriment aux besoins des clients. Ces compétences incluent la capacité d'évaluer les besoins du client ainsi que la capacité d'évaluer les besoins et l'étape de la problématique où se situe le client.

5. Planification du traitement: Processus selon lequel le conseiller et le client:

- Identifient et priorisent les problèmes devant être résolus;
- Établissent des objectifs immédiats et à long terme, et;
- Décident du processus de traitement et des ressources auxquelles on aura recours.

La planification de traitement ou planification de cas permettent d'assurer la saine participation des clients et de leur famille dans le contexte du processus de traitement/de counseling. Les conseillers devraient toujours impliquer leurs clients dans le processus de planification de traitement/de counselling familial ou individuel.

6. Counselling: Individuel, en groupe et avec les proches: Consiste à utiliser des habiletés spéciales afin d'aider les individus, les familles et les proches à atteindre leurs objectifs en:

- Explorant les problèmes et leurs ramifications;
- Examinant les attitudes et /motions;
- Considérant différentes solutions, et;
- En prenant des décisions.

Le processus de counselling et de traitement est lié à la livraison directe de services primaires. Le Counselling constitue la majeure partie du traitement et requiert donc des compétences et des connaissances approfondies.

7. Gestion de cas: Pour chaque client, le continuum du traitement des dépendances va du recrutement à la planification et à la mise en œuvre du traitement aux services de post traitement/de suivi, afin de répondre à ses besoins et aux objectifs de traitement. La gestion de cas offre le soutien dont le client a besoin et renforce ses objectifs de traitement, au fur et à mesure qu'il progresse sur le chemin de sa guérison.

La différence entre la fonction liée au traitement des dépendances et celle liée à la gestion de cas, est que le traitement englobe des activités qui aident les clients à reconnaître leurs problèmes, à les mobiliser et à leur offrir des outils qui leur permettent de maintenir leur abstinence. La gestion de cas aide la personne ayant des dépendances à se procurer les ressources dont elle a besoin. Cette fonction inclut tout un éventail d'activités qui rallient les services, les agences, les ressources matérielles et humaines dans le contexte d'un cadre d'action servant à atteindre les buts fixés. Cette fonction peut englober les activités de liaison et les contrats collatéraux.

8. Intervention en situation de crises: Incluent les services répondant aux besoins d'un surconsommateur d'alcool ou d'autres drogues alors qu'il est en situation de détresse émotionnelle ou physique.

9. Éducation des clients: Consiste à fournir des renseignements à des personnes ou à des groupes au sujet de l'abus de drogues ou d'alcool, au sujet des risques et des conséquences liés à la surconsommation de substances psychoactives, au sujet des ressources et des services liés à la prévention, au traitement et à la guérison.

10. Aiguillage: Consiste à identifier les besoins du client auxquels le conseiller ou l'agence ne peut répondre et à aider celui-ci client à avoir recours aux systèmes de soutien et aux ressources communautaires disponibles.

Les clients des Premières Nations et leur famille ont une multitude de besoins qui peuvent requérir une approche multidisciplinaire. Le conseiller doit avoir recours aux agences les plus aptes à répondre à ces besoins, pour ainsi répondre à un large éventail de besoins.

11. Rapports et tenue de dossiers: Cette fonction consiste à documenter les résultats de l'évaluation et du plan de traitement, à rédiger des rapports, des notes, des sommaires de décharge, et autres données liées aux clients.

12. Consultation avec d'autres professionnels concernant les services de traitement liés aux clients:

Cette fonction de base consiste à établir des relations avec les professionnels à l'interne et à l'externe, afin de fournir aux clients des services complets et de haute qualité.

Ceci implique des activités administratives, cliniques et évaluatives qui rassemble le client, les services de traitement, les agences communautaires et d'autres ressources afin de s'assurer que les problèmes et les besoins demeurent au centre du plan de traitement. Cette fonction englobe également la collaboration avec le client et ses proches, la coordination des services de traitement et d'aiguillage, les activités de liaison avec les ressources communautaires et les systèmes de gestion des services, la défense des droits des clients et l'évaluation régulière du progrès du traitement et des besoins du client.

Plan de mieux-être personnel

Le cercle de la vie

Tous les **Spécialistes autochtones en toxicomanies agréés** auront un plan de santé et de mieux-être personnel. Ce plan de mieux-être personnel est un plan d'action continu, quotidien, qui maximise notre potentiel humain à l'intérieur des quatre dimensions du cercle de la vie.

Vous trouverez ci-dessous une liste qui vous aidera à élaborer votre plan de mieux-être personnel. Utilisez-le chaque jour, en vous rappelant que vous êtes responsable de l'équilibre de votre propre vie et que cet équilibre est le miroir de votre crédibilité.

“ La sagesse de mes choix est le plus grand don que m.a accordé le Créateur. Je puise ma sagesse dans les enseignements et la sagesse des Aînés que je connais et que je respecte. Leurs leçons m’apportent la vision dont j’ai besoin pour découvrir ma raison d’être.”

Faites des changements, des ajouts ou des modifications à la liste ci-dessous, car elle est offerte à titre de guide, pour vous aider à démarrer.

1. Faites une liste des éléments nécessaires pour garder l'équilibre dans les quatre dimensions du cercle de la vie.
2. Prenez le temps de réfléchir aux sentiments, aux gestes et aux pensées qui engendrent chez vous un bien-être total.

Exemples:

a. Forces

Compétences relationnelles, douceur, sens de l'humour, connaissances intérieures, respect, vision, espoirs et rêves, dévouement, engagement, compétences, expérience, connaissances.

b. Spirituel

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

c. Émotionnel

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

d. Physique

Aliments nourrissants, exercice, propreté corporelle, environnement propre, ne fume pas, ne boit pas, relations sexuelles sécuritaires.

e. Mental/social/culturel

Vie au travail, vie aux études, vie sociale, loisirs et divertissements, connaissances en matière de santé, de finances, de pratiques culturelles. Famille nucléaire et élargie, relations, vieux et nouveaux amis, nouvelles informations, savoir s'exprimer, gestion de la colère.



Plan de mieux-être personnel

Mon nom: _____ Date: _____

A. Mes **forces**: _____

Les forces qui pourraient m'aider à arrêter de prendre des drogues ou de l'alcool et à atteindre les buts que je me suis fixés:

B. Pour mon bien-être **spirituel**:

Mon but est de : _____

Étapes pour atteindre mon but:

1. _____
2. _____
3. _____

C. Pour mon bien-être **émotionnel**:

Mon but est de : _____

Étapes pour atteindre mon but:

1. _____
2. _____
3. _____

D. Pour mon bien-être **physique**:

Mon but est de : _____

Étapes pour atteindre mon but:

1. _____
2. _____
3. _____

E. Pour mon bien-être **mental**:

Mon but est de : _____

Étapes pour atteindre mon but:

1. _____

2. _____

3. _____

Veillez renvoyer le formulaire dûment rempli et signé à l'employé dans l'enveloppe qui vous a été fournie. Si le formulaire n'est pas renvoyé à votre employé, cela pourrait retarder ou annuler le processus de traitement de sa demande.

Lettre de recommandation personnelle

Lettre de soutien pour la demande d'agrément professionnel à titre de Spécialiste autochtone en toxicomanies (ICAS)

Nom du demandeur: _____
doit être rempli par le demandeur

La personne nommée ci-dessus a posé sa demande d'agrément professionnel à titre de conseiller en mieux-être et en toxicomanies au First Nations Wellness/Addictions Counsellor Certification Board. Afin d'aider le Conseil à évaluer cette demande, nous vous demandons de fournir les renseignements ci-dessous. Vous n'avez pas à fournir ces renseignements si vous ne connaissez pas personnellement cette personne. Nous avons joint un lexique à la fin de ce formulaire pour vous aider.

Tous les renseignements qui nous sont transmis sont de nature confidentielle et le demandeur a renoncé à son droit de regard sur cette lettre et sur toute autre correspondance entre vous et le Conseil. **Veillez placer cette lettre dans l'enveloppe qui vous a été fournie, cacheter l'enveloppe et l'envoyer directement à la personne qui vous a demandé cette lettre.** Si cette lettre n'est pas renvoyée à la personne qui vous l'a demandée, cela pourrait retarder ou annuler le processus de traitement de sa demande

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS CONNAISSEZ-VOUS LE DEMANDEUR: _____

LIEN AVEC LE DEMANDEUR (encercler un des mots): Ami • Collègue • Superviseur • Pas de liens familiaux

Veillez inscrire vos commentaires au sujet des caractéristiques suivantes du demandeur:

1. Caractère moral: _____

2. Réputation dans la communauté: _____

3. Relations familiales: _____

4. Volonté d'aider les personnes qui font une consommation excessive d'alcool et de drogues: _____

5. Activités de bénévolat: _____

6. Antécédents personnels d'abus d'alcool ou d'autres substances (période sans abus): _____

7. Autres remarques: _____

Nom de la personne fournissant la recommandation (en majuscule svp): _____

Adresse: _____
Rue Ville Province Code Postal

Téléphone (____) _____

Signature: _____ Date: _____

Veillez remplir cette lettre de recommandation, la placer dans l'enveloppe qui vous a été fournie, cacheter l'enveloppe et l'envoyer directement à la personne qui vous a demandé cette lettre. Merci.



Lexique – Lettre de recommandation personnelle

1. Caractère moral :

Considérez l'honnêteté, la manière d'entretenir des liens conseiller-client sains et équilibrés, la capacité de déterminer ce qui est acceptable ou non selon les normes communautaires généralement acceptées, et l'exemple que la personne donne aux jeunes, aux amis et aux collègues.

2. Réputation dans la communauté:

Considérez les activités entreprises dans la communauté autres que celles reliées au domaine des dépendances ainsi que les activités de leadership.

Lettre d'appui #1

Lettre de soutien pour la demande d'agrément professionnel à titre de Spécialiste autochtone en toxicomanies (ICAS)

Nom du demandeur: _____
doit être rempli par le demandeur

La personne nommée ci-dessus a posé sa demande d'agrément professionnel à titre de conseiller en mieux-être et en toxicomanies au First Nations Wellness/Addictions Counsellor Certification Board. Afin d'aider le Conseil à évaluer cette demande, nous vous demandons de fournir les renseignements ci-dessous. Ne fournissez pas ces renseignements à moins que vous ne connaissiez personnellement cette personne et que vous pouvez offrir des informations exactes sur les compétences du candidat en tant que Conseiller en toxicomanies.

Tous les renseignements qui nous sont transmis sont de nature confidentielle et le demandeur a renoncé à son droit de regard sur cette lettre et sur toute autre correspondance entre vous et le conseil. Veuillez renvoyer cette lettre directement à la personne qui vous l'a demandé dans une enveloppe scellée. Si cette lettre n'est pas renvoyée à la personne qui vous l'a demandée, cela pourrait retarder ou annuler le processus de traitement de sa demande.

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS CONNAISSEZ-VOUS LE DEMANDEUR: _____

LIEN AVEC LE DEMANDEUR (encercler un des mots): Ami • Collègue • Superviseur • Pas de liens familiaux

Si vous avez encerclé **autre**, veuillez spécifier la nature de ce lien: _____

Veuillez inscrire vos commentaires au sujet des caractéristiques suivantes du demandeur:

*1. Caractère moral: _____

*2. Professionnalisme: _____

*3. Réputation dans la communauté: _____

* Voir lexique pour vérifier les définitions des termes.

*4. Volonté d'aider les personnes qui font une consommation excessive d'alcool et de drogues: _____

* Voir lexique pour vérifier les définitions des termes.

5. Niveau d'habiletés et de connaissances:

a. Communication orale: _____

b. Communication écrite: _____

c. Compréhension du développement humain: _____

d. Capacité d'utiliser les valeurs et la culture des Premières Nations au cours du traitement: _____

e. Capacité de travailler avec des groupes: _____

f. Capacité d'utiliser d'autres ressources communautaires: _____

g. Capacité d'établir des relations de confiance avec des clients: _____

h. Capacité de communiquer au sujet de l'alcoolisme et de l'abus de drogues: _____

i. Capacité de travailler au sein d'une équipe: _____

6. Antécédents personnels d'abus d'alcool ou d'autres substances: _____

7. Autres commentaires: _____

Nom de la personne fournissant la recommandation (en majuscule svp): _____

Adresse: _____
Rue Ville Province Code Postal

Téléphone (____) _____

Signature: _____ Date: _____

Veillez remplir cette lettre de recommandation, la placer dans l'enveloppe qui vous a été fournie, cacheter l'enveloppe et l'envoyer directement à la personne qui vous a demandé cette lettre. Merci.



Lexique – Lettre d'appui # 1

1. Caractère moral:

Considérez l'honnêteté, la manière d'entretenir des liens conseiller-client sains et équilibrés, la capacité de déterminer ce qui est acceptable ou non selon les normes communautaires généralement acceptées, et l'exemple que la personne donne aux jeunes, aux amis et aux collègues.

2. Professionnalisme :

Considérez les habitudes de travail, tel que le respect de l'horaire de bureau, des politiques du programme et de l'entretien des dossiers ainsi que les relations avec les collègues, avec les autres membres du personnel de l'agence, avec les clients et les membres de la communauté.

3. Réputation dans la communauté :

Considérez les activités entreprises dans la communauté autres que celles reliées au domaine des dépendances ainsi que les activités de leadership,

4. Volonté d'aider les personnes qui font une consommation excessive d'alcool et des drogues:

Illustrez comment le demandeur considère son engagement comme quelque chose qui va au-delà du travail.

Lettre d'appui #2

Lettre de soutien pour la demande d'agrément professionnel à titre de Spécialiste autochtone en toxicomanies (ICAS)

Nom du demandeur: _____
doit être rempli par le demandeur

La personne nommée ci-dessus a posé sa demande d'agrément professionnel à titre de conseiller en mieux-être et en toxicomanies au First Nations Wellness/Addictions Counsellor Certification Board. Afin d'aider le Conseil à évaluer cette demande, nous vous demandons de fournir les renseignements ci-dessous. Ne fournissez pas ces renseignements à moins que vous ne connaissiez personnellement cette personne et que vous pouvez offrir des informations exactes sur les compétences du candidat en tant que Conseiller en toxicomanies.

Tous les renseignements qui nous sont transmis sont de nature confidentielle et le demandeur a renoncé à son droit de regard sur cette lettre et sur toute autre correspondance entre vous et le conseil. Veuillez renvoyer cette lettre directement à la personne qui vous l'a demandé dans une enveloppe scellée. Si cette lettre n'est pas renvoyée à la personne qui vous l'a demandée, cela pourrait retarder ou annuler le processus de traitement de sa demande.

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS CONNAISSEZ-VOUS LE DEMANDEUR: _____

LIEN AVEC LE DEMANDEUR (encercler un des mots): Ami • Collègue • Superviseur • Pas de liens familiaux

Si vous avez encerclé **autre**, veuillez spécifier la nature de ce lien: _____

Veuillez inscrire vos commentaires au sujet des caractéristiques suivantes du demandeur:

*1. Caractère moral: _____

*2. Professionnalisme: _____

*3. Réputation dans la communauté: _____

* Voir lexique pour vérifier les définitions des termes.

***4.** Volonté d'aider les personnes qui font une consommation excessive d'alcool et de drogues: _____

* Voir lexique pour vérifier les définitions des termes.

5. Niveau d'habiletés et de connaissances:

a. Communication orale: _____

b. Communication écrite: _____

c. Compréhension du développement humain: _____

d. Capacité d'utiliser les valeurs et la culture des Premières Nations au cours du traitement: _____

e. Capacité de travailler avec des groupes: _____

f. Capacité d'utiliser d'autres ressources communautaires: _____

g. Capacité d'établir des relations de confiance avec des clients: _____

h. Capacité de communiquer au sujet de l'alcoolisme et de l'abus de drogues: _____

i. Capacité de travailler au sein d'une équipe: _____

6. Antécédents personnels d'abus d'alcool ou d'autres substances: _____

7. Autres commentaires: _____

Nom de la personne fournissant la recommandation (en majuscule svp): _____

Adresse: _____
Rue Ville Province Code Postal

Téléphone (____) _____

Signature: _____ Date: _____

Veillez remplir cette lettre de recommandation, la placer dans l'enveloppe qui vous a été fournie, cacheter l'enveloppe et l'envoyer directement à la personne qui vous a demandé cette lettre. Merci.



Lexique – Lettre d'appui # 2

1. Caractère moral:

Considérez l'honnêteté, la manière d'entretenir des liens conseiller-client sains et équilibrés, la capacité de déterminer ce qui est acceptable ou non selon les normes communautaires généralement acceptées, et l'exemple que la personne donne aux jeunes, aux amis et aux collègues.

2. Professionnalisme :

Considérez les habitudes de travail, tel que le respect de l'horaire de bureau, des politiques du programme et de l'entretien des dossiers ainsi que les relations avec les collègues, avec les autres membres du personnel de l'agence, avec les clients et les membres de la communauté.

3. Réputation dans la communauté :

Considérez les activités entreprises dans la communauté autres que celles reliées au domaine des dépendances ainsi que les activités de leadership,

4. Volonté d'aider les personnes qui font une consommation excessive d'alcool et des drogues:

Illustrez comment le demandeur considère son engagement comme quelque chose qui va au-delà du travail.

Note aux demandeurs: Si la personne à qui vous avez demandé de remplir le formulaire ci-après ne vous a pas supervisé depuis au moins six (6) mois, veuillez copier ce formulaire et l'envoyer à votre superviseur précédent pour qu'il puisse aussi fournir son évaluation.

Formulaire d'évaluation par le superviseur

Nom du demandeur: _____
doit être rempli par le demandeur

Cher Superviseur,

En remplissant ce formulaire, vous exprimez votre évaluation personnelle du niveau d'habileté du demandeur en ce qui concerne les champs de compétences nécessaires pour être un Spécialiste autochtone en toxicomanies agréé. Le demandeur a renoncé à son droit de regard sur cette évaluation et/ou sur toute autre correspondance entre vous et le First Nations Wellness/Addictions Counsellor Certification Board. Veuillez remplir ce formulaire et le retourner au demandeur dans une enveloppe scellée. Si cette lettre n'est pas renvoyée à la personne qui vous l'a demandée, cela pourrait retarder ou annuler le processus de traitement de sa demande.

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS SUPERVISEZ-VOUS CE DEMANDEUR: _____

IMPORTANT: Veuillez encercler la valeur qui correspond le plus exactement aux connaissances, à l'habileté ou les compétences du candidat:

COMMUNICATION

FAIBLE SUFFISANTE SUPÉRIEURE

- | | | | |
|--|-------|---------|--------|
| 1. Orale (communique efficacement avec les clients, pairs, ressources). | 1 2 3 | 4 5 6 7 | 8 9 10 |
| 2. Écrite: habileté de préparer, maintenir et distribuer dans les délais prévus des rapports exacts, clairs et respectueux, contenant de l'information appropriée et pertinente. | 1 2 3 | 4 5 6 7 | 8 9 10 |

CONNAISSANCE DES TOXICOMANIES

- | | | | |
|---|-------|---------|--------|
| 3. Connaissances au sujet des effets actuels et générationnels de l'abus d'alcool et/ou de drogues et de l'impact et influence de ceux-ci sur les relations interpersonnelles. | 1 2 3 | 4 5 6 7 | 8 9 10 |
| 4. Connaissance des effets Pharmacologiques and physiologiques l'alcool sur le corps humain, relation entre le niveau d'alcoolémie et le comportement, des mécanismes physiologiques liés à la dépendance aux substances chimiques. | 1 2 3 | 4 5 6 7 | 8 9 10 |

()Tj-41.2nt

ÉVALUATION DES CLIENTS

	FAIBLE	SUFFISANTE	SUPÉRIEURE
7. Connaissance de la croissance et du développement humain.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
8. Connaissance de la dynamique et des interactions familiales, avec une emphase sur les différences uniques qui existent entre les familles et les communautés des Premières Nations.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
9. Connaissance des aspects environnementaux et socioculturels qui influent sur les Premières Nations.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
10. Connaissance des signes et symptômes précurseurs, actuels et tardifs de l'abus d'alcool et/ou de drogues multiples.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
11. Connaissance des signes et symptômes de problèmes exigeant une autre évaluation médicale, psychologique et/ou sociale.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
12. Connaissance des caractéristiques d'un dysfonctionnement familial.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
13. Capacité d'établir un historique de cas.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10

COMPÉTENCES ANALYTIQUES

14. Capacité d'évaluer le stade de dépendances où se situe un client.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
15. Connaître la méthodologie utilisée pour dresser l'historique d'un cas.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
16. Capacité de sélectionner et appliquer des modalités de traitement appropriées.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10

PLANIFICATION DE CAS

17. Capacité d'engager leurs clients à participer au processus de counselling/traitement et de planification et aux programmes individualisés de traitement, d'admission et de décharge.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
18. Capacité de partager les conclusions des évaluations avec les clients et leur famille et composer avec leurs réactions et/ou résistance vis-à-vis de l'évaluation.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
19. Capacité d'informer efficacement les clients au sujet de leurs droits.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
20. Capacité d'aider les clients à accepter, à résoudre et à assumer leurs responsabilités financières, incluant l'apprentissage d'une bonne gestion financière et, lorsque cela est approprié, le paiement des sessions de traitement et Counselling.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10

COMPÉTENCES EN AIGUILLAGE DES CLIENTS

21. Être capable de choisir des méthodes appropriées pour recruter des clients.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
22. Savoir mobiliser les ressources de la communauté.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10

COMPÉTENCES EN AIGUILLAGE DES CLIENTS (suite)

	FAIBLE	SUFFISANTE	SUPÉRIEURE
23. Connaître et avoir recours aux sources de soutien communautaire, connaître leurs exigences en matière d'éligibilité, leur philosophie de traitement, leur coordonnées administratives et procédures de service.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
24. Compétence en matière d'aiguillage, y compris le contact avec d'autres agences, personnes ou groupes et l'établissement de contrats avec eux, sans égard aux différences de philosophie.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
25. Être capable de déterminer quels aiguillages sont appropriés et quelles sont les ressources éducationnelles disponibles.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
26. Savoir communiquer au client quelles ressources sont disponibles dans son cas et ce qu'elles lui apporteront par rapport à ses besoins et ses problèmes.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
27. Être capable d'aider les personnes et leur famille aux prises à l'abus de drogues et d'alcool à résoudre leurs problèmes en les référant au besoin à d'autres types de Counselling et de services, tel qu'un counselling culturel, spirituel, pastoral, du counselling vocationnel ou occupationnel et du counselling prodigué par le Bien-être public.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
28. Capacité d'assurer un suivi afin que le client obtienne les services d'autres prestataires.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10

COUNSELLING ET TRAITEMENT

29. Capacité d'établir et de maintenir une relation thérapeutique avec un client.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
30. Connaissances en matière de techniques de Counselling et capacité de utiliser, (ex : les éduquer, aider à faire émerger les émotions, faciliter la connaissance de soi et motiver les clients).	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
31. Connaissances et compétences en matière d'établissement d'objectifs, de contrats personnels et de résolution de conflits.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
32. Capacité de reconnaître les comportements et les mécanismes défensifs liés au déni.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
33. Capacité de localiser et/ou de développer et utiliser des systèmes de soutien informationnels.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
34. Compétences et efficacité en counseling individuel.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
35. Compétences et efficacité en counseling de groupe.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
36. Connaissances exhaustive des différents processus de traitement et capacité d'y participer.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
37. Compétences et efficacité en counseling visant l'inclusion des partenaires/ époux et de la famille.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
38. Capacité de coordonner le continuum de traitement des clients.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
39. Bien connaître la philosophie et les processus associés aux groupes d'entraide reconnus et acceptés (Alcooliques Anonymes, Al-Anon, Joueurs Anonymes).	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10

COUNSELLING ET TRAITEMENT (suite)

	FAIBLE	SUFFISANTE	SUPÉRIEURE
40. Connaissance et compréhension de la culture prédominante du client, ses coutumes tribales et traditions.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
41. Capacité d'incorporer la culture autochtone, ses valeurs et traditions dans le traitement.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
42. Capacité d'aider les clients à intégrer et à s'appuyer sur les aspects spirituels de la guérison.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
43. Connaissance et capacité d'appliquer des processus de guérison à long terme.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10

INTÉGRITÉ PROFESSIONNELLE

44. Capacité à préserver la confidentialité de tous les dossiers, du matériel et des communications concernant l'identité des clients.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
45. Capacité de travailler sous supervision, de coopérer avec d'autres membres du personnel et de fonctionner de manière efficace sous supervision minimale,	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
46. Capacité de démontrer un intérêt réel et authentique à aider la personne aux prises avec des dépendances et s'engager à les aider à s'aider elles-mêmes.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10
47. Capacité d'identifier et d'appuyer les personnes traversant une période de récidive, de crises personnelles. Les aider à résoudre les problèmes qu'ils rencontrent dans leur cheminement vers la sobriété et à chercher l'appui dont ils ont besoin.	1 2 3	4 5 6 7	8 9 10

COMMENTAIRES: (Avez-vous besoin de qualifier vos réponses? Est-ce que certains aspects des compétences du demandeur méritent une mention spéciale ?)

Formulaire de consentement #1

First Nations Wellness/Addictions Counsellor Certification Board. Consentement pour mon inscription au répertoire web des conseillers en toxicomanies agréés par le FNWACCB.

Je soussigné, _____, employé avec _____
nom du travailleur en majuscules nom de l'employeur/organisation en majuscules

Autorise et consent par la présente que des renseignements ou des documents personnels se rapportant à la demande d'agrément que j'ai soumis au First Nations Wellness/Addictions Counsellor Certification Board soient divulgués à:

Veuillez cocher (✓) les renseignements dont vous autorisez la divulgation :

___ Nom du demandeur de l'agrément

___ Vérification au sujet de la bonne réception de la demande.

___ Autres renseignements : veuillez indiquer lesquels ci-dessous:

Ce consentement pour la divulgation de renseignements peut être retiré à n'importe quel moment en en faisant la demande auprès du Conseil d'Agrément et/ou il expirera à la date d'expiration de votre agrément professionnel avec le FNWACCB

Signature: _____ Date: _____

Témoïn: _____

Formulaire de consentement #2

First Nations Wellness/Addictions Counsellor Certification Board. Consentement pour mon inscription au répertoire web des conseillers en toxicomanies agréés par le FNWACCB.

Je soussigné, _____, employé avec _____
nom du travailleur en majuscules nom de l'employeur/organisation en majuscules

Autorise et consent par la présente à être inscrit au répertoire web des Conseillers en toxicomanies agréés par le FNWACCB

Ce consentement pour la divulgation de renseignements peut être retiré à n'importe quel moment en en faisant la demande auprès du Conseil d'Agrément et/ou il expirera à la date d'expiration de votre agrément professionnel avec le FNWACCB

Signature: _____ Date: _____

Témoïn: _____