# Une image contenant texte Description générée automatiquement

**DEMANDE DU STATUT DE**

**SUPERVISEUR(E) CLINIQUE ET DE**

**PROFESSEUR(E) DE CLINIQUE**

Ce document comporte trois sections qui doivent être complétées pour une nouvelle demande ou une demande de renouvellement de statut autorisant la supervision clinique d’étudiants(es) au doctorat de l’École de psychologie de l’Université Laval. L’obtention du statut de superviseur(e) clinique est préalable à l’obtention du statut de professeur(e) de clinique.

1. **Remplir la présente section**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Statut demandé | | | |
| Superviseur(e)clinique | Professeur(e)de clinique | Nouvelle demande | Renouvellement |
| Date de la demande : | | | |
| Avez-vous déjà un autre statut à l’Université Laval (ex. chargé de cours, professeur associé) :  Oui  Non  SI OUI spécifiez lequel : | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Candidat(e)**\*** | |
| Prénom : | Nom : |

|  |  |
| --- | --- |
| Bureau principal**\*** | |
| Téléphone : | Poste : |
| Courriel : | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Adresse du lieu de stage offert**\*** | | | | |
| Organisme : |  | | | |
| Établissement : |  | | | |
| Service : |  | | | |
| Numéro : |  | Rue : | | Local : |
| Ville : |  | | Province : | Code postal : |

|  |  |
| --- | --- |
| Grade universitaire | |
| Diplôme le plus élevé obtenu en psychologie : | |
| Date du diplôme : | Établissement qui a conféré ce grade : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Emploi actuel | | | |
| Temps plein | Temps partiel | Permanent | Occasionnel |
| Nombre d’années à l’emploi de cet organisme : | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Attestation et certificat professionnels | | | |
| Date d’obtention du permis de psychologue (OPQ) **\***: | | | |
| No. de permis : | Permis valide : | Oui | Non |
| À ce jour, rencontrez-vous les exigences de l’OPQ pour l’exercice de la psychothérapie?**\*** | | Oui | Non |
| Détenez-vous l’attestation de l’OPQ pour l’exercice de l’évaluation des troubles neuropsychologiques?**\*** | | Oui | Non |
| Avez-vous déjà reçu une formation à la supervision de stagiaires?**\*** | | Oui | Non |
| Y a-t-il des restrictions qui s'appliquent présentement à votre permis d'exercice? (Le cas échéant, expliquer sur une feuille séparée.) | | Oui | Non |
| Avez-vous fait l’objet d’une poursuite devant un comité de discipline au cours des trois dernières années? (le cas échéant, expliquer sur une feuille séparée) | | Oui | Non |
| Nombre d’années d’expérience à titre de psychologue : | | | |

|  |
| --- |
| Notice biographique(formation universitaire, parcours professionnel, intérêts cliniques, expertise particulière, etc.)**\*** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Secteur de pratique**\*** | | |
| Psychologie clinique | Psychologie scolaire | Psychologie sociale et communautaire |
| Psychologie de la santé | Médiation familiale | Psychologie du travail et des organisation |
| Pratique psycholégale | Neuropsychologie | Enseignement et recherche |

|  |
| --- |
| Description générale du service(programme / clinique / volet) où a lieu le stage**\*** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Clientèles que vous desservez dans votre pratique actuelle**\*** | | | |
| Nourrissons / enfants | Adolescents | Adultes | Personnes âgées |
| Couples | Familles | Groupes | Organismes / Entreprises |
| Précisions : | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Problématiques fréquentes qui correspondent à votre pratique actuelle**\*** | | |
| Abus sexuel (agresseur) | Estime de soi | Relations amoureuses |
| Abus sexuel (victime) | Fertilité / Procréation assistée | Santé psychologique au travail |
| Adaptation à l’école | Garde d’enfants | Sectes |
| Adoption internationale | Gestion de carrière | Sélection du personnel / Réaffectation |
| Alcoolisme / Toxicomanies | Gestion du stress | Séparation / Divorce |
| Aliénation mentale | Guerre / Conflits armés (vétérans) | Situations de crise |
| Aliénation parentale | Guerre / Conflits armés (victimes civiles) | Soins palliatifs / Fin de vie |
| Changements organisationnels | Habiletés de gestion | Spiritualité |
| Changements sociaux | Harcèlement au travail | Stress post-traumatique |
| Climat de travail | Identité de genre / Transsexualité | Suicide |
| Curatelle publique | Inceste | Troubles alimentaires |
| Cycle de vie | Intérêts / Aptitudes au travail | Troubles anxieux, phobies, panique |
| Dangerosité | Intimidation | Troubles d’apprentissage (dyslexie) |
| Déficience intellectuelle | Maladies dégénératives / Sida | Troubles de l’humeur |
| Déficit d’attention / Hyperactivité | Maladies physiques / Handicaps | Troubles de la personnalité |
| Dépendance affective | Monoparentalité / Familles recomposées | Troubles du langage (dysphasie) |
| Dépendances (jeu, internet, achat compulsif) | Oncologie | Troubles du sommeil |
| Dépression | Orientation sexuelle | Troubles du spectre de l’autisme |
| Dérogation à l’âge d’admission scolaire | Orientation scolaire et professionnelle | Troubles mentaux sévères et persistants |
| Deuil | Périnatalité | Troubles neuropsychologiques |
| Difficultés de comportement chez l’enfant | Problématiques propres aux agriculteurs | Troubles obsessifs-compulsifs |
| Difficultés de développement chez l’enfant | Problématiques propres aux autochtones | Troubles sexuels |
| Diversité culturelle | Problématiques propres aux réfugiés | Vieillissement |
| Douance | Problèmes relationnels | Violence (agresseurs) |
| Douleur chronique et fibromyalgie | Programme d’aide aux employés | Violence (victimes) |
| Dynamique organisationnelle | Psychologie du sport |  |
| Épuisement professionnel | Psychosomatique |  |
| Autres : | | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Orientation théorique**\*** | |
| Cognitive-comportementale | Psychodynamique-analytique |
| Existentielle-humaniste | Systémique-interactionnelle |
| Précisions : | |

|  |
| --- |
| Principaux services psychologiques que vous offrez à la clientèle**\*** |
|  |

|  |
| --- |
| Activités cliniques et paracliniques confiées aux stagiaires**\*** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Étudiant(e) à qui s’adresse l’offre de stage**\*** | | | |
| Practica 3-4 | Practica 5-6 | Practica 5-6-7-8 | Internat :  majeure /  mineure |
| Autres exigences (cours préalables, qualités requises, expériences, disponibilité, etc.) : | | | |

|  |
| --- |
| Nom du cosuperviseur(e) (si applicable)**\*** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Expériences de supervision d’étudiant(e)s aux practica III à VIII de l’UL au cours des trois dernières années | | | |
| Nom de l’étudiant(e) | Niveau  (III à VIII) | Session(s) | Nombre d’heures de supervision |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Autres expériences de supervision d’étudiants de l’UL au cours des trois dernières années | | | |
| Nom de l’étudiant(e) | Niveau  (practica I et II, internat) | Session(s) | Nombre d’heures de supervision |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Si vous effectuez une première demande ou une demande de renouvellement de statut de superviseur clinique**: Lorsque que vous aurez cumulé 30 heures de supervision d’étudiants aux practica III à VIII de l’Université Laval à titre de superviseur clinique, retournez une version à jour du présent formulaire, accompagnée d’un CV récent, à l’attention du Responsable du Comité d’agrément de la formation clinique afin de solliciter votre nomination au titre de professeur de clinique.

1. **Fournir un curriculum vitae à jour**

Ce CV doit comprendre les informations relatives à toutes les rubriques suivantes en incluant les informations listées entre parenthèses, et ce, depuis l’obtention de votre diplôme d’études supérieures le plus élevé en psychologie ou au cours des trois dernières années si vous exercez depuis plus de trois ans. Indiquer NA pour « Non applicable ».

* Supervision reçue (nom du superviseur(e), dates, thème général de la supervision, nombre d’heures).

Indiquer le nombre total d’heures de supervision reçue ……………………………..………….………………….. :

* Formation continue reçue (titre, nom du formateur, endroit, année, nombre d'heures, accréditation OPQ)

Indiquer le nombre total d’heures de formation continue reçue ………………………………….………..……..... :

* Rayonnement et contributions à la profession.
* Communications orales ou par affiche lors de congrès ou colloques (titre, auteurs, année, nom et lieu)

Indiquer le nombre total de communications ………………………………….……………………….……..……. :

* Présentations et formations offertes dans les milieux cliniques ou autres (thème, date, auditoire cible)

Indiquer le nombre total de présentations et de formations offertes …………….……………..………….……. :

* Enseignement donné en classe à titre de conférencier ou chargé de cours (cours, dates, nombre d’heures)

Indiquer le nombre d’heures total d’enseignement donné ……………………………………………………….. :

* Publication d’articles (référence complète)

Indiquer le nombre total d’articles publiés ………………………………………………………………………….. :

* Développement de programmes (titre, organisme, clientèle visée, description de votre rôle, année)

Indiquer le temps total approximatif investi …………………………………………….….……………….……… :

* Entrevues dans les médias (thème, dates, nom du média)

Indiquer le nombre total d’entrevues dans les médias ………………………………..…………..…….………… :

* Activités de codéveloppement, animation de clubs de lecture, participation à des groupes de réflexion

Indiquer le temps total approximatif investi …………..………………………………...………………..………… :

1. **Signer la *Déclaation du candidat* et faire signer la *Déclaration du responsable administratif***

Déclaration du candidat(e)

 J’ai pris connaissance de la définition des [rôles et responsabilités du professeur(e) de clinique](http://www.cms.fss.ulaval.ca/upload/psy_nouveau/fichiers/professeur_de_clinique.pdf) adoptée par l’Assemblée de l’unité de psychologie.

 J’atteste que les renseignements donnés sont exacts, au meilleur de mes connaissances. Je comprends que le Comité d'agrément de la formation clinique compte sur l'exactitude des renseignements fournis pour décider de mon admissibilité au statut de superviseur(e) clinique ou de professeur(e) de clinique.

 Je m'engage à informer dans les plus brefs délais le Comité d'agrément de la formation clinique de toute erreur, omission ou tout changement pouvant se rapporter aux renseignements transmis au moment de la demande.

 Je comprends qu’un statut de superviseur(e) ou de professeur(e) de clinique est octroyé aux psychologues et neuropsychologues cliniciens œuvrant dans les milieux de la région de Québec pour contribuer à la formation clinique des étudiants au doctorat en psychologie de l’Université Laval.

 Je m’engage à m’impliquer de manière soutenue dans la supervision clinique d’étudiant(e)s au doctorat en psychologie à l’Université Laval et à offrir au moins une place de practicum à ces étudiant(e)s au cours des trois prochaines années, dans la mesure où mes conditions personnelles et professionnelles me le permettent.

|  |  |
| --- | --- |
| Signature : | Date : |

Déclaration du responsable administratif de votre milieu

 J’ai pris connaissance de la définition des [rôles et responsabilités du professeur(e) de clinique](http://www.cms.fss.ulaval.ca/upload/psy_nouveau/fichiers/professeur_de_clinique.pdf) adoptée par l’Assemblée de l’unité de psychologie.

 J’appuie la candidature de cette personne au statut de  superviseur(e) clinique ou de  professeur(e) de clinique.

 Je certifie la compétence en matière de services professionnels et de supervision de ce candidat.

 La formation clinique des étudiant(e)s en psychologie fait partie intégrante de la mission de notre milieu de travail.

 La description des tâches de ce candidat fait mention du volet enseignement/formation de la relève.

 Je confirme que ce candidat(e) bénéficie d’une organisation de son temps propice à l’accueil de stagiaires et à la mise en place d’activités de supervision.

 Je confirme que ce candidat(e) a à sa disposition les ressources nécessaires pour l’accueil de stagiaires et la mise en place d’activités de supervision.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prénom : |  | | | Nom : | |
| Fonction : |  | | | | |
| Organisme : |  | | | | |
| Établissement : |  | | | | |
| Service : |  | | | | |
| Adresse : |  | Rue : | | | Local : |
| Ville : |  | | Province : | | Code postal : |
| Téléphone : |  | | | | Poste : |
| Courriel : |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Signature : | Date : |

**Retourner le présent document dûment complété et votre CV à jour à l’attention de :**

Responsable du Comité d’agrément de la formation clinique

Université Laval

Pavillon Félix-Antoine-Savard, École de psychologie

2325, rue des Bibliothèques

Québec (Québec) G1V 0A6

**Par courriel à :** [formationclinique@psy.ulaval.ca](mailto:formationclinique@psy.ulaval.ca)