

GÉRER LA
2^E PARTIE
DE CARRIÈRE

APRÈS
45 ANS

BRANCHE DE L'AIDE, DE L'ACCOMPAGNEMENT,
DES SOINS ET DES SERVICES À DOMICILE (BAD)

DIPLÔMES &
COMPÉTENCES
DÉVELOPPÉES

FICHE 2

AIDE À DOMICILE



FICHE 2

GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION À DESTINATION DES SALARIÉS AGENT À DOMICILE/EMPLOYÉ À DOMICILE/AVS : CE QUE JE SAIS FAIRE.

Je remplis cette grille avant l'entretien professionnel ou l'entretien de deuxième partie de carrière. Je discuterai des réponses et de mon projet professionnel avec la personne avec qui se déroulera cet entretien. La grille me permet de faire le bilan des diplômes et compétences que j'ai acquis : "CE QUE JE SAIS FAIRE". Je réponds aux questions suivantes :

Date d'entrée dans la structure ? _____

Le poste que j'occupe ? _____

Depuis combien de temps ? _____

Mon Âge :

En quelle année ai-je obtenu mon dernier diplôme ?

Quel est mon niveau de diplôme le plus élevé ?

(V = BEP/CAP ; IV = Bac ; III = Bac + 2 ; II = Bac + 3 ou 4 ; I = Bac + 5 et plus)

Quel est ce diplôme ? _____

En quelle année ai-je suivi la dernière formation non diplômante ?

Dans la grille ci-dessous, je coche les réponses correspondant à ma situation et je complète les espaces libres :

- les postes que j'ai occupés comme intervenant à domicile avant mon poste actuel
- les compétences que j'ai acquises, par l'activité professionnelle ou par une activité personnelle, et qui ne sont pas listées ci-dessous
- mes autres expériences professionnelles et les principales activités réalisées qui me semblent importantes

Intervenant à domicile

LE(S) DIPLÔME(S)
OU CERTIFICATION(S)
QUE J'AI :

- | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DEAVS | <input type="checkbox"/> Titre ADVF | <input type="checkbox"/> MCAD | <input type="checkbox"/> DEAS | <input type="checkbox"/> DE AMP | <input type="checkbox"/> DE AP |
| <input type="checkbox"/> BEP Carrières sanitaires et sociales | | | <input type="checkbox"/> CAPA Service en milieu rural | | |
| <input type="checkbox"/> BEPA Services aux personnes | | | <input type="checkbox"/> CAP Petite enfance | | |
| <input type="checkbox"/> Bac ASSP | | | <input type="checkbox"/> BEP ASSP | | |
| <input type="checkbox"/> Titre Employé familial | | | <input type="checkbox"/> Titre Assistant de vie | | |
| <input type="checkbox"/> Titre Garde d'enfant à domicile | | | <input type="checkbox"/> CAP ATMFC | <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |

**LES 5 DERNIERES ANNÉES,
J'AI SUIVI DES
FORMATIONS DANS LES
DOMAINES SUIVANTS**

(ne rien cocher si vous
n'avez pas suivi de
formations les 5
dernières années) :

- Gestes et postures
- Conduite routière dans des conditions météorologiques difficiles
- Gestion des conflits
- Gestion du stress
- Bien-traitance
- Maladie Alzheimer
- Autres : _____

**LE OU LES AUTRES POSTE(S)
QUE J'AI OCCUPÉ(S) COMME
INTERVENANT À DOMICILE
ET LEUR DURÉE :**

PUBLIC

"au cours de ces
expériences, je me suis
occupée de personnes..." :

- Autonomes Dépendantes Très dépendantes Âgées Malades
- Handicapées D'un enfant < 3 ans D'un enfant >= 3 ans
- D'un particulier D'une famille Au domicile de personnes actives (repassage, ménage...)
- Dans une structure (association, entreprise)

PRINCIPALES ACTIVITÉS RÉALISÉES, "CE QUE J'AI FAIT".

Pathologies, handicaps
dont j'ai eu la charge :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Handicaps physiques | <input type="checkbox"/> Handicaps mentaux | |
| <input type="checkbox"/> Maladies longues (cancer, sclérose en plaques...) | <input type="checkbox"/> Maladies infectieuses (sida...) | |
| <input type="checkbox"/> Démences, Alzheimer | <input type="checkbox"/> Maladies de parkinson | |
| <input type="checkbox"/> Accompagnement ponctuel suite à un accident | <input type="checkbox"/> Accompagnement fin de vie | |
| <input type="checkbox"/> Pratiques addictives (drogue, alcool) | <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |

Activités :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aide à l'habillage | <input type="checkbox"/> Aide au déplacement, mobilité | <input type="checkbox"/> Aide à la toilette |
| <input type="checkbox"/> Aide aux fonctions d'élimination | <input type="checkbox"/> Aide à l'alimentation | |
| <input type="checkbox"/> Aide à la prise de médicaments | <input type="checkbox"/> Achats alimentaires | <input type="checkbox"/> Entretien du logement |
| <input type="checkbox"/> Réalisation des repas | <input type="checkbox"/> Aménagement de l'espace | |
| <input type="checkbox"/> Élaboration des menus adaptés | <input type="checkbox"/> S'occuper des animaux domestiques | |
| <input type="checkbox"/> Entretien du linge | <input type="checkbox"/> Gestion du budget | <input type="checkbox"/> Accompagnement extérieur |
| <input type="checkbox"/> Aide aux démarches administratives courantes | <input type="checkbox"/> Animation | |
| <input type="checkbox"/> Relation avec les membres de la familles | <input type="checkbox"/> Mise en œuvre d'un projet de vie | |
| <input type="checkbox"/> Utilisation d'un cahier de liaison de transmission | <input type="checkbox"/> Autres : _____ | |

COMPÉTENCES DÉVELOPPÉES, "CE QUE JE SAIS FAIRE".

Compétences sociales :

- | | | | |
|----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| Confiance en soi : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui un peu | <input type="checkbox"/> Non |
| Sens des responsabilités : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui un peu | <input type="checkbox"/> Non |
| Adaptation : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui un peu | <input type="checkbox"/> Non |
| Communication : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui un peu | <input type="checkbox"/> Non |
| Relation de service : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui un peu | <input type="checkbox"/> Non |
| Travail d'équipe : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui un peu | <input type="checkbox"/> Non |

Compétences
organisationnelles :

Sens de l'organisation :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Initiative :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Sens de l'observation :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Polyvalence :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Facilité à faire des tâches répétitives :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Facilité à travailler sous pression :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non

Compétences techniques :

Entretien du linge (lavage, repassage)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Couture :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Petites réparations :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Préparation des repas (menus, régime)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Entretien du logement :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Gestion d'un budget :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Aide à la toilette :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Gestes et postures :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Prise en charge malade Alzheimer :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Techniques hygiène :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Déplacement, manutention, mobilisation des personnes :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Accompagnement fin de vie :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Habilitation électrique :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Brevet de secourisme :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non

Compétences informatiques :

Recherche d'informations sur Internet :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Utilisation de la messagerie électronique :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Traitement de texte Word ou autre :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Tableur Excel ou autre :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non

Compétences de base :

S'exprimer facilement en français à l'oral :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
S'exprimer facilement en français à l'écrit :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Effectuer des calculs :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Connaissance d'une langue étrangère, laquelle : _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non
Permis de conduire voiture :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui un peu	<input type="checkbox"/> Non

AUTRES COMPÉTENCES (CUISINE, SPORT, VIE ASSOCIATIVE...),

je complète :

MES AUTRES EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES HORS DU SECTEUR DE L'AIDE À DOMICILE ET LES PRINCIPALES ACTIVITÉS QUE J'AI RÉALISÉES :

Des outils créés spécialement pour vous

Pour répondre au renforcement des obligations de l'employeur notamment dans le cadre de la réforme de la formation professionnelle, les partenaires sociaux ont créé des outils spécifiques pour permettre aux employeurs et aux salariés de gérer au mieux la deuxième partie de leur carrière.

GÉRER LA 2^E PARTIE DE CARRIÈRE

> Ce guide permet d'avoir une vue globale sur la gestion de deuxième partie de carrière et donne les clés pour la mener à bien avec les salariés, pas à pas



> Ces fiches aident le salarié à identifier des pistes professionnelles possibles à partir des métiers d'employé à domicile, AS, AVS, TISF, RS



> Ces deux questionnaires permettent de faire le point sur les diplômes et compétences des intervenants à domicile



> Cet outil est un support au dialogue pour l'employeur, lors de l'entretien de deuxième partie de carrière



Téléchargeables sur :
adessadomicile.org
admr.org
fnaafp.org
una.fr
opca.uniformation.fr/web_prive2/

