







DÉPRESSION ET TROUBLES DE L'HUMEUR CHEZ LES SENIORS : REPÉRER, ACCOMPAGNER ET ORIENTER

Formation professionnelle

Public visé : Professionnels accompagnant des personnes âgées en résidence médicalisée, à domicile, en SSIAD et en accueil de jour

 Durée : 5 heures	 Modules : 4 modules
 Niveau : Tous niveaux	 Certification : Attestation de formation
 Format : 100% en ligne, asynchrone	 Organisme : N° 11757351875

www.dynseo.com/nos-formations | contact@dynseo.com | 09 66 93 84 22

Description de la formation

Cette formation de 5 heures s'adresse aux professionnels accompagnant des personnes âgées dans tous types d'établissements et services (résidence médicalisée, domicile, SSIAD, accueil de jour). Elle permet de distinguer la dépression des troubles de l'humeur liés au vieillissement, d'identifier les facteurs de risque et les signes d'alerte, et d'adopter une posture d'accompagnement adaptée. La formation aborde également les spécificités de la dépression en présence de troubles cognitifs, la prévention du suicide chez la personne âgée, et le travail en équipe pluridisciplinaire. À l'issue de la formation, chaque participant sera capable de repérer une situation dépressive, d'adapter son accompagnement et de mobiliser les bons relais.

Sommaire des modules

MODULE 1	Comprendre la dépression chez la personne âgée	4 leçons
MODULE 2	Repérer la dépression — observation et outils d'évaluation	4 leçons
MODULE 3	Accompagner la personne déprimée — posture et pratiques	4 leçons
MODULE 4	Prévenir, orienter et travailler en équipe	4 leçons

Objectifs pédagogiques

Objectifs pédagogiques

- Distinguer la dépression d'une tristesse normale ou d'un deuil réactionnel, et identifier ses spécificités gériatriques : masquage somatique, pseudodémence dépressive, irritabilité

- Identifier les principaux facteurs de risque de dépression chez la personne âgée : pertes accumulées, isolement social, douleur chronique, médicaments dépressogènes, entrée en établissement
- Reconnaître les formes atypiques et les pièges diagnostiques : dépression masquée, confusion avec l'apathie, dépression dans la démence
- Utiliser les outils de dépistage accessibles aux non-médecins : GDS-15, Mini-GDS, Cornell Scale for Depression in Dementia
- Formuler des transmissions cliniques précises et factuelles pour alerter l'infirmier ou le médecin
- Adopter une posture d'accompagnement adaptée : validation émotionnelle, maintien du lien, écoute active sans injonctions positives
- Comprendre le rôle des activités (physique, sens, réminiscence) et du traitement médical dans la prise en charge de la dépression
- Repérer et prévenir le risque suicidaire chez la personne âgée, poser la question directe et transmettre sans délai
- Identifier les ressources territoriales et les bons interlocuteurs : médecin traitant, psychiatre de liaison, psychologue, MAIA, CMP
- Utiliser les outils DYNSEO (E-SOUVENIRS, EDITH, TOP CULTURE, BEBUZZ) dans une démarche de prévention et d'accompagnement
- Prendre soin de l'équipe soignante : reconnaître la fatigue compassionnelle, accéder aux espaces de régulation professionnelle

Informations générales

Durée	5 heures — formation en ligne asynchrone, accessible 24h/24 à votre rythme
Public visé	Aides-soignants, auxiliaires de vie, infirmiers, animateurs, coordinateurs en EHPAD, à domicile, SSIAD et accueil de jour
Prérequis	Aucun prérequis spécifique
Tarif	Sur devis – TVA non applicable (article 261-4-4° du CGI)
Certification	Qualiopi – Attestation de fin de formation
Organisme	DYNSEO – N° de déclaration d'activité : 11757351875

MODULE 1

Comprendre la dépression chez la personne âgée

4 leçons

Leçon 1 – La dépression — définition, prévalence et spécificités gériatriques

- La dépression comme maladie : critères diagnostiques (DSM-5) — au moins 5 symptômes pendant 2 semaines représentant un changement par rapport à l'état habituel
- Prévalence : 15 à 20 % des personnes âgées de 65 ans et plus ; 30-40 % en EHPAD ; souvent sous-diagnostiquées et sous-traitées
- Spécificité gériatrique 1 — masquage somatique : plaintes physiques diffuses (douleurs, vertiges, fatigue) masquant la dimension émotionnelle
- Spécificité gériatrique 2 — absence de tristesse exprimée : retrait progressif et silencieux sans larmes ni plainte explicite

- Spécificité gériatrique 3 — plaintes cognitives : difficultés de concentration et de mémoire pouvant mimer une démence (pseudodémence dépressive)
- Spécificité gériatrique 4 — irritabilité remplaçant la tristesse : hostilité et agacement comme expression d'une souffrance masquée
- Distinction fondamentale : tristesse normale, deuil réactionnel (proportionné à la perte, s'atténue avec le temps) et épisode dépressif caractérisé (persistant, envahissant, sans moments de répit)
- Idée reçue à combattre : la dépression n'est pas "normale" à 80 ans — elle mérite diagnostic et traitement comme à n'importe quel âge

Leçon 2 – Les facteurs de risque chez la personne âgée

- Les pertes multiples et accumulées : perte du conjoint (20-30 % de dépressions dans les mois suivants), perte d'autonomie, du domicile, des rôles sociaux, des activités significatives
- L'isolement social et la solitude : premier facteur de risque modifiable — solitude au milieu des autres aussi douloureuse que l'isolement objectif
- Les maladies physiques : douleur chronique non soulagée, AVC, maladie de Parkinson (30-40 % de dépressions associées), hypothyroïdie mimant une dépression
- Les médicaments dépressogènes : corticoïdes, bêtabloquants, certains antihypertenseurs — réflexe clinique si symptômes après début d'un nouveau traitement
- L'histoire personnelle : antécédents de dépression, traumatismes passés réactivés par la dépendance ou les soins intimes
- L'entrée en établissement : période de vulnérabilité dépressive majeure — accumulation de pertes en un temps très court
- Ressources intérieures et extérieures : le soignant de proximité comme ressource protectrice — présence attentive, vigilance à ce qui change

Leçon 3 – Les formes atypiques et les pièges diagnostiques

- La dépression masquée : plaintes multiples et changeantes, demandes répétées d'attention — raison culturelle (exprimer la tristesse est perçu comme faiblesse) et psychologique (maintenir du lien)
- La pseudodémence dépressive : troubles cognitifs réversibles liés à la dépression — début rapide, conscience des difficultés, amélioration possible avec encouragement, contexte de deuil ou de perte
- Différencier dépression et démence : la pseudodémence disparaît avec le traitement de la dépression ; ne pas poser un bilan de démence avant d'avoir traité la dépression
- Dépression vs apathie : dans la dépression, il y a souffrance, culpabilité, réactivité émotionnelle ; dans l'apathie pure, absence d'affect dans les deux sens — implications thérapeutiques différentes
- Dépression dans la démence : 30-50 % des personnes atteintes de démence présentent des symptômes dépressifs — repérage par l'observation comportementale uniquement
- Tolérance institutionnelle à combattre : ne pas s'habituer aux pleurs inexplicables, au refus alimentaire, à l'agitation — continuer à observer et transmettre

Leçon 4 – Les troubles de l'humeur non dépressifs — anxiété, deuil pathologique, dysthymie

- L'anxiété généralisée : 10-20 % des personnes âgées — expressions somatiques (palpitations, vertiges) et peurs spécifiques (chutes, abandon, dépendance) ; vérifications répétées entretenant l'anxiété
- L'anxiété procédurale lors des soins : agitation et refus pouvant être interprétés à tort comme de la mauvaise volonté
- Le deuil pathologique : persistance au-delà de 6 mois avec même intensité, pensée obsessionnelle sur le défunt, refus d'accepter la réalité — nécessite aide spécialisée, pas seulement du temps
- La dysthymie (trouble dépressif persistant) : tristesse chronique de faible intensité depuis 2 ans minimum, souvent banalisée comme "caractère" — traitable, peut basculer vers "double dépression"
- Le trouble bipolaire tardif : phases maniaques/hypomaniaques (sommeil réduit, énergie élevée, désinhibition) alternant avec des phases dépressives — tableau en oscillations à transmettre au médecin
- Changement de langage dans l'équipe : "elle présente des signes d'anxiété importante" plutôt que "elle est angoissée de nature" — change la perception et la réponse de l'équipe

Leçon 1 – Les signes observables au quotidien

- Le soignant de proximité comme premier témoin clinique : observation quotidienne irremplaçable par rapport au médecin ou psychologue qui voient la personne ponctuellement
- Principe clé : un signe isolé ne dit pas grand-chose — c'est l'accumulation dans le temps, la persistance et l'écart par rapport à l'état habituel de la personne qui donnent la signification
- Domaine 1 — Alimentation et comportement à table : diminution persistante de l'appétit, perte de poids inexpliquée, changement de comportement à table (mangeait en groupe, veut manger seule), manger mécaniquement sans plaisir
- Domaine 2 — Sommeil : insomnie de fin de nuit (réveil entre 3h-5h avec ruminations), hypersomnie diurne inhabituelle, difficultés d'endormissement avec appels répétés le soir
- Domaine 3 — Communication et langage : mutisme progressif, pleurs sans cause apparente, propos négatifs récurrents à noter avec les mots exacts ("je ne sers plus à rien", "j'aurais mieux fait de ne pas me réveiller"), culpabilité excessive
- Domaine 4 — Comportement et activités : retrait des activités habituelles, isolement progressif, ralentissement psychomoteur ou agitation, perte d'initiative
- Domaine 5 — Apparence et soin de soi : négligence de l'hygiène chez quelqu'un qui y accordait de l'importance, désintérêt pour l'environnement
- Observer vs imprimer : "elle a pleuré 10 min lors de la toilette sans raison apparente" plutôt que "elle est triste" — factuel, daté, sans surinterprétation

Leçon 2 – Les outils de dépistage utilisables par les non-médecins

- Principe fondamental : les échelles de dépistage ne diagnostiquent pas — elles structurent l'observation, objectivent les signes et créent un langage commun avec l'équipe médicale
- GDS-15 (Geriatric Depression Scale courte) : 15 questions oui/non, 5-10 minutes — conçue pour les personnes âgées, sans questions physiques qui fausseraient le résultat
- Cotation GDS-15 : 0-4 = pas de dépression significative ; 5-9 = dépression légère à modérée (attention médicale) ; 10-15 = dépression sévère probable (évaluation médicale urgente)
- Ce qui se passe pendant la passation est aussi précieux que le score : hésitations, pleurs, phrases ajoutées spontanément — noter avec les mots exacts et transmettre au médecin
- Mini-GDS à 4 questions : repérage rapide pendant un soin ou un passage — 2 réponses dépressives ou plus = dépression probable à approfondir
- Cornell Scale for Depression in Dementia : évaluation par observation comportementale du soignant, pas par la personne elle-même — 19 items en 5 catégories — l'outil de référence pour les troubles cognitifs avancés
- Points pratiques : passation dans un moment calme après le petit-déjeuner, répétabilité (1 passation = instantané), transmission du score + contexte + observations + événements de vie récents
- Ces outils ne sont pas réservés aux infirmières — tout soignant formé peut les utiliser, c'est la rigueur et la transmission qui comptent

Leçon 3 – Observer et transmettre — le rôle clé du soignant de proximité

- L'aide-soignant et l'auxiliaire de vie comme premier maillon de l'alerte : ils détiennent des informations cliniques que personne d'autre n'a
- Que noter dans les transmissions : comportements observables précis, paroles exactes, changements par rapport à l'habitude, repères temporels ("depuis lundi", "depuis le décès de son frère il y a 3 semaines")
- Modèle de transmission efficace : "J'ai passé la GDS-15 le 15 mars. Score de 9/15. Pendant la passation, elle a pleuré à la question sur l'abandon. Ce résultat confirme les changements depuis 3 semaines : retrait, diminution de l'appétit, refus des activités. Je souhaite une évaluation médicale."
- Comment formuler une alerte sans surinterpréter : décrire, dater, contextualiser — ne pas diagnostiquer
- Continuité jour/nuit : les insomnies de fin de nuit observées par l'équipe de nuit sont souvent le premier signe visible d'une dépression débutante
- Réaction naturelle à éviter : le retrait face aux personnes peu réactives ou peu reconnaissantes aggrave l'isolement dépressif — nommer cette dynamique en équipe

Leçon 4 – Le risque suicidaire chez la personne âgée

- Chiffres à connaître : les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 30 % des décès par suicide en France, pour 20 % de la population — les hommes de 85 ans et plus ont le taux le plus élevé de toutes les tranches d'âge
- Caractéristique majeure : les tentatives ont une issue fatale dans une proportion bien plus élevée que chez les adultes jeunes — intention réelle, moyens létaux, ressources physiques réduites

- Facteurs de risque spécifiques : dépression non traitée (>50 % des suicides), deuil récent d'un conjoint, douleur chronique non soulagée, annonce de dépendance irréversible, isolement masculin sévère, antécédent de tentative
- Signaux verbaux directs : "je voudrais mourir", "j'aurais mieux fait de ne pas me réveiller" — phrases à prendre au sérieux, noter avec les mots exacts et transmettre immédiatement
- Signaux verbaux indirects : "je range mes affaires", "vous vous en sortirez très bien sans moi", "ça ne durera plus longtemps" — même niveau d'alerte que les phrases directes
- Signal particulier : amélioration soudaine et inexplicable après une longue période dépressive — peut indiquer une décision prise, pas une amélioration réelle
- Signaux comportementaux : mise en ordre des affaires, refus de soins persistant (volonté passive de mourir), intérêt pour les moyens létaux, isolation soudaine et totale, lettres d'adieu
- Conduite à tenir : ne pas esquiver la phrase, poser la question directe ("pensez-vous à mettre fin à vos jours ?"), écouter sans minimiser, ne pas laisser seul, transmettre immédiatement avec les mots exacts — ne pas gérer seul

MODULE 3**Accompagner la personne déprimée — posture et pratiques**

4 leçons

Leçon 1 – La posture d'accompagnement face à la dépression

- Pourquoi les injonctions positives ne fonctionnent pas : "ça va aller", "vous avez tout pour être heureux", "il faut se battre" — perçues comme invalidation de la souffrance, renforcement de la culpabilité
- La dépression n'est pas un état d'esprit modifiable par la volonté — c'est une maladie qui atteint précisément la motivation et la capacité à ressentir du plaisir
- La validation émotionnelle : aller là où la personne est, pas là où on voudrait qu'elle soit — "je vous entends, six mois c'est long" — reconnaître sans minimiser ni approuver
- L'écoute active : regard attentif, s'asseoir même 2 minutes, signes de suivi (hochements, "je vois"), reformulations, tenir les silences sans les remplir systématiquement
- Maintenir le lien sans forcer : ni insistance (aggrave le sentiment d'être envahi), ni abandon (crée exactement ce que la dépression produit) — présence régulière, douce, sans exiger de réponse
- La présence sans condition dit : "tu comptes, même quand tu n'as rien à donner" — facteur de rémission documenté dans les études
- La résonance émotionnelle : nommer ce qu'on ressent soi-même ("cette situation me touche particulièrement"), trouver un espace en équipe pour déposer ce qu'on porte
- Limites du rôle : alerter et transmettre quand la situation dépasse — ce passage de relais n'est pas un échec, c'est de l'intelligence professionnelle

Leçon 2 – Stimuler sans brusquer — le rôle des activités dans le traitement

- Données probantes : l'activité physique régulière a un effet antidépresseur documenté, comparable à certains antidépresseurs pour les dépressions légères à modérées
- Pourquoi la dépression rend l'activité difficile : anhédonie (incapacité à ressentir du plaisir), épuisement physique et moral, anticipation négative — ce n'est pas de la mauvaise volonté
- Activité physique adaptée : promenade dans le jardin même courte, exercices assis, marche dans les couloirs — "je vais au jardin, vous venez avec moi ?" plutôt qu'une "séance d'activité physique"
- Activités à valeur de sens : relier la personne à son identité — jardinage, cuisine, musique, couture, mots croisés, conversation sur son métier — ces activités ne sont pas des loisirs, ce sont des accès à l'identité
- La réminiscence comme outil thérapeutique : revisiter des souvenirs positifs pour restaurer l'estime de soi — "racontez-moi comment vous avez rencontré votre mari" — albums photos comme supports
- Règles pour proposer : ne pas imposer, proposer sans pression ("si ça vous dit"), respecter le refus sans disparaître, adapter à l'état du jour, valoriser la présence pas la performance
- Le lien intergénérationnel : contact avec enfants/jeunes — la personne âgée redevient quelqu'un qui transmet, pas "le malade" — correspondances scolaires, visites d'école

Leçon 3 – Le traitement médical et ses implications pour le soignant

- Point essentiel sur le délai d'action : les antidépresseurs prennent 2 à 4 semaines pour commencer à agir, 6 à 12 semaines pour l'effet complet — soutenir la personne pendant cette période d'attente

- Vigilance dans les premières semaines : l'énergie peut revenir avant l'amélioration de l'humeur — fenêtre de vulnérabilité suicidaire à surveiller chez les personnes avec idées suicidaires préalables
- Effets indésirables à observer et transmettre : somnolence/sédation, troubles digestifs (nausées aggravant la prise alimentaire), chutes par hypotension orthostatique, palpitations (tricycliques), confusion et hyponatrémie
- Arrêt brutal à signaler immédiatement : peut provoquer syndrome de discontinuation et rechute plus sévère — "j'ai arrêté, ça ne servait à rien" = transmission urgente à l'infirmière
- Résistance au traitement fréquente : croyances sur les médicaments psychiatriques, effets indésirables non pris en compte, oublis — écouter, transmettre, faciliter le dialogue avec le médecin
- Psychothérapies adaptées aux seniors : TCC (identifier et questionner les pensées négatives automatiques), thérapie interpersonnelle (deuils, transitions de rôle), soutien psychologique
- Sismothérapie (ECT) : traitement efficace pour les dépressions sévères résistantes, réalisé sous anesthésie — ne pas alimenter les représentations erronées des familles ; effets sur la mémoire transitoires
- La dépression est souvent une maladie récurrente : vigilance même en rémission, particulièrement lors des périodes de vulnérabilité (deuil, aggravation physique, changement)

Leçon 4 – Accompagner la personne déprimée avec troubles cognitifs associés

- Coexistence fréquente : 30-50 % des personnes atteintes de démence présentent des symptômes dépressifs — bases biologiques (mêmes circuits lésés) et dimension existentielle (conscience de la perte)
- Signes à observer dans la démence : pleurs inexplicables et inconsolables, irritabilité et agressivité changeant de nature, refus alimentaire persistant, retrait encore plus marqué, modification du registre émotionnel habituel
- Impressions cliniques subjectives à valeur : "elle me semble souffrir différemment" — méritent d'être exprimées et transmises même sans étayage précis
- Communication adaptée : simplification radicale du langage (phrases courtes, un message à la fois), communication non verbale prioritaire (ton de voix, toucher, expression faciale), recherche des "clés" individuelles (chanson, odeur, objet)
- Données en neurosciences : même dans les stades avancés d'Alzheimer, les personnes décodent les expressions émotionnelles des visages — votre façon d'entrer dans une chambre est perçue
- Risque de sous-traitement à combattre : "de toute façon avec la démence qu'elle a" — une dépression traitée chez une personne avec démence, c'est moins de souffrance, moins d'agitation, meilleure prise alimentaire
- Résistance à la déshumanisation progressive : continuer à chercher la personne derrière le tableau clinique, à se demander "qu'est-ce qu'elle vit là maintenant ?"
- Cohérence d'équipe : partager les grandes orientations, faire circuler les observations, partager ce qui fonctionne — en 5 min lors des changements de poste

MODULE 4

Prévenir, orienter et travailler en équipe

4 leçons

Leçon 1 – La prévention de la dépression en établissement

- 4 axes de prévention : lutter contre l'isolement, préserver l'identité et les rôles sociaux, accompagner les entrées en institution, détecter et prendre en charge les deuils
- Lutter contre l'isolement relationnel : micro-moments de contact réel au quotidien, politique d'animation collective, politique de visite accueillante, liens intergénérationnels (bénévoles, jeunes en service civique, enfants d'école)
- Préserver l'identité : recueil d'histoire de vie réel à l'entrée, personnalisation de l'accompagnement à partir de cette histoire, créer des occasions d'exercer encore un rôle utile (arroser les plantes, distribuer le courrier)
- Accompagner les entrées en institution : période de vulnérabilité dépressive majeure — qualité de l'accueil (nommer la difficulté du passage), référent identifié, attention aux signes précoces dans les premiers mois
- Accompagner les deuils en institution : les résidents vivent dans un environnement où la mort est présente — moment de recueillement collectif, espace d'expression pour les autres résidents, attention particulière aux résidents ayant perdu un compagnon de vie
- La prévention se passe dans les couloirs, pas dans les bureaux — à travers la façon dont on regarde, dont on parle, dont on rappelle à chacun qu'il existe et qu'il compte

Leçon 2 – Orienter vers les bons professionnels

- Le médecin traitant : premier interlocuteur — transmission structurée et précise (comportements spécifiques, fréquence, chronologie, contexte) plutôt que "ça ne va pas bien"
- Limites du médecin traitant : temps limité, formation variable aux spécificités gériatriques — savoir quand évoquer un avis spécialisé
- Le psychiatre de liaison ou gériatre : dépression sévère, risque suicidaire, résistance au traitement, diagnostic incertain, comorbidité démence — équipes mobiles de psychiatrie gériatrique dans certains territoires
- La consultation mémoire : évaluation neuropsychologique pour démêler dépression et démence, espace d'information pour les familles
- Le psychologue : suivi individuel (si capacités cognitives et langagières préservées), groupes de parole, accompagnement des familles et de l'équipe — en libéral, Mon Soutien Psy peut réduire le frein financier
- Dispositifs territoriaux : MAIA (coordination pour situations complexes avec gestionnaires de cas), Équipes Spécialisées Alzheimer — ESA (stimulation cognitive à domicile), CMP de gériatrie (consultations psychiatriques ambulatoires)
- Légitimité à déclencher l'orientation : pas besoin de diagnostic pour signaler "quelque chose a changé et ça m'inquiète" — votre observation quotidienne est irremplaçable

Leçon 3 – Les outils DYNSEO pour prévenir et accompagner la dépression

- Principe fondamental : un outil numérique n'accompagne pas à votre place — c'est la façon dont il est proposé, la relation qui l'entoure, l'intention qui fait la différence
- E-SOUVENIRS — réminiscence thérapeutique : supports visuels, sonores et thématiques pour revisiter des souvenirs positifs — restaure l'estime de soi et le sentiment d'identité, active la mémoire autobiographique préservée longtemps dans les démences
- E-SOUVENIRS en pratique : séances collectives (le partage crée du lien) ou individuelles (pour le résident qui s'isole) — "Madame Dupont, ancienne bibliothécaire : E-SOUVENIRS autour des livres qu'elle aimait"
- EDITH — stimulation cognitive douce : crée des occasions d'engagement pour lutter contre l'apathie — proposer jamais imposer, adapter au rythme du jour, valoriser "j'ai réussi quelque chose aujourd'hui"
- TOP CULTURE et BEBUZZ — animations collectives : moments de lien social, de rire partagé, de sentiment d'appartenance à un groupe — aller chercher le résident dans sa chambre, le placer à côté de quelqu'un avec qui il s'entend, proposer son thème
- Intégration dans le projet individualisé : quels facteurs de risque ? quels facteurs protecteurs ? quels outils correspondent à son histoire et ses goûts ? — décisions cliniques, pas du luxe

Leçon 4 – Prendre soin de l'équipe soignante face à la dépression des résidents

- Nommer le coût : accompagner une personne déprimée est émotionnellement lourd — la dépression s'infiltré dans la relation, l'empathie expose à la résonance émotionnelle
- La fatigue compassionnelle : lassitude émotionnelle croissante, difficulté à se mobiliser, soins de plus en plus mécaniques — réponse normale d'un système humain épuisé, pas une faiblesse
- La dépression vicariante : exposition répétée à la détresse produit des symptômes dépressifs chez le soignant — phénomène documenté cliniquement, risque professionnel réel
- Signaux précoces à reconnaître en soi : vide après le travail, évitement de certains résidents, rêves perturbés, sentiment que "ça ne sert à rien", difficultés à se détacher mentalement
- L'analyse de pratiques professionnelles : groupes de réflexion réguliers sur des situations vécues — pas pour trouver des solutions techniques, mais pour mettre des mots et se sentir moins seuls
- La supervision et le debriefing : soutien plus individuel pour situations complexes ; espace de parole après un événement difficile (décès, violence) avant que l'expérience ne s'enkiste
- Ces dispositifs réduisent le turnover, l'absentéisme et l'épuisement — légitimité à les demander à sa direction
- Construire une culture d'équipe : admettre activement qu'on est affecté, partager les réussites comme les difficultés, demander "comment ça s'est passé pour vous ?" en attendant vraiment la réponse

Modalités pédagogiques

- Leçons vidéo illustrées de situations concrètes de terrain (EHPAD, domicile, SSIAD, accueil de jour)

- Situations cliniques analysées : Monsieur Fernand (dépression masquée par douleurs physiques), Germaine (deuil basculant en dépression), Madame Blanche (dépression dans la démence), Monsieur Auguste (risque suicidaire repéré par une aide-soignante), et d'autres
- Grilles et outils directement applicables : GDS-15, Mini-GDS, Cornell Scale — modes de passation et de transmission
- Présentation des outils DYNSEO (E-SOUVENIRS, EDITH, TOP CULTURE, BEBUZZ) et de leur intégration dans le projet individualisé centré sur le bien-être
- Quiz d'évaluation par module — supports et fiches pratiques téléchargeables

Modalités d'évaluation

- Quiz de fin de module
- Attestation de fin de formation délivrée à l'issue du parcours complet

Modalités de suivi

- Feuilles d'émargement électroniques
- Attestation d'assiduité
- Évaluation de satisfaction (questionnaire à chaud)

www.dynseo.com/nos-formations | contact@dynseo.com | 09 66 93 84 22

Document établi par DYNSEO – Mise à jour : mars 2026