

Questionnaire de Repérage ICOPE

Comment présenter le programme ICOPE à la personne ?

Expliquer à la personne : « Je vous propose de participer au programme nommé ICOPE, initié par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et en cours d'expérimentation sur la région Centre-Val de Loire.

Ce programme s'adresse aux personnes à partir de 60 ans et permet de dépister précocement les difficultés liées aux 6 principales fonctions que sont la mémoire, la nutrition, la vision, l'audition, l'humeur et la mobilité, afin de prévenir les problématiques liées au vieillissement dans ces domaines.

Le questionnaire proposé aujourd'hui durera environ 10 minutes. Il est composé de quelques questions et d'un exercice nécessitant l'usage d'une chaise pour tester votre mobilité.

Les résultats de ce questionnaire seront enregistrés sur un outil numérique, sécurisé, accessible uniquement aux professionnels autorisés.

En fonction de vos résultats, si une ou plusieurs difficultés sont identifiées, vous pourrez présenter vos résultats à un professionnel de santé de votre choix.



ICOPE EN QUESTIONS

Integrated Care for Older PEople (Soins intégrés pour les Personnes Âgées)

ICOPE c'est quoi ?

Un programme de **prévention** créé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
Son objectif est de **repérer** d'éventuelles difficultés sur les **6 fonctions principales du corps** : *mobilité, mémoire, nutrition, humeur, vue, audition*, pour continuer à aller bien et si besoin, corriger les petites anomalies !

A qui s'adresse le programme ICOPE ?

A toute personne de **plus de 60 ans**.

C'est tôt 60 ans !

C'est le principe de la **prévention** !
Il est important de **mieux comprendre** le vieillissement de notre corps, **vérifier régulièrement** que tout va bien et **adapter** nos habitudes et notre environnement.

Pourquoi évaluer ces fonctions ?

Parce que ce sont celles que nous **utilisons au quotidien** et qui nous permettent de faire **ce que nous aimons**.
Ce sont aussi celles sur lesquelles **nous pouvons agir** !

Je vais bien, pourquoi faire un test ?

ICOPE ne recherche pas des maladies !
L'objectif est de **repérer tôt** des difficultés **pour agir tôt**, avec des méthodes simples, et qui améliorent le quotidien.
Vous pouvez bénéficier de conseils de prévention.

J'ai un bon suivi médical, pourquoi rajouter ICOPE ?

ICOPE est **complémentaire à votre suivi habituel**.
Il explore des domaines souvent peu abordés en consultation.
Vous pouvez le faire seul et de manière régulière.

Comment faire le test ?

Le test peut-être réalisé seul sur le site icope-et-moi.fr ou en flashant ce Qr code
C'est gratuit.
La création d'un compte personnel est obligatoire. Il est sécurisé. Le numéro de sécurité sociale est demandé.



Comment obtenir le résultat du test ?

Sur ICOPE et Moi, les résultats sont téléchargeables. Il sera signifié pour chaque fonction si elle est "**normale**" ou "**à surveiller**".
Si une fonction est "**à surveiller**", il convient de se rapprocher d'un professionnel de santé, pour faire une évaluation approfondie de la fonction concernée.

Et si je ne suis pas à l'aise avec internet ?

Sur ICOPE et Moi, il est possible d'être **accompagné par un proche**.
Autre solution, se rapprocher d'un **professionnel** : médecin, infirmier, pharmacien, kinésithérapeute, travailleur social...

Et après ?

On continue à prendre soin de soi !
Il existe par exemple des ateliers destinés aux plus de 60 ans, renseignez-vous :
• Près de chez vous : auprès de votre mairie ou de votre CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), sur pourbienvieillir.fr
• En ligne : happyvisio.com (gratuit avec le code partenaire ICOPECVL)
Il est conseillé de refaire le test tous les 6 mois. ICOPE et Moi vous envoie un mail de rappel !

Pourquoi faire un test tous les 6 mois ?

Parce que les fonctions évoluent. Et **repérer tôt**, c'est agir tôt !

Le test dure-t-il vraiment 10 minutes ?

Oui, sauf si on est bavard !

icope@chu-tours.fr



Questionnaire de Repérage ICOPE

Informations sur la personne évaluée

* Données obligatoires à recueillir

☐ Je certifie avoir obtenu l'accord de la personne pour participer au programme ICOPE, et l'avoir informée de la création de son dossier ITINEO*(ou autre outil numérique utilisé)

Nom d'usage* :

Nom de naissance :

Prénom* :

Sexe* : ☐ féminin ☐ masculin ☐ indéterminé

Date de naissance* :

Age :

Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal et commune de résidence :

Numéro de téléphone : *

Adresse mail :

N° de sécurité sociale* :

Si la personne est issue d'une grossesse multiple, indiquer sa position de naissance* : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Autre : ...

La personne accompagne-t-elle un proche dépendant ? ☐ Oui ☐ Non

Date évaluation* :

S'agit-il* : ☐ 1^{ère} évaluation ☐ Évaluation de suivi

La personne a-t-elle un médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non ; si oui :

Nom / Prénom du médecin traitant :

Commune d'exercice :

Informations sur le professionnel réalisant le Step 1

Nom / Prénom :

Structure / service* :

Profession* :

Contexte de réalisation* : ☐ Visite à domicile ☐ Lieu d'exercice du professionnel ☐ Dépistage organisé

☐ Autre : à préciser : _____

Passation du questionnaire

Fonctions	Tests	Résultats
Cognition	Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation ?* (comme ne pas savoir où l'on est ou quel jour on est ?)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si la réponse est oui, posez la question : Avez-vous constaté une aggravation de ces problèmes au cours des 6 derniers mois ou depuis la dernière évaluation ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Test de 3 mots* : Dire à la personne : « Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure. » Puis lire à la personne une des listes suivantes (cocher la liste citée): <input type="checkbox"/> DRAPEAU, FLEUR, PORTE (liste 1) <input type="checkbox"/> FAUTEUIL, TULIPE, CANARD (liste 2) <input type="checkbox"/> CITRON, CLE, BALLON (liste 3). Puis dire à la personne : « Répétez les 3 mots. »	

Questionnaire de Repérage ICOPE

	<p><u>Orientation :</u></p> <p>Dire à la personne : « Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? »*</p> <p><u>Si la réponse est incorrecte ou incomplète, poser les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant* :</u></p> <p>« En quelle année sommes-nous ?* En quel mois ? Quel jour du mois ? Quel jour de la semaine ? »</p> <p>Indiquer si les items de réponses ci-dessous sont corrects ou incorrects* :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réponse « année » - Réponse « mois » - Réponse « jour du mois » - Réponse « jour de la semaine » 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nutrition	<p>Poids actuel:Kg</p> <p>Avez-vous perdu involontairement au moins 3kg au cours des 3 derniers mois ?*</p> <p>Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?*</p> <p>Commentaire :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cognition	<p>Pouvez-vous dire quels étaient les 3 mots que l'on vous a demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ? »* :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Premier mot - Deuxième mot - Troisième mot <p>Commentaire :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vision	<p>1. Avez-vous* :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des problèmes de vue : difficultés en vision de loin ou pour lire (avec vos lunettes si vous en portez), - ou une pathologie oculaire - ou un traitement pour une hypertension artérielle ou pour un diabète ? <p>Si la réponse est oui, poser cette question :</p> <p>Avez-vous consulté un ophtalmologue durant les 12 derniers mois ?*</p> <p>2. Avez-vous l'impression que votre vue a baissée, avec ou sans vos lunettes, au cours des 6 derniers mois ou depuis votre dernière évaluation ?*</p> <p>Commentaire :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Audition	<p>Est-ce que vous ou votre entourage avez l'impression que votre audition a baissée au cours des 6 derniers mois ou depuis votre dernière évaluation ?*</p> <p><u>Test de Whisper</u> (test de chuchotement)* :</p> <p>Se placer derrière la personne, à une longueur de bras tendu</p> <p>Lui demander de placer une main sur son oreille gauche</p> <p>Chuchoter distinctement un mot à deux syllabes en direction de l'oreille droite</p> <p>Demander à la personne de répéter ce mot. Répéter l'opération avec deux autres mots. (Exemple de mots : sapin, tapis, chemin...)</p> <p>Réaliser la même opération du côté de l'oreille gauche avec trois autres mots (exemple de mots : coussin, souris, kiwi, ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oreille droite capable de répéter 3 mots - Oreille gauche capable de répéter 3 mots <p>Commentaire :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Psychologie	<p>Au cours des deux dernières semaines :</p>	

Questionnaire de Repérage ICOPE

	1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ?* 2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou une perte de plaisir à faire les choses ?* Commentaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mobilité	<u>Test de lever de chaise*</u> La personne s'assoit sur le bord d'une chaise, bras croisés sur la poitrine Lui demander de se lever et de se rasseoir 5 fois le plus rapidement possible Normal si 5 levers de chaises réalisés en moins de 14 secondes (ou 16 secondes si plus de 80 ans) - Réalisation des cinq levers de chaise ? <ul style="list-style-type: none"> • Temps de réalisation - Si non, combien de levers de chaise réalisés ? <ul style="list-style-type: none"> • Si 0 lever de chaises, est-ce que le patient-est-il capable de se lever en s'aidant des bras mais sans l'aide d'autrui Commentaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Temps :..... Nombre :.... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Commentaires éventuels

Fin du questionnaire

1. **Si aucune réponse en gras n'est cochée** (= pas de difficulté identifiée), indiquez à la personne qu'il lui est conseillé de refaire une évaluation dans 6 mois :
 - Si elle est à l'aise avec les outils numériques : lui proposer de refaire le test par elle-même grâce à l'outil ICOPE et moi (remettre flyer).
 - Si elle n'est pas à l'aise avec les outils numériques : lui proposer de refaire cette évaluation avec vous, à condition que vous interveniez toujours auprès d'elle dans 6 mois.
2. **Si une ou plusieurs réponse(s) en gras sont cochées**, indiquez à la personne que ses résultats vont donc être transmis à son médecin traitant, et qu'elle sera recontactée par lui ou par un autre professionnel de santé pour une évaluation plus approfondie