

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. De plus, s'agissant d'une expérimentation, vous pourriez être contactée par un partenaire pour évaluer l'intérêt et les bénéfices de ce projet.

Je vous remets une note d'information vous expliquant cette démarche.

En fonction de vos résultats, si une ou plusieurs difficultés sont identifiées, votre médecin traitant en sera informé. Il pourra organiser le suivi ou faire appel à un autre professionnel de santé qui vous contactera pour faire une évaluation plus approfondie. Si vous n'avez pas de médecin traitant, un autre professionnel prendra le relais ».

Rappel des critères d'inclusion des personnes :

- **Avoir donné son consentement**
- **Avoir 60 ans ou plus**
- **Être autonome dans les actes de la vie quotidienne**
- **Ne pas bénéficier de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)**
- **Habiter sur le territoire d'expérimentation :**
 - **Indre-et-Loire :** Artannes-sur-Indre, Ballan-Miré, Berthenay, Chambray-les-Tours, Chançay, Chanceaux-sur-Choisille, Cinq-Mars-la-Pile, Coteaux-sur-Loire, Druye, Evres, Fondettes, Joué-lès-Tours, La Membrolle sur Choisille, La Riche, La Ville-aux-Dames, Langeais, Larçay, Luynes, Mazières-de-Touraine, Mettray, Montbazou, Montlouis-sur-Loire, Monts, Noizay, Notre-Dame-D'Océ, Parçay-Meslay, Pont-de-Ruan, Rochecorbon, Saché, Saint-Avertin, Saint-Branches, Sainte-Catherine-de-Fierbois, Saint-Cyr-sur-Loire, Saint-Étienne-de-Chigny, Saint-Genouph, Saint-Pierre-des-Corps, Savonnières, Sorigny, Thilouze, Tours, Truyes, Veigné, Véréty, Vernou-sur-Brenne, Villaines-les-Rochers, Villandry, Villeperdue, Vouvray.
 - **Loir-et-Cher :** Autainville, Avaray, Averdon, Baigneaux, Bauzy, Binas, Blois, Bracieux, Briou, Cande-sur-Beuvron, Cellettes, Chailles, Chambord, Champigny-en-Beauce, Chaumont-sur-Loire, Cheverny, Chitenay, Conan, Concriers, Corméray, Cour-Cheverny, Cour-sur-Loire, Courbouzon, Courmémé, Crouy-sur-Cosson, Dhuizon, Epiais, Fontaines-en-Sologne, Fosse, Fresnes, Herbault, Huisseau-sur-Cosson, Josnes, La Chapelle-Saint-Martin-en-Plaine, La Chaussée-Saint-Victor, La Ferté-Saint-Cyr, La-Chapelle-Vendomoise, La-Madeleine-Villefrouin, La-Marolle-en-Sologne, Lancôme Gombérgé, Landes le Gaulois, Le-Controis-en-Sologne, Le-Plessis-l'Échelle, Les Montils, Lestiau, Lorges, Marchenoir, Marolles, Masilves, Maves, Menars, Mer, Mesland, Mont-Près-Chambord, Monteaux, Monthou-sur-Bievre, Montlivault, Montrieux-en-Sologne, Muides-sur-Loire, Mulsans, Neuvy, Oisly, Oucques, Pray, Rhodon, Rilly-sur-Loire, Roches, Saint-Bohaire, Saint-Claude-de-Diray, Saint-Cyr-du-Gault, Francay, Saint-Denis-sur-Loire, Saint-Dye-sur-Loire, Saint-Etienne-des-Guérets, Saint-Gervais-la-Forêt, Saint-Laurent-des-bois, Saint-Laurent-Nouan, Saint-Leonard-en-Beauce, Saint-Lubin-en-Vergonnois, Saint-Sulpice, Sainte-Gemmes, Sambin, Santenay, Seris, Sessay, Seur, Sèvres, Talcy, Thoury, Tour-en-Sologne, Tourailles, Valaire, Valencisse, Valloire-sur-Cisse, Vernou-en-Sologne, Veuzain-sur-Loire, Vievry-le-Rayé, Vileny, Villebarou, Villefrancoeur, Villemardy, Villeneuve Fouville, Villerbon, Villermain, Villeroclain, Villexanton, Vineuil.

Note pour le professionnel réalisant le STEP 1 : Ce questionnaire doit être saisi sur le logiciel SPHERE. En fonction des résultats, un déclenchement d'alerte pourra être fait conduisant la personne vers le STEP 2. Tous les commentaires sont les bienvenus pour orienter ce déclenchement d'alerte et éviter des orientations inappropriés (ex : appareillage, aide techniques, fauteuil roulant...).

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 SPHERE*

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> Dire à la personne : « Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? »* Si la réponse est incorrecte ou incomplète, poser les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant* : « En quelle année sommes-nous ?* En quel mois ? Quel jour du mois ? Quel jour de la semaine ? » 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
<p>Nutrition</p>	<p>Poids actuel:Kg Avez-vous perdu involontairement au moins 3kg au cours des 3 derniers mois ?* Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?* Commentaire :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>Cognition</p>	<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
<p>Vision</p>	<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 : Avez-vous consulté un ophtalmologue durant les 12 derniers mois ?*</p> <p>2. Avez-vous l'impression que votre vue a baissé, 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
<p>Audition</p>	<p>Est-ce que vous ou votre entourage avez l'impression que votre audition a baissé au cours des 6 derniers mois ou depuis votre dernière évaluation ?*</p> <p>Test de Whisper (test de chuchotement)* : Se placer derrière la personne, à une longueur de bras tendu Lui demander de placer une main sur son oreille gauche Chuchoter distinctement un mot à deux syllabes en direction de l'oreille droite 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

Questionnaire de Repérage ICOPE

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

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