

# ICOPE

## PROGRAMME DE SOINS INTÉGRÉS POUR LES SENIORS RECOMMANDÉ PAR L'OMS POUR LE MAINTIEN DES CAPACITÉS ET LA PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

C. TAKEDA<sup>1</sup>, S. GUYONNET<sup>2</sup>, Y. SUMI<sup>3</sup>, B. VELLAS<sup>2</sup>, I. AJAURO DE CARVALHO<sup>3</sup>

1. Gérontopôle, Department of Geriatrics, CHU Toulouse, Toulouse, France; 2. Inserm UMR 1027, Toulouse, France; University of Toulouse III, Toulouse, France; Gérontopôle, Department of Geriatrics, CHU Toulouse, Toulouse, France; 3. Department of Ageing and Life Course, World Health Organization, avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Switzerland

En septembre 2019 l'Organisation Mondiale de la Santé (l'OMS) a publié son nouveau guide ICOPE (Integrated Care for Older People) (1) pour les soins intégrés à la personne âgée. Le 1er octobre 2019 à l'occasion de la journée mondiale des personnes âgées, l'OMS lance son application numérique « ICOPE Handbook app » destinée aux professionnels médico-sociaux. Cet article a pour but de présenter ce nouveau guide et de montrer sa mise en œuvre innovante au CHU de Toulouse par l'étude INSPIRE.

Actuellement il y a un changement rapide, sans précédent de la démographie globale, jusqu'à présent le nombre d'enfants de bas âge était supérieur aux personnes âgées mais d'ici quelques années cet équilibre va s'inverser. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus sera supérieur au nombre d'enfants de moins de 5 ans (2). Ceci s'explique par l'augmentation rapide de la proportion de personnes âgées liée notamment à l'allongement de l'espérance de vie et la baisse de la fertilité. En 2017, il y avait environ 962 millions de personnes de 60 ans et plus, soit 13% de la population globale. Une personne sur 5 sera âgée de 60 ans et plus en 2050 (1). Ce guide est la continuité d'un travail débuté en 2014 par l'OMS, en réponse au vieillissement global de la population, qui suit les recommandations des Nations Unies sur l'objectif d'une couverture universelle de soins pour tous (SG3) et notamment pour les personnes âgées (3). Ainsi en 2015, l'OMS introduit « le vieillissement en bonne santé » définit comme le développement et le maintien des capacités fonctionnelles permettant le bien-être de la personne âgée (4). Pour les personnes âgées le bien-être passe par l'association de i) la réponse aux besoins de base, ii) l'apprentissage, la possibilité de continuer à grandir et pouvoir prendre des décisions, iii) d'être mobile, iv) de pouvoir construire et maintenir des relations sociales, v) de pouvoir contribuer à la vie familiale, de son entourage et de sa communauté (1). En 2017, un premier guide de l'OMS pose les bases des soins intégrés pour les séniors (5) basé sur de l'évidence based médecine proposant 13 recommandations pour les professionnels de santé. L'OMS définit la capacité intrinsèque comme l'association des capacités physiques, mentales et psychologiques et l'aptitude fonctionnelle comme l'interaction de la capacité intrinsèque avec l'environnement de la personne (1). L'évolution de la capacité intrinsèque et des capacités fonctionnelles au cours de la vie se divise en 3 périodes : une période relativement stable et haute des capacités, une période de déclin de la capacité et une période de perte significative de la capacité caractérisée par la dépendance. L'OMS cible six domaines de la capacité intrinsèque : la cognition, la mobilité, la vitalité représentée par la nutrition, l'humeur, la vision et l'audition (1). L'enjeu du monitoring de la capacité intrinsèque est d'identifier des situations à risque avant même que le sujet âgé ne soit fragile dans le but de retarder voire d'inverser ce déclin. L'approche conventionnelle de la médecine d'un modèle curatif (signes cliniques, diagnostic et traitement) a besoin d'intégrer cette nouvelle démarche centrée sur la personne pour maintenir la santé de la personne âgée. L'implantation de cette pratique et son maintien au long cours est un challenge pour notre système de soins. Selon l'OMS, le vieillissement en bonne santé passe par i) l'optimisation de la capacité intrinsèque et de l'aptitude fonctionnelle, ii) la prévention de la dépendance avec un dépistage et une prise en charge précoce du déclin, iii) l'identification de ce déclin en soins primaires. L'OMS propose une approche intégrée de la santé avec l'intégration des capacités physiques, mentales et sensorielles, des pathologies associées, de l'environnement et du mode de vie pour développer un plan de soins centré sur la personne qui respecte ses souhaits et ses aspirations.

L'outil de dépistage ICOPE (1) proposé par l'OMS est un outil simple, utilisable, en soins primaires, sous condition de formation, par des acteurs qui ne sont pas forcément des professionnels de santé. Cet outil est également utilisé pour le suivi. Il se décline en 5 étapes ou steps : Step 1 qui représente un screening/dépistage à la recherche de déclin de la capacité intrinsèque, Step 2 qui représente l'évaluation spécialisée, centrée sur la personne en soins primaires, Step 3 qui représente la création d'un Plan Personnalisé de Soins centré sur la personne et une prise en charge multidisciplinaire, Step 4 qui représente la mise en place du parcours de soins avec un suivi régulier (Monitoring) en lien avec un gériatre et pour finir Step 5 qui représente l'intégration des aidants et de la communauté.

Le Step 1 est l'outil de dépistage qui se présente sous forme de questions ou d'épreuves permettant d'évaluer et de suivre les domaines de la capacité intrinsèque :

- Pour l'évaluation du déclin cognitif, il y a l'apprentissage de 3 mots avec un rappel immédiat puis différé et l'orientation temporo-spatiale.

- Pour l'évaluation de la mobilité, il utilise le lever de chaise qui consiste à demander au sujet de se lever d'une chaise 5 fois de suite les bras croisés sur la poitrine en moins de 14 secondes.
- Pour l'évaluation de la dénutrition, il y a deux questions : Avez-vous perdu au moins 3kg au cours des 3 derniers mois ? Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?
- Pour l'évaluation d'un déficit visuel il y a plusieurs questions simples : Avez-vous des difficultés pour voir de loin ou pour lire ? Avez-vous une pathologie oculaire connue ? Suivez-vous actuellement un traitement pour le diabète ou l'hypertension artérielle ?
- Pour l'évaluation de la perte auditive, il utilise le Test de Whisper qui consiste à se mettre derrière le sujet à la distance d'un bras écarté ou d'environ 60 centimètres pour qu'il ne puisse pas lire sur les lèvres. Demander-lui de placer un doigt sur le tragus de l'oreille gauche pour obscurcir le son. Chuchoter un mot avec 2 syllabes distinctes vers l'oreille droite du sujet. Demander au sujet : « Pouvez-vous répéter le mot chuchoté ? » Réaliser le test une deuxième fois pour l'oreille gauche en demandant au sujet de placer un doigt sur le tragus de l'oreille droite.
- Pour l'évaluation de symptômes dépressifs, il y a deux questions : « Au cours des deux dernières semaines : Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ? Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ? ».

L'examineur doit renseigner la fiche en cochant les cases correspondant (oui ou non). Le temps de réalisation du test est d'environ 8 minutes. Il s'agit de tests simples et reproductibles dans le temps. En cas de signe de déclin à ce test de dépistage une évaluation plus fine est nécessaire en passant au Step 2.

Le Step 2 est une évaluation plus fine et centrée sur la personne. Cette évaluation est réalisée par un personnel formé, mais pas nécessairement par un médecin. L'objectif est de comprendre la personne, ses valeurs, ses priorités et ses préférences, évaluer et comprendre le déclin, rechercher des pathologies sous-jacentes et évaluer l'environnement de la personne. Ceci permettra de créer le Step 3.

Le Step 3 définit un objectif et développe un plan personnalisé de soins en partenariat avec la personne, les soignants et les aidants. L'objectif d'optimisation de la capacité intrinsèque et de l'aptitude fonctionnelle permet l'intégration du soin mais c'est également l'opportunité de surveiller les progrès et l'impact des interventions chez la personne. Il est essentiel que le sujet et les soignants participent à l'élaboration des objectifs. Il en découle l'élaboration d'un plan personnalisé de soins avec une approche intégrée, un self-management avec conseils, une prise en charge des pathologies chroniques et la prise en compte de l'environnement (soins para-médicaux et prise en charge sociale).

Le Step 4 représente la mise en œuvre et le monitoring du plan personnalisé de soins et l'adressage spécialisé. Le suivi régulier permet de monitorer les progrès et d'adapter les soutiens selon les besoins. L'adressage vers des spécialistes, à travers des parcours de soins définis, est essentiel pour une prise en charge rapide lors d'évènements intercurrents aigus mais également dans des situations de soins palliatifs. L'OMS souligne l'importance de l'implication du gériatre à ce niveau, du fait de son expertise dans les syndromes gériatriques, la poly médication et les pathologies spécifiques tel que la démence. Il doit être intégré à la prise en charge du patient en assistant l'équipe de soins primaires.

Le Step 5 a comme objectif d'enrôler la communauté et soutenir les aidants. En effet, le travail d'aidant peut être dur et nécessite parfois l'intégration d'interventions pour l'aidant à prendre en compte lors de l'élaboration du plan personnalisé de soins (formations, conseils et informations ressources).

L'approche ICOPE s'appuie sur les soins primaires, dans l'objectif que cela soit accessible au plus grand nombre mais insiste sur les liens forts avec les spécialistes. Pour chaque domaine de la capacité intrinsèque le guide propose un parcours de soins arborescent (cf annexes).

Dans la dernière partie du guide, l'OMS aborde brièvement la problématique de la mise en œuvre et du maintien à long terme de l'approche intégrée des personnes âgées. Il propose de se reporter à son nouveau guide sur la mise en place d'ICOPE (6). De multiples études ont tenté de mettre en place une approche intégrée des personnes âgées mais à ce jour aucun modèle ne fait consensus. Le projet ne sera pas viable sans un soutien national. La réalisation d'études en amont est nécessaire pour déterminer la faisabilité du projet (soutien financier et organisationnel) et la durabilité de l'action (efficacité et capacité de la main d'œuvre). Pour soutenir le vieillissement en bonne santé il faut une cohérence et l'intégration de tous les acteurs, les professionnels de santé et les services sociaux.

En parallèle le CHU de Toulouse lance l'étude INSPIRE et la mise en œuvre d'ICOPE en soins primaires dans la région Occitanie, par la réalisation systématique du STEP 1 du guide ICOPE de l'OMS tous les 4 mois sur 10 ans.

L'objectif principal de l'étude INSPIRE est de créer une plateforme de recherche innovante regroupant des données biologiques, cliniques (incluant des données d'imagerie) et digitales représentatives de la patientèle en médecine générale. Ces données permettront d'identifier des biomarqueurs du vieillissement, et de suivre l'évolution des marqueurs de l'évolution de la capacité intrinsèque, que sont la mobilité, la mémoire, l'humeur, l'état nutritionnel, la vue et l'audition, à partir de l'âge adulte (20 ans) jusqu'à des âges les plus avancés (pas de limite d'âge supérieur) et de définir ainsi des stratégies de maintien de l'autonomie et de prévention de la dépendance.

Les objectifs secondaires de l'études sont multiples :

- Créer une plateforme internet permettant de suivre les sujets à distance avec recueil des données de mode de vie et cliniques (en particulier les domaines de la capacité intrinsèque).
- Tester la faisabilité et l'acceptabilité d'une application pour smartphone et tablette visant à évaluer et surveiller à distance les domaines de la capacité intrinsèque.
- Identifier, à l'aide des données cliniques, biologiques et digitales, des marqueurs du vieillissement biologique caractérisant les changements systémiques morphologiques et fonctionnels de l'organisme, capables de prédire l'évolution temporelle des domaines de la capacité intrinsèque.

- Etudier l'évolution des différents domaines de la capacité intrinsèque dans le temps (histoire naturelle), leurs trajectoires, leurs interactions, les facteurs prédictifs et les causes de leur déclin.
- Confronter les données sur la perte des capacités intrinsèques, des événements péjoratifs et la consommation en soins, afin de définir une meilleure approche pour la prise en charge des soins.
- Etudier le taux d'acceptabilité et d'adhésion aux screening, aux évaluations et au suivi des domaines de la capacité intrinsèque (à savoir, le programme ICOPE de l'OMS) dans différents contextes cliniques, afin de contribuer au développement de filières de soins efficaces et centrées sur le statut fonctionnel en développant une cohorte clinique.
- Découvrir des marqueurs qui pourraient constituer des critères de jugements pour des essais cliniques dans le domaine de la Géroscience.
- Explorer le développement de marqueurs digitaux du vieillissement.

L'étude principale s'articule autour de la recherche de biomarqueurs avec l'étude de deux cohortes, une cohorte humaine appelée cohorte translationnelle et une cohorte animale. Les biomarqueurs permettent de mieux prédire des événements de santé, de mieux suivre et de mieux traiter les patients. Les biomarqueurs du vieillissement recherchés devront permettre de différencier des personnes d'âges différents, mais aussi celles manifestant un vieillissement plus rapide que d'autres. Ils devront par ailleurs, être associés à l'évolution des fonctions ou aux changements morphologiques observés au cours du vieillissement. Enfin, ces biomarqueurs devront prédire des événements graves parfois observés au cours du vieillissement comme les maladies chroniques, les cancers ou encore la dépendance.

A ces cohortes de l'étude principale se rajoute, une cohorte clinique permettant une étude épidémiologique en soins primaires dans la région Occitanie de la mise œuvre de l'outil ICOPE par la réalisation systématique du STEP 1 tous les 4 mois par l'Equipe Régionale Vieillesse et Prévention de la Dépendance. Une dernière cohorte digitale sera suivie uniquement à partir de l'application numérique ICOPE adaptée aux besoins de l'étude.

En cas de bonne réponse en Occitanie, le CHU de Toulouse espère pouvoir déployer cette approche ICOPE sur le plan national. Cette approche est un véritable enjeu en médecine dans le contexte du vieillissement de la population mais également de carence de médecins (7). Un dépistage du déclin de la capacité intrinsèque, systématique, court, réalisable par tous, en autocontrôle tous les 4 mois, permettrait d'anticiper le déclin fonctionnel. Cette approche facilite le travail du médecin généraliste et identifie des problèmes de santé en pratique courante en amont de l'évènement aigu. L'application ICOPE propose une évaluation fine en cas de déclin et un parcours de soins centré sur la personne.

## ANNEXE

---

### Capacité cognitive

---

#### STEP 1

---

DEMANDER : « Avez-vous des problèmes de mémoires ou d'orientation (tel que savoir ou quelqu'un se trouve ou quel jour sommes-nous) ? »

- OUI : Passer au STEP 2
  - NON : DEPISTAGE DU DECLIN COGNITIF par les questions du STEP 1
    - o REUSSITE : Déclin cognitif peu probable => Renforcer la santé et conseiller sur le mode vie ou les règles hygiéno-diététiques
    - o ECHEC : Passer au STEP 2
- 

#### STEP 2, 3 ET 4

---

EVALUER LA CAPACITE COGNITIVE par un test cognitif, ex Mini Mental State Examination (MMSE)

- o REUSSITE : Déclin cognitif peu probable => Renforcer la santé et conseiller sur le mode vie ou les règles hygiéno-diététiques
- o ECHEC : Déclin cognitif probable

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE

- Comorbidités associées
  - o Dénutrition : se référer au parcours de la dénutrition
  - o Confusion : Identifier une cause (médicale, intoxications, drogues) et la traiter
  - o Poly médication : Optimisation thérapeutique
  - o Pathologies cérébro-vasculaire : Rechercher des antécédents vasculaires cérébrales (Accident vasculaire cérébral/accident ischémique transitoire) et prévenir des événements futurs
- Pathologies cardiovasculaires et facteurs de risques
  - o OUI : Prise en charge intégrée des pathologies
    - Réduire les facteurs de risques cardio-vasculaires
    - Suggérer l'arrêt du tabac
    - Traiter l'hypertension artérielle et le diabète
    - Conseils diététiques pour le contrôle du poids

PREVENIR la majoration des déclin de la capacité cognitive

- o Exercice multimodal
  - o Stimulation cognitive
- 

#### STEP 5

---

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE sociale et des facteurs environnants

- o Évaluation des besoins sociaux et mise en place d'aides

- o Si le déclin cognitif affecte l'autonomie et l'indépendance, se référer à la prise en charge de la Démence mhGAP intervention guide
- o Proposer un soin personnalisé et un soutien pour les activités de la vie quotidienne
- o Donner des conseils pour maintenir l'indépendance dans les soins d'hygiène
- o Evaluer le fardeau ou la charge pour l'aidant (parcours évaluation de l'aidant)
- o Développer une prise en charge sociale et un plan de soutien, en prenant en compte les aidants

### Capacité locomotive

#### STEP 1

DEPISTER la perte de mobilité par le test de lever de chaise : Réalisable en 14 secondes ?

- OUI : Renforcer la santé et conseiller sur le mode vie ou les règles hygiéno-diététiques
- NON : Passer au STEP 2

#### STEP 2, 3 ET 4

EVALUATION de la mobilité (SPPB ou un autre test de performance physique)

- Mobilité normale (score SPPB 10-12 points)
  - o Recommander un exercice multimodal à domicile
  - o Soutenir le self-management pour augmenter l'adhésion
- Mobilité limitée (score SPPB 0-9 points)
  - o Fournir un exercice multimodal sous surveillance étroite
  - o Considérer l'adressage à un professionnel de la rééducation
  - o Considérer l'augmentation des apports protéidiques
  - o Considérer et fournir une aide technique pour la mobilité

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE

- Comorbidités associées
  - o Poly médication : Optimisation thérapeutique, viser de réduire les traitements
  - o Arthrose, ostéoporose ou autre limitations articulaires : Prise en charge intégrée des pathologies
  - o Fragilité et sarcopénie : Prise en charge intégrée des pathologies
  - o Douleur : Prise en charge de la douleur

#### STEP 5

EVALUATION ET PRISE EN CHARGE sociale et des facteurs environnants

- o Evaluation de l'environnements pour réduire les risques de chute
- o Prévention des chutes tel que l'adaptation du domicile
- o Considérer et fournir une aide technique pour la mobilité
- o Développer un espace sécurisé pour la marche

### Vitalité

#### STEP 1

DEPISTER la dénutrition, DEMANDER : « Avez-vous perdu involontairement au moins 3kg au cours des 3 derniers mois ? Avez-vous perdu l'appétit ? »

- NON : Renforcer la santé et conseiller sur le mode vie ou les règles hygiéno-diététiques
- OUI à une des deux questions : Passer au STEP 2

#### STEP 2, 3, ET 4

EVALUATION DU STATUT NUTRITIONNEL, exemple Mini nutritional assessment (MNA)

- Statut nutritionnel normal (score MNA : 24-30 points)
  - o Renforcer l'état de santé et donner des conseils sur le mode vie ou les règles hygiéno-diététiques
  - o Réévaluation
    - Après un évènement intercurrent aigu ou une maladie
    - Une fois par an pour la personne âgée vivant à domicile dans la communauté
    - Tous les 3 mois pour la personne âgée dépendante d'aides sociales
- Statut nutritionnel à risque de dénutrition (score MNA : 17-23.5 points)
  - o Proposer les conseils d'une diététicienne
  - o Envisager la prise d'un complément nutritionnel oral en cas d'impossibilité d'améliorer la prise alimentaire
  - o Surveillance étroite du poids
  - o Considérer l'exercice multimodal
- Dénutrition (score MNA : < 17 points)
  - o Intervention d'un nutritionniste nécessaire
  - o Donner un complément nutritionnel oral enrichi en protéine (400-600 kcal/jour)
  - o Proposer les conseils d'une diététicienne
  - o Surveillance étroite du poids

## EVALUATION ET PRISE EN CHARGE

- Comorbidités associées
  - o Fragilité
  - o Sarcopénie
    - Prise en charge intégrée des pathologies
    - Considérer une rééducation pour améliorer la fonction musculaire

---

### STEP 5

---

## EVALUATION ET PRISE EN CHARGE sociale et des facteurs environnants

- o Surmonter les obstacles à une alimentation saine
- o Encourager les repas en famille et en société
- o Aménager de l'aide pour la préparation et l'approvisionnement des repas

---

### Capacité visuelle

---

### STEP 1

---

DEMANDER : « Avez-vous des problèmes avec vos yeux : difficultés en vision de loin, à lire, pathologie oculaire ou médicament (ex diabète, HTA) ? »

- NON : Renforcer la santé et conseiller sur le mode vie ou les règles hygiéno-diététiques
- OUI et/ou n'a pas consulté de médecin au cours de l'année : Passer au STEP 2

---

### STEP 2, 3 ET 4

---

## TEST D'ACUITE VISUELLE en soins primaires en utilisant la charte WHO simple eye chart

- Toujours tester la vision de loin avant la vision de près
- Tester sans les lunettes si port habituel
- Tester un œil à la fois, puis ensemble
  - o Vision de loin
    - Echec : Adresser à un ophtalmologue
  - o Vision de près
    - Echec : Est-ce que le port de lunettes résout le problème ?
    - Oui : fournir des lunettes de lecture, renforcer l'état de santé et donner des conseils sur le mode vie ou les règles hygiéno-diététiques
- Réévaluation : répéter le test annuellement même en l'absence de gêne visuelle

## EVALUATION du déclin visuel et de pathologies oculaires

- o Traiter les pathologies oculaires
- o Prise en charge du déclin visuel
- o Réévaluation et mise à jour de la prescription de lunettes ou proposer des nouvelles lunettes
- o Envisager une rééducation, incluant des aides techniques tel que des loupes

## EVALUATION ET PRISE EN CHARGE

- Comorbidités associées
  - o Hypertension artérielle
  - o Diabète
    - Prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires
    - Adresser à un ophtalmologue pour surveillance annuelle de la rétine
  - o Corticothérapie
    - Optimisation thérapeutique pour éviter les effets secondaires oculaires

---

### STEP 5

---

## EVALUATION ET PRISE EN CHARGE sociale et des facteurs environnants

- o Donner des conseils de la vie quotidienne pour un déficit visuel
- o Adaptation du domicile (lumières, couleurs et contrastes) pour prévenir les chutes
- o Retirer les dangers du passage habituel

---

### Capacité auditive

---

### STEP 1

---

## TEST D'AUDITION

- o Whisper voice test (test de chuchotement) : capable d'entendre les chuchotements ou
- o Dépistage d'audiométrie : 35 dB ou moins ou
- o Auto-dépistage applications (uHear)
  - REUSSITE : Renforcer des conseils généraux sur les soins d'oreilles et les règles hygiènes
  - ECHEC : Passer au STEP 2

---

### STEP 2, 3 ET 4

---

#### EVALUATION DE LA CAPACITE AUDITIVE (Diagnostic audiométrique)

- Audition normale (Audiométrie  $\leq 35$  dB) => Renforcer des conseils généraux sur les soins d'oreilles et les règles d'hygiène et réévaluation annuelle
  - Perte auditive modérée à sévère (Audiométrie : 36-80 dB)
    - o Demander
      - Facteurs de risques (expositions aux bruits ou médicaments oto-toxiques)
      - Otagie
      - Antécédent de drain, perte auditive brutale ou rapidement progressive
      - Vertiges
      - Otite moyenne aigüe
      - Perte auditive unilatérale
        - \* OUI à une des questions ci-dessus : Adresser à un ORL
      - Évaluer et fournir un appareillage (appareil auditif ou implant cochléaire)
        - \* NON à tous
    - o Fournir un appareil auditif
    - o Si l'appareillage n'est pas accessible : apprentissage à la lecture labiale et aux langages des signes, ainsi qu'aux stratégies de communications
  - Surdité (Audiométrie  $\geq 81$  dB) : Adresser à l'ORL
    - Évaluer et fournir un appareillage (appareil auditif ou implant cochléaire)
- 

### STEP 5

---

#### EVALUATION ET PRISE EN CHARGE sociale et des facteurs environnants

- o Fournir un soutien émotionnel et aider à la prise en charge d'une détresse émotionnelle
  - o Fournir des aides techniques au domicile (téléphone, sonnette)
  - o Fournir aux personnes avec une perte de l'audition, à leur famille et aux aidants des stratégies pour rester connecter et maintenir des relations.
- 

### Capacité psychologique

---

#### STEP 1

---

DEPISTAGE de symptômes dépressifs, DEMANDER au cours des deux dernières semaines : « Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ? Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou une perte de plaisir à faire les choses ? »

- NON : Renforcer la santé et conseiller sur le mode vie ou les règles hygiéno-diététiques
  - OUI à une des questions : Passer au STEP 2
- 

### STEP 2, 3 ET 4

---

#### EVALUATION DE L'HUMEUR (Questionnaire de l'OMS PHQ-9)

- Dépression ( $\geq 3$  symptômes additionnels) : Traiter la dépression avec une prise en charge spécialisée, conseils selon les recommandations mhGAP intervention guide
  - Symptômes dépressifs (0-2 symptômes additionnels)
    - o Proposer des interventions psychologiques brèves structurées
      - Thérapie cognitivo-comportementale
      - Psychothérapie (problème-résolution)
      - Activation comportementale
      - Thérapie Réminiscences
    - o Exercice multimodal
    - o Médiation en pleine conscience
- 

#### EVALUATION ET PRISE EN CHARGE

- Comorbidités associées
    - o Perte majeure dans les 6 mois
    - o Antécédent bipolaire
    - o Déclin cognitive
    - o Perte auditive
    - o Gêne visuelle
    - o Handicap lié à une maladie ou blessure
  - Poly médication : Optimisation des médicaments tel que les antidépresseurs, antihistaminiques, antipsychotiques
  - Anémie, dénutrition, hypothyroïdie : Prise en charge intégrée des pathologies
  - Douleur : Évaluer et prise en de la douleur
- 

### STEP 5

---

#### EVALUATION ET PRISE EN CHARGE sociale et des facteurs environnants

- o Réduire le stress et renforcer le soutien social
  - o Motivé la personne âgée à être mobile et rester socialement connectée
-

- o Promouvoir les activités quotidiennes
  - o Encourager la participation dans la communauté et le développement des compétences
  - o Identifier et s'attaquer à la solitude et l'isolement social
- 

## RÉFÉRENCES

1. WHO-Handbook-ICOPE.pdf [Internet]. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-eng.pdf;jsessionid=31CB3214293723D1D9A7D2B822B92D0E?sequence=1>
2. global\_health.pdf [Internet]. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: [https://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf)
3. SDGs ..: Sustainable Development Knowledge Platform [Internet]. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>
4. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé.pdf [Internet]. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1)
5. World Health Organization, Department of Ageing and Life Course. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. [Internet]. 2017 [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK488250/>
6. Implentation framework.pdf [Internet]. [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325669/9789241515993-eng.pdf?sequence=1>
7. Santé M des S et de la. Lutter contre les déserts médicaux [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/>