



Programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge (ICOPE)

Rapport final d'évaluation

18 novembre 2024

Réalisé par GovHe et ARGO Santé

Sous le pilotage de la cellule d'évaluation Article 51



Référents de l'évaluation

- **Frédéric Bousquet**, Chargé de missions auprès du directeur de la stratégie, des études et des statistiques, CNAM/DSES - frederic.bousquet@assurance-maladie.fr
- **Milena Spach**, Chargé de mission, CPAM du Gard – milena.spach@assurance-maladie.fr
- **Diane Desprat**, Chargée de mission cellule d'évaluation – diane.desprat@assurance-maladie.fr

Evaluateurs de l'expérimentation

Government Healthcare (GovHe)

- **Mariana Beija**, Manager – mariana.beija@govhe.com
- **Céline Bruelle**, Manager – celine.bruelle@govhe.com
- **Coralie Dumoulin**, Consultante sénior – coralie.dumoulin@govhe.com
- **Pauline Artigaut**, Consultante confirmée – pauline.artigaut@govhe.com

Argo Santé

- **Marieke Podevin**, Expert sénior – marieke.podevin@argosante.fr
- **Gaëlle Thomas**, Consultante sénior – gaelle.thomas@argosante.fr

Porteurs de l'expérimentation

- Direction générale de la santé (DGS)
- Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
- Direction générale de l'organisation des soins (DGOS)

Table des matières

Liste des abréviations.....	6
Définitions	7
Liste des figures	8
Liste des tableaux	11
Synthèse	13
1. Opérationnalité et efficacité	13
2. Reproductibilité	22
1. Objectifs et description de l'expérimentation	24
1.1. Fiche signalétique du projet	24
1.2. Contexte	27
Des seniors dépendants de plus en plus nombreux d'ici 2050	27
La préservation des capacités des seniors : le programme ICOPE	27
1.3. Présentation de l'expérimentation	28
Description.....	28
Dispositif organisationnel du parcours expérimental ICOPE	30
Dispositif financier.....	33
1.4. Calendrier de l'expérimentation	37
2. Méthodologie d'évaluation	38
2.1. Objectifs du rapport d'évaluation.....	38
2.2. Méthodologie	38
2.3. Données utilisées pour l'évaluation.....	39
2.4. Limites de l'évaluation.....	41
Limites liées à l'expérimentation Article 51.....	41
Limites liées à la transmission et à la qualité des données	42
3. Présentation des résultats de l'évaluation	45
Q1 & Q3 – Dans quelle mesure l'organisation du réseau d'acteurs permet d'atteindre les personnes âgées du territoire défini, en particulier les plus vulnérables ? Dans quelle mesure les moyens et les organisations permettent de coordonner les parcours des seniors à partir de l'inclusion ?	45
Q1.1 Comment les moyens et les organisations mises en œuvre permettent de créer un réseau d'acteurs capable de réaliser la démarche d'aller-vers sur le territoire ? [Faisabilité/Opérationnalité]	45
Q3.1 – Comment l'organisation du réseau d'acteurs et l'utilisation des outils numériques de coordination permettent-ils de coordonner la prise en charge et l'orientation du patient vers des actions de prévention ?	61
Q1.2 – Dans quelle mesure l'organisation du dispositif, permet d'atteindre la cible initialement visée ? Et prioritairement d'inclure les seniors vulnérables ?	75
Q3.2 – Comment l'expérimentation ICOPE contribue à l'évolution des pratiques des professionnels et à favoriser leur engagement ? (Capacité à dépister, démarche de prévention...)	85
Q3.3 – Quelle est la perception des seniors et des professionnels de santé sur la coordination du parcours ?	89

Q2 – L’organisation du dispositif permet-elle d’engager les seniors dans un suivi actif de leur santé fonctionnelle ?	93
Q2.1 – Comment l’organisation et les actions définies favorisent-elles l’adhésion des seniors ?	93
Q2.2 – Dans quelles mesures les seniors s’approprient-ils les outils numériques ?	98
Q2.3 – Dans quelles mesures le dispositif et les outils numériques favorisent-ils un engagement actif (« empowerment ») des seniors dans la prévention du déclin potentiel de leur santé fonctionnelle ?	99
Q4 – Comment les mécanismes de financement influent le déploiement d’ICOPE ?	102
Q4.1 – Le financement couvre-t-il les coûts du dispositif global ?	102
Q4.2 – Dans quelle mesure le modèle économique choisi permet d’inciter à l’organisation de la démarche aller vers et à la participation des acteurs ?	113
Q5 – L’organisation du dispositif est-elle suffisamment structurée et soutenable pour permettre une généralisation ?	116
Q5.4 – Comment le déploiement d’ICOPE en France s’adapte au cadre défini par l’OMS ? (Critères d’analyse : comment les variantes régionales s’articulent entre elles ? Comment le dispositif s’inscrit dans les politiques nationales du grand âge et de la prévention ?)	116
Q5.2 – Quels éléments sont à prendre en compte pour la reproductibilité du dispositif ?	123
Q5.3 – Quel est l’impact budgétaire en cas de généralisation ?	127
Q5.1 – Quels sont les éléments essentiels à l’engagement des seniors ? (Organisations, pratiques, expérience patient, intégration des aidants)	130
4. Conclusion	132
Annexes	133
Annexe 1 – Questionnaire ICOPE (étape 1) pour les professionnels	133
Annexe 2 – Questionnaire ICOPE (étape 1) en auto-évaluation	138
Annexe 3 – Exemple de support de formation, DAC 17	142
Annexe 4 – Etude de cas : Les Hospices Civils de Lyon	147
Annexe 5 – Affiche de présentation de l’exposition photo « Voyager au cœur du bien vieillir » réalisée par la CPTS Lyon 8	161
Annexe 6 – Plaquette d’information des HCL à destination des seniors	162
Annexe 7 – Plaquette d’information des HCL à destination des professionnels de santé	163
Annexe 8 – Liste détaillée des actions proposées en aval de l’évaluation approfondie	164
Annexe 9 – Etude de cas : L’InterCPTS Mulhouse Colmar	166
Annexe 10 – Fiche de poste de la chargée de projet (interCPTS Mulhouse Colmar)	179
Annexe 11 – Fiche de poste des services civiques	181
Annexe 12 – Affiche de présentation d’ICOPE à destination des seniors	183
Annexe 13 – Arbres décisionnels utilisés pour l’orientation du senior	184
Annexe 14 – Etude de cas : La Fédération Corse pour la Coordination et l’Innovation en Santé	187
Annexe 15 – Fiche de poste de l’IDE faisant partie de l’équipe ressource	211
Annexe 16 – Flyer destiné aux professionnels de santé	213

Annexe 17 – Flyer a destination du public des ateliers de prévention	214
Annexe 18 – Courrier type envoyé au médecin traitant du sénior après la réalisation du step 1 par un professionnel.....	215
Annexe 19 – Cartographie à disposition des professionnels pour l’orientation des séniors (exemple Balagne).....	216
Annexe 20 – Questionnaire pour évaluer le niveau de mise en œuvre d’ICOPE (ICOPE implementation scorecard).....	217

Liste des abréviations

AAP	Appel à projet
AM	Assurance Maladie
AMI	Appel à Manifestation d'Intérêt
APA	Activité Physique Adaptée
ARA	Auvergne Rhône Alpes
ARS	Agence Régionale de Santé
CAI	Crédit d'Amorçage et d'Ingénierie
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDC	Cahier Des Charges
CFPPA	Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
COFIL	Comité de pilotage
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CNIL	Commission Nationale de l'Information des Libertés
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGOS	Direction Générale de l'Organisation des Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
FCCIS	Fédération Corse pour la Coordination et l'Innovation en Santé
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FISS	Fonds pour l'Innovation du Système de Santé
GIR	Groupe Iso-Ressource, correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée
GRADeS	Groupeement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé
HCL	Hospices Civils de Lyon
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IDEC	Infirmière Diplômée d'Etat de Coordination
ICOPE	Integrated Care for Older PEople
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSPU	Maison de Santé Pluridisciplinaire Universitaire
MT	Médecin Traitant
NIR	Numéro d'Inscription au Répertoire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PACA	Provence Alpe Côte d'Azur
PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PS	Professionnel de Santé
REX	Retour d'Expérience
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SAD	Services A Domicile
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAS	Service d'Accès aux Soins
SI	Système d'Information
SPASAD	Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

Définitions

Le glossaire ci-dessous regroupe les définitions des termes et concepts utilisés tout au long de l'expérimentation, afin d'éclaircir les notions essentielles à la compréhension des informations présentées dans ce rapport.

Les acteurs du parcours

PORTEURS	
PORTEUR EXPERIMENTATEUR	Ensemble des équipes ayant répondu à l'AMI
PARTENAIRES INSTITUTIONNELS	Ensemble des institutions intervenant dans la structuration du programme ou en appui (méthodologique, financier...).
	<i>Ex. ARS, CARSAT</i>
PARTENAIRES OPERATIONNELS	Ensemble des partenaires mobilisés pour la démarche aller-vers, le repérage des seniors et la prise en charge des seniors.
	<i>Ex. CPTS, MSP, CCAS, bénévoles, associations</i>

Les modalités de dépistage (step 1)

AUTO-EVALUATION	L'action de dépistage menée par un senior, en autonomie ou avec l'aide d'un proche (ou aidant), sur l'outil numérique utilisé sur son territoire.
HETEROEVALUATION	L'action de dépistage d'un senior menée avec l'appui d'un professionnel du secteur de la santé ou non.
PRIMO OU PREMIER DEPISTAGE	Terme faisant référence au premier dépistage réalisé du senior
REITERATION OU ITERATION	Terme faisant référence à la réalisation d'un nouveau dépistage du senior

Les étapes du parcours ICOPE

PREMIER DEPISTAGE	L'action de dépistage menée par un senior, en autonomie ou avec l'aide d'un proche (ou aidant), sur l'outil numérique utilisé sur son territoire.
HETEROEVALUATION	L'action de dépistage d'un senior menée avec l'appui d'un professionnel du secteur de la santé ou non.
PRIMO DEPISTAGE	Terme faisant référence au premier dépistage réalisé du senior
REITERATION	Terme faisant référence à la réalisation d'un nouveau dépistage du senior

Liste des figures

Figure 1 : Taux d'atteinte de l'objectif d'inclusion fixé dans le cahier des charges, par porteur expérimentateur	16
Figure 2 : Répartition géographique des 13 porteurs expérimentateurs.....	29
Figure 3 : Modèle organisationnel du parcours expérimental ICOPE.....	30
Figure 4 : Calendrier théorique de l'expérimentation, issu du cahier des charges.....	37
Figure 5 : Questions évaluatives, extrait du protocole de l'expérimentation	38
Figure 6 : Calendrier effectif des deux phases d'évaluation	39
Figure 7 : Schéma d'un maillage territorial assuré par le porteur expérimentateur.....	51
Figure 8 : Schéma d'un maillage territorial assuré par les CPTS existantes	52
Figure 9 : <i>Territoire couvert par les HCL et sa zone grise (non couverte)</i>	52
Figure 10 : Schéma d'un maillage territorial assuré de manière hybride, par le porteur et les acteurs territoriaux.....	53
Figure 11 : Recensement des actions menant à l'engagement des professionnels	55
Figure 12 : Etat des lieux des dépenses du volet formation de l'enveloppe CAI, par porteur expérimentateur	59
Figure 13 : Classement des actions d'accompagnement des professionnels selon leur efficacité.....	60
Figure 14 : Schéma des étapes de la gestion des alertes centralisée.....	65
Figure 15 : Schéma des étapes de la gestion des alertes non centralisée.....	66
Figure 16 : Évolution des alertes entre les étapes de dépistage et de validation des alertes	68
Figure 17 : Nombre de seniors ayant réalisé chacune des étapes du parcours	71
Figure 18 : Répartition des professionnels accompagnant les seniors sur leur premier step 1, chiffres issus des données mises à disposition par la CNAM	77
Figure 19 : Taux d'atteinte de l'objectif d'inclusion fixé dans le cahier des charges, par porteur expérimentateur	78
Figure 20 : Évolution cumulée des inclusions de tous les porteurs expérimentateurs, selon les SI porteurs à date de décembre 2023	79
Figure 21 : Répartition des seniors inclus selon leur âge - moyenne de l'échantillon 74 ans	81
Figure 22 : Proportion de seniors vulnérables, par critère de vulnérabilité	82
Figure 23 : Taux de réalisation effectif des réitérations du step 1	84

Figure 24 : Répartition des professionnels de santé réalisant des dépistages par profession, issus des SI porteurs expérimentateurs.....	86
Figure 25 : Répartition des professionnels hors santé réalisant des dépistages par profession, issus des SI des porteurs expérimentateurs	87
Figure 26 : Compréhension du parcours par les seniors ayant répondu à l'enquête (2 663 répondants).....	90
Figure 27 : Bénéfices perçus sur la santé des répondants, en % de répondants concernés (enquête en ligne 2024).....	98
Figure 28 : Évolutions constatées chez les répondants à l'enquête sénior 2024.....	101
Figure 29 : Schéma récapitulatif des modalités de financement du parcours ICOPE.....	102
Figure 30 : Dépenses effectives de l'enveloppe animation territoriale par porteur expérimentateur, à date de décembre 2023	106
Figure : Processus de rémunération des professionnels de santé et hors santé dans le cadre du parcours ICOPE	113
Figure : Cadre de mise en œuvre d'ICOPE OMS	117
Figure : Territoire couvert par le porteur expérimentateur HCL et sa zone grise (non couverte)	148
Figure : Modèle organisationnel déployé par les HCL sur leur territoire d'expérimentation	149
Figure : Photographies de l'exposition "Voyager au cœur du bien vieillir"	150
Figure : Evolution temporelle des effectifs par étape du parcours ICOPE.....	152
Figure : Répartition des seniors inclus selon leur âge et leur sexe en comparaison aux données INSEE de la région Auvergne-Rhône-Alpes.....	153
Figure : Evolution temporelle du nombre cumulé de step 1 en primo-dépistage et en réitération	154
Figure : Répartition des dépistages selon leur modalité de prise en charge	154
Figure : Répartition des professionnels de santé ou non, ayant réalisé les primo-dépistage	155
Figure : Répartition des dépistages selon leur lieu de réalisation	156
Figure 43 : Evolution temporelle du nombre cumulé d'évaluation approfondie	158
Figure 44 : Modèle organisationnel déployé par les CPTS Mulhouse Colmar sur leur territoire d'expérimentation	167
Figure 45 : Evolution temporelle des effectifs par étape du parcours ICOPE.....	171
Figure 46 : Répartition des seniors inclus selon leur âge et leur sexe en comparaison aux données INSEE du département du Haut-Rhin	171

Figure 47 : Evolution temporelle cumulée des dépistages et leurs réitérations	172
Figure 48 : Répartition des dépistages selon leur modalité de prise en charge.....	173
Figure 49 : Répartition des professionnels, de santé ou non, ayant réalisé les primo-dépistage	173
Figure 50 : Répartition des dépistages selon leur lieu de réalisation.....	174
Figure 51 : Exemple d'arbre décisionnel mis en place pour l'agglomération de Colmar	176
Figure 52 : Evolution temporelle du nombre cumulé d'évaluation approfondies.....	177
Figure 53 : Modèle organisationnel déployé par la FCCIS Corse sur leur territoire d'expérimentation	200
Figure 54 : Capture d'écran de l'outil métier développé par la FCCIS pour répondre aux besoins de l'évaluation	203
Figure 55 : Répartition des seniors inclus selon leur âge et leur sexe en comparaison aux données INSEE de la région Corse	204
Figure 56 : Evolution temporelle des effectifs par étape du parcours ICOPE.....	205
Figure 57 : Evolution temporelle cumulée des dépistages sur l'année 2023	206
Figure 58 : Répartition des professionnels, de santé ou non, ayant réalisé les primo-dépistages	206
Figure 59 : Evolution temporelle du nombre cumulé de dépistage en Corse	207
Figure 60 : Evolution temporelle du nombre cumulé de step 2	208

Liste des tableaux

Tableau 1 : Montants alloués pour les prestations dérogatoires, issus du cahier des charges	35
Tableau 2 : Montants alloués pour les crédits d'amorçages et d'ingénierie, issus du cahier des charges	36
Tableau 3 : Synthèse du besoin de financement pour les porteurs expérimentateurs issus de l'AMI	36
Tableau 4 : Liste des porteurs expérimentateurs, de leur date d'entrée dans l'expérimentation et de la population cible définie lors du cahier des charges	46
Tableau 5 : Montants globaux des enveloppes attribuées aux porteurs expérimentateurs ..	48
Tableau 6 : Récapitulatif des modèles déployés et des actions réalisées	53
Tableau 7 : Réseaux constitués par chacun des porteurs expérimentateurs	54
Tableau 8 : Nombre de professionnels formés par étape du parcours et par porteur expérimentateur à date de juin 2024	57
Tableau 9 : Montants dépensé par porteur expérimentateur à date de décembre 2023, rapporté à la formation d'un professionnel de santé, selon le nombre professionnel formé à date de juin 2024.....	58
Tableau 10 : Recensement des outils numériques utilisés au cours du parcours	62
Tableau 11 : Visibilité de la coordination du parcours pour les porteurs expérimentateurs et les différents partenaires.....	62
Tableau 12 : Nombre d'entités réalisant la gestion des alertes par porteur expérimentateur, ainsi que le taux d'alertes traitées.....	68
Tableau 13 : Nombres de séniors ayant réalisé un step 2 par rapport au nombre de séniors inclus par porteur expérimentateur	71
Tableau 14 : Nombres de séniors ayant réalisé un step 3 par rapport au nombre de séniors en step 2 par porteur expérimentateur.....	73
Tableau 15 : Leviers de succès et difficultés rencontrées pour les professionnels et les séniors dans le cadre du step 1	77
Tableau 16 : Détail des inclusions et leur taux d'atteinte de l'objectif en fonction de la population cible.....	79
Tableau 17 : Taux de professionnels effecteurs par rapport aux professionnels formés	89
Tableau 18 : Montants dépensés en prestation dérogatoire par les porteurs expérimentateurs, à partir des données de facturation	103
Tableau 19 : Tableau de répartition des dépenses de l'enveloppe CAI, par porteur expérimentateur, à date de décembre 2023	104

Tableau 20 : Répartition des dépenses de l'enveloppe animation territoriale par porteur expérimentateur à date de décembre 2023	107
Tableau 21 : Sources de financement complémentaires aux enveloppes CNAM pour l'expérimentation	108
Tableau 22 : Données de parcours de tous les porteurs expérimentateurs, selon les remontées du SI à décembre 2023	110
Tableau 23 : Tableau de consommation des CAI et de l'enveloppe animation territoriale, daté de décembre 2023	111
Tableau 24 : Cout de production des étapes du parcours individuellement et dans leur ensemble.....	112
Tableau 25 : Comparaison du cadre ICOPE tel que conçu par l'OMS a celui déployé en France	118
Tableau 26 : Evolution des altérations entre le premier dépistage et les réitérations	156
Tableau 26 : Répartition des postes de dépenses des différentes enveloppes perçues	170
Tableau 27 : Evolution des altérations entre le premier dépistage et les réitérations	175
Tableau 28 : Liste des équipes impliquées par territoire d'exercice	200

Synthèse

L'évaluation du dispositif ICOPE a rencontré plusieurs obstacles qui ont compromis la précision et la fiabilité des résultats. La non-participation de certains porteurs expérimentateurs aux phases finales des travaux d'évaluation a limité la représentativité des données collectées, ce qui induit un risque de biais significatif. Par ailleurs, les remontées d'informations financières se sont révélées hétérogènes, traduisant des pratiques de gestion variables entre les porteurs expérimentateurs et complexifiant l'analyse financière globale de l'expérimentation.

Les données pseudonymisées ont présenté de nombreuses anomalies, notamment des incohérences de dates et de critères d'âge, compromettant ainsi la qualité des analyses. De plus, des lacunes importantes ont été observées dans les informations disponibles, telles que le recours fréquent à la mention « données manquantes », l'absence de renseignement sur les lieux de dépistage pour une part significative des tests (70,5%), et des défauts de codage pour certaines modalités d'évaluation. Le fort taux de perte entre les étapes successives du parcours réduit également la représentativité des résultats relatifs à la vulnérabilité des seniors.

1. Opérationnalité et efficacité

Gouvernance et pilotage

Le programme ICOPE, développé par l'OMS, a pour objectif de favoriser le vieillissement en bonne santé en prévenant la perte d'autonomie chez les personnes âgées. Il se concentre sur la détection précoce des déficits fonctionnels dans des domaines clés (mobilité, nutrition, cognition, etc.). En 2019, une première expérimentation a été menée à Toulouse en partenariat avec le Gériatopôle du CHU. Le programme s'est étendu à partir de 2020 à d'autres régions françaises via l'Article 51.

Le programme, déployé dans le cadre de l'Article 51, vise spécifiquement à améliorer la précocité du diagnostic et de la prise en charge du déclin fonctionnel chez les seniors. Il s'efforce d'intégrer durablement le dépistage et la prise en soin dans les pratiques des soins primaires, tout en ciblant en priorité les seniors les plus vulnérables en raison de leur isolement, de leur précarité ou d'un accès difficile aux soins. En parallèle, il renforce la coordination des services de santé communautaires et promeut l'utilisation d'outils numériques pour structurer le parcours de prévention et orienter l'offre vers les populations qui en ont le plus besoin. Le Gériatopôle de Toulouse a joué un rôle central en tant que référent technique et pédagogique, diffusant les bonnes pratiques d'utilisation du système d'information (SI) ICOPE Monitor et en fournissant des supports de formation pour les étapes 1 et 2 du programme (dépistage et suivi), facilitant la mise en place des formations par les autres porteurs expérimentateurs pour leurs équipes. Le CHU de Tours a également pris part au déploiement du SI.

Le pilotage national d'ICOPE s'est concentré sur l'animation continue des porteurs expérimentateurs, avec des comités de suivi réguliers pour harmoniser les pratiques. Des « cafés des porteurs » ont été organisés pour favoriser les échanges entre les expérimentateurs et répondre à leurs questions. Malgré cela, un manque de clarté sur les interlocuteurs a généré des frustrations, certains porteurs ayant exprimé le besoin d'un interlocuteur dédié pour des questions opérationnelles quotidiennes.

Déploiement du dispositif

Le déploiement d'ICOPE s'est déroulé en deux vagues : en 2020 avec huit porteurs expérimentateurs et en 2022 avec cinq nouveaux porteurs expérimentateurs. Les structures porteuses étaient variées, ce qui a conduit à des déploiements spécifiques selon les contextes locaux.

Les porteurs expérimentateurs devaient structurer :

- **La démarche « aller vers »** : déployer des organisations pour faire diffuser la dynamique de l'expérimentation auprès des professionnels et des organisations de leur territoire
- **Le déploiement du parcours ICOPE pour les usagers** : organiser les différentes étapes afin de permettre l'inclusion des seniors et leur apporter l'accompagnement défini dans le cahier des charges

Des stratégies de déploiement inégalement mises en œuvre

Chaque porteur s'est doté d'une équipe de soutien composée à minima de chefs de projet, de référents SI, et parfois de référents financiers : les rôles d'animation territoriale, de gestion du SI et de gestion financière ont ainsi été intégralement portés par les porteurs expérimentateurs.

Les stratégies de déploiement ont été influencées par la nature du porteur (établissement hospitalier universitaire, structure de coordination ou fédération) et par le type de territoire concerné (rural ou urbain).

Pour la démarche « aller-vers » deux stratégies de déploiement ont émergé :

1. **La stratégie de centralisation**, où les porteurs expérimentateurs se chargent intégralement de l'animation du territoire et de l'implication des professionnels dans le parcours
2. **La stratégie de décentralisation**, totale ou partielle, où les porteurs expérimentateurs ont délégué aux CPTS du territoire la réalisation de l'animation territoriale à des structures locales, telles que des CPTS, MSP ou EHPAD, sur tout ou une partie de leurs territoires. Dans certains cas ces partenariats se sont appuyés sur des conventions permettant une allocation ciblée des ressources aux structures locales.

Ces stratégies dépendent à la fois de la possibilité de déléguer, selon la présence de structures délégataires sur les sous-territoires, et de la portée souhaitée du dispositif, tant du point de vue géographique que du point de vue du nombre de patients. Dans ce contexte, le programme ICOPE a initié la création de réseaux intersectoriels d'acteurs autour du thème de la prévention chez les personnes âgées, favorisant le développement d'une culture partagée de la prévention. Toutefois, la réalité du fonctionnement de ces réseaux devra être vérifiée au long cours pour s'assurer de leur pérennité et de leur efficacité.

L'objectif d'engagement et de pérennisation de l'implication des professionnels opérant dans le cadre du programme s'est basé sur des approches favorisant la proximité, un accompagnement direct et des échanges réguliers. En revanche, les méthodes de communication plus générales ont montré une efficacité limitée du fait d'un manque d'adéquation avec les différentes cibles spécifiques (médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.).

Pour le déploiement du parcours coordonné de l'utilisateur, là encore le type de porteur (CPTS, établissements hospitaliers, mutualités, etc.) et la nécessité de créer ou non des outils adaptés ont été des facteurs déterminants dans la rapidité de mise en œuvre du programme. Les CPTS, déjà structurées autour de la prévention, ont pu se mobiliser plus facilement et engager rapidement les actions nécessaires au déploiement du programme. Cependant, cette mobilisation n'a pas nécessairement entraîné des résultats d'inclusion plus élevés, ceux-ci restant influencés par d'autres facteurs tels que la participation effective des professionnels, la disponibilité des outils adaptés, et d'autres critères de terrain. Les porteurs ayant dû développer leurs propres outils ont rencontré des retards qui ont freiné la montée en charge sur leur territoire.

Des outils numériques et systèmes d'informations hétérogènes, peu adaptés aux personnes âgées, qui ont nui à la coordination des parcours

Les outils numériques déployés dans le cadre du programme ICOPE, ont rencontré plusieurs défis en matière d'efficacité. Leur multiplicité et leur complexité, notamment pour les personnes âgées, ont freiné leur adoption. La diversité des systèmes d'information (SI) tels qu'ICOPE Monitor, ICOPE et moi, ainsi que d'autres outils régionaux, a permis aux porteurs de s'adapter à leurs besoins spécifiques, mais a aussi engendré des incohérences dans le suivi et la coordination des parcours des patients.

Une minorité des professionnels de santé interrogés a signalé des difficultés lors de la prise en main de ces outils, citant notamment des problèmes techniques récurrents, un manque de traçabilité et des difficultés à partager des informations entre partenaires. Seuls 39 % des professionnels interrogés ont eu accès à l'intégralité du parcours des personnes âgées, révélant une fragmentation du suivi du parcours qui nuit à une prise en charge fluide et continue. Parmi les 61 % des professionnels de santé n'ayant pas eu accès à l'intégralité du parcours, 65 % ont exprimé le souhait de pouvoir consulter des informations essentielles, telles que les orientations proposées, les retours sur les actions entreprises, ainsi que la coordination interprofessionnelle.

Enfin, la fracture numérique chez les seniors, combinée à la complexité des interfaces, a limité l'utilisation de ces outils par la population cible : 71% des seniors interrogés déclarent ne pas utiliser ou rencontrer des difficultés avec l'application et le site internet. Cela souligne la nécessité de simplifier les systèmes et de proposer un accompagnement personnalisé pour encourager leur adoption.

Organisation et fonctionnement du parcours

Un dépistage en majorité réalisé par des professionnels de santé, mais qui ne permet pas d'atteindre la cible visée malgré la mobilisation d'acteurs diversifiés

Le dépistage (step 1) dans le programme ICOPE peut se faire via trois modalités :

1. Auto-évaluation par le senior
2. Hétéro-évaluation non rémunérée, réalisée par un aidant ou un acteur du secteur social
3. Hétéro-évaluation rémunérée par un professionnel de santé

La majorité des dépistages (68%), a été réalisée par des professionnels de santé via des hétéro-évaluations rémunérées. Les dépistages ont principalement eu lieu dans les lieux

d'exercice des professionnels impliqués, l'accessibilité pour les personnes âgées en situation d'isolement géographique ou social en a été réduite, limitant ainsi leur inclusion. Le volume des hétéroévaluations non rémunérées est incertain et probablement sous-estimé, en raison d'un faible renseignement dans le système d'information.

Face aux enjeux de déploiement, les trois modalités de dépistage proposées dans le programme ICOPE – l'accompagnement rémunéré par des professionnels de santé, l'accompagnement non rémunéré par des professionnels hors santé, et l'auto-évaluation – se sont révélées complémentaires. L'accompagnement par des professionnels de santé a largement contribué à la détection, mais ne suffit pas à atteindre les populations les plus vulnérables, souvent éloignées des soins. L'accompagnement non rémunéré¹, bien que sous-utilisé, a mieux touché ces populations, tandis que l'auto-évaluation, adaptée aux seniors autonomes, nécessite un soutien initial pour garantir son efficacité. Malgré ces efforts, les résultats montrent que l'atteinte des populations cibles définies dans le cahier des charges est hétérogène selon les territoires.

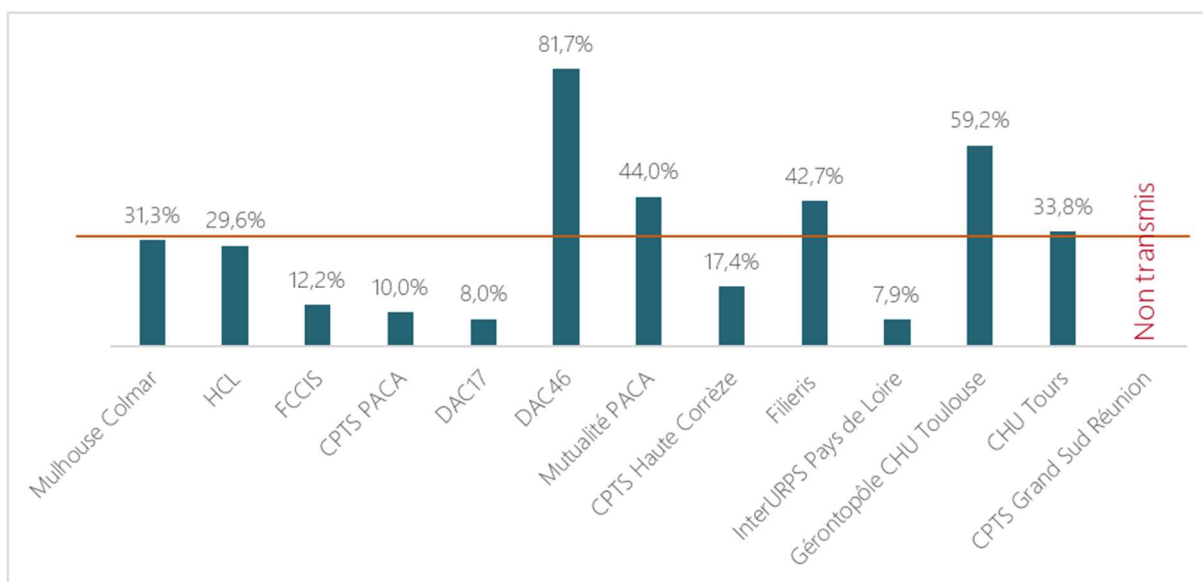


Figure 1 : Taux d'atteinte de l'objectif d'inclusion fixé dans le cahier des charges, par porteur expérimentateur

En moyenne, à partir des données remontées du SI à la fin de décembre 2023, seulement 31,5 % (15 280 seniors sur 53 538²) de la population cible a été atteinte, avec des disparités notables entre les territoires : Toulouse a atteint 59,2 % de son objectif, tandis que le DAC 17 et l'InterURPS Pays de la Loire ont seulement atteint 8 % du leur. Ces écarts montrent la complexité de l'atteinte des cibles fixées initialement.

Selon les données déclaratives des porteurs transmises au pilote national en octobre 2024, une progression est observée dans le nombre de seniors aux différentes étapes du parcours.

¹ Le manque de données pour différencier les auto-évaluations des hétéroévaluations non-rémunérées ne permet pas de conclure quant aux proportions réelles de ces deux modalités.

² A noter que seuls 12 porteurs expérimentateurs sont comptés, la CPTS Grand Sud Réunion n'ayant pas fait remonter ses données par le processus de mise à disposition.

A cette date, 26 389 séniors ont été inclus dans le dispositif, représentant 48,4 % de l'objectif initial.

62% des évaluations ont donné lieu à la gestion d'alertes parmi lesquelles on trouve un nombre important de faux positifs

Les alertes générées à la suite des dépistages étaient gérées soit de manière centralisée (par le porteur expérimentateur), soit de manière décentralisée (par des structures locales comme les CPTS). Deux problèmes ont été identifiés : un trop grand nombre de faux positifs dans les alertes générées par le SI, et un manque de standardisation dans la gestion des alertes (absence de processus de relance ou d'abandon lorsqu'il est impossible de joindre un sénior). En cas de généralisation, une attention particulière devra être portée sur ces deux points : une procédure claire pour la gestion des alertes est impérative afin de réduire les faux positifs et une harmonisation des pratiques entre les porteurs expérimentateurs.

La gestion des alertes dans le programme ICOPE repose sur une proximité avec les séniors et une continuité dans le suivi, permettant d'assurer une prise en charge réactive. Cependant, plusieurs obstacles limitent son efficacité. Selon les professionnels en charge de la gestion des alertes, certains séniors se montrent réticents à partager des informations sensibles, comme leur numéro de sécurité sociale, par téléphone, soulevant des préoccupations quant à l'utilisation de leurs données personnelles. De plus, le programme fait face à un taux d'appels non aboutis élevé, avoisinant un tiers des tentatives, ce qui entrave de manière conséquente la réactivité et la pertinence du suivi.

Par ailleurs, le passage des alertes déclenchées au step 1 aux alertes effectivement validées après l'étape de gestion des alertes montre une diminution, souvent imputée à des fausses alertes ou des erreurs de dépistage. Ce constat met en évidence la nécessité d'ajuster le système d'information pour renforcer la fiabilité du processus de dépistage. L'établissement de bonnes pratiques, notamment pour la gestion des non-réponses et l'amélioration des outils de détection, serait crucial pour optimiser l'efficacité de la gestion des alertes et garantir une meilleure continuité de la prise en charge des séniors.

Le suivi du parcours met en évidence de faibles taux de réalisation des step 2 et 3

Le déploiement du parcours ICOPE révèle des pertes de suivi significatives à chaque étape selon les données remontées du SI à la fin décembre 2023 : seuls 81 % des séniors ayant eu au moins une alerte déclenchée au step 1 ont été pris en charge avec une gestion des alertes par un professionnel; seuls 16% des alertes gérées ont débouché sur une évaluation approfondie - step 2 - (soit 10% du total des dépistages) et in fine sur 375 entretiens motivationnels - step 3 - (soit un peu moins d'un quart des steps 2, 4% des alertes gérées et 2,5% des tests de dépistages réalisées)³. En d'autres termes, pour procéder à un entretien motivationnel, il faut avoir réalisé 41 tests de dépistage. De plus, en moyenne, seuls 26 %

³ Les données déclaratives des porteurs, remontées au pilote national, témoignent d'une augmentation du nombre de step 2 et de step 3 pour atteindre respectivement 3 014 step 2 et 634 step 3, à date d'octobre 2024. Cependant, des taux faibles (et dégradés par rapport aux données de décembre 23) de parcours continuent d'être observés avec uniquement 17% des alertes confirmées qui mènent à une évaluation approfondie et 21% des évaluations approfondies qui mènent à un entretien motivationnel.

des séniors réalisent les réitérations de step 1, bien que le programme ICOPE prévoie une répétition régulière de cette étape tous les six mois à un an, selon les besoins évalués par le clinicien. Ce taux relativement bas pourrait limiter la détection de nouvelles dégradations fonctionnelles, réduisant ainsi l'efficacité de la prévention et la capacité à répondre aux besoins évolutifs des séniors.

Systématiser le passage au step 2 en cas d'alerte a été identifié comme un levier important pour améliorer l'adhésion des séniors et renforcer la continuité du parcours. Néanmoins, les disparités territoriales sont marquées, notamment en raison des différences d'offres de soins et de la disponibilité des professionnels sur chaque territoire d'expérimentation. Cette inégalité de moyens, ainsi que la dépendance à la disponibilité locale des professionnels de santé, jouent un rôle déterminant dans la réussite du déploiement du parcours, limitant son impact et sa capacité à garantir une prise en charge cohérente et durable pour tous les séniors.

Après deux années de fonctionnement, l'expérimentation atteignait un taux d'inclusion de 31% du nombre de séniors qui était initialement visé

La cible manquée des séniors vulnérables

Le programme ICOPE définit plusieurs critères de vulnérabilité, incluant l'isolement social, la précarité socio-économique, le statut d'aidant, et l'éloignement des soins. Ces critères permettent d'identifier les personnes âgées les plus à risque et de cibler les interventions. Toutefois, la majorité des porteurs expérimentateurs s'est principalement appuyée sur les critères du « statut d'aidant » et de l'éloignement des soins pour repérer les séniors vulnérables. En conséquence, ce ciblage ne prend pas en compte les six dimensions de vulnérabilité définies au début de l'expérimentation, ce qui limite l'identification complète des séniors à risque.

Les critères de vulnérabilité utilisés dans le programme sont interprétés de manière hétérogène par les porteurs expérimentateurs, ce qui complique l'identification cohérente des séniors à risque. Cette variabilité nuit à l'application uniforme des critères et, par conséquent, à la prise en charge des personnes les plus vulnérables.

L'évaluation des données montre que les porteurs expérimentateurs ont touché une faible proportion de la population cible, en particulier les séniors vulnérables. Seuls 43% des séniors ayant fait une évaluation approfondie (step 2), soit 651 séniors, ont présenté au moins une des vulnérabilités définies lors des travaux initiaux⁴. Le programme ICOPE, conçu pour renforcer le ciblage de cette population, n'a donc atteint que partiellement cet objectif. Pour y remédier, des actions spécifiques ont été mises en place, notamment le recours aux aidants et aux acteurs du secteur social et médico-social, bien que ces derniers n'aient pas été rémunérés pour leur implication, limitant ainsi leur engagement et la perception de l'impact de leur implication dans le dispositif. En outre, une grande partie des inclusions ayant été réalisées par le CHU de Toulouse, cela souligne encore davantage la difficulté de déployer le dispositif au sein du secteur des soins de premier recours.

⁴ La vulnérabilité d'un sénior est définie selon les critères suivants : le sénior vit seul, le sénior n'a pas de fréquentation de son entourage, le sénior n'a pas de mutuelle, le sénior n'a pas eu de consultation médicale dans les 12 derniers mois, le sénior a des soucis financiers, le sénior a le statut d'aidant.

Bien que l'auto-évaluation et l'accompagnement non rémunéré soient des outils précieux pour atteindre les seniors les plus vulnérables, ceux éloignés du système de soins, restent insuffisamment inclus. L'absence de financement dédié aux professionnels de proximité constituent des freins majeurs à leur participation. Renforcer les démarches de proximité en impliquant davantage les acteurs locaux, tels que les CCAS, les plateformes de répit et les associations, apparaît essentiel pour toucher cette population. Il serait également pertinent de prévoir une rémunération adaptée pour les professionnels hors santé, dont l'engagement bénévole a déjà été prouvé, afin de renforcer leur implication.

L'appropriation du dispositif par les seniors : une large adhésion au principe mais qui ne se traduit pas par une participation au parcours pour des raisons diverses

Bien que la majorité des seniors participent volontiers au programme ICOPE, ils ne ressentent souvent pas le besoin initial de s'engager, notamment en l'absence de signes de fragilité perçus. Les principaux leviers d'adhésion reposent sur le désir de se rassurer sur leur état de santé et de recevoir des conseils de prévention, en particulier concernant les troubles cognitifs. Les rappels réguliers et la continuité du suivi, idéalement avec le même professionnel et à domicile, jouent un rôle clé dans le maintien de leur engagement à long terme. Toutefois, certains freins limitent l'efficacité du programme : le déni des difficultés, la peur des résultats ou encore des obstacles liés à la mobilité freinent la participation. L'absence de rappels ou de suivi après le step 1 constitue également une barrière majeure et entraîne un décrochage important des personnes âgées.

L'expérience des seniors plus jeunes diffère, car ils sont généralement plus motivés par des démarches préventives, tandis que les seniors plus âgés participent souvent par nécessité. Convaincus de l'utilité du dispositif, les seniors perçoivent le programme comme un outil structuré qui les aide à mieux prendre conscience de leur état de santé et de leur fragilité, les incitant ainsi à consulter ou à adopter des mesures préventives. Pour améliorer l'efficacité du programme, il serait pertinent de renforcer le suivi et d'adapter les approches aux besoins et freins spécifiques des différentes catégories de seniors.

L'implication des professionnels difficile à maintenir dans le temps, malgré la brièveté de l'expérimentation

Adhésion des professionnels

La mobilisation des professionnels de santé, initialement forte, a diminué avec le temps, notamment en raison d'un financement jugé insuffisant et d'une culture de la prévention souvent éloignée de leurs pratiques habituelles. Pour les professionnels hors santé, l'absence de rémunération a constitué un frein à leur implication.

La formation dispensée aux professionnels pour leur permettre de s'impliquer est globalement perçue comme efficace et bien adaptée aux besoins opérationnels du dispositif ICOPE, notamment pour le dépistage (step 1). Toutefois, des améliorations sont nécessaires pour les steps 2 et steps 3, où un manque de mises en pratique, ont été identifiés comme des points faibles. Une formation plus approfondie sur des compétences clés (step 3) est également attendue par les professionnels. Les professionnels formés expriment également le besoin de

rappels réguliers pour maintenir leurs compétences à jour et renforcer leur confiance dans l'application des techniques apprises.

Le taux de professionnels formés qui mettent réellement en pratique les formations par leur implication dans la mise en œuvre du programme est relativement faible, avec une moyenne de 35,7 %⁵. Bien que la formation soit perçue comme efficace et adaptée, cette situation souligne un manque d'accompagnement post-formation, nécessaire pour transformer les compétences acquises en actions concrètes et pérennes.

Les pratiques professionnelles de santé n'ont pas évolué vers un renforcement de la prévention

L'expérimentation ICOPE a mis en évidence des défis majeurs en matière d'évolution des pratiques professionnelles, notamment chez les professionnels de santé. Bien que le programme soit conçu pour renforcer la prévention et le dépistage précoce, les habitudes curatives ancrées, le manque de formation approfondie et les contraintes de temps ont freiné l'adoption de ces nouvelles pratiques. Ainsi, malgré une forte implication des professionnels de santé dans le step 1 (68,7 % des dépistages), ils peinent à intégrer le reste du parcours dans leur routine quotidienne, ce qui limite l'efficacité globale du programme. De leur côté, les professionnels hors santé⁶ ont su développer des compétences précieuses qui ont renforcé leur rôle dans la prise en charge des seniors. Cependant, cette contribution reste sans valorisation financière ni reconnaissance formelle, ce qui freine leur engagement à long terme.

La faible activité des entités impliquées, avec seulement 7 seniors dépistés en moyenne par entité (professionnels ou structures identifiés par un code AM), interroge sur la pertinence et l'efficacité du dispositif dans sa configuration actuelle. Ce résultat peut s'expliquer par plusieurs freins structurels notables, tels que le manque de temps, une rémunération jugée inadaptée, et une acculturation encore insuffisante à la prévention parmi les professionnels de santé.

L'implication limitée, voire manquée des médecins

L'implication limitée des médecins traitants constitue une opportunité manquée pour une prise en charge plus globale et coordonnée des seniors. Leur rôle pourrait être déterminant, notamment en matière de coordination des soins et d'orientation, ce qui en fait des acteurs indispensables dans l'élaboration et la validation des plans de prévention. Il est essentiel de renforcer la sensibilisation des médecins traitants pour qu'ils jouent le rôle d'ambassadeurs, inspirant confiance aux patients et facilitant leur engagement dans le programme.

⁵ Attention, le calcul du taux effecteur a été réalisée sur la base de deux sources de données différentes ce qui ne permet pas de le fiabiliser.

⁶ Leur proportion de participation aux dépistages ne peut pas être donnée de manière fiable, du fait de l'absence de données permettant de différencier les hétéroévaluations non-rémunérées des auto-évaluations.

Le modèle économique a permis d'amorcer la mise en place de la démarche ICOPE, mais sa fragmentation et ses manques ne favorisent pas à la coordination et le déploiement au long court

Les enveloppes CAI et EAT sont nécessaires pour garantir les moyens suffisants d'une chefferie de projet, mais ont été diversement utilisées selon les sites expérimentateurs

Le modèle économique d'ICOPE repose sur un financement mixte combinant dotation pour la structuration du parcours et système de forfaits pour chaque étape. Sur les trois années d'expérimentation, un total de 4 019 442€ de dotations a été alloué aux porteurs expérimentateurs. Ce montant se compose de crédits d'amorçage et d'ingénierie (2 008 482€), spécifique à la démarche ART 51, finançant la gouvernance, la formation, la communication, ainsi que pour la contribution technique du Gérontopôle, et d'une enveloppe d'animation territoriale de 2 010 960€ finançant la mobilisation et la coordination des partenaires locaux.

Les enveloppes budgétaires prévues par la CNAM (CAI et animation territoriale), ont été sous-utilisées (56,2% des CAI et 39,2% de l'EAT consommés en décembre 2023). Cette sous-utilisation peut s'expliquer par un manque de temps et de ressources pour déployer les actions prévues. Cette sous-consommation des enveloppes témoigne des difficultés rencontrées sur le terrain, tant en termes de calendrier qu'en raison des contraintes opérationnelles. Aucune corrélation claire n'a été observée entre les dépenses engagées pour la gouvernance, la communication, et la formation, et les résultats obtenus en termes de partenariats ou d'inclusion des seniors dans le programme ICOPE.

Malgré cette situation, les porteurs expérimentateurs ont unanimement souligné l'importance de pérenniser le financement de la chefferie de projet après l'expérimentation. Ils ont insisté sur le fait qu'un soutien financier durable pour la coordination et le pilotage du projet est crucial pour assurer la continuité des actions entreprises et permettre un déploiement plus efficace des interventions à long terme. Ces financements sont perçus comme un levier indispensable pour maintenir les acquis et garantir le suivi des bénéficiaires au-delà de la phase expérimentale. Ces financements, bien que non pérennes pour les CAI, doivent ainsi être interrogés au regard de leurs bénéfices et du poids financier qu'ils représentent dans le dispositif.

La rémunération forfaitaire du parcours, complexe et fragmentée, ne favorise pas la coordination des parcours et l'engagement des acteurs santé et hors santé

La rémunération des professionnels de santé pour les différentes étapes du programme a été définie à : 18€ pour le test de dépistage (step 1), 11€ pour la gestion des alertes, entre 20€ et 60€ pour une évaluation approfondie⁷⁷ (step 2) et 21€ pour les entretiens motivationnels (step 3). Les professionnels de santé ont jugé leur rémunération insuffisante au regard des temps passés, notamment pour les steps 2 et steps 3 du programme, ce qui a limité l'attractivité du dispositif et leur engagement.

Les professionnels hors santé, qui interviennent au step 1, n'ont, pour leur part, bénéficié d'aucune rémunération, réduisant leur motivation à s'investir pleinement dans le dispositif.

⁷⁷ Pour la réalisation de l'évaluation approfondie (step 2), les professionnels avaient le choix entre un forfait unique de 53€ par évaluation approfondie indépendamment du nombre d'altérations à traiter ou un forfait gradué, variant de 20€ à 60€ par évaluation approfondie, en fonction du nombre d'altérations identifiées.

D'autre part le modèle économique, basé sur une rémunération fragmentée, a montré ses limites, tant en termes d'efficacité voire d'efficience. Bien qu'il ait encouragé une augmentation de l'activité en rémunérant les tâches spécifiques des steps 1, 2 et 3, cette approche n'a pas favorisé la coordination et le déploiement d'un parcours de prévention intégré. La nature compartimentée du modèle peut notamment conduire à un sentiment de chevauchement des financements, via par exemple les consultations de prévention. De plus, l'absence de rémunération dédiée à la coordination du parcours, afin de financer les partenaires qui s'engagent dans ICOPE, a limité la capacité des porteurs à structurer efficacement les actions de déploiement ou a favorisé la mobilisation de financements externes, accentuant ainsi la fragmentation du modèle.

En somme, bien que ce modèle ait permis une mobilisation dans la démarche ICOPE, il n'a pas permis de garantir une coordination optimale ni à maximiser l'utilisation des ressources disponibles pour assurer un déploiement efficace du programme. De plus, les coûts de coordination associés se révèlent significatifs, ajoutant un poids financier non négligeable à l'ensemble du dispositif.

2. Reproductibilité

Le déploiement d'ICOPE Article 51 en France s'aligne partiellement avec le cadre défini par l'OMS

L'expérimentation du dispositif ICOPE dans le cadre de l'Article 51 vise à déployer le dispositif ICOPE OMS en France. Dans le cadre de l'OMS, ce programme cherche à mettre en place une démarche intégrée pour permettre aux seniors de rester en bonne santé et s'appuie sur trois niveaux d'action : le niveau macro (politiques nationales et systèmes de santé), le niveau méso (services locaux) et le niveau micro (bénéficiaires).

Le déploiement ICOPE Art 51 montre que la démarche d'aller vers, visant à mobiliser les acteurs du soin et hors soins dans la démarche, et le dépistage initial (Step 1), qui permet de repérer précocement les vulnérabilités des seniors, ont été plus particulièrement investis dans cette expérimentation. Cependant, la coordination entre les étapes suivantes du parcours reste insuffisante, créant des parcours fragmentés et peu lisibles pour les bénéficiaires.

Sur le plan financier, la démarche d'aller vers fait peser un coût de structure important au déploiement du dispositif. Par ailleurs, le modèle de financement du parcours ICOPE actuel favorise les actes individuels au détriment d'une approche coordonnée, ce qui limite les incitations à la coopération entre les parties prenantes. Les rémunérations insuffisantes des professionnels de santé et l'absence de financement pour les acteurs non médicaux réduisent leur engagement, freinant la mise en œuvre globale du programme.

Enfin, bien que les seniors soient réceptifs au dépistage initial, leur engagement dans les étapes ultérieures reste faible. Ces difficultés compromettent la transition vers un modèle intégré et durable, capable de répondre aux objectifs ambitieux d'ICOPE OMS.

La reproductibilité du dispositif nécessite de réinterroger la démarche d'aller vers, la coordination et le modèle économique

Pour rendre le dispositif ICOPE généralisable et soutenable, plusieurs axes d'amélioration peuvent être explorés. Tout d'abord, il serait important de clarifier les rôles et responsabilités à mobiliser, indépendamment des différents acteurs du parcours, afin de garantir une organisation homogène et lisible malgré la variabilité des territoires d'implantation. Une

meilleure coordination entre les acteurs, soutenue par des outils numériques interoperables, permettra de fluidifier les parcours et d'améliorer la continuité des soins.

Sur le plan financier, une refonte du modèle paraît nécessaire. Plutôt que de valoriser uniquement les actes, il serait intéressant de développer des incitations basées sur des parcours coordonnés, incluant les professionnels de santé et les acteurs non médicaux. De même une réflexion serait à mener sur le coût de la démarche d'aller vers qui pourrait soit être déployée pour l'ensemble des actions de prévention, et non uniquement ICOPE, ou bien être mobilisée uniquement pour des actions spécifiques à une population ciblée de sénior (exemple : les séniors en situation de vulnérabilité financière).

Par ailleurs, une communication plus lisible, voire plus ciblée, auprès des séniors, accompagnée d'un suivi régulier et de résultats accessibles, est indispensable pour renforcer leur engagement.

Enfin, le dispositif gagnerait à s'appuyer sur une stratégie nationale claire, capable de mieux définir la population cible et d'intégrer les multiples initiatives existantes (caisses de retraite, CPTS, etc.) dans une approche harmonisée. Une telle coordination permettrait d'optimiser les multiples actions de prévention et de mutualiser les ressources pour maximiser l'impact du programme.

Aussi, bien que l'expérimentation ICOPE Art 51 ait démontré son potentiel pour initier la démarche ICOPE sur un large territoire français, elle reste encore trop centrée sur le dépistage et ne parvient pas à offrir un parcours véritablement intégré. Une réflexion en matière de coordination, de financement et d'engagement des parties prenantes semblent nécessaires pour transformer ce dispositif en un modèle structuré, soutenable et adapté à une généralisation à l'échelle nationale.

1. Objectifs et description de l'expérimentation

1.1. Fiche signalétique du projet

Titre de l'expérimentation	ICOPE (Programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge)
Porteur(s)	Le projet est porté par les directions d'administration centrale du ministère du travail, de la santé et des solidarités : la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) avec l'étroite contribution de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS).
Partenaire(s)	▶ Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie ▶ ARS Pays de la Loire ▶ ARS Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA) ▶ ARS Auvergne Rhône-Alpes (ARA) ▶ ARS Corse ▶ ARS La Réunion ▶ ARS Grand Est ▶ ARS Nouvelle aquitaine ▶ ARS Centre Val de Loire
Territoire(s) concerné(s)	Le champ d'application de l'expérimentation est national et concerne neuf régions : 1. Auvergne Rhône-Alpes (Rhône) 2. Corse (deux départements) 3. Occitanie (Haute-Garonne, Ariège, Gers, Lot, Gard et Tarn) 4. Provence-Alpes-Côte d'Azur (Alpes de Hautes Provence, Alpes Maritime, Bouches du Rhône, Vaucluse) 5. Pays de la Loire (Vendée, Maine et Loire et Loire Atlantique) 6. La Réunion 7. Nouvelle Aquitaine 8. Grand Est 9. Centre Val de Loire
Nature du projet	Nationale
Public cible	La population des séniors de 60 ans et plus, en amont de la perte d'autonomie (autonomes et vivant à domicile), avec une priorisation du ciblage sur les séniors en situation de vulnérabilité (isolement social et géographique, éloignement des soins, précarité, statut d'aidant). L'effectif d'inclusion global de l'expérimentation pourra être porté jusqu'à 54 538 séniors au total.
Professionnels de santé et structures impliquées	Région Occitanie ▶ Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse (Gérontopôle) ▶ Filiaris SUD

	▶ DAC 46 Région Pays de Loire ▶ Inter Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Pays de la Loire Région Centre Val de Loire ▶ CHU de Tours Région PACA ▶ Communauté Professionnelle Territoriale de santé (CPTS) PACA ▶ Mutualité française PACA Région Auvergne Rhône Alpes ▶ Hospices Civils de Lyon (HCL) Région Corse ▶ Fédération Corse pour la Coordination et l'Innovation en Santé (FCCIS) Région Nouvelle Aquitaine ▶ CPTS Haute Corrèze ▶ DAC 17 Charente Maritime Région La Réunion ▶ CPTS Grand sud Région Grand Est ▶ InterCPTS Mulhouse-Colmar
Objectifs stratégiques	OS1 : améliorer chez les séniors la précocité du diagnostic et de la prise en soins du déclin des capacités fonctionnelles en prévention de la perte d'autonomie OS2 : intégrer dans les pratiques des communautés d'acteurs des soins primaires des actions de repérage/dépistage et de prise en charge du déclin fonctionnel OS3 : renforcer les capacités des séniors à entretenir leur santé fonctionnelle OS4 : repérer prioritairement les pertes de capacité fonctionnelle chez les séniors les plus à risques du fait d'une situation de vulnérabilité (précarité socio-économique, isolement social, éloignement géographique, éloignement des soins, statut d'aidant). OS5 : renforcer la coordination, l'organisation des services de santé communautaires et le développement du numérique en santé dans le champ de la prévention OS6 : orienter l'accès à l'offre de prévention des territoires vers les populations des séniors qui en ont le plus besoin

Objectifs opérationnels	001 : former et mobiliser les acteurs de soins primaires sur le repérage/dépistage et l'évaluation du déficit des capacités intrinsèques (sur la base de l'outil de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) adapté au contexte français) 002 : s'appuyer sur des compétences à l'approche motivationnelle pour accompagner les seniors aux changements de comportements dans le respect de leurs priorités 003 : structurer une organisation locale des acteurs pour la réalisation des différentes étapes de la démarche ICOPE 004 : mettre en œuvre une démarche d'« aller vers » et mobiliser un partenariat local pour inclure prioritairement les seniors en situations de « vulnérabilité » telles que définies dans cette expérimentation, à savoir précarité, isolement social, géographique ou éloignement du système de soins, en situation d'aidant. 005 : faciliter l'orientation des seniors vers les actions de prévention des territoires sur la base d'un état des lieux des ressources de prévention du territoire 006 : impliquer les seniors dans l'auto suivi de leur santé fonctionnelle par la mise à disposition d'un outil simple d'utilisation 007 : assurer la qualité des actions de dépistage des capacités en limitant le surdiagnostic (éviter les faux positifs) et par une approche éthique respectueuse des souhaits de la personne 008 : s'appuyer sur des outils numériques	
Coût prévu de l'expérimentation	Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS)	8 077 070 M€
	Fonds d'intervention régional (FIR)	N/A
Dates de début	Date de début de l'expérimentation : 6 janvier 2022	
	Publication de l'arrêté : 28 décembre 2021	
	Date d'inclusion du premier patient : 02/10/2020 (CPTS PACA)	
Durée	L'expérimentation est prévue pour une durée de 3 ans (2021-2024) à compter de la publication de l'arrêté du 28 décembre 2021 relatif à l'expérimentation « Programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge (ICOPE) ». La date de fin d'expérimentation sera identique pour tous les expérimentateurs quel que soit la date de leur démarrage.	

1.2. Contexte

Des séniors dépendants de plus en plus nombreux d'ici 2050

Sous l'effet de l'arrivée dans le 3^{ème} âge des baby-boomers et de l'amélioration de l'espérance de vie, la pyramide des âges va progressivement évoluer jusqu'à être **profondément modifiée à l'horizon 2050**. La transition démographique représente un **enjeu politique** actuel et à venir pour les politiques de la **prévention de la perte d'autonomie et du bien vieillir**. En 2015, selon l'INSEE⁸, la France hors Mayotte comptait 2,5 millions de séniors en perte d'autonomie, c'est-à-dire ayant un Groupe Iso-Ressources (GIR) entre 1 et 4, soit **15,3 % des personnes de 60 ans ou plus**. Parmi elles, 700 000 séniors pouvaient être considérés en perte d'autonomie sévère.

Si les tendances démographiques actuelles perdurent, le nombre de séniors dépendants passera à **4 millions de séniors en perte d'autonomie en 2050**, soit 16,4 % des séniors de 60 ans ou plus (contre 15,3% en 2015). Les personnes en **perte d'autonomie sévère** représenteraient alors **4,3 % de la population des séniors** (contre 3,7 % en 2015). Ainsi, bien que le défi de la perte d'autonomie soit déjà présent dans notre société depuis des années, il prendra **toute son ampleur à partir de 2030**. Cela rend légitime d'entreprendre dès maintenant les améliorations nécessaires, notamment en termes **d'accompagnement et de prise en charge**.

Cette évolution de la perte d'autonomie amène à s'intéresser à la **qualité de vie associée au grand âge**. Le concept de « bien vieillir », défini par la communauté scientifique comme « le **maintien de l'autonomie fonctionnelle**, surtout le **fonctionnement physique, mental et social** », gagne aujourd'hui en importance dans la définition des politiques publiques. Cette approche globale et positive de promotion de la santé vise à **renforcer les compétences des séniors** pour prolonger leur autonomie et soutenir le maintien à domicile le plus longtemps possible, avec le meilleur état de santé et qualité de vie possibles. Etant donné que la dépendance est difficilement réversible, la préservation de l'autonomie dans les activités quotidiennes par une démarche de prévention précoce (c'est-à-dire avant l'apparition des premières incapacités) devient une priorité de santé publique. Il s'agit de privilégier une approche préventive plutôt que curative.

La préservation des capacités des séniors : le programme ICOPE

L'approche du « bien vieillir » s'inscrit également dans le cadre de la « Décennie pour le vieillissement en bonne santé », initiative portée par l'OMS. Celle-ci réunit les gouvernements, la société civile, les organismes internationaux, les professionnels, le milieu universitaire, les médias et le secteur privé afin d'améliorer la vie des séniors, de leurs familles et des communautés dans lesquelles ils vivent.

Dans ce cadre, l'OMS a proposé en 2019 le programme ICOPE (Integrated Care for Older People, ou soins intégrés pour les séniors) pour répondre aux enjeux de prévention de la perte d'autonomie des séniors dans les années à venir. Ce programme de santé publique vise une **approche intégrée de la santé**, prenant en compte les **capacités** de la personne, les **pathologies** associées, **l'environnement** et le **mode de vie**. L'objectif est de développer un plan de soins centré sur la personne, en considérant ses souhaits et aspirations, et en faisant du senior un acteur de sa prise en charge et de son suivi.

A partir de **tests simples et ludiques**, une évaluation de six fonctions essentielles (mobilité, nutrition, vision, audition, humeur, cognition) est réalisée en auto-évaluation ou par un professionnel avec l'appui d'outils numériques. En cas de fragilité repérée, une évaluation

⁸ Insee Première n° 1767 - Juillet 2019

approfondie est effectuée et un suivi personnalisé est mis en place. Le programme ICOPE se décline en quatre étapes :

- ▶ Etape 1 : dépistage également nommé « step 1 »
- ▶ Etape 2 : évaluation approfondie également nommée « step 2 »
- ▶ Etape 3 : plan de soins personnalisé
- ▶ Etape 4 : fléchage du parcours de soins et suivi du plan d'intervention

Le déploiement du parcours ICOPE ne peut se faire avec succès que dans un contexte d'action concertée entre les professionnels de santé de proximité et les politiques publiques au niveau national, régional et local. Afin d'appuyer les Etats membres, l'OMS a identifié **dix-neuf actions nécessaires** pour la mise en œuvre d'ICOPE, tant au niveau des **services** (approche méso) qu'au niveau des **systèmes** (approche macro). Un guide mis à disposition par l'OMS met en évidence les **domaines à améliorer** et établit des mesures concrètes pour les améliorations futures. Les composantes macro du cadre soutiennent les responsables politiques, régulateurs, financeurs et décideurs, tandis que les composantes méso appuient les offreurs de soins, prestataires et animateurs régionaux.

En tant que centre collaborateur de l'OMS pour la fragilité, la recherche clinique et la formation en gériatrie, le Gérotopôle du CHU de Toulouse a été le **premier à implanter le programme ICOPE en France**, notamment en région Occitanie, avec pour objectif d'évaluer les seniors et de promouvoir le vieillissement en bonne santé en s'appuyant sur des outils numériques.

1.3. Présentation de l'expérimentation

Description

Le projet d'expérimentation ICOPE dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018 a été initié par les **directions centrales du ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités** : la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), en collaboration avec la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS).

En 2020, un premier appel à projets (AAP), en lien avec la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), a sélectionné 8 premiers porteurs de projets. En avril 2022, un appel à

manifestation d'intérêt (AMI) a ajouté 5 porteurs supplémentaires, portant leur nombre à **13 répartis sur 9 régions du territoire**, comme illustré ci-dessous.

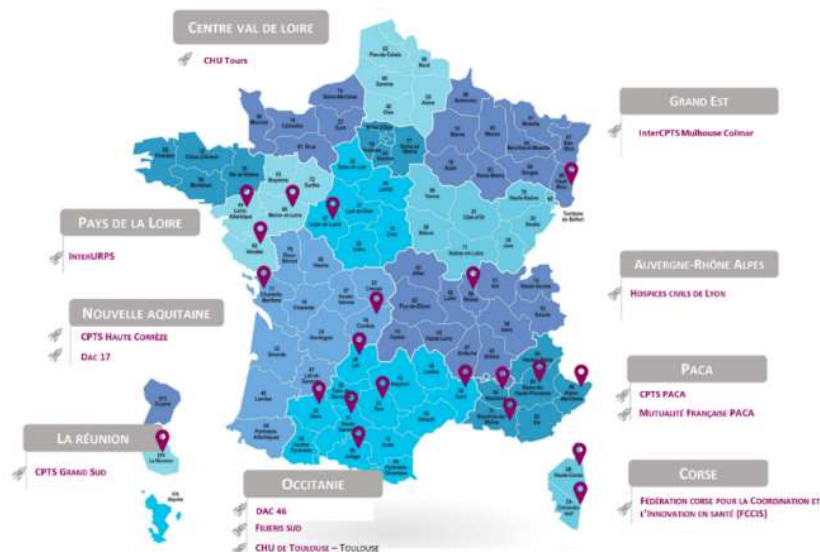


Figure 2 : Répartition géographique des 13 porteurs expérimentateurs

L'accompagnement et le parcours proposés dans cette expérimentation visent à permettre aux seniors de **s'impliquer activement dans le renforcement ou la préservation de leurs capacités**. Cette démarche s'adresse aux seniors de 60 ans et plus, autonomes (non bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie) et vivant à domicile, en priorité ceux en situation de vulnérabilité (isolement social et géographique, éloignement des soins, précarité, statut d'aidant).

Les enjeux de l'expérimentation sont de **cibler les populations à risque de perte d'autonomie** (dont les personnes âgées les plus isolées), de **mobiliser les acteurs des soins primaires** avec le soutien des médecins traitants, et de **renforcer la coordination entre les acteurs du secteur social, médicosocial et sanitaire**. Réaliser ces objectifs nécessite une **évolution des pratiques professionnelles** et la mise en place de **nouvelles organisations et modes de financement**. La mise en œuvre du programme nécessite la convergence et la coordination des organisations, des professionnels, et des dispositifs existants sur un territoire, dans une approche intégrée.

Dispositif organisationnel du parcours expérimental ICOPE

Le schéma organisationnel suivant illustre l'organisation du parcours expérimental ICOPE proposé :

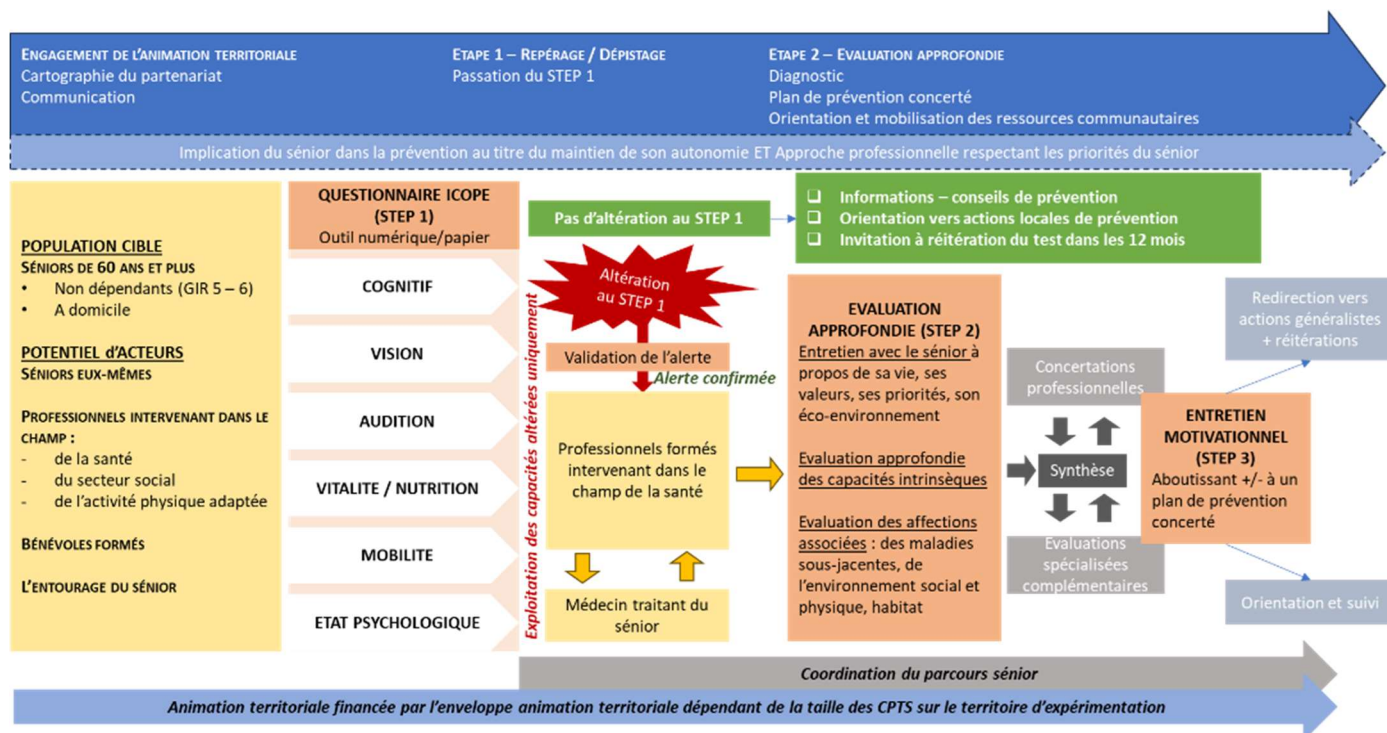


Figure 3 : Modèle organisationnel du parcours expérimental ICOPE

Plus précisément, la démarche repose sur deux piliers : **l'animation territoriale des acteurs** et **l'organisation du parcours individuel des séniors** (celui-ci structuré en deux grandes étapes). Ces deux piliers de l'expérimentation sont décrits ci-dessous :

Mise en place d'une animation territoriale (ou démarche « d'aller vers »)

Au lancement du programme, une animation territoriale doit en principe être engagée pour mobiliser et construire des partenariats locaux. Cela comprenait la définition de la stratégie, la planification des interventions, et l'accompagnement des partenaires afin de coordonner une démarche proactive « d'aller-vers » pour inclure prioritairement les séniors en situation de vulnérabilité. Cette animation englobait les actions de communication vers les acteurs locaux impliqués dans le repérage et le dépistage des séniors, ainsi que les modalités d'articulation entre l'écosystème local des séniors et l'équipe du programme ICOPE.

L'objectif est **d'élargir le repérage et la passation des tests** de l'étape 1 au-delà des soins primaires, en s'appuyant sur les acteurs sociaux locaux tels que les assistants sociaux, les collectivités, les caisses de sécurité sociale et de retraite, et les organismes caritatifs. Cette mobilisation du partenariat vise également à intégrer la démarche ICOPE avec les actions de prévention locales et les parcours de soins.

Pour garantir l'efficacité et la pérennité de cette dynamique, l'animation territoriale doit être maintenue dans le temps, afin d'entretenir, évaluer et renouveler les partenariats au fur et à mesure de l'évolution des besoins et des actions locales.

Parcours individuel des séniors

► Etape 1 – la réalisation du test de dépistage (step 1)

L'étape 1 du programme ICOPE consiste à repérer les patients cibles et à réaliser un test de dépistage standardisé, simple et rapide, évaluant six capacités intrinsèques : mobilité, nutrition, vision, audition, humeur et cognition. Ce test⁹, d'une durée moyenne de 8 à 10 minutes, identifie les altérations fonctionnelles à travers une série de questions et de tests. Il peut être effectué en autotest, avec l'assistance d'un intervenant, ou par un professionnel de santé. Le format numérique est préféré, bien qu'une version papier soit également disponible.

Le repérage implique divers acteurs des secteurs sanitaire, social ou associatif, chargés de présenter le programme ICOPE aux séniors, les informer, les sensibiliser à l'évaluation de leurs capacités fonctionnelles, et les aider à passer le test. La réitération du dépistage est recommandée tous les six mois, avec une fréquence ajustable par le professionnel de santé en fonction des besoins du sénior, pouvant aller de trois mois à un an.

Pour cette étape, la rémunération dérogatoire définie, au sein du cahier des charges, concerne les professionnels de santé et les personnels des établissements et services de santé impliqués dans l'assistance au test.

► Etape 2 – la réalisation d'une évaluation approfondie de la capacité ou des capacités intrinsèques altérées, d'un plan de prévention et des entretiens motivationnels (step 2)

Des missions de gestion et de coordination techniques et paramédicales sont essentielles pour le suivi et le traitement des résultats des tests. Elles incluent la gestion des flux d'information entre l'étape 1 et l'étape 2 pour identifier les tests nécessitant une évaluation approfondie, ainsi que la validation préalable (« vérification de l'alerte ») auprès du sénior et du médecin traitant lorsque nécessaire. Cette vérification est particulièrement importante si le test a été réalisé par le sénior seul ou avec un intervenant non professionnel de santé. Dans tous les cas, un échange avec le médecin traitant est prévu pour transmettre des informations et lui permettre de reprendre la main si besoin.

L'étape 2 consiste en une évaluation approfondie des capacités altérées, réalisée par un professionnel de santé formé à la démarche ICOPE. Cette évaluation, qui prend en compte les conditions de vie, les valeurs, le contexte social, les priorités, les motivations et la vulnérabilité sociale du sénior, en suivant les schémas établis par l'OMS pour chaque filière de soins concernée.

Elle doit être effectuée par des professionnels de santé ayant suivi une formation spécifique ICOPE, en collaboration avec le médecin traitant. Le médecin traitant du sénior peut organiser une évaluation médicale complémentaire pour examiner les affections associées, les maladies sous-jacentes, ainsi que les besoins sociaux ou d'adaptation de l'environnement. Il oriente également le sénior vers d'autres professionnels spécialisés si nécessaire.

Les échanges entre le professionnel de santé chargé de l'évaluation et le médecin traitant permettent de rédiger une synthèse et de mettre en place un plan de prévention, élaboré en concert avec le sénior et le médecin traitant.

À la suite de l'évaluation approfondie, un « entretien motivationnel » est organisé avec le sénior, sauf si cela n'est pas jugé nécessaire. Cet entretien est mené par le même

⁹ Annexe 1 – Questionnaire ICOPE (étape 1) pour les professionnels & Annexe 2 – Questionnaire ICOPE (étape 1) en auto-évaluation

professionnel ayant conduit l'évaluation. Il permet d'ajuster le plan de prévention en fonction des priorités du senior, renforçant ainsi sa motivation et son engagement à maintenir son autonomie. Son objectif est d'assurer la mise en œuvre de décisions concertées, en tenant compte des offres de proximité disponibles dans le lieu de vie du senior. Pendant cet entretien, des solutions locales sont recherchées pour favoriser l'engagement du senior.

Cet entretien aboutit à la finalisation du plan de prévention. Le professionnel de santé peut demander des évaluations complémentaires si nécessaire, en fonction des besoins spécifiques et de l'organisation locale, financées par des ressources de droit commun.

► Etape 3, 4, 5 :

Les étapes suivantes déroulent le **parcours de soins et d'orientation** vers des **actions de prévention ou de soins**. Bien qu'elles fassent partie de cette expérimentation, leur évaluation a été limitée, car les porteurs expérimentateurs n'ont pas tous eu le temps de les déployer pleinement. Ces étapes s'appuient sur l'offre sanitaire et sociale des territoires ainsi que sur la coordination des acteurs, en vue d'une réponse intégrée mobilisant les dispositifs, outils ou démarches en cours de déploiement sur le territoire, tels que le plan personnalisé coordonné de soins. Elles ne font pas l'objet de financements propres dans le cadre de cette expérimentation.

L'organisation des étapes du parcours s'appuie sur une ou des structures d'exercice coordonné telles que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des centres de santé présents sur les territoires selon une logique de responsabilité populationnelle.

Professionnels impliqués

Un grand nombre de profils de professionnels de santé et hors santé sont susceptibles d'être mobilisés selon les différentes étapes du programme ICOPE.

Pour la **réalisation du dépistage (step 1)**, tous les professionnels et acteurs des champs de la santé, du social, du médico-psycho social ou du sport présents sur les territoires expérimentateurs pouvaient être impliqués pour favoriser la démarche d'aller-vers et aider à la réalisation du test. Leur participation nécessitait une formation de base à la démarche ICOPE. En effet, l'étape 1 repose sur la mobilisation dans les territoires de professionnels ayant déjà pour missions l'évaluation des besoins des seniors et/ou la contribution à la prévention de la perte d'autonomie.

Cette étape implique également les services d'aide médicale d'urgence (SAMU) ou le service d'accès aux soins (SAS), si disponibles, pour intervenir auprès de seniors autonomes à domicile sur demande de soins non programmés ou à la suite d'une chute donnant lieu à des interventions à domicile sans passage aux urgences. Une information peut être délivrée au senior, à son entourage et/ou aux professionnels de santé sur la démarche ICOPE et son intérêt pour le senior concerné ou son aidant.

Pour la suite du parcours, **la réalisation de l'évaluation approfondie**, seuls les professionnels de santé en soins primaires sont mobilisables et formés, avec un focus particulier sur les infirmiers diplômés d'état (IDE), bien que d'autres professionnels puissent également être impliqués. Un professionnel formé à la démarche ICOPE coordonne le parcours du senior en lien avec le médecin traitant.

La stratégie numérique

La stratégie numérique pour le programme ICOPE repose sur l'utilisation d'outils spécifiques pour la réalisation du test de dépistage de l'étape 1. Deux options sont disponibles : d'une part, les outils numérique « **ICOPE monitor** » développé par le Gérotopôle du CHU de Toulouse,

ou « **ICOPE et moi** » développée par le CHRU de Tours en partenariat avec des acteurs de son territoire¹⁰, accessibles tant pour les professionnels que pour les seniors en application mobile, sous réserve de conformité réglementaire et au regard de la doctrine technique du numérique en santé¹¹ ; d'autre part, un outil équivalent déployé par le **groupement régional d'appui au développement de la e-Santé (GRADEs)**, sous la supervision de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de la région concernée.

La multiplicité des SI résulte, pour partie, de l'absence d'un cadre précis dans le cahier des charges, permettant la création de bases de données diverses. Pour l'expérimentation, cela complexifie la mise à disposition de données uniforme pour l'analyse, car les bases de données ne contiennent pas les mêmes informations ni dans le même format, nécessitant ainsi un travail supplémentaire de normalisation et de consolidation.

Le recueil des données des tests de l'étape 1 s'articule aux outils de coordination régionaux pour la suite du parcours. **L'homogénéité du questionnaire** « test » de l'étape 1 entre tous les territoires expérimentateurs est assurée par une **gouvernance nationale** avec l'appui d'une commission d'harmonisation des outils et des pratiques, veillant à maintenir la philosophie du programme OMS et le respect des fondements scientifiques.

Dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD), les données collectées dans le cadre de l'expérimentation peuvent être utilisées à des fins de recherche et il appartient à chaque ARS de définir sa stratégie sur le sujet en lien avec les acteurs concernés en région.

Dispositif financier

Financement dérogatoire en lien au parcours

Le modèle économique testé pendant l'expérimentation ICOPE est un modèle mixte reposant sur plusieurs volets :

► Une enveloppe dotation annuelle « animation territoriale »

Elle est attribuée dès le lancement du programme (étape 1), elle vise à couvrir les actions de mobilisation et d'entretien des partenariats locaux (*définition de la stratégie et son suivi, planification d'interventions, accompagnement des partenaires dans leur implication...*). Cette enveloppe est attribuée aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et varie en fonction de leur taille¹², conformément au modèle de financement habituel des CPTS dans le cadre de leurs missions socles et optionnelles. En l'absence de CPTS, le porteur-expérimentateur peut s'appuyer sur des structures de soins primaires coordonnées, ou des associations de professionnels. A terme, cette animation territoriale pourrait s'inscrire dans les missions de responsabilité populationnelle des CPTS, notamment dans leurs enveloppes pour les actions territoriales de prévention.

¹⁰ ICOPE et MOI a été conçue par l'Equipe Régionale Vieillessement et Maintien de l'Autonomie (ERVMA) portée par le CHRU de Tours, en partenariat avec la CPTS O'Tours, la CPTS la Salamandre, le groupement d'intérêt public (GIP) e-santé Centre-Val de Loire, la CPAM d'Indre-et-Loire et du Loir-et-Cher, la MSA Berry-Touraine.

¹¹ En particulier : intégration de l'identité nationale de santé et de la base RPPS+ (issus du cahier des charges)

¹² La taille des CPTS est définie en fonction du nombre d'habitants sur son territoire. Pour une CPTS couvrant moins de 40 000 habitants, l'enveloppe annuelle était de 11 200€ ; entre 40 000 et 80 000 habitants une enveloppe de 14 000€ annuel ; entre 80 000 et 175 000 habitants 16 800€ annuels et pour les CPTS couvrant plus de 175 000 habitants le montant annuel de l'enveloppe était de 19 600€.

► Une rémunération pour le « repérage »

Liée à l'étape 1, elle prévoit une rémunération à hauteur de 18€ par test pour les professionnels de soins primaires (*libéraux ou salariés de centres de santé*) effectuant le repérage.

La contribution innovante des acteurs hors du champ de la santé devait **reposer sur le financement des organisations** dont sont issus les professionnels concernés ainsi que sur **d'éventuels financements complémentaires de l'ARS** ou d'autres partenaires.

Le financement de 60% des acteurs devant contribuer au repérage et aux tests de l'étape 1 prévoyait de rémunérer les professionnels de santé et d'encourager par ailleurs le recours aux autotests et l'implication des acteurs sociaux et médicosociaux. De ce fait, l'objectif envisagé était d'atteindre 40% de dépistage effectué en autotest grâce à l'intervention des acteurs du social et médico-social.

► Trois types de forfaits sont associés aux différentes sous-étapes de l'étape 2.

Pour le traitement des tests nécessitant une évaluation approfondie, un forfait de **11€ par sénior** est prévu pour couvrir la gestion des alertes et la coordination administrative. Ce forfait est destiné à soutenir le traitement des résultats des tests ainsi que les démarches administratives associées.

Concernant la réalisation des évaluations approfondies, deux modalités de forfaits sont proposées. D'une part, un forfait unique de **53€ par sénior** est attribué, **indépendamment du nombre d'altérations à traiter**. D'autre part, des forfaits gradués sont également disponibles, variant de **20€ à 60€ par sénior**, en fonction du nombre d'altérations identifiées.

Enfin, un forfait de **21€ par sénior** est prévu pour les entretiens motivationnels. Ce forfait vise à rémunérer les professionnels de santé pour les sessions dédiées à l'élaboration du plan de prévention et à renforcer l'engagement des séniors dans leur démarche de maintien de l'autonomie.

Ces forfaits, initialement calculés à partir de la rémunération des actes infirmiers, s'applique ensuite de manière uniforme à l'ensemble des professionnels de santé, y compris les médecins et autres professionnels paramédicaux.

► Une enveloppe « frais de déplacement »

Elle complète les forfaits de l'étape 2, afin d'indemniser les **frais de déplacements associés**. Cette enveloppe avait pour objectif de répondre aux besoins d'évaluation approfondie à domicile, en particulier pour les séniors éprouvant des difficultés d'accès au cabinet médical (isolés socialement ou géographiquement).

Le montant total pour les treize porteurs expérimentateurs identifiés dans le cahier des charges, au titre des **financements dérogatoires rémunérant les parcours** s'élevait à **6 068 587 euros**, sur les trois années d'expérimentation :

Tableau 1 : Montants alloués pour les prestations dérogatoires, issus du cahier des charges

	Population cible ¹³	Année 1	Année 2	Année 3	TOTAL
InterURPS des Pays de Loire	13 533	257 933€	631 906€	483 901€	1 373 739€
Gérontopôle du CHU de Toulouse	10 000	237 013€	512 413€	403 400€	1 152 825€
Hospices civils de Lyon	4 855	120 547€	252 572€	200 277€	573 397€
CPTS PACA	4 613	107 089€	233 232€	183 282€	523 603€
CHU Tours	4 500	52 260€	229 975€	165 765€	448 000€
InterCPTS Mulhouse Colmar	4 500	52 260€	229 975€	165 765€	448 000€
Filieris Sud	3 469	64 351€	159 310€	121 170€	345 372€
DAC 17	3 000	58 240€	177 410€	134 350€	370 000€
FCCIS Corse	1 819	47 509€	98 495€	78 332€	224 336€
CPTS Haute-Corrèze	1 311	41 262€	95 551€	75 926€	212 738€
DAC 46	1 200	40 960€	74 836€	61 444€	177 240€
CPTS Grand Sud Réunion	1 000	17 680€	58 790€	43 930€	120 400€
Mutualité française PACA	738	21 915€	42 601€	34 421€	98 937€
TOTAL	54 538	1 119 019€	2 797 066€	2 151 963€	6 068 587€

Financement de l'amorçage et de l'ingénierie de l'expérimentation

En complément des financements liés au parcours, des crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI) étaient mobilisés pour accompagner la structuration de l'expérimentation tout au long de son déploiement.

Les coûts d'ingénierie avaient été estimés et pouvaient être fongibles pour les quatre activités ci-dessous :

- ▶ **La gouvernance** : inclut le temps de chefferie de projet et de gestion administrative
- ▶ **La formation** : inclut la rémunération du formateur (95€/h) sur la formation step 1 & 2 et celle des professionnels de santé assistant à cette formation (step 2), selon leur profession¹⁴
- ▶ **La communication et l'équipement** : inclut des temps d'animation et de communication et d'équipement en tablettes estimés selon le dimensionnement des expérimentations.
- ▶ **L'expertise du Gérontopôle de Toulouse** : inclut une expertise du Gérontopôle pour l'adaptation et la mise à disposition d'outils de communication et de formation ainsi qu'à la mise à disposition et l'adaptation des spécifications des outils numériques.

Les coûts d'amorçage et d'ingénierie ont été estimés à 2 008 482€ (formation, communication, chefferie de projet) :

¹³ La population cible de chaque territoire a été définie par territoire, selon les capacités de mise en œuvre de la démarche pour chaque porteur, et s'inscrit dans l'effectif global cible défini au niveau national pour répondre aux besoins de l'évaluation (issus du cahier des charges de l'expérimentation).

¹⁴ 22,5€/h pour les médecins et 16,88€/h pour les IDE

Tableau 2 : Montants alloués pour les crédits d'amorçages et d'ingénierie, issus du cahier des charges

	Population cible	Année 1	Année 2	Année 3	TOTAL
InterURPS des Pays de Loire	13 533	131 179€	55 990€	52 000€	239 169€
Gérontopôle du CHU de Toulouse	10 000	238 328€	61 850€	58 000€	358 178€
Hospices civils de Lyon	4 855	104 902€	37 480€	35 200€	177 582€
CPTS PACA	4 613	104 902€	37 480€	35 200€	177 582€
CHU de Tours	4 500	85 440€	56 960€	35 200€	177 600€
InterCPTS Mulhouse Colmar	4 500	85 440€	56 960€	35 200€	177 600€
Filieris Sud	3 469	85 564€	36 625€	35 200€	157 389€
DAC 17	3 000	65 460€	44 740€	35 200€	145 400€
FCCIS Corse	1 819	52 451€	15 940€	14 800€	83 191€
CPTS Haute-Corrèze	1 311	39 480€	26 920€	14 800€	81 200€
DAC 46	1 200	49 738€	15 655€	14 800€	80 193€
CPTS Grand Sud Réunion	1 000	38 480€	25 920€	14 800€	79 200€
Mutualité française PACA	738	44 313€	15 085€	14 800€	74 198€
TOTAL	54 538	1 125 677€	487 605€	395 200€	2 008 482€

Le besoin de financement, pour les treize porteurs expérimentateurs identifiés dans le cahier des charges, au titre de la prise en charge par le **fonds pour l'innovation du système de santé (FISS)** s'élevait à **8 077 070 euros**, sur les trois années d'expérimentation, pour cibler une population totale de seniors de 54 538 sur la durée de l'expérimentation.

Tableau 3 : Synthèse du besoin de financement pour les porteurs expérimentateurs issus de l'AMI

TOTAL expérimentation (FISS)	Montant	Tests	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de seniors inclus et premiers tests		54538	11 488	34 154	8 896	54 538
Nb de tests en réitération		65445	2 011	27 985	35 450	65 445
Etape 1						
Animation territoriale			644 000 €	644 000 €	644 000 €	1 932 000 €
Test	18 €	60%	124 069 €	368 862 €	96 080 €	589 011 €
Réitération du test	18 €	50%	18 102 €	251 861 €	319 047 €	589 010 €
Total dotation étape 1			786 171 €	1 264 723 €	1 059 127 €	3 110 021 €
Etape 2						
Forfait traitement de l'alerte et coordination administrative	11 €	50%	74 246 €	341 761 €	243 903 €	659 910 €
Forfait évaluation approfondie	53 €	25%	178 864 €	823 335 €	587 584 €	1 589 783 €
Forfait entretien motivationnel	21 €	25%	70 871 €	326 227 €	232 816 €	629 914 €
Total forfaits étape 2			323 980 €	1 491 323 €	1 064 303 €	2 879 607 €
Dotation frais kilométrique			8 867 €	41 020 €	29 073 €	78 960 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)			1 119 018 €	2 797 066 €	2 152 503 €	6 068 588 €
TOTAL CAI (FISS)			1 125 677 €	487 605 €	395 200 €	2 008 482 €
TOTAL expérimentation (FISS)			2 244 695 €	3 284 671 €	2 547 703 €	8 077 070 €

1.4. Calendrier de l'expérimentation

Dans le cadre de l'Article 51, l'expérimentation ICOPE s'est déroulée sur une **période de 3 ans** allant de **l'adaptation de l'organisation de la démarche ICOPE sur les territoires** à la phase de **montée en charge progressive** de l'expérimentation.

Le cahier des charges prévoyait un planning divisé en **deux grandes phases** : une phase préparatoire de six mois environ, permettant la structuration de l'organisation et la préparation du lancement local des premières inclusions suivie d'une phase de déploiement de l'expérimentation :



Figure 4 : Calendrier théorique de l'expérimentation, issu du cahier des charges

En pratique, les inclusions **des seniors ont commencé pour certains seniors avant le mois de juin 2022**. C'est le cas de la CPTS PACA (02/10/21), de la Mutualité PACA (25/03/21), du DAC 46 (02/01/22), de Filieris SUD (03/01/22), de l'InterCPTS Mulhouse Colmar (17/01/22) et du Gérontopôle de Toulouse (02/01/22).

2. Méthodologie d'évaluation

2.1. Objectifs du rapport d'évaluation

Le présent rapport d'évaluation de l'expérimentation a pour principal objectif de **faire un état des lieux de l'opérationnalité** du dispositif, d'évaluer de manière qualitative et quantitative **son efficacité** et **sa reproductibilité** ainsi que **sa transposabilité**. Les travaux d'évaluation sont principalement à visée descriptive et analytique (comprendre les mécanismes en jeu, les ressources, les forces et les faiblesses).

L'évaluation de l'expérimentation est **guidée par cinq questions évaluatives** décrites ci-dessous (cf. *Figure ci dessous*). Celles-ci permettent de s'assurer que l'expérimentation est évaluée selon les trois grands critères (faisabilité / opérationnalité, efficacité / efficacie, reproductibilité / pérennisation).

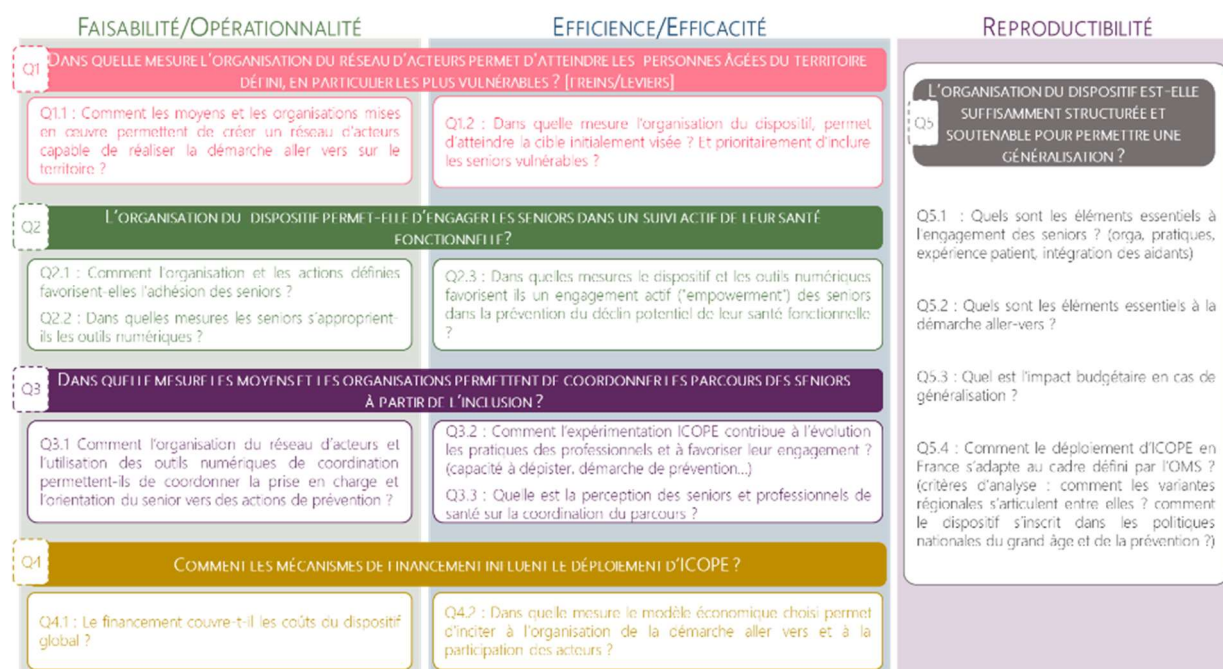


Figure 5 : Questions évaluatives, extrait du protocole de l'expérimentation

2.2. Méthodologie

L'évaluation du dispositif s'est déroulée en **deux phases distinctes** : une phase dite **intermédiaire** qui s'est déroulée de juin à décembre 2023 et une phase dite **finale** entre les mois de janvier 2024 et juillet 2024.

Au cours de ces périodes, des **analyses quantitatives** (à partir des données transmises par les porteurs) et **qualitatives** (entretiens, observations sur site, focus group, enquêtes en ligne) ont été réalisées et nous ont permis de **confronter les points de vue des acteurs impliqués** dans ce dispositif, allant des porteurs nationaux aux seniors (usagers du dispositif) sans oublier les porteurs expérimentateurs, les partenaires institutionnels, les partenaires opérationnels pour apporter une **vision exhaustive du dispositif** :

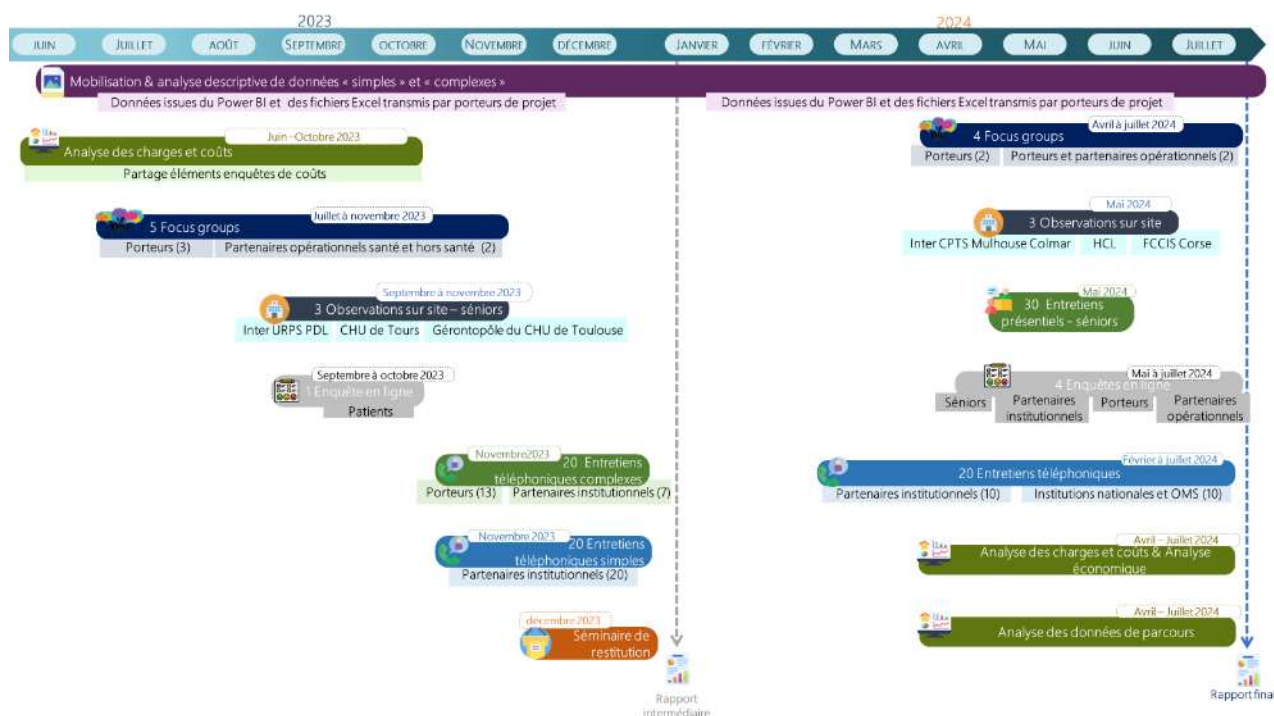


Figure 6 : Calendrier effectif des deux phases d'évaluation

2.3. Données utilisées pour l'évaluation

Pour la réalisation de cette évaluation, les données suivantes ont été utilisées conformément à ce qui avait été décidé dans le protocole :

SOURCE	DESCRIPTION DES DONNEES
SI OU FICHIER EXCEL RECUEILLI AD HOC PAR LE PORTEUR EXPERIMENTATEUR	Le parcours est suivi grâce aux outils des porteurs adaptés pour les besoins de l'expérimentation ou par l'alimentation d'un fichier Excel ad hoc alimenté par chaque expérimentateur du dispositif au fur et à mesure de leurs prises en charge. Les expérimentateurs se sont engagés à recueillir pour l'expérimentation les données suivantes : - Des données d'identification du patient - Sexe - Des données de caractéristiques des patients : - Année de naissance - Code postal de résidence - Des données d'identification de l'accompagnant au dépistage - Profession, code AM de l'intervenant ou Finess géographique de la structure concentratrice, code de prestation dérogatoire - Des données d'identification de l'intervenant - Profession, code AM de l'intervenant ou Finess géographique de la structure concentratrice, code de prestation dérogatoire

	♦ Données de parcours qui ont été transmises aux évaluateurs : ○ Le contexte de réalisation du test (liste déroulante : visite à domicile, lieu d'exercice du professionnel de santé libéral, dépistage organisé, consultation d'un professionnel de santé, autotest, autre) ○ La modalité de réalisation du test (en autotest : Oui ou Non) ○ Les dates de réalisation de chaque étape du parcours : passage du test, traitement de l'alerte, plan de prévention, entretien motivationnel ○ L'état de l'alerte (traitée ou non) ○ La raison du non-traitement de l'alerte si alerte non traitée 3 mois après le passage du test (liste déroulante : absence du retour du médecin traitant, impossibilité de contacter le sénior, refus de sénior, autre) ○ L'établissement d'un contact avec le médecin traitant (oui/non) ○ La raison de l'absence de contact (liste déroulante : refus, pas de coordonnées, médecin traitant effecteur ICOPE, autre) ○ Le contexte de réalisation de l'évaluation approfondie (liste déroulante : visite à domicile, lieu d'exercice du professionnel de santé libéral, cabinet médical autre) ○ Le nombre de km aller-retour réalisés (si l'évaluation a été effectuée à domicile) ○ Le contexte de réalisation de l'entretien motivationnel (liste déroulante : visite à domicile, lieu d'exercice du professionnel de santé libéral, cabinet médical autre) ○ Le nombre de km aller-retour réalisé (si l'entretien a été effectué à domicile) ○ Le motif de la non-réalisation de l'entretien motivationnel (liste déroulante : non présentation du sénior, décès, perte d'autonomie, refus du sénior, impossibilité du soignant, refus du soignant, autre raison sénior, autre raison soignant) ♦ Des données de santé ○ Le résultat du dépistage pour les 6 capacités intrinsèques ○ La validation de ou des altérations pour les 6 capacités intrinsèques identifiées ○ Les recommandations pour les 6 capacités intrinsèques (liste déroulante : consultation mémoire, ophtalmo, ORL, activité physique adaptée, atelier de prévention ...) ○ Préconisations du plan de prévention décidées avec le sénior (liste déroulante reprenant en miroir la liste des recommandations de l'évaluation)
EXCEL AD HOC COMPILE PAR LE PILOTE NATIONAL	Annuellement et pour chaque porteur, les données d'animation territoriale suivantes : ► Les ressources humaines dédiées à l'animation territoriale (nom, territoire, % ETP, salaire brut horaire) ► Les structures partenaires de l'amont (date de démarrage du partenariat, forme du partenariat, modalités de suivi du partenariat, missions, spécificités des populations ciblées, type d'intervenants mobilisés, intervenants rémunérés pour accompagner les séniors, nombre de séniors accompagnés)

	▶ Les structures partenaires de l'aval (date de démarrage du partenariat, forme du partenariat, modalités de suivi du partenariat, missions, spécificités des populations ciblées, type d'intervenants mobilisés, intervenants rémunérés pour accompagner les seniors, nombre de seniors accompagnés) ▶ La liste des réunions (date, participants, sujets) ▶ Les actions de communication (type, période)
FICHIER EXCEL AD HOC COMPILE PAR LE PILOTE NATIONAL	Pour chaque mois et pour chaque porteur, les indicateurs suivants : ▶ Le nombre total de seniors inclus dans l'expérimentation à échéance du mois (cumulatif depuis le début de l'expérimentation) ▶ Le nombre de tests réalisés dans le mois ▶ Le nombre de premiers tests réalisés dans le mois ▶ Le nombre de tests réalisés dans le mois en réitération ▶ Le nombre d'alertes traitées dans le mois ▶ Le taux d'alertes confirmées ▶ Le nombre d'évaluations approfondies dans le mois ▶ Le nombre d'entretiens motivationnels dans le mois
FICHIER DE CONTROLE	Le fichier de contrôle transmis par ICOPE à la CNAM, contenant les données suivantes, pour chaque consultation : ▶ Les données d'identification du patient (NIR, date de naissance, rang de naissance, sexe) ▶ La caractérisation de l'effecteur des soins (identifiant, type, spécialité) ▶ La date d'adressage et les soins prescrits
PLATEFORME DE FACTURATION ARTICLE 51	Le fichier de paiement est utilisé pour assurer le paiement mensuel des forfaits. Il contient des données du patient telles que le NIR, la date de naissance, le sexe, ainsi que les données identifiant le destinataire du versement, la date des soins et le code du forfait.

2.4. Limites de l'évaluation

Dans le cadre de l'évaluation du dispositif, l'équipe évaluatrice a été confrontée à une série de difficultés rendant plus difficile l'obtention des données, et plus globalement, la réalisation des constats.

Limites liées à l'expérimentation Article 51

- ▶ **Absence de participation à l'évaluation de la phase finale de certains porteurs expérimentateurs** : la non-participation de la CPTS Haute-Corrèze aux phases qualitatives de l'expérimentation finale (entretiens, focus group) et de la CPTS Grand Sud Réunion à la remontée des données de parcours pour l'évaluation finale pose un problème de représentativité et de complétude des données collectées, avec un risque important de biais dans les résultats d'évaluation. Ainsi les résultats de l'évaluation doivent être interprétés avec précaution puisqu'il n'est pas possible d'évaluer intégralement l'effet de l'expérimentation ICOPE dans les territoires de ces porteurs.
- ▶ **Des remontées d'information financière non homogènes qui traduisent une utilisation disparate des différentes enveloppes** : les remontées financières non homogènes révèlent une gestion et une utilisation variées des fonds alloués, ce qui a compliqué l'analyse comparative et l'évaluation de l'efficacité des investissements. Cette disparité est due à des différences dans la capacité de gestion financière des porteurs-expérimentateurs ou à une interprétation variée des priorités de financement. Pour pallier

cette limite, les évaluateurs ont proposé un modèle pour structurer les remontées de données financières a été proposé aux porteurs expérimentateurs, offrant un état global de leurs dépenses mais ne permettant pas de détailler précisément les postes de dépenses. Ce modèle a été rempli par 10 des 13 porteurs expérimentateurs, mais certains d'entre eux semblent n'avoir pas compris que l'objectif était la remontée des dépenses effectives, et non les montants alloués au lancement de l'expérimentation, ce qui limite la fiabilité des informations recueillies.

- ▶ **Une gouvernance avec un pilotage opérationnel de l'expérimentation peu identifié par les porteurs-expérimentateurs** : bien que l'expérimentation ait été soutenue par un comité de suivi et des pilotes ministériels, son lancement a révélé un manque de lisibilité du pilotage national pour les porteurs-expérimentateurs. Ce manque de clarté a parfois limité l'établissement de lignes directrices claires et homogènes dans l'implémentation du programme. Cette situation a engendré certaines ambiguïtés et inefficacités, les porteurs-expérimentateurs travaillant parfois de manière moins coordonnée, se reposant davantage sur les évaluateurs pour combler certaines lacunes. Par ailleurs, les porteurs-expérimentateurs ont exprimé le besoin d'un accompagnement plus soutenu, notamment au début, pour la structuration des processus spécifiques à une expérimentation article 51, avec, par exemple, des envois a posteriori de notes d'information aux seniors testés sur certains sites et des difficultés à constituer les fichiers de données pour les évaluateurs.
- ▶ **Interprétation du Cahier des Charges (CDC) qui permettait aux porteurs-expérimentateurs des actions hétérogènes et spécifiques à chaque territoire** : bien que le cadre souple du CDC ait permis des avantages tels que la flexibilité d'adaptation aux spécificités locales, cela a également conduit à des actions hétérogènes qui ont compliqué l'évaluation globale de l'expérimentation. Chaque territoire ayant développé des actions spécifiques, il a été complexe de mesurer l'efficacité relative des différentes approches et d'identifier les meilleures pratiques dans des contextes qui étaient différents.

Limites liées à la transmission et à la qualité des données

Les données individuelles pseudonymisées et mises à disposition pour les besoins de l'évaluation via le circuit sécurisé conforme aux exigences de la décision unique CNIL, ont présenté plusieurs **anomalies et incohérences**, qui impactent la qualité et la précision des conclusions.

Problématique liée à la capacité de transmission des données

- ▶ **Aucune donnée de parcours** n'a été remontée par le **porteur CPTS Grand Sud La Réunion**, limitant ainsi l'analyse à douze porteurs expérimentateurs. Bien qu'aucune explication précise n'ait été fournie, il a été signalé que la CPTS a rencontré des problèmes structurels pendant plusieurs mois au moment de la remontée des données, ce qui a compliqué leur transmission ;
- ▶ Alors que le Gérotopôle de Toulouse a commencé à déployer ICOPE, avant même l'expérimentation Article 51, les données d'inclusion mise à disposition des évaluateurs pour ce porteur expérimentateur ne commencent qu'en 2023. Ceci peut être dû à l'absence de partage de la note d'information aux seniors inclus avant 2023 ;

Problématiques liées à des données manquants ou incomplètes

- ▶ La réponse « **dm** » (**données manquantes**) est utilisée pour une proportion significative des réponses : 7% lors de l'identification des altérations au step 1, 12% lors de la validation

des altérations dans la gestion des alertes, et jusqu'à 45% des évaluations de vulnérabilité au step 2. De plus, pour 70,5% des tests de dépistage, **aucun lieu de dépistage n'est renseigné**. Ces **lacunes constituent un manque conséquent** dans les informations disponibles, compromettant ainsi fortement l'exhaustivité des données et la précision de l'analyse ;

- ▶ **Le fort taux de perte entre la réalisation du step 1 et celle du step 2**, uniquement 10% (1 513 seniors en step 2 pour 15 280 seniors inclus), combiné au fait que leur vulnérabilité n'est évaluée qu'à partir du step 2, remet en question la **représentativité de la vulnérabilité** de la population incluse ;
- ▶ Les données mises à disposition pour les trois modalités de dépistage **n'ont pas permis une identification précise entre les auto-évaluations et les évaluations accompagnées par des non-professionnel de santé**, en raison de **défauts de codage**. Cette absence de distinction empêche toute conclusion fiable concernant la participation des non-professionnels de santé au dépistage ICOPE des seniors. Ce point sera détaillé plus précisément lorsque les analyses seront présentées ;
- ▶ D'autre part, les professionnels de santé, dont la profession, le numéro d'assurance maladie ou le FINESS géographique de leur structure étaient disponibles, ont pu être comptabilisés avec une relative précision. Cependant, il convient de noter qu'un code FINESS géographique correspond à un établissement dans son ensemble, et peut donc représenter plusieurs professionnels de santé, rendant ainsi la comptabilisation individuelle imparfaite. ;

Problématiques liées à la qualité des données transmises

- ▶ **747 des 15 280 seniors inclus, soit 5% des seniors inclus, ont des steps 1 dont les dates d'inclusion sont postérieures à décembre 2023**, ce qui est chronologiquement impossible en vue d'une mise à disposition initiée en décembre 2023. Ces incohérences concernent quatre **porteurs expérimentateurs sur les 12** : les HCL (480 seniors) ; la FCCIS (79 seniors) ; la CPTS PACA (85 seniors) et l'InterURPS des Pays de Loire (103 seniors) ;
- ▶ 105 personnes ayant passé un step 1, réparties sur 10 des 12 porteurs dont nous avons les données de parcours, ne répondent pas à la définition de la population cible, car elles présentent des **dates de naissance largement après 1964** (soit des personnes ayant moins de 60 ans lors du step 1), ce qui ne correspond pas à l'âge minimale de 60 ans requis dans l'expérimentation. Cette problématique peut être dû à des essais des porteurs expérimentateurs (avec leur propre date de naissance, supérieure à 1 964) ou encore des erreurs de saisie. Cela suggère néanmoins une mobilisation de l'expérimentation ne rentrant pas dans le champ initialement prévu ;
- ▶ Pour le **porteur InterURPS Pays de Loire**, une **incohérence majeure** est observée avec 290 évaluations approfondies réalisées alors que seulement 21 seniors ont eu une gestion des alertes, suggérant une anomalie dans le suivi des parcours ;

Les analyses statistiques présentées dans le rapport ont été réalisées à la fois sur l'ensemble des sites expérimentateurs dont nous avons les données à disposition (12) et de manière spécifique par site, notamment dans les études de cas. Cependant, il convient de noter que, dans le cas de l'analyse par site, la taille limitée des effectifs entraîne des interprétations fragiles. Ces problématiques de données ont conduit aux choix méthodologiques suivants pour les analyses statistiques :

- ▶ Les individus âgés de moins de 60 ans, c'est-à-dire nés après 1964, **ne sont pas pris en compte** dans l'analyse, afin de se conformer aux critères définis de la population cible dans le cahier des charges.
- ▶ Par absence de renseignement (réponse « dm »), nous avons considéré que le sénior était par défaut **non vulnérable et non atteint de l'altération**.

3. Présentation des résultats de l'évaluation

Q1 & Q3 – Dans quelle mesure l'organisation du réseau d'acteurs permet d'atteindre les personnes âgées du territoire défini, en particulier les plus vulnérables ? Dans quelle mesure les moyens et les organisations permettent de coordonner les parcours des seniors à partir de l'inclusion ?

Dans un souci de lisibilité de restitution des résultats de l'évaluation les Q1 et Q3 sont traitées conjointement dans cette partie. Les sous-questions restent, quant à elles, bien traitées de manière indépendante.

Q1.1 Comment les moyens et les organisations mises en œuvre permettent de créer un réseau d'acteurs capable de réaliser la démarche d'aller-vers sur le territoire ? [Faisabilité/Opérationnalité]

Point saillant : Les moyens et organisations mis en œuvre dans l'expérimentation ICOPE permettent de créer un réseau d'acteurs capables de réaliser la démarche d'aller-vers, bien que plusieurs facteurs influencent son efficacité.

La diversité des porteurs expérimentateurs et leurs objectifs spécifiques façonnent le déploiement de la démarche, avec deux modalités principales : la centralisation, où le porteur assume seul la démarche d'aller-vers, ou la délégation partielle ou complète aux structures locales existantes.

Les ressources dédiées à cette démarche, telles que le financement basé sur le nombre et la taille des CPTS, jouent un rôle clé, tout comme le soutien du Gérotopôle de Toulouse pour la formation des acteurs.

Cependant, l'absence de pilotage centralisé par le ministère et le manque de ressources humaines dédiées freinent le déploiement harmonisé. Les porteurs expérimentateurs ont mis en place des actions de communication et de formation pour renforcer la montée en compétences des acteurs locaux, tout en favorisant leur engagement dans le dispositif.

a. Une diversité de porteurs qui influence le déploiement

Rappel : organisation du déploiement de l'expérimentation et objectifs des porteurs expérimentateur

Le déploiement de l'expérimentation Art 51 ICOPE a été établie sur la base :

- Du cahier des charges porté conjointement par la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) : ce cahier des charges définit les modalités de déploiement de l'expérimentation. Il est à souligner qu'il a été volontairement constitué de manière flexible afin de permettre aux porteurs expérimentateurs d'adapter leur développement à leurs spécificités

- De 2 AMI visant à recruter les porteurs expérimentateurs : ces AMI s'inscrivent dans la lignée du cahier des charges afin de permettre à tout porteur d'initier une démarche selon les objectifs de l'expérimentation

Le projet ICOPE est porté au niveau national par le ministère des Solidarités et de la Santé, et plus spécifiquement par trois directions : la **DGOS**, la **DGS** et la **DGCS**, qui assurent ensemble le pilotage national de l'expérimentation. Leur mission consiste principalement à piloter le déploiement, visant à harmoniser les initiatives locales tout en maintenant un cadre national uniforme. Ce rôle est identifié par les porteurs, notamment pour le suivi du déroulé de l'expérimentation et la remontée de données, même si les porteurs auraient également eu besoin d'un interlocuteur dédié pour des questions opérationnelles quotidiennes.

Les porteurs expérimentateurs participants couvrent un large éventail de territoires, allant des zones fortement urbanisées aux espaces plus ruraux. Ils permettent de toucher efficacement la population des seniors de plus de 60 ans dans 24 départements, incluant à la fois des territoires ultramarins et des régions métropolitaines aux dynamiques démographiques variées.

Tableau 4 : Liste des porteurs expérimentateurs, de leur date d'entrée dans l'expérimentation et de la population cible définie lors du cahier des charges

	Date d'entrée dans l'expérimentation	Population cible
Gérontopôle de Toulouse	2020	10 000
HCL	2020	4 855
FCCIS	2020	1 819
CPTS PACA	2020	4 613
DAC46	2020	1 200
Mutualité PACA	2020	738
Filieris sud	2020	3 469
InterURPS Pays de Loire	2020	13 533
InterCPTS Mulhouse Colmar	2022	4 500
DAC17	2022	3 000
CPTS Haute Corrèze	2022	1 311
CHU Tours	2022	4 500
CPTS Grand Sud la Réunion	2022	1 000
TOTAL	-	54 538

Le déploiement de l'expérimentation n'est pas imposé aux porteurs expérimentateurs, ceux-ci sont principalement guidés par la nécessité de mettre en place deux rôles clés pour structurer le dispositif de manière cohérente :

- ♦ **La démarche aller vers** : les porteurs expérimentateurs doivent déployer des organisations pour faire diffuser la dynamique de l'expérimentation auprès des professionnels et des organisations de leur territoire.
- ♦ **Le déploiement du parcours ICOPE pour les usagers** : les porteurs expérimentateurs doivent organiser les différentes étapes afin de permettre l'inclusion des seniors et leur apporter l'accompagnement défini dans le cahier des charges.

En s'inscrivant dans une démarche Art 51, les porteurs expérimentateurs s'engagent également à élaborer l'ensemble des actions nécessaires à l'organisation et au financement dérogatoires du parcours (remontées de données, mise en œuvre du circuit de financement, participation à l'évaluation, etc.).

Deux éléments influencent le déploiement global de l'expérimentation

Du fait de cette organisation flexible et de la diversité des porteurs, les déploiements constatés résultent principalement de dynamique propre à chaque porteur.

Nous constatons cependant que plusieurs éléments ont influencé les conditions de déploiement du dispositif :

1. La nature du porteurs expérimentateurs et leur territoire d'influence :

Trois types de porteurs sont intégrés dans l'expérimentation :

- Les **CHU** : c'est-à-dire des établissements d'expertise de la prise en charge des seniors exerçant souvent une influence régionale
- Les **structures de coordination** : dans lesquelles nous retrouvons
 - Des DAC, spécialisé dans l'accompagnement aux parcours complexes des seniors, avec un secteur d'influence défini
 - Des CPTS : qui rassemble les professionnels d'un territoire défini pour la structuration des prises en charge du territoire
- Les **structures de représentation et de soutien aux professionnels** : dans lesquelles nous retrouvons
 - Des fédérations et unions de professionnels libéraux : FCCIS ou URPS, représentent les professionnels et soutiennent la structuration des actions et prises en charge à l'échelle régionale, sans pour autant délivrer directement des soins
 - Des groupes de Santé : à l'image de Filieris, qui gèrent des établissements de prise en charge (centres de santé, SMR, EHPAD, SSIAD) ou de la mutualité française qui agit pour la prévention et la promotion de la santé

Il apparaît que le contexte de déploiement de chaque porteur est ainsi très différent par :

- ♦ Le secteur d'influence : certains sont régionaux, d'autres sur des territoires plus restreints.
- ♦ Les cibles de leur action : certains sont centrées sur la prise en charge et les seniors, d'autres autour de la coordination et des professionnels (pour atteindre les usagers à termes).
- ♦ Les partenariats naturels qui peuvent découler de leur implication dans l'expérimentation : les CHU vont se tourner soit vers les seniors directement soit vers les professionnels.

Aussi si l'ensemble des porteurs ont deux objectifs communs liés au déploiement de l'expérimentation (l'aller vers et de prise en charge des seniors), l'effort à fournir pour structurer ces rôles sera très différent selon le profil du porteur concerné.

2. Le type de territoire sur lequel s'inscrit le dispositif

Les territoires des porteurs expérimentateurs sur lesquels se sont déployés le dispositif présentent également des caractéristiques très différentes.

On retrouve ainsi :

- ♦ **Des territoires urbains** : dense, avec de nombreuses structures partenaires

Les HCL, le Gérontopôle de Toulouse et le CHU de Tours, situés dans de grandes m tropol s, bénéficient ainsi d'une densité de population très élevée, ce qui facilite la mise en place d'actions ciblées sur les populations vieillissantes. Leur proximité avec des infrastructures de santé majeures favorise la coordination des soins, un enjeu crucial dans ces zones urbaines denses

◆ **Des territoires ruraux :  parse, avec une faible densité de population âgée**

La FCCIS, Filieris Sud et le DAC 46 opèrent dans des territoires majoritairement ruraux, caractérisés par une faible densité de population, un faible taux de séniors, un niveau de précarité moyen, et la présence de déserts médicaux. Ces porteurs expérimentateurs doivent relever des défis spécifiques, notamment en matière d'accès aux soins, et déploient des initiatives visant à assurer la continuité des services médicaux malgré les contraintes inhérentes à ces régions.

◆ **Des territoires ruraux avec une forte densité de séniors**

Le DAC 17 et la CPTS Haute Corrèze travaillent également dans des territoires ruraux, mais avec des particularités distinctes. Ces zones se distinguent par un taux élevé de séniors, une densité de population très faible et une vaste superficie. Dans ce contexte, les porteurs doivent adapter leurs stratégies pour atteindre des populations âgées souvent isolées et dispersées. Les porteurs tels que la CPTS PACA et la Mutualité Française PACA, situés dans des territoires vastes où la proportion de séniors est significative, nécessitent des approches flexibles et innovantes afin de garantir l'accessibilité des services de santé à toutes les personnes âgées, quelle que soit leur localisation.

Ainsi, les caractéristiques de chaque territoire influencent directement l'effort requis pour déployer le parcours : dans les zones rurales à faible densité de population et confrontées à des déserts médicaux, les porteurs expérimentateurs doivent déployer des moyens plus importants pour assurer un accès équitable aux soins. ,

b. Les ressources pour organiser la démarche aller-vers

Un financement de la démarche d'aller-vers en fonction du nombre et de la taille des CPTS sur le territoire

Dans le cadre de l'expérimentation Article 51, deux enveloppes de financement ont été prévues pour les porteurs expérimentateurs : les CAI et l'animation territoriale. Ces fonds sont spécifiquement alloués pour organiser le réseau d'acteurs et déployer le parcours sur les différents territoires.

Ce financement se distingue du financement spécifique au parcours qui rémunère les professionnels de santé libéraux impliqués dans la mise en œuvre des étapes du parcours, à la suite de leur formation.

Tableau 5 : Montants globaux des enveloppes attribuées aux porteurs expérimentateurs

	Population cible	CAI	Animation territoriale	Prestation dérogatoire
InterURPS des Pays de Loire	13 533	239 169�	366 884�	1 006 855�
Gérontopôle de Toulouse	10 000	358 178�	408 825�	744 000�
Hospices civils de Lyon	4 855	177 582�	212 185�	361 212�
CPTS PACA	4 613	177 582�	180 396�	343 207�
CHU de Tours	4 500	177 600�	109 200�	338 800�
InterCPTS Mulhouse Colmar	4 500	177 600�	113 200�	334 800�
Filieris Sud	3 469	157 389�	87 278�	258 094�
DAC 17	3 000	145 400�	146 800�	223 200�

FCCIS Corse	1 819	83 191€	89 002€	135 334€
CPTS Haute-Corrèze	1 311	81 200€	115 200€	99 538€
DAC 46	1 200	80 193€	87 960€	89 280€
CPTS Grand Sud Réunion	1 000	79 200€	46 000€	74 400€
Mutualité française PACA	738	74 198€	44 030€	54 907€
TOTAL	54 538	2 008 482€	2 006 960€	4 063 627€

Le financement de l'animation territoriale est défini selon le nombre et la taille de la CPTS (ou équivalent) sur le territoire¹⁵, suivant le modèle de financement de ces structures dans le droit commun.

La formation : le rôle pivot du Gérontopôle de Toulouse

Le CHU de Toulouse, en tant que **centre collaborateur de l'OMS**, a pris l'initiative de déployer le programme ICOPE dès 2019 en Occitanie par l'intermédiaire du Gérontopôle. Le succès rencontré lors de sa mise en œuvre a conduit à l'extension de cette expérimentation à l'échelle nationale dans le cadre de l'article 51.

Le Gérontopôle de Toulouse a partagé son expertise avec les porteurs expérimentateurs tout au long de l'expérimentation. Pour ce faire, il a reçu une enveloppe de 131 000€ au total, destinée à couvrir les coûts liés à l'utilisation de l'outil numérique ICOPE Monitor, à ses outils de communication, ainsi qu'aux supports de formation pour les étapes du parcours (step 1 et step 2). Les porteurs expérimentateurs ont ensuite adapté ces outils aux spécificités de leur public.

Les ressources humaines dédiées à la démarche aller vers

Au sein des équipes des porteurs expérimentateurs ou de leurs réseaux d'acteurs territoriaux, deux profils principaux se distinguent, assumant la responsabilité des cinq rôles clés nécessaires au bon déploiement du programme ICOPE. Ces rôles couvrent la gestion et la coordination du déploiement (incluant la formation et la communication), la coordination du parcours, la gestion du système d'information et des outils numériques, la gestion financière, ainsi que la réalisation des étapes du parcours. En fonction de la taille de la structure du porteur, ces responsabilités peuvent être concentrées dans les mains d'un seul individu ou réparties entre plusieurs membres de l'équipe projet.

Le chef de projet

Les chefs de projet jouent un rôle crucial dans la gestion et le suivi du dispositif ICOPE au niveau territorial. Leur mission principale consiste à coordonner l'expérimentation en collaboration étroite avec les partenaires locaux et nationaux. Ils sont responsables de l'atteinte des objectifs du programme, de la formation des professionnels impliqués, de l'organisation des comités de suivi, de l'animation des réunions, ainsi que de la mise en œuvre des outils de suivi et de la gestion budgétaire. Le financement de ce poste est assuré par l'enveloppe CAI qui couvre notamment les ressources humaines nécessaires au bon déroulement du programme.

Leur rôle s'étend également au déploiement du projet sur le terrain, notamment via l'intégration des outils de e-santé et la gestion d'un plan de communication destiné tant aux professionnels de santé qu'au grand public. Ce poste peut également être désigné sous les titres de « chargé de mission » ou « chargé de projet » au sein de l'équipe du porteur expérimentateur. Dans la

¹⁵ Cahier des charges de l'expérimentation, p. 35

majorité des cas, ces profils sont occupés par des professionnels de santé, tels que des infirmiers, médecins ou diététiciens. Les porteurs expérimentateurs s'accordent sur l'importance d'un profil mixte pour le chef de projet, combinant une expertise dans le domaine de la santé avec des compétences solides en gestion et pilotage de projet.

L'animateur territorial

En fonction du modèle de déploiement choisi, les animateurs territoriaux peuvent appartenir soit à l'équipe du porteur, soit aux CPTS ou à d'autres partenaires locaux. Ils jouent un rôle crucial dans la coordination locale du parcours ICOPE. Leur mission principale est de relayer les informations auprès des effecteurs, en particulier les professionnels de santé responsables de l'une ou plusieurs des étapes du parcours ICOPE, et d'assurer la bonne mise en œuvre du projet. Ces postes sont financés par l'enveloppe dédiée à l'**animation territoriale**, qui couvre notamment les coûts liés à l'organisation et à la coordination au niveau local.

Ces animateurs sont également chargés de promouvoir le programme en mobilisant les professionnels de santé et en coordonnant les stratégies d'intervention « aller-vers » pour atteindre les populations cibles. Leur rôle est essentiel pour sensibiliser les acteurs locaux et planifier les actions sur le terrain. Ils participent activement à l'amélioration continue des protocoles du dispositif afin de maximiser son efficacité.

c. Deux modalités de déploiement de la démarche aller-vers : la délégation ou la centralisation

En raison de la souplesse du cahier des charges, les porteurs expérimentateurs ont pu élaborer des stratégies de déploiement différentes pour la création de leur réseau d'acteurs opérationnels et donc de la mise en place de la démarche d'aller-vers.

Les modèles de déploiement varient principalement selon le niveau de centralisation des rôles liés à la démarche d'aller-vers au sein de l'équipe projet ou la délégation de certaines fonctions à des partenaires locaux, tels que les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) sur le territoire.

La centralisation : le porteur expérimentateur comme seul acteur de la démarche aller-vers

Dans cette stratégie, le porteur expérimentateur centralise l'ensemble des rôles, y compris celui d'animateur territorial, et assure directement la coordination de la démarche d'aller-vers en collaboration avec les acteurs opérationnels du parcours. Cette approche permet au porteur de garder un contrôle total sur la mise en œuvre et la coordination des différentes étapes du programme. Ce modèle a été adopté par six porteurs : la **CPTS Grand Sud Réunion** / l'**InterCPTS Mulhouse Colmar** / la **FCCIS** / la **Mutualité Française PACA** / **CPTS PACA** et la **CPTS Haute-Corrèze**.

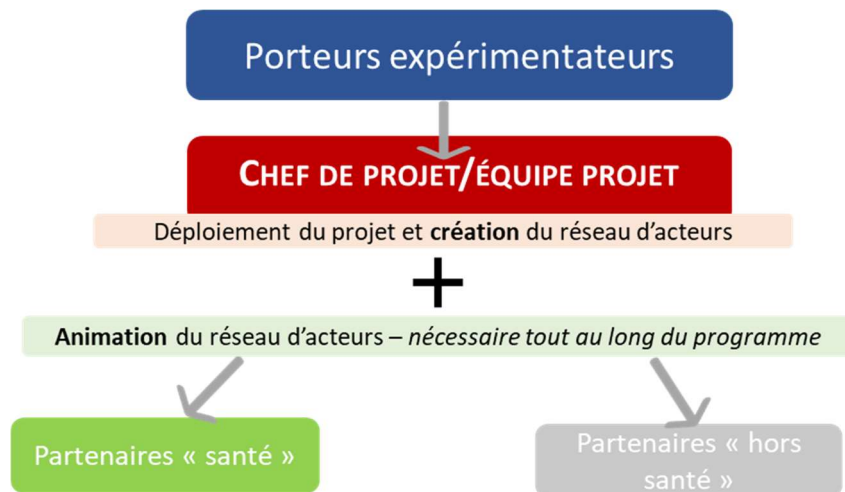


Figure 7 : Schéma d'un maillage territorial assuré par le porteur expérimentateur

En choisissant de centraliser l'intégralité des rôles, ces porteurs ont pu assurer une gestion directe des interventions, sans avoir de niveau relai entre eux et les effecteurs des étapes du parcours. Cette maîtrise complète du dispositif leur a permis de suivre de près le déploiement du programme et d'apporter des ajustements en temps réel.

Toutefois, l'efficacité de cette stratégie dépend largement de la capacité du porteur expérimentateur à se faire identifier, ainsi que de son ancrage territorial. La dynamique positive impulsée par le dispositif repose également sur sa capacité à mobiliser les acteurs de terrain, à les convaincre de s'investir pleinement dans le projet et à assurer une couverture homogène de l'ensemble du territoire.

La délégation complète ou partielle de la démarche aller-vers aux structures locales existantes

Délégation complète

La délégation de la démarche d'aller-vers aux structures locales existantes, telles que les **CPTS** et les **MSP**, a été mise en place par plusieurs porteurs expérimentateurs, dont le **DAC 46**, l'**InterURPS Pays de Loire**, les **Hospices Civils de Lyon (HCL)** et le **CHU de Tours**. Cette stratégie s'appuie sur l'implication directe des CPTS comme partenaires, aux côtés d'autres acteurs, pour prendre en charge la réalisation des différentes étapes du parcours des personnes âgées et la coordination du parcours global. En ce sens, le rôle des CPTS diffère de la première stratégie, où elles sont elles-mêmes porteuse du projet assumant la conduite du projet territorial et la coordination du dispositif, au-delà de la simple exécution de la démarche aller-vers. Cette approche de proximité permet une mobilisation rapide des professionnels de santé locaux, facilitant ainsi la continuité du parcours.

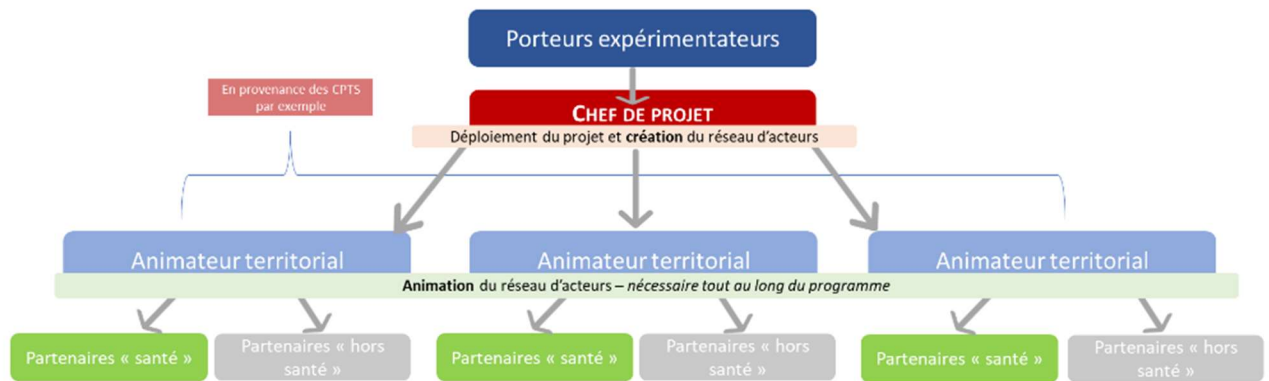


Figure 8 : Schéma d'un maillage territorial assuré par les CPTS existantes

Cette stratégie bénéficie d'un déploiement accéléré grâce à l'ancrage territorial solide des CPTS, qui sont bien connues et reconnues par les seniors sur leurs territoires respectifs. L'adoption du dispositif est facilitée, les structures locales étant déjà bien implantées. La répartition des rôles entre le porteur expérimentateur et ses partenaires locaux est claire, ce qui permet de maximiser les forces et les compétences de chacun dans la gestion du dispositif.

Cependant, une couverture complète du territoire peut être plus difficile à atteindre, car les périmètres géographiques des CPTS diffèrent parfois de ceux définis initialement par les porteurs expérimentateurs.

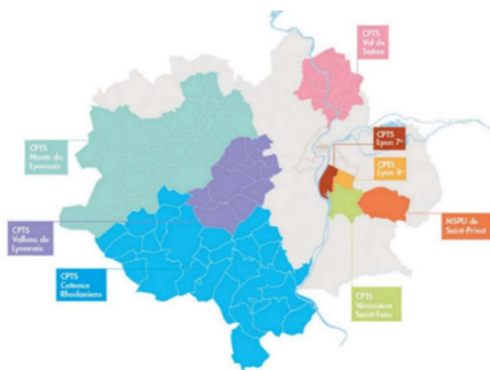


Figure 9 : Territoire couvert par les HCL et sa zone grise (non couverte)

Les Hospices civils de Lyon : Afin de déployer efficacement le parcours ICOPE sur le territoire, le porteur a établi des partenariats avec sept CPTS (CPTS Vénissieux Saint-Fons, Monts du Lyonnais, Val de Saône, Lyon 8, Vallons du Lyonnais, Coteaux Rhodaniens, Lyon 7) et une MSPU (MSPU Saint-Priest). Ces partenaires institutionnels **ne couvrent actuellement pas entièrement le territoire des HCL** qui avait été initialement été objectivé pour le déploiement d'ICOPE.

De plus, des variations dans la mise en œuvre des démarches d'aller-vers peuvent apparaître, en fonction du profil et de l'implication des animateurs territoriaux, ce qui peut entraîner une certaine hétérogénéité dans les pratiques et les résultats.

Cette stratégie demande également une gestion budgétaire rigoureuse de la part des porteurs expérimentateurs. L'enveloppe allouée à l'animation territoriale étant fixée en début d'expérimentation, il devient complexe d'intégrer de nouvelles CPTS ou d'ajuster le budget si une CPTS voit son périmètre ou sa taille évoluer. Enfin, ce modèle implique une coordination accrue des partenaires locaux, avec un suivi régulier de la démarche d'aller-vers, des étapes du parcours, et de la gestion des alertes, ajoutant ainsi une charge supplémentaire pour les porteurs dans le pilotage du projet.

Délégation partielle

La troisième stratégie, adoptée par des porteurs tels que le **DAC 17, Filieris**, et le **Gérontopôle de Toulouse**, est un modèle de délégation partielle. Dans ce mode de déploiement, le porteur

expérimentateur partage les rôles, en particulier la coordination et la réalisation du parcours, avec des structures locales existantes comme les **CPTS**, **MSP**, **CCAS**, ou encore les **EHPAD**. Cette approche permet une répartition des responsabilités tout en maintenant une flexibilité précieuse, adaptée aux ressources et capacités locales disponibles.

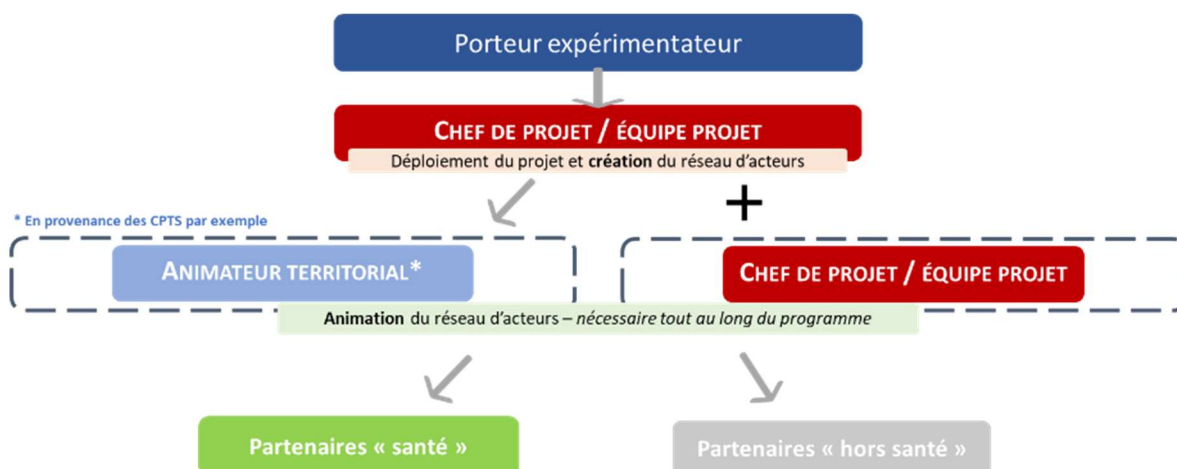


Figure 10 : Schéma d'un maillage territorial assuré de manière hybride, par le porteur et les acteurs territoriaux

Cette délégation partielle présente des avantages similaires aux deux premiers modèles. Elle permet de favoriser une mobilisation de toutes les parties prenantes impliquées dans le suivi des usagers, optimisant ainsi la coordination des soins et renforçant l'adhésion des seniors grâce à l'implantation des partenaires dans leur territoire. Cependant cette approche nécessite une coordination accrue et une gestion plus complexe, car elle impose au porteur expérimentateur d'assurer la supervision de multiples partenaires et d'harmoniser leurs actions. Ainsi, elle hérite des bénéfices de proximité et d'ancrage territorial, mais aussi des contraintes, en termes de gestion territoriale et de synchronisation des actions sur plusieurs fronts.

Tableau 6 : Récapitulatif des modèles déployés et des actions réalisées

	Porteur expérimentateur	Recrutement professionnels	Création outils communication	Organisation d'évènements	Organisation des formations
	CPTS Grand Sud Réunion InterCPTS Mulhouse Colmar FCCIS La Mut PACA CPTS Paca CPTS Haute Corrèze	Chef de projet		Equipe du porteur expérimentateur	
Modèle 2 – maillage territorial créé par le porteur expérimentateur avec l'aide des CPTS existantes	DAC 46 InterURPS Pays de Loire HCL CHU Tours	Animateurs territoriaux	Chef de projet (porteur expérimentateur)	Binôme chef de projet et animateurs territoriaux	Equipe du porteur expérimentateur
Modèle 3 – hybride entre les deux premiers	DAC 17 Filiéris Gérontopôle de Toulouse	Binôme animateurs territoriaux et chef de projet		Binôme animateurs territoriaux et équipe du porteur expérimentateur	

Tableau 7 : Réseaux constitués par chacun des porteurs expérimentateurs

Porteur expérimentateur	Réseaux d'acteurs santé	Réseaux d'acteurs hors santé
DAC 46	• Professionnels de santé • CPTS	• CCAS • Plateforme de répit • La poste • France service
HCL	• 7 CPTS • 1 MPS • Kinésithérapeutes • Infirmiers • Pharmacies • Professionnels de santé	• CARSAT • CCAS • La poste • Mairies • Associations • EHPAD
CPTS PACA	• Professionnels de santé • 3CPTS	• CARSAT • Associations locales et régionales
CPTS Grand Sud Réunion	• Assistants médicaux • Professionnels de santé	• La poste • Professionnels médico-sociaux (<i>projet en cours de création</i>) • CCAS, plateforme de répit (<i>en projet</i>)
CHU Tours	• Professionnels de santé • 2 CPTS	• Association • CCAS • CARSAT • France service • La poste
InterCPTS Mulhouse-Colmar	• Professionnels de santé	• Mairies, commune • Clubs et associations • MAIA • CCAS
Filiaris SUD	• CPTS • MSP • DAC	• Associations de seniors • Mutuelle • Centres sociaux : CARSAT ... • CPAM • Collectivités (mairies, CCAS, communes) • Plateforme de répit • Bailleurs sociaux
Gérontopôle de Toulouse	• Kinésithérapeutes • Clinique (SSR gérontologique) • Pharmaciens • Professionnels de santé	• CARSAT • CNAM • Mairies, communes • CCAS
FCCIS	• Préparateur en pharmacie • Secrétaires médicales • Professionnels de santé • APA • Agents CLIC • MSP • ESP	• Associations • CCAS
Mutualité PACA	• Professionnels de santé • DAC • MSP • Agir Arco • Médecine du travail (en réflexion)	• Association • CCAS • Résidence senior • Médiathèque • CPAM
Inter URPS des Pays de Loire	• Professionnels de santé • 7 CPTS • Le gerontopole	• Mairies / communes • CPAM
CPTS Haute Corrèze	• Professionnels de santé • 3 CPTS • 2 DAC	• Aide à domicile • Mairies/communes
DAC 17	• Professionnels de santé	• Bailleurs sociaux • Mairies, communes • SPASAC SAAD SSIAD • CNAM • CCAS • Associations

d. Les actions mises en place pour construire leur réseau d'acteur

Dans cette partie sont présentées les différentes initiatives entreprises par les porteurs expérimentateurs pour structurer et mobiliser les réseaux d'acteurs autour du programme ICOPE. Cette analyse se décline en trois volets : les actions de communication déployées pour sensibiliser et informer les professionnels sur le programme, les efforts de formation et de montée en compétence visant à renforcer les capacités des acteurs opérationnels, et enfin la démarche « aller-vers » et l'implication des acteurs locaux, destinée à favoriser l'engagement des professionnels dans le dispositif.

Des actions de communication

L'ensemble des porteurs expérimentateurs ont mis en œuvre des actions pour le déploiement du programme ICOPE dans leurs territoires, ces dernières s'avérant plus ou moins efficaces¹⁶ dans la durée et nécessitant un engagement de leur part. Ces actions sont de 4 types :

- ▶ **La création de supports écrits** (flyers, affiches, articles de presse) pour les professionnels de santé et hors santé pour leur expliquer en quoi consiste le parcours, comment ils peuvent s'impliquer et la démarche pour adhérer à l'expérimentation
- ▶ **Des temps de réflexion collective** pour la co-construction avec les effecteurs volontaires afin de confronter leurs difficultés sur le terrain et les leviers de succès identifiés par ces acteurs
- ▶ **Des rencontres dans des lieux d'échange identifiés** (congrès, journées territoriales...) pour faire connaître le dispositif et également, dans certains cas réaliser des demi-journées de dépistages
- ▶ **Des temps de rencontres à but informatif** pour que les professionnels puissent connaître le programme ICOPE

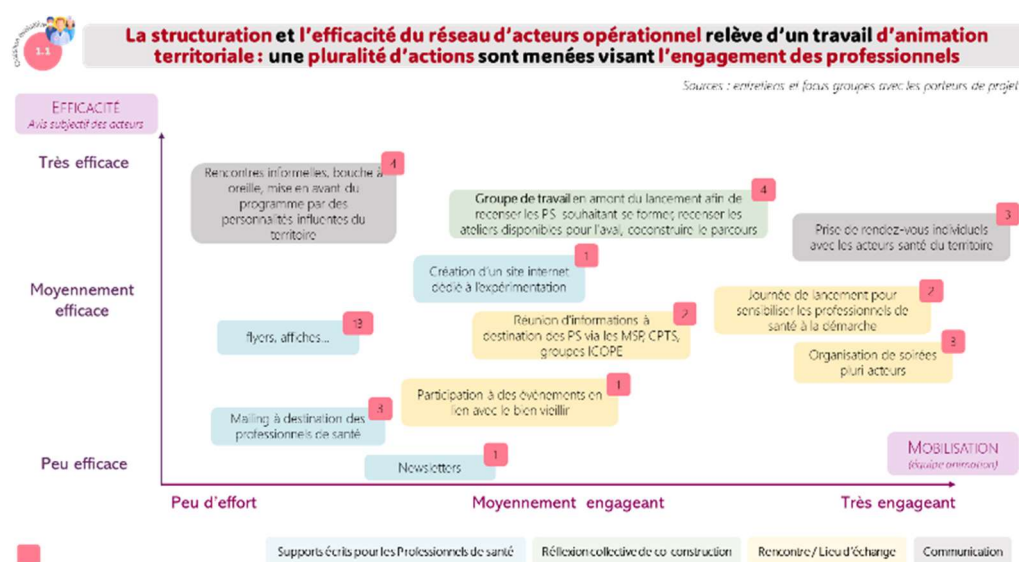


Figure 11 : Recensement des actions menant à l'engagement des professionnels

Selon les porteurs expérimentateurs s'étant exprimé lors des focus group sur le sujet, les formes de communication qui s'avèrent les plus efficaces, qui ne demandent pas un fort

¹⁶ L'efficacité des actions a été définie par les porteurs expérimentateurs lors des focus group, comme étant les actions demandant le moins d'effort à mettre en place et ayant un retour sur investissement important

engagement de leur part, sont celles qui consistent en des rencontres informelles, du bouche à oreille ou encore de la mise en avant du programme par des personnalités influentes du territoire (médecins identifiés, seniors, ...). A contrario, l'organisation de soirées à destination des acteurs locaux demande une forte mobilisation sur les territoires et semblent très peu efficaces pour obtenir des adhésions des professionnels.

Deux principales difficultés ont émergé dans la mise en place de ce réseau d'acteurs. La première concerne la **sur sollicitation ressentie par les professionnels de santé**, qui, bien que motivés à participer au dispositif, se sont souvent retrouvés surchargés. La seconde difficulté réside dans **la capacité des porteurs expérimentateurs à informer efficacement** les professionnels sur le dispositif. Cela est en partie dû à un manque d'identification de lieux ressources ou de canaux de communication spécifiques pour toucher l'ensemble des professionnels concernés. L'objectif initial était de mobiliser un plus grand nombre de professionnels simultanément s'est donc heurté à des obstacles, révélant la nécessité de renforcer et de structurer les canaux de communication pour toucher une audience plus large de manière efficace. À cet égard, une communication portée au niveau national pourrait faciliter l'appropriation de la démarche ICOPE par les professionnels et légitimer davantage le programme.

La formation et la montée en compétence des acteurs opérationnels

Le cahier des charges de l'expérimentation ICOPE prévoyait la mise en place de formations spécifiques à la démarche afin de garantir l'évolution des pratiques professionnelles. Trois types de formations étaient prévues :

- ▶ **Formation à l'accompagnement à la passation du test de dépistage (step 1) :** destinée aux acteurs chargés de la réalisation de cette étape, cette formation s'adressait aux professionnels de santé et hors santé souhaitant s'impliquer dans le processus de dépistage. On y retrouve des IDE, des masseurs-kinésithérapeutes, médecin généraliste et autres spécialistes mais également des étudiants IFSI, des acteurs des CCAS, des facteurs de la Poste ou encore des employés de supermarché.
- ▶ **Formation à la gestion des alertes :** concernant un nombre restreint de personnes, principalement des IDE mais également des masseur-kinésithérapeutes, des diététiciens et des médecins généralistes, selon l'échelle organisationnelle des porteurs expérimentateurs, cette formation visait à doter les participants des compétences nécessaires pour gérer efficacement les alertes identifiées lors du dépistage.
- ▶ **Formation à l'évaluation approfondie (step 2) :** réservée aux professionnels de santé identifiés pour assurer cette étape, dont les IDE, les médecins généralistes et spécialistes ainsi que les masseur-kinésithérapeutes, en lien avec le médecin traitant, cette formation avait pour objectif de fournir une évaluation détaillée et complète de la situation de chaque senior.
- ▶ **Entretien motivationnel (step 3) :** l'absence de déploiement de formation spécifique pour l'entretien motivationnel a généré des difficultés auprès des professionnels impliqués dans le step 3, car elle engendre un sentiment d'illégitimité. Contrairement aux étapes précédentes, ce moment d'échange va au-delà de leurs compétences de soins et requiert une posture d'accompagnement dans laquelle le professionnel ne donne pas de directives mais encourage le senior à prendre conscience de ses propres objectifs et priorités.

Les modalités de formation, en présentiel ou en e-learning ont été choisies par les porteurs expérimentateurs. La plupart d'entre eux, 7 sur 13, ont opté pour une formation en distanciel

pour le step 1, puis une formation en présentiel afin de proposer une partie de mise en pratique. Il est à noter que le contenu des formations peut diverger d'un porteur à l'autre, bien que les compétences pratiques visées restent cohérentes. Un exemplaire de formation est disponible en annexe¹⁷ pour illustrer ces éléments.

Selon les dernières données de suivi remontées au COSUI national, en juin 2024, un total de 3 006 professionnels (santé et hors santé) a été formé au step 1 et 818 professionnels de santé ont été formés au step 2 se répartissant par porteur comme suit :

Tableau 8 : Nombre de professionnels formés par étape du parcours et par porteur expérimentateur à date de juin 2024

	Population cible	Nb personnes formées au step 1	Nb personnes formées au step 2
Gérontopôle de Toulouse	13 533	1 556	232
InterURPS des Pays de Loire	10 000	222	222
Hospices civils de Lyon	4 855	201	84
CPTS PACA	4 613	180	70
DAC17	4 500	59	17
CPTS Haute-Corrèze	4 500	22	5
CHU Tours	3 469	245	17
InterCPTS Mulhouse Colmar	3 000	92	35
FCCIS Corse	1 819	36	73
DAC 46	1 311	64	19
Filieris Sud	1 200	262	35
CPTS Grand Sud Réunion	1 000	30	0
Mutualité Française PACA	738	37	9
TOTAL	54 538	3 006	818

La baisse du nombre de professionnels formés entre le step 1 et le step 2 s'explique en partie par le fait que seuls les professionnels de santé peuvent suivre la formation du step 2, tandis que le step 1 est ouvert également à des professionnels hors santé (agents de CCAS, facteurs, etc.). Cependant, sans des données plus précises issues du COSUI, il reste difficile d'expliquer cette perte de participants avec certitude.

Une partie de l'enveloppe CAI, soit 237 882€ pour les treize porteurs expérimentateurs, était destinée à financer la formation de 1 200 professionnels de santé au step 2 sur les deux premières années de l'expérimentation. Ce budget a principalement été utilisé pour rémunérer les médecins formateurs, les professionnels de santé participant aux formations, ainsi que pour les frais logistiques (réservation de salles, repas, etc.). L'enveloppe de 237 882€ dédiée à la formation avait été calculée pour couvrir les besoins en formation, elle a permis de former 69 % des professionnels attendus, soit 818 professionnels sur les 1 200 prévus par le cahier des charges.

¹⁷ Annexe 3 – Exemple de support de formation, DAC 17

Tableau 9 : Montants dépensé par porteur expérimentateur à date de décembre 2023, rapporté à la formation d'un professionnel de santé, selon le nombre professionnel formé à date de juin 2024

	Nb personnes formées au step 2	Montant dépensé pour la formation (step 2)	Cout de formation d'un professionnel de santé ¹⁸
Gérontopôle de Toulouse	232	96 152,00€	414,45€
InterURPS des Pays de Loire	222	33 094,91€	149,08€
Hospices civils de Lyon	84	18 019,00€	214,51€
CPTS PACA	70	23 982,00€	342,60€
DAC17	17	2 212,00€	130,12€
CPTS Haute-Corrèze	5	NR	NR
CHU Tours	17	8 798,00€	517,53€
InterCPTS Mulhouse Colmar	35	8 526,00€	243,60€
FCCIS Corse	73	25 000,00€	342,47€
DAC 46	19	8 993,00€	473,32€
Filieris Sud	35	2 280,00€	65,14€
CPTS Grand Sud Réunion	0	NR	NR
Mutualité Française PACA	9	NR	NR
TOTAL	818	227 056,91€	277,58€

Le coût moyen pour former un professionnel de santé est de 277,6€, bien que les dépenses varient fortement selon le mode de formation (à distance, mixte ou en présentiel). Le coût moyen de formation atteint jusqu'à 517,53€ par personnes formées au step 2, ce qui concerne 17 personnes pour le porteur expérimental CHU de Tours. Ce coût de formation, non négligeable, devra être pris en compte et anticipé pour une éventuelle généralisation.

Les données financières fournies par les porteurs expérimentateurs révèlent un dépassement du budget principalement attribué à une surconsommation de deux porteurs expérimentateurs (le Gérontopôle de Toulouse et la FCCIS). De plus, les dépenses de trois porteurs (CPTS Haute-Corrèze, CPTS Grand Sud Réunion, et la Mutualité Française PACA) n'ont pas pu être intégrées¹⁹ dans l'analyse, ce qui pourrait influencer l'évaluation financière globale du volet formation.

¹⁸ Compte tenu des dates de remontés financières (décembre 2023) et du nombre de professionnels formés au step 2 (juin 2024), il est possible que le coût moyen de formation d'un professionnel de santé soit légèrement sous-estimé.

¹⁹ Les données n'ont pas pu être intégrées car elles n'ont pas été transmises par le porteur expérimentateur.

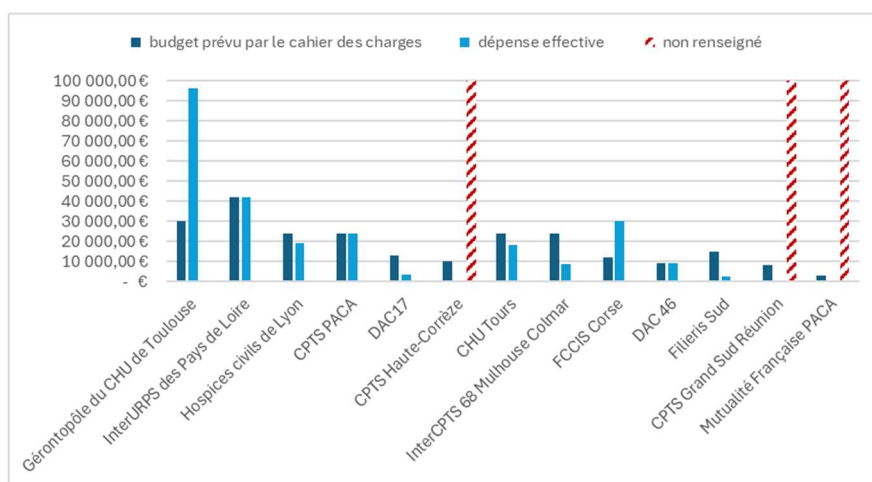


Figure 12 : Etat des lieux des dépenses du volet formation de l'enveloppe CAI, par porteur expérimentateur

Les retours des professionnels de santé sur les formations ICOPE sont globalement positifs, une majorité estimant que les contenus sont adaptés et suffisants, particulièrement pour la bonne prise en main du step 1. Cependant, plusieurs points d'amélioration ont été soulevés. Certains professionnels expriment le besoin d'inclure davantage de mises en pratique, notamment pour les steps 2 et 3, et suggèrent que des démonstrations concrètes, comme des vidéos explicatives ou des retours d'expérience de praticiens expérimentés, faciliteraient l'appropriation des techniques.

Un autre aspect important concerne l'évaluation psychologique, jugée parfois insuffisamment couverte dans les formations. La nécessité de formations plus approfondies, en particulier sur l'entretien motivationnel, est fréquemment mentionnée, certains professionnels ne se sentant pas encore à l'aise avec cet aspect. Enfin, la récurrence des formations ou des rappels réguliers est souvent proposée pour maintenir les compétences à jour et renforcer la confiance des professionnels dans l'application autonome du programme. Cependant, nous n'avons pas eu de retour indiquant que les professionnels se saisissent effectivement de ces opportunités, que ce soit lors des entretiens ou dans les enquêtes réalisées.

En résumé, bien que les formations actuelles soient jugées complètes pour le dépistage des fragilités (step 1), les professionnels appellent à des améliorations, notamment par l'ajout de supports interactifs, la formation en présentiel, et une attention accrue aux étapes plus avancées du parcours ICOPE.

La démarche aller-vers et l'implication des acteurs

La pérennisation du réseau d'acteurs du programme ICOPE nécessite un accompagnement adapté et régulier des acteurs par les animateurs territoriaux pour favoriser une adhésion durable des professionnels de santé. Pour garantir cet engagement à long terme, il est essentiel que les professionnels bénéficient d'un soutien adapté aux spécificités de leur pratique et aux contraintes du terrain. La figure ci-dessous présente les différentes actions de soutien mises en place, en les classant selon leur efficacité perçue et leur mode d'intervention, qu'il s'agisse d'actions collectives, d'accompagnement en petit comité, ou d'accompagnement individualisé.

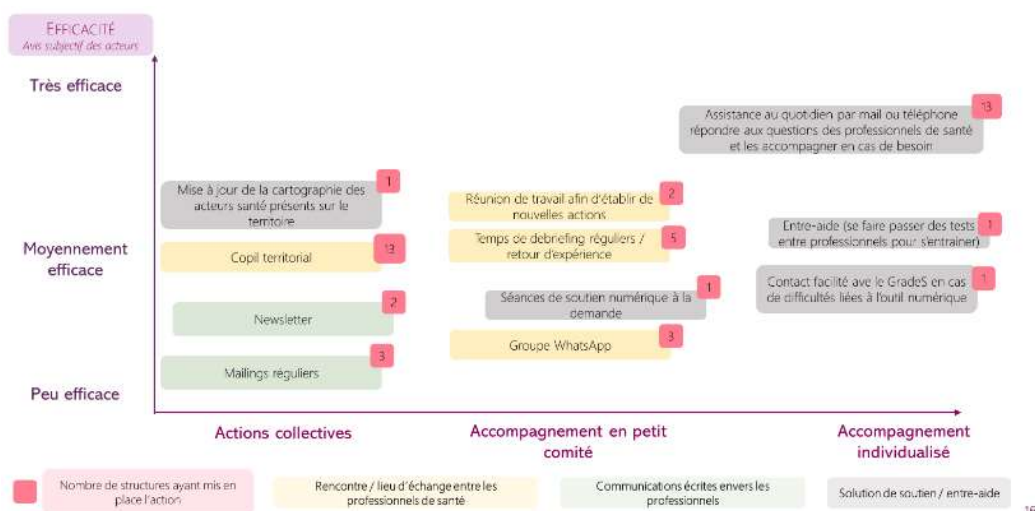


Figure 13 : Classement des actions d'accompagnement des professionnels selon leur efficacité

Freins et limites à l'engagement des professionnels de santé

Malgré les actions d'accompagnement mises en place, les professionnels de santé impliqués dans le programme ICOPE ont évoqué, en réponse à l'enquête en ligne, plusieurs freins limitant leur engagement optimal. Le manque de temps et les contraintes financières sont les principaux obstacles, avec une rémunération jugée insuffisante au regard du temps consacré au programme. En outre, le manque de d'offres pour prolonger l'accompagnement des seniors par des ateliers de prévention ou des parcours de soins structurés. Ce manque restreint leur capacité à proposer un parcours coordonné et complet, ce qui pose la question de la disponibilité de l'offre sur certains territoires. En parallèle, ils insistent sur l'importance d'une communication nationale pour soutenir une éventuelle généralisation du dispositif, permettant de légitimer leurs pratiques et d'accroître la connaissance du programme, à l'image d'autres campagnes comme « Manger Bouger ».

Face à ces défis, les porteurs expérimentateurs ont ajusté leur stratégie en sollicitant prioritairement des acteurs déjà impliqués auprès des personnes âgées en situation de fragilité, tels que les CCAS, les plateformes de répit (pour toucher les aidants) et les EHPAD, tout en continuant de s'appuyer sur les CPTS, modèle prédominant. Bien que cette approche soit pragmatique pour limiter les coûts de déploiement, elle montre une mobilisation inégale des partenaires, limitant l'atteinte d'une population plus vaste de personnes âgées autonomes. Si certains porteurs ont su instaurer une dynamique de réseau efficace, cet élan de coopération reste inconstant et sous-exploité. Une mobilisation plus systématique d'un plus large éventail de partenaires, aurait renforcé la portée du dispositif. L'objectif initial de repérer précocement les signes de fragilité dans la population générale n'a donc pas été pleinement atteint, les CPTS ne permettant pas de couvrir de manière exhaustive le repérage des personnes âgées.

En complément de cette stratégie de recentrage, les animateurs territoriaux ont mise en place divers actions collectives et individualisées de soutien. Celles-ci incluent une assistance régulière par mail ou téléphone, des réunions de retour d'expérience pour favoriser l'échange entre pairs, ainsi que des réunions de comités de pilotage (COPIL) réguliers. Ces initiatives, bien que chronophages, sont essentielles pour renforcer la cohésion du réseau et garantir la continuité du dispositif.

Q3.1 – Comment l'organisation du réseau d'acteurs et l'utilisation des outils numériques de coordination permettent-ils de coordonner la prise en charge et l'orientation du patient vers des actions de prévention ?

Point saillant : L'organisation du réseau d'acteurs et l'utilisation des outils numériques de coordination dans le dispositif ICOPE montrent des limites en matière de prise en charge coordonnée et d'orientation des patients vers des actions de prévention. Le cahier des charges souple a permis aux porteurs expérimentateurs de choisir leur propre système d'information, entraînant des écarts de déploiement et de fonctionnalités, souvent insuffisants pour assurer une coordination efficace entre les partenaires opérationnels.

Bien que l'organisation en réseau pour la gestion des alertes, qu'elle soit centralisée ou décentralisée, soit en place, peu de patients bénéficient d'une évaluation approfondie (step 2) après la validation de leurs alertes, comme en témoigne la diminution de plus de 90% du nombre de seniors participant aux étapes suivantes du parcours. En conséquence, l'entretien motivationnel (step 3), pourtant essentiel pour engager les seniors dans des actions de prévention, reste peu mis en œuvre, freiné par ces difficultés de coordination et de suivi.

Cette partie explicite la mise en œuvre du parcours ICOPE défini précédemment (cf.

Parcours individuel des seniors, page 31) de l'inclusion au parcours de soin personnalisé.

a. Un cahier des charges souple laissant les porteurs expérimentateurs définir leur outil de parcours créant des écarts de délai de déploiement et de fonctionnalités

Les porteurs expérimentateurs ont le choix pour le système d'information du parcours

Le cahier des charges **n'imposait pas l'utilisation de système d'information** à l'ensemble des territoires participants pour le suivi du parcours, laissant ainsi aux porteurs expérimentateurs une **grande latitude dans le choix des outils** de dépistage et de coordination des parcours. Du fait de son déploiement antérieur à l'article 51, le GÉrontopôle avait déjà conçu et déployé l'outil numérique ICOPE Monitor : un système de suivi des parcours de soins respectant les étapes du parcours. Cet outil a été proposé aux autres porteurs expérimentateurs.

Neuf porteurs expérimentateurs²⁰ ont choisi d'adopter ICOPE Monitor, partiellement ou intégralement, pour le suivi des différentes étapes du parcours. En revanche, deux porteurs expérimentateurs ont opté pour la création de leurs propres outils : le CHU de Tours, avec son système "ICOPE et Moi", et la FCCIS²¹ qui a développé son propre système d'information. Cette diversité dans l'utilisation des systèmes d'information résulte notamment d'enjeux liés à la maîtrise des données et à leur exploitation, chaque porteur expérimentateur souhaitant conserver le contrôle sur ces éléments. Cette démarche de déploiement d'un SI dédié a nécessité des investissements significatifs en temps et en ressources financières, créant un décalage temporel des inclusions. Il a également pu entraîner des conséquences pour les fonctionnalités présentes sur l'outil, notamment pour la FCCIS, qui a déployé un outil sans

²⁰ CPTS PACA, CPTS Grand Sud Réunion, DAC17, DAC46, CPTS Haute Corrèze, Filieris Sud, HCL, la Mutualité PACA et InterURPS Pays de Loire

²¹ Cf Annexe 14 – Etude de cas : La Fédération Corse pour la Coordination et l'Innovation en Santé - Les outils utilisés

possibilité d'auto-évaluation pour éviter que des seniors, résidant hors du territoire d'expérimentation, réalisent des dépistages sans suite.

Dans cette phase expérimentale, nous pouvons compter pas moins de 7 outils différents (cumulés ou non) recensés dans le tableau suivant :

Tableau 10 : Recensement des outils numériques utilisés au cours du parcours

Porteurs expérimentateurs	Gestion des alertes	Evaluation approfondie	Plan de prévention	Entretien motivationnel
8 porteurs expérimentateurs*		ICOPE Monitor		
FCCIS		Outil numérique régional		
La Mutualité Française	ICOPE Monitor		Outil régional e-parcours	
CHU de Tours		Outil régional parcours (ICOPE & Moi)		
InterURPS Pays de la Loire			Outil sphère	
InterCPTS Mulhouse-Colmar			Outil Parcéo	

*Gérontopôle de Toulouse, CPTS PACA, CPTS Grand Sud Réunion, DAC 17 et 46, CPTS Haute Corrèze, Fillieris, HCL

Au-delà de la diversité, les outils de parcours (ICOPE Monitor, ICOPE et moi, le SI de la FCCIS ou les outils régionaux existants) ont présenté de nombreuses limites dans leurs fonctionnalités :

- ▶ Absence de traçabilité de la coordination de parcours du senior
- ▶ Impossibilité de générer un bilan automatique en cas d'absence d'alerte ou d'un niveau d'alerte faible
- ▶ Impossibilité de communication/ transmission de documents entre partenaires
- ▶ Impossibilité pour le professionnel réalisant le step 1 de rajouter des commentaires permettant de moduler l'alerte remontée par le test
- ▶ Une sensibilité importante des SI aux fautes de frappes : générant ainsi de fausses altérations pour le senior

Les systèmes d'information en place ne répondent pas au besoin de coordination du parcours des partenaires opérationnels

Les étapes du parcours sont réalisées par de nombreux acteurs différents et l'accessibilité à l'information dépend du statut du professionnel (porteur expérimentateur ou partenaire opérationnel) tel que décrit dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11 : Visibilité de la coordination du parcours pour les porteurs expérimentateurs et les différents partenaires

	Visibilité pour le porteur expérimentateur	Visibilité pour les partenaires opérationnels
Step 1 → Step 2		Si même partenaire (opérationnel) que le step 1 visibilité complète entre le step 1 et le step 2
		Si partenaire opérationnel différent ou auto-évaluation : aucune visibilité car pas d'accès au SI
Step 2 → Step 3	Complète via les différents outils de coordination	Si même partenaire (opérationnel) que le step 2 visibilité complète entre le step 2 et le step 3
		Si partenaire opérationnel différent entre le step 2 et le step 3 : aucune visibilité

Step 3 → orientation
vers de la prévention
Orientation vers du
soin

Complète via les différents outils de
coordination et/ ou l'utilisateur
Complète via les différents outils de
coordination et/ou le senior

b. Une organisation en réseau opérationnelle pour la gestion des alertes

Définition de l'alerte :

- Une situation d'alerte se caractérise par au moins une altération ressortant du questionnaire de dépistage.
- Elle est identifiée par l'outil utilisé pour la gestion des alertes par les porteurs expérimentateurs (Cf. Tableau 8 - Recensement des outils numériques utilisés au cours du parcours) à chaque remplissage du questionnaire de dépistage (y compris lors des répétitions) et ce quel que soit les modalités de passations
- La ou les alertes impliquent un rappel du sénior, c'est la gestion des alertes. Elle permet de confirmer ou non l'alerte. Cette gestion a induit deux problématiques remontées directement lors des entretiens et observations sur site des porteurs expérimentateurs
 - ◆ La nécessité de créer une procédure en cas de non-réponse du sénior expliquant le nombre de rappels, de messages et la temporalité entre chaque appel. La majorité des porteurs expérimentateurs a fait le choix de rappeler le sénior 2 fois en laissant à chaque fois un message vocal avant de clôturer la gestion de l'alerte (et donc de ne pas poursuivre le parcours)
 - ◆ La sensibilité des SI et notamment ICOPE Monitor qui a induit de faux positifs qui ont nécessité une gestion d'alerte alors qu'il n'y en avait pas besoin

Le processus de gestion des alertes :

Quel que soit le mode de gestion des alertes, les gestionnaires doivent se connecter à leur outil numérique, où ils accèdent à un tableau de bord des séniors en attente de gestion des alertes.

- ◆ Environ 96 % des alertes sont traitées, mais un des principaux défis reste la difficulté à joindre les séniors. Les professionnels rapportent qu'après trois tentatives en moyenne, ils abandonnent souvent l'idée de poursuivre le contact avec le sénior pour qu'il continue son parcours ICOPE.
- ◆ En moyenne, seulement un appel sur trois aboutit à une réponse.

Une fois l'altération confirmée, le professionnel propose au sénior un rendez-vous pour le step 2, soit avec lui-même soit avec un autre professionnel disponible sur le territoire, ou bien il lui fournit les coordonnées nécessaires pour organiser ce rendez-vous.

Une proposition d'amélioration a été avancée par un porteur, suggérant l'automatisation partielle du processus via un algorithme. Cela permettrait de réduire la charge des professionnels en évitant des interventions humaines pour les cas ne nécessitant pas d'expertise, augmentant ainsi l'efficacité du dispositif.

Les porteurs expérimentateurs ont déployé deux stratégies de gestion des alertes

- ▶ La gestion des alertes centralisée
- ▶ La gestion des alertes non centralisée

La gestion des alertes centralisée

Suite au step 1, la gestion des alertes centralisée consiste en une gestion manuelle des alertes soit par un gestionnaire d'alerte faisant partie de l'équipe du porteur expérimentateur, soit directement par le professionnel de santé ayant réalisé le step 1.



Figure 14 : Schéma des étapes de la gestion des alertes centralisée

Organisation et ressources humaines

Dans le cas d'une **gestion d'alerte centralisée** par le porteur expérimentateur, des profils de gestionnaire émergent. Nous retrouvons, dans la majorité des cas, des IDE faisant partie de l'équipe projet du porteur expérimentateur, recrutées ou mises à disposition. Les IDE sont en général complètement dédiées à la gestion et au traitement des alertes, mais elles peuvent également adopter la casquette d'animateur territorial selon les organisations. Dans un cas seulement (CPTS Limousin), un profil atypique a été préféré pour la gestion des alertes, celui de sociologue. Dans ce cas, la valeur ajoutée apparaît dans la vision « hors santé » que peut avoir cette personne sur la gestion des alertes mais plus globalement sur le dispositif global.

Outils

En termes d'outils utilisés, que ce soit pour les porteurs utilisant ICOPE Monitor ou d'autres SI, le fonctionnement reste le même. L'ensemble des alertes est centralisé sur le ou les outils de suivi de parcours choisis par le porteur expérimentateur (cf. Q3.1 – tableau page 61).

Levier de succès

Les entretiens et les observations sur site ont permis de relever le principal levier de succès d'une gestion des alertes centralisée étant que la présence d'une personne dédiée à la gestion des alertes permet d'assurer un meilleur traitement de celles-ci.

Freins rencontrés

Les entretiens et les observations sur site ont permis de relever les freins d'une gestion des alertes centralisée :

- L'orientation des séniors dépend en grande partie de la disponibilité des professionnels de santé formés au step 2, qui se sentent moins responsables des séniors qu'ils n'ont pas pris en charge dès le début du parcours et n'ont donc pas établi de lien avec eux

- ▶ Les usagers sont méfiants lorsqu'ils sont rappelés par un professionnel qu'ils ne connaissent pas : cette absence de contact entre l'utilisateur et le gestionnaire d'alerte avant cette étape est un frein pour assurer la continuité de la prise en charge
- ▶ Les seniors restent réticents à la transmission d'information par téléphone (notamment le NIR)
- ▶ La sensibilité des SI entraînent des fausses alertes qui génèrent du travail au gestionnaire et une perte de confiance des usagers dans le dispositif
- ▶ Le discours associé à la prise de contact doit être travaillé car il influe sur l'adhésion ou non du senior au dispositif (cf. Q2.1 – page 92).

La gestion des alertes décentralisée

La gestion décentralisée des alertes dans le programme ICOPE vise à adapter les réponses en fonction des ressources locales et des modalités d'évaluation. Ce modèle permet de rediriger les alertes vers des partenaires spécifiques ou de les confier directement aux professionnels de santé concernés, assurant ainsi une réactivité et une coordination optimales dans le parcours des seniors.

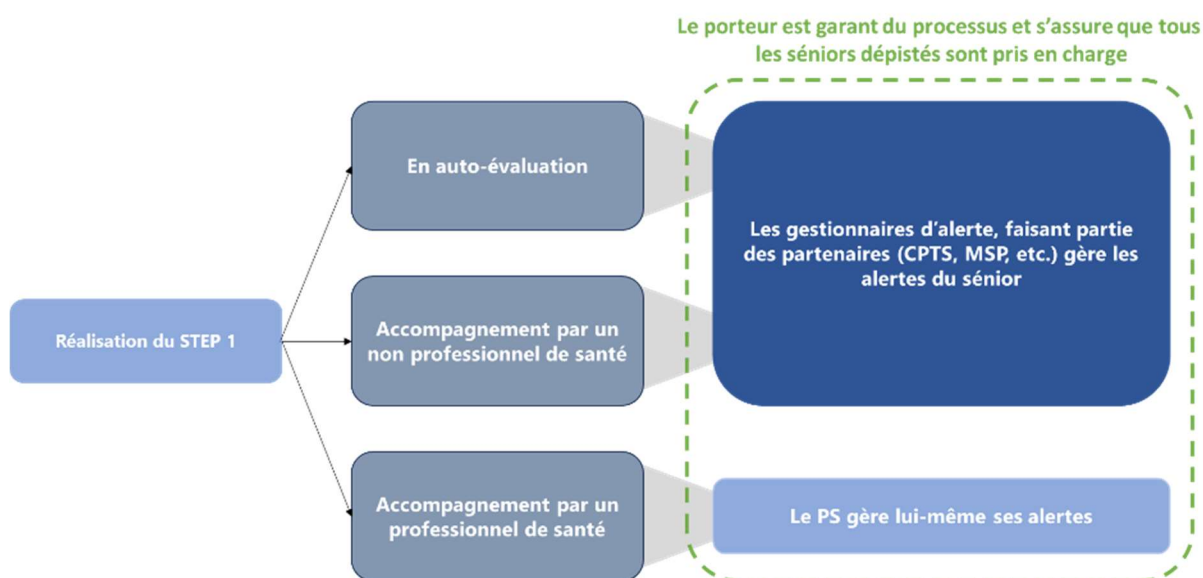


Figure 15 : Schéma des étapes de la gestion des alertes non centralisée

Organisation et ressources humaines

Dans une organisation de gestion des alertes non centralisées, les professionnels de santé qui réalisent le step 1, gèrent directement les alertes avec les seniors qu'ils ont dépisté et poursuivent le parcours ICOPE de manière autonome, s'ils sont formés au step 2, sans avoir recours à l'équipe porteur. Cependant, pour les dépistages réalisés sans lien direct avec un professionnel de santé (auto-évaluation ou accompagnement non rémunéré), un gestionnaire d'alerte au niveau des partenaires (souvent une IDE comme dans le modèle précédent), intervient pour faire la validation des alertes et orienter le senior vers un professionnel de santé pour la réalisation du step 2 si nécessaire.

C'est le cas en Corse, la FCCIS a mis en place une gestion décentralisée des alertes pour renforcer la responsabilité des équipes locales dans le suivi des seniors dépistés. Chaque équipe dispose d'un tableau de bord intégré au système d'information (SI), qui répertorie les dépistages nécessitant une prise en charge. Cela leur offre une vue d'ensemble des parcours et limite les risques de rupture entre les étapes grâce à un accès restreint aux seniors de leur territoire, défini par le code postal saisi au moment du step 1.

Dans certains cas, notamment lors de journées spécifiques de dépistage, les seniors peuvent ne pas être immédiatement attribués à une équipe locale. Dans ce cas, l'IDE de l'équipe ressource prend en charge la validation des alertes et oriente le dossier vers une équipe appropriée, garantissant ainsi un suivi sans interruption du senior dans son parcours ICOPE.

Outils

En termes d'outils utilisés, que ce soit pour les porteurs utilisant ICOPE Monitor ou d'autres SI, le fonctionnement reste le même. L'ensemble des alertes est centralisé sur le ou les outils de suivi de parcours choisis par le porteur expérimentateur (cf. Q3.1 – *tableau page 61*) puis transférées aux CPTS en cas de gestion par les CPTS. Dans certains cas, les CPTS ont un accès direct aux alertes de leur secteur par une ouverture de droits spécifiques.

Leviers de succès

Les entretiens et les observations sur site ont permis de relever le principal levier de succès d'une gestion des alertes décentralisée : les acteurs de proximité favorisent l'engagement et la prise en charge des seniors, notamment pour ceux ayant réalisé leur dépistage avec un professionnel de santé.

Freins rencontrés

En revanche, les entretiens et les observations sur site ont permis de relever les freins d'une gestion des alertes décentralisée :

- ▶ Les seniors restent réticents à la transmission d'information par téléphone (notamment le NIR)
- ▶ Sur une journée dédiée à la gestion des alertes (cf. Q3.1 – *encadré page 63*), 1/3 des appels n'aboutissent pas. Comme évoqué, il est nécessaire pour la suite de créer des règles de bonnes pratiques en cas de non-réponse (temporalité de rappel, exclusion des rappels, ...)
- ▶ La sensibilité des SI entraînent des fausses alertes qui génèrent du travail au gestionnaire et une perte de confiance des usagers dans le dispositif

Les chiffres de la gestion des alertes

La gestion des alertes, qu'elle soit centralisée par l'équipe du porteur ou déléguée à des professionnels de santé impliqués, varie en nombre d'entités impliquées (professionnel de santé libérale ou structure regroupant des professionnels sous le même code AM) (de 1 à 29 par porteur expérimentateur).

Tableau 12 : Nombre d'entités réalisant la gestion des alertes par porteur expérimentateur, ainsi que le taux d'alertes traitées

	Nombre d'entité réalisant la gestion des alertes	Nombre d'alertes traitées	% d'alertes traitées par rapport aux alertes existantes
Gérontopôle de Toulouse	8	6 018	100 %
InterURPS des Pays de Loire	9	21	100 %
Hospices civils de Lyon	29	937	79,9 %
CPTS PACA	5	289	99,7 %
DAC17	1	178	100 %
CPTS Haute-Corrèze	5	121	97,6 %
CHU Tours	5	991	99,9 %
InterCPTS Mulhouse Colmar	4	834	93,3 %
FCCIS Corse	13	166	95,4 %
DAC 46	12	682	99,6 %
Filieris Sud	1	1 038	100 %
CPTS Grand Sud Réunion	NR	NR	NR
Mutualité Française PACA	5	273	100 %
TOTAL	97	11860	97,4 %

La variation dans le nombre d'entités impliquées par porteur expérimentateur suggère que l'efficacité de la gestion des alertes n'est pas directement corrélée au nombre d'entités. La structuration, la coordination, et les processus de suivi mis en place par le porteur expérimentateur jouent probablement un rôle plus crucial dans l'efficacité de la gestion des alertes que le simple nombre d'entités. En moyenne, moins de 2 altérations par sénior ont été validées (1,7 altérations). Les altérations les plus fréquemment signalées concernent la cognition (44,7%), l'audition (42,8%) et le domaine psychologique (37,0%). Les autres altérations sont validées à des fréquences moins importantes : 30,8% pour la vision, 22,3% pour la mobilité et 17,8% pour la nutrition.

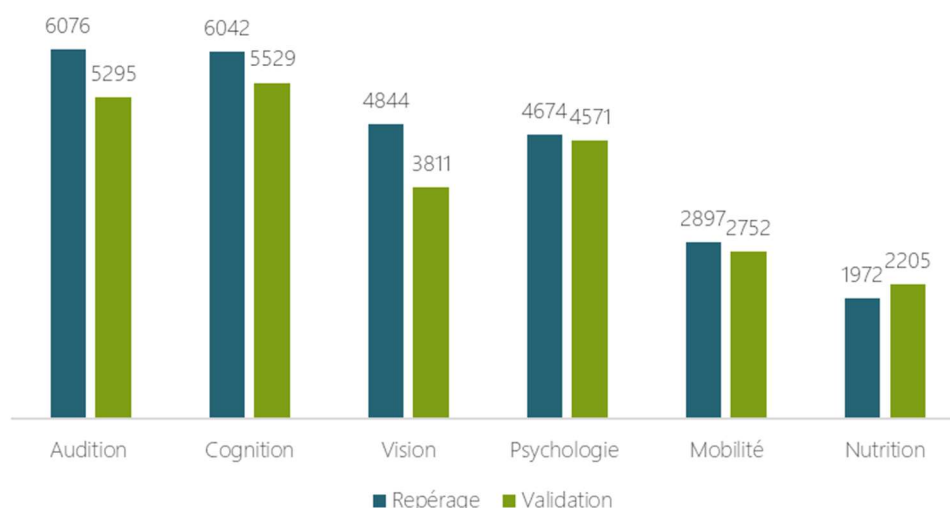


Figure 16 : Évolution des alertes entre les étapes de dépistage et de validation des alertes

Le graphique ci-dessus illustre la répartition des alertes générées lors du step 1 sur un total de 15 280 séniors dépistés, et des alertes validées après la gestion des alertes, portant sur 11 487 actes réalisés pour 9 331 séniors différents. Au total, 26 505 alertes ont été générées au

step 1, soit une moyenne de 1,7 alertes par sénior dépisté. Parmi elles, 24 163 ont été validées, représentant une moyenne de 2,1 altérations par acte de gestion des alertes. Il est important de souligner que les échantillons des séniors dépistés et des séniors pour lesquels les alertes ont été validées diffèrent, ce qui peut influencer l'analyse des résultats.

Toutefois, des écarts significatifs sont observés entre les différents domaines. Les alertes liées à la cognition (91,5 % validées), à l'audition (87,1 %) et à la vision (78,7 %) affichent des taux de validation légèrement plus faibles. Ces résultats pourraient s'expliquer par une sensibilité accrue du SI dans ces domaines ou par le fait que certaines altérations détectées sont déjà prises en charge en dehors du parcours ICOPE, par exemple dans le cadre d'un suivi ophtalmologique ou auditif existant. Dans ces cas, les gestionnaires d'alertes peuvent invalider ces altérations pour éviter des doublons dans le parcours. À l'inverse, les domaines comme la mobilité (95 % validées), la psychologie (97,8 %) et surtout la nutrition (111,8 %, un résultat lié à une requalification d'altérations non identifiées initialement) présentent des taux de validation plus élevés, suggérant une proportion moindre de faux positifs dans ces dimensions.

En moyenne, on observe une diminution de 6,3 % entre les alertes générées lors du dépistage initial et celles validées après gestion des alertes. Ce décalage peut être attribué à plusieurs facteurs : la sensibilité élevée du système d'information (SI), la présence de fausses alertes, des erreurs de dépistage, ou encore des altérations déjà prises en charge en dehors du parcours ICOPE. Ces données, qui reflètent une validation efficace des alertes dans la majorité des cas, atténuent les craintes liées à une sur-prise en charge des séniors.

Pour affiner l'analyse, il serait pertinent d'examiner ces résultats à l'échelle individuelle, en maintenant un échantillon cohérent tout au long du processus, afin de mieux comprendre les contextes de validation ou d'invalidation des alertes.

c. À la suite de la gestion des alertes, peu de patients bénéficient d'une évaluation approfondie

Description de l'évaluation approfondie :

Le step 2, réalisé par des professionnels de santé formés, consiste en une évaluation approfondie des altérations identifiées au step 1, via un outil numérique. Cette évaluation examine plusieurs aspects, incluant le statut fonctionnel, les pathologies sous-jacentes pouvant expliquer la perte de fonction ou constituant des facteurs de risque, ainsi que le contexte social et environnemental du senior.

Dans le cadre du step 2, plusieurs tests spécifiques sont réalisés afin d'évaluer les différentes capacités fonctionnelles du senior.

- ▶ **Cognition** – Le **Mini-Mental State Examination (MMSE)** et le **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)** sont des outils standards utilisés pour évaluer les fonctions cognitives. Le MMSE détecte des troubles cognitifs légers ou plus avancés, en testant des domaines comme l'orientation, la mémoire et le langage. Le MoCA, plus sensible pour détecter des troubles cognitifs légers et couvre également des domaines tels que l'attention, le calcul, la mémoire à court terme, et la capacité d'abstraction.
- ▶ **Mobilité** – La **Short Physical Performance Battery (SPPB)** est une évaluation de la performance physique, mesurant l'équilibre, la vitesse de marche, et la capacité à se lever d'une chaise sans aide. Ce test est essentiel pour évaluer la condition physique générale du senior, en particulier sa capacité à effectuer des activités de la vie quotidienne.
- ▶ **Nutrition** – Le **Mini Nutritional Assessment (MNA)** est un outil de dépistage pour évaluer l'état nutritionnel. Il comprend des questions sur l'alimentation, la perte de poids récente, et des mesures anthropométriques comme l'indice de masse corporelle (IMC). Ce test permet de détecter la malnutrition ou les risques de malnutrition, éléments critiques dans le maintien de la santé fonctionnelle des seniors.
- ▶ **Vision** – Le **test ou l'échelle de Snellen** évalue la capacité visuelle du senior en mesurant la clarté de la vision de loin. Ce test simple et efficace aide à identifier des troubles comme la myopie ou l'hypermétropie, et à déterminer les besoins de correction optique.
- ▶ **Audition** – L'**audiogramme** évalue l'audition en mesurant la capacité à entendre différentes fréquences et intensités sonores. Ce test aide à diagnostiquer les troubles auditifs, qui peuvent fortement influencer la communication et l'intégration sociale des seniors.
- ▶ **Psychologie** – L'**échelle PHQ-9** est un questionnaire utilisé pour évaluer la présence et la gravité des symptômes dépressifs chez les seniors. Il repose sur neuf questions liées à l'humeur, à la motivation, à la qualité du sommeil, et à d'autres symptômes psychologiques. Cette évaluation permet de dépister les troubles de l'humeur, comme la dépression, qui peuvent avoir un impact direct sur le bien-être général du senior.

À l'issue de l'évaluation, les résultats sont transmis au médecin traitant via une messagerie sécurisée. Des recommandations personnalisées sont faites au senior pour renforcer ses capacités fonctionnelles. Ces recommandations peuvent inclure des conseils pratiques, des prescriptions de consultations spécialisées (ophtalmologie, ORL, audioprothésiste, psychologue, etc.) ou encore la participation à divers ateliers préventifs.

L'analyse quantitative des chiffres du parcours montre une diminution significative du nombre de séniors participants aux étapes du parcours

On constate une diminution progressive du nombre de séniors ayant participé à chaque étape du parcours, depuis le dépistage initial (step 1) jusqu'à la prise en charge plus approfondie (step 3). Seuls 2,5% des séniors ayant réalisé le step 1 complètent l'intégralité du parcours jusqu'au step 3.

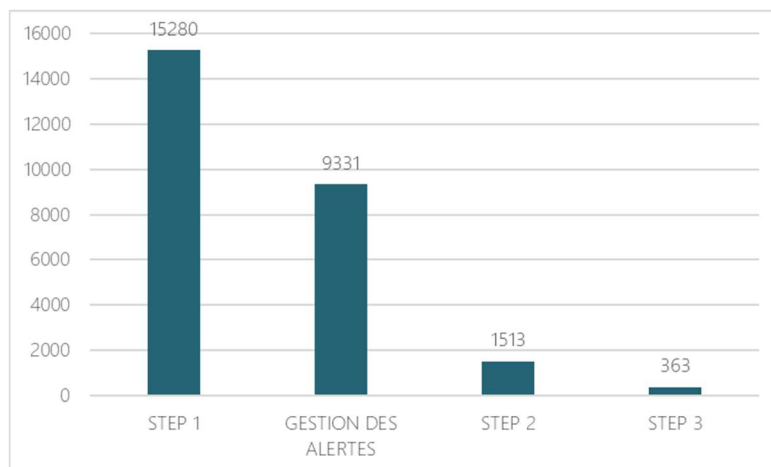


Figure 17 : Nombre de séniors ayant réalisé chacune des étapes du parcours

Parmi les séniors ayant au moins une alerte déclenchée lors du test de dépistage (step 1), 75,7 % les ont validées avec un professionnels, mais seulement 16,5 % d'entre eux ont poursuivi avec une évaluation approfondie, et parmi ces derniers, seuls 24 % ont participé à un entretien motivationnel.

Les chiffres de l'évaluation approfondie

La variabilité des taux de passage au step 2, allant de 0,4% des steps 1 à 33,3%, semble résulter de différences dans l'organisation et l'engagement local des professionnels de santé. Une mobilisation étendue des professionnels, une dynamique de réseau efficace peut faciliter la réalisation du parcours ICOPE. En revanche, un manque de coordination ou de ressource peut limiter l'accompagnement des séniors dans leur parcours ICOPE.

Tableau 13 : Nombres de séniors ayant réalisé un step 2 par rapport au nombre de séniors inclus par porteur expérimentateur

	Population cible	Nombre de séniors inclus	% de séniors inclus par rapport à la cible	Nombre de séniors en step 2	% de séniors en step 2 par rapport aux inclusions
Gérontopôle de Toulouse	10 000	5 917	59,2 %	413	7,0 %
HCL	4 855	1 435	29,6 %	216	15,1 %
FCCIS	1 819	222	12,2 %	74	33,3 %
CPTS PACA	4 613	459	10,0 %	47	10,2 %
DAC46	1 200	980	81,7 %	139	14,2 %
Mutualité PACA	738	325	44,0 %	23	7,1 %
Filieris sud	3 469	1 481	42,7 %	227	15,3 %
InterURPS Pays de Loire	13 533	1 065	7,9 %	290	27,2 %
InterCPTS Mulhouse Colmar	4 500	1 408	31,3 %	22	1,6 %
DAC17	3 000	239	8,0 %	1	0,4 %

CPTS Haute Corrèze	1 311	228	17,4 %	19	8,3 %
CHU Tours	4 500	1 521	33,8 %	42	2,8 %
CPTS Grand Sud la Réunion	1 000	-	-	-	-
TOTAL	54 538	15 280		1 513	9,9 %

Les professionnels identifient plusieurs freins spécifiques à cette étape du parcours. Tout d'abord, le temps considérable nécessaire pour réaliser cette phase est perçu comme un obstacle majeur, aggravé par des difficultés de connexion réseau dans certaines zones, rendant l'utilisation des outils numériques complexe. Le déplacement à domicile, combiné à la difficulté de trouver des professionnels formés et disponibles, entrave également le bon déroulement du processus. La méfiance des seniors face aux démarches téléphoniques ou à la planification des rendez-vous, accentuée par le manque de demandes explicites de leur part, constitue un autre défi. Enfin, les incohérences dans l'orientation des patients, particulièrement en milieu rural, et l'absence de clarté sur le relais à prendre par certains spécialistes compliquent la mise en place d'un parcours de prévention et de dépistage fluide et efficace.

Les freins à la réalisation de l'évaluation approfondie (step 2)

L'évaluation approfondie (step 2) est faite entre un professionnel de santé formé et le senior pour approfondir ses altérations. Selon les données mise à disposition par la CNAM, très peu de seniors fragiles réalisent leur évaluation approfondie pour donner suite au repérage d'altérations (17,8% soit 1 297 seniors). Plusieurs éléments expliquent cette diminution entre les steps 1 et 2.

La difficulté à la réalisation du step 2 s'explique par quatre points :

- ▶ Le nombre de professionnels formés à réaliser le step 2 est bien inférieur à ceux autorisés à effectuer le step 1, qui inclut également des non-professionnels. En effet, seuls 818 professionnels ont été formés au step 2, alors qu'un total de 3 006 professionnels ont été formés au step 1 (cf. Q1.1 – tableau page 56)
- ▶ Une résistance de participation des seniors : soit certains seniors estiment déjà bénéficier d'un suivi adéquat ailleurs, réduisant ainsi leur engagement dans le parcours ICOPE, soit il existe une crainte des conséquences de l'approfondissement de l'altération détectée
- ▶ Le montant de la rémunération est jugé comme insuffisante (cf. Q4.2 – page 112)
- ▶ Les professionnels évoquent un manque de temps pour réaliser cette étape dans leur quotidien, en plus de leur activité actuelle, car un step 2, selon le nombre d'altérations identifiées, peut nécessiter plus d'une heure de rendez-vous
- ▶ L'objectif du cahier des charges est concentré sur l'inclusion des seniors : lors des déploiements, nous constatons des moyens et des organisations plus importantes sur le step 1 que sur la suite du parcours. Ce différentiel de moyens entre les deux steps ne permet pas d'assurer une continuité de parcours des personnes âgées suivies, interrogeant par là même l'objectif global d'ICOPE.

d. En conséquence, l'entretien motivationnel (step 3) est peu mis en œuvre dans l'expérimentation Article 51

Description de l'entretien motivationnel :

L'entretien motivationnel (step 3) constitue une étape clé dans l'élaboration d'un plan de soins personnalisé, notamment lorsque le senior n'a pas de médecin traitant ou si celui-ci n'a pas encore établi ce plan. Il permet également une révision de ce plan entre le senior et le professionnel de santé ayant réalisé le step 2, afin de vérifier sa pertinence et d'y apporter des ajustements. L'objectif principal de cette rencontre est de permettre au senior de définir les actions qu'il souhaite mettre en place pour prévenir la perte de fonction, en s'engageant activement dans ce plan et en acceptant de modifier positivement son mode de vie. L'implication personnelle du senior est essentielle pour garantir l'efficacité du plan de prévention et de soins.

Certains porteurs expérimentateurs ont pris l'habitude de réaliser l'entretien motivationnel immédiatement après le step 2, afin de limiter les pertes de seniors en cours de parcours et d'éviter leur désengagement. De plus, les porteurs ont mis en place des documents facilitant la cartographie ou la liste des ateliers et spécialistes disponibles, ainsi que des recommandations d'actions adaptées aux altérations identifiées, en fonction de leur degré de sévérité. Dans certains cas, les seniors issus du parcours ICOPE bénéficient de plages de rendez-vous réservées chez certains spécialistes, réduisant ainsi leur temps d'attente et facilitant la continuité des soins.

Chiffres de l'entretien motivationnel

Tableau 14 : Nombres de seniors ayant réalisé un step 3 par rapport au nombre de seniors en step 2 par porteur expérimentateur

	Population cible	Nombre de seniors en step 2	Nombre de seniors en step 3	%
Gérontopôle de Toulouse	10 000	413	77	18,6%
HCL	4 855	216	24	11,1%
FCCIS	1 819	74	2	2,7%
CPTS PACA	4 613	47	6	12,8%
DAC46	1 200	139	30	21,6%
Mutualité PACA	738	23	0	0,0%
Filieris sud	3 469	227	154	67,8%
InterURPS Pays de Loire	13 533	290	14	4,8%
InterCPTS Mulhouse Colmar	4 500	22	22	100,0%
DAC17	3 000	1	1	100,0%
CPTS Haute Corrèze	1 311	19	11	57,9%
CHU Tours	4 500	42	22	52,4%
CPTS Grand Sud la Réunion	1 000	-	-	-
TOTAL	54 538	1513	363	24 %

Les freins et conséquences à la réalisation de l'entretien motivationnel (step 3)

Cet entretien diffère d'une prise en charge classique car elle met l'accent sur l'accompagnement à la décision de la suite du parcours du senior par le senior.

Aussi ces recommandations prennent-elles la forme de conseils médicaux, de prescriptions médicales (consultations d'ophtalmologie, d'ORL, d'audioprothésiste, de psychologue, etc.)

ainsi que de suggestion de participation à des ateliers de prévention variés. Elles incluent également un échange collaboratif entre le sénior et le professionnel de santé, centré sur les besoins spécifiques du sénior, de ses préférences et de ses attentes. Cet échange permet de définir ensemble les actions prioritaires et d'adapter le parcours en fonction de sa situation et de ses objectifs de santé.

Pour réaliser cette étape, de nombreux porteurs expérimentateurs ont établi des cartographies de ressources disponibles sur le territoire et initié un travail de coopération avec ces ressources. Cependant, comme vu précédemment, les professionnels de santé se sont peu approprié cette étape, en conséquence, un nombre faible d'utilisateur bénéficie de ce step 3 (363 sénior ayant fait au moins un entretien motivationnel).

La difficulté à la réalisation du step 3 s'explique par :

- ▶ La difficulté de réalisation du step 2
- ▶ La difficulté à faire revenir le sénior une troisième fois pour son suivi
- ▶ L'indisponibilité des professionnels de santé chargés de réaliser le step 3 limite la possibilité d'un suivi adéquat pour les séniors
- ▶ L'absence de formation en step 3 : les professionnels de santé ne se sentent pas dans leur rôle lors de la conduite de ces entretiens motivationnels. Par exemple, les masseurs-kinésithérapeutes, se sentent moins légitimes pour approfondir des aspects qui sortent de leur champ d'expertise, comme la nutrition ou la psychologie, ce qui limite leur implication dans les étapes suivantes du parcours. Cette situation met en évidence un problème de conception du format et du choix des intervenants pour cette étape, qui n'ont pas toujours les compétences nécessaires pour aborder les dimensions spécifiques du parcours, freinant ainsi leur engagement dans le dispositif.
- ▶ Le manque de suivi de cette étape est également un problème majeur, car il n'existe pas de visibilité claire permettant de vérifier si le sénior applique effectivement les recommandations et se rend aux ateliers ou consultations préconisées
- ▶ Une organisation de cette étape du parcours qui n'est pas suffisamment définie : les professionnels relèvent des incohérences dans l'orientation des patients, notamment en milieu rural, et l'absence de clarté sur le relais à prendre par certains spécialistes, compliquent davantage la mise en place d'un parcours de prévention et de dépistage fluide
- ▶ Le discours associé à la prise de contact lors de cet entretien motivationnel doit être travaillé car il influe sur l'adhésion ou non du sénior au dispositif.

Pourtant, le step 3 est crucial pour établir une relation de confiance entre le sénior et le professionnel de santé, ce qui renforce l'engagement du sénior à prendre soin de lui. Quelques professionnels de santé ont fait remonter, via l'enquête en ligne, la disparition des altérations initiales pour certains séniors, ce qui peut indiquer une amélioration de leur état de santé. Cependant, pour d'autres séniors, les altérations persistent malgré les recommandations du step 2, ce qui peut refléter une application insuffisante des recommandations données au step 2.

Q1.2 – Dans quelle mesure l'organisation du dispositif, permet d'atteindre la cible initialement visée ? Et prioritairement d'inclure les seniors vulnérables ?

Point saillant : L'organisation du dispositif ICOPE, notamment la réalisation du step 1 (dépistage), a un impact direct sur l'inclusion des seniors. Avec trois modalités de dépistage (auto-évaluation ou accompagnée), réalisées par différents professionnels dans divers lieux, l'efficacité de cette étape dépend largement des leviers de succès et des difficultés rencontrées.

Cependant, le nombre de seniors inclus n'a pas atteint les objectifs fixés au début de l'expérimentation, en grande partie à cause de freins rencontrés par les porteurs du programme. Si la population incluse respecte les critères d'âge, elle ne correspond pas pleinement aux critères de vulnérabilité initialement visés. De plus, la réitération des dépistages reste très en deçà des attentes du cahier des charges, ce qui limite l'atteinte de la cible des seniors vulnérables.

Rappel des critères d'inclusion

- ▶ Les personnes incluses dans le programme ICOPE sont les seniors de **60 ans et plus, autonomes, robustes, pré fragiles, fragiles, vivant à domicile** (habitat intermédiaire inclus), avec une intégration prioritaire des seniors en **situation de vulnérabilité**.
- ▶ Les **critères de vulnérabilité** sont définis par :
 - ◆ **L'isolement social et/ou géographique** (critères d'identification : zones identifiées à risque et repérage d'une situation d'isolement)
 - ◆ **La précarité socio-économique** (critères d'identification : bénéficiaires et demandeurs d'aides sociales, recours à des associations travaillant auprès des personnes précaires)
 - ◆ **Le statut d'aidant**
 - ◆ **L'éloignement des soins ou d'un suivi régulier** identifié au travers des critères suivants :
 - *Seniors sans médecin traitant ou sans consultation de soins ambulatoires depuis plus de douze mois*

Il est important de prendre du recul avec ces critères, car ils laissent place à une grande hétérogénéité d'interprétation de la part des personnes chargées de l'évaluation. Les situations peuvent varier considérablement selon les contextes individuels et les perceptions des professionnels, ce qui peut entraîner des différences significatives dans l'identification des seniors vulnérables d'un territoire à l'autre.

D'un point de vue qualitatif, les porteurs expérimentateurs ont pris en compte ces facteurs mais les ont également combinés avec le nombre et la nature des altérations que les seniors présentaient.

a. Les différentes modalités de réalisation du step 1 (dépistage) influencent l'inclusion des séniors

Trois possibilités de réalisation du step 1 (accompagné ou non)

Le dépistage (step 1) a été réalisé au cours de l'expérimentation ICOPE selon trois modalités distinctes : l'auto-évaluation, l'accompagnement à l'évaluation non rémunérée par un professionnel hors santé, et l'accompagnement à l'évaluation rémunérée par un professionnel de santé. (cf. *Parcours individuel des séniors*, page 31)

Chacune de ces modalités a joué un rôle complémentaire dans le déploiement du dispositif, contribuant à l'atteinte des objectifs spécifiques liés à la détection des fragilités chez les séniors.

L'auto-évaluation est bien adaptée pour les réitérations de dépistage. Elle est utile pour les séniors déjà familiers avec le dispositif et sans alerte lors du premier test. Elle favorise l'autonomie des séniors, mais nécessite la présence d'un professionnel lors de la première passation pour répondre aux questions et introduire l'application.

L'hétéroévaluation non rémunérée réalisée par des professionnels hors santé ou des bénévoles (facteurs, CCAS, EHPAD), a permis d'atteindre des séniors éloignés du système de soins, notamment les plus vulnérables. Bien que peu représentée (2 % des dépistages), elle est essentielle pour toucher ces populations, mais reste difficile à évaluer précisément en raison de données incomplètes et de la faiblesse de l'échantillon.

L'hétéroévaluation rémunérée effectuée par des professionnels de santé (68 % des dépistages), permet un suivi complet du parcours ICOPE, renforçant la relation de confiance avec les patients et fournissant un outil objectif de surveillance. Cependant, elle touche principalement les séniors déjà en contact avec un professionnel, limitant ainsi son impact sur les populations vulnérables ou éloignées des soins. La rémunération à l'acte pose également des questions sur le rôle des professionnels dans la prévention.

Les professionnels réalisant les dépistages

Le profil des professionnels impliqués

En moyenne, environ 68% des premiers repérages ont été accompagnés par des professionnels de santé, 2% par des professionnels hors santé (agent administratif, chargée de mission, etc.). Néanmoins, comme exposé dans les limites liées à la transmission et à la qualité des données, les données concernant les professionnels hors santé ne sont pas fiables²². Les infirmiers, infirmières en pratique avancées (IPA), et cadre de santé représentent 59% des professionnels de santé, suivi des masseurs kinésithérapeutes (18%). Dans 22% des cas, le type de professionnel n'est pas renseigné, ce qui limite l'analyse.

²² Les défauts de codage des données de dépistage n'ont pas permis de distinguer précisément les auto-évaluations des évaluations accompagnées par des non-professionnels de santé, rendant impossible toute conclusion fiable sur leur participation au dispositif ICOPE.

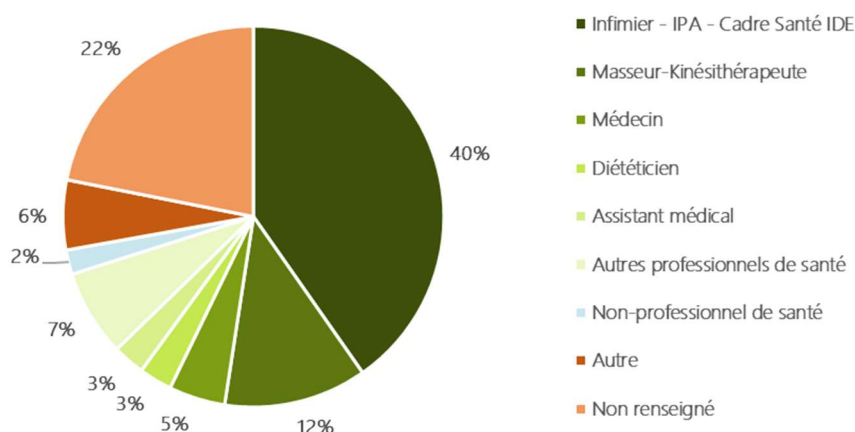


Figure 18 : Répartition des professionnels accompagnant les seniors sur leur premier step 1, chiffres issus des données mises à disposition par la CNAM

Le lieu de réalisation des dépistages

Les données collectées présentent un biais en raison du manque de rigueur dans la saisie des informations par certains porteurs et effecteurs de dépistage, qui concerne 63,3% des primodépistages et 77,7% des réitérations. Le lieu d'exercice des professionnels demeure le principal site de réalisation des dépistages, représentant 15,4% des primodépistages et 11,9% des réitérations. Par ailleurs, le nombre de dépistages effectués au domicile des seniors reste très faible, avec seulement 5,7% pour les primodépistage et 3,2% pour les réitérations, ce qui se traduit par une faible consommation de l'enveloppe dédiée aux indemnités kilométriques.

Les leviers de succès et difficultés rencontrés dans le cadre du step 1

Ces constats soulignent plusieurs leviers de succès et difficultés associés à la mise en œuvre du step 1. D'une part, un des leviers de succès repose sur l'importance d'expliquer en détail l'ensemble de la démarche. En prenant le temps d'informer le senior, cela favorise une meilleure compréhension et adhésion au parcours de soins et de prévention. De plus, l'utilisation d'une sémantique positive, en privilégiant des termes valorisants tels que "capacités" plutôt que "altérations", contribue à créer une perception plus optimiste du processus et à susciter l'engagement des seniors.

Tableau 15 : Leviers de succès et difficultés rencontrées pour les professionnels et les seniors dans le cadre du step 1

		Professionnels	Séniors
Leviers de succès	Accompagnement rémunéré (PS)	- Diversification des missions - Organisation de temps dédiés permet une meilleure organisation et implication - Rémunération pour la réalisation, mais qui peut paraître insuffisante	Relation de confiance par la présence d'un professionnel de santé, légitimité
Leviers de succès	Accompagnement non rémunéré (non PS)	- Diversification des missions - Plus de facilité à atteindre le public éloigné du soins	- Démédicalisation de la démarche - Possibilité plus importante pour aborder des sujets annexes à celui de la santé
Leviers de succès	Autoévaluation		Démédicalisation de la démarche

Difficultés rencontrées	Accompagnement rémunéré (PS)	- Intégration du step 1 dans la pratique quotidienne (acculturation à la prévention) - Complexité pour atteindre un public vulnérable éloigné du soins	Crainte quant à l'utilisation de leurs données personnelles
	Accompagnement non rémunéré (non PS)	- Absence de rémunération - Suivi de parcours non prévu	- Risque de mauvais remplissage du test qui nécessite une gestion des alertes plus rigoureuse - Crainte quant à l'utilisation de leurs données personnelles
Difficultés rencontrées	Autoévaluation		- Peu à l'aise avec les outils numériques - Risque de mauvais remplissage du test qui nécessite une gestion des alertes plus rigoureuse - Crainte quant à l'utilisation de leurs données personnelles

b. Le nombre d'inclusion de séniors n'a pas atteint les objectifs fixés en début d'expérimentation

Analyse chiffrée des inclusions

A leur entrée dans l'expérimentation Article 51 d'ICOPE, chaque porteur expérimentateur s'était fixé un objectif quantitatif d'inclusion (nombre de séniors à dépister), visant un total combiné de 54 538 séniors sur les treize porteurs expérimentateurs. Avec les données de douze porteurs²³, seuls 31,5% (soit 15 280 séniors) ont été effectivement inclus, avec des résultats hétérogènes selon les porteurs.

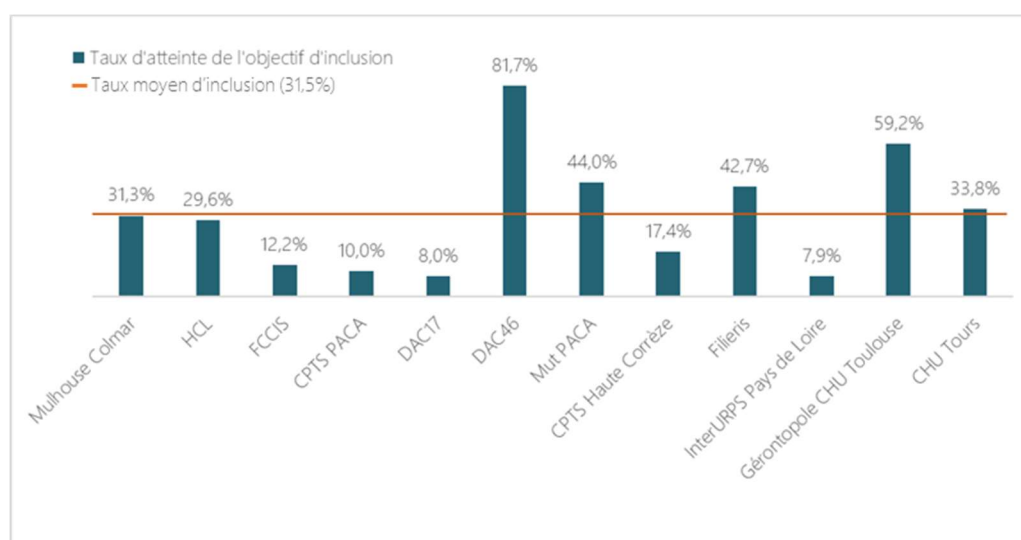


Figure 19 : Taux d'atteinte de l'objectif d'inclusion fixé dans le cahier des charges, par porteur expérimentateur

L'analyse des résultats montre que le Gérontopôle de Toulouse contribue fortement à la réalisation globale en termes de nombre de séniors inclus, bien au-delà de son objectif

²³ Total équivalent de 53 538 séniors en retirant le porteur CPTS Grand Sud La Réunion dont aucune donnée n'a été remontée par le processus de mise à disposition de données par la CNAM.

théorique, ce qui tire les résultats vers le haut. En revanche, des porteurs tels que le DAC46, malgré une bonne atteinte de leurs objectifs internes, contribuent relativement peu au total en raison de leur population cible plus restreinte.

Tableau 16 : Détail des inclusions et leur taux d'atteinte de l'objectif en fonction de la population cible

	Population cible	Taux théorique de contribution à l'inclusion	Date de première inclusion	Nombre de seniors inclus	Taux d'atteinte objectif par porteur	Taux réel de contribution à l'inclusion
Gérontopôle de Toulouse	10 000	18,3 %	01 - 2023	5 917	59,2 %	38,7 %
HCL	4 855	8,9 %	12 - 2022	1 435	29,6 %	9,4 %
FCCIS	1 819	3,3 %	02 - 2023	222	12,2 %	1,5 %
CPTS PACA	4 613	8,5 %	10 - 2020	459	10,0 %	3,0 %
DAC46	1 200	2,2 %	01 - 2022	980	81,7 %	6,4 %
Mutualité PACA	738	1,4 %	03 - 2021	325	44,0 %	2,1 %
Filieris sud	3 469	6,4 %	01 - 2022	1 481	42,7 %	9,7 %
InterURPS Pays de Loire	13 533	24,8 %	01 - 2023	1 065	7,9 %	7,0 %
InterCPTS Mulhouse Colmar	4 500	8,3 %	01 - 2022	1 408	31,3 %	9,2 %
DAC17	3 000	5,5 %	01 - 2023	239	8,0 %	1,6 %
CPTS Haute Corrèze	1 311	2,4 %	10 - 2022	228	17,4 %	1,5 %
CHU Tours	4 500	8,3 %	12 - 2022	1 521	33,8 %	10,0 %
CPTS Grand Sud la Réunion	1 000	1,8 %	-	-	-	-
TOTAL	54 538	-	-	15 280	28,0 %	-

Les inclusions n'ont pas atteint les objectifs fixés initialement dans le cahier des charges, avec des résultats inégaux selon les porteurs expérimentateurs. La majorité d'entre eux n'ont commencé les inclusions qu'en 2022 ou 2023, en raison de retards dans la phase de déploiement. Ces retards s'expliquent notamment par la conception de l'outil numérique, la formation des professionnels, ainsi que par le délai dans le partage de la note d'information auprès des seniors.

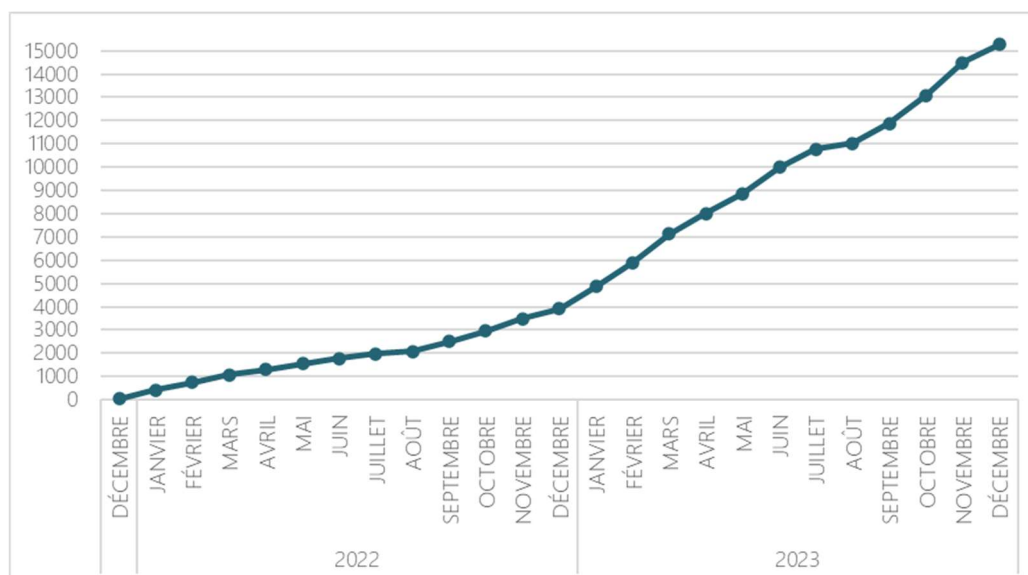


Figure 20 : Évolution cumulée des inclusions de tous les porteurs expérimentateurs, selon les SI porteurs à date de décembre 2023

Le graphique montre une évolution régulière du nombre d'inclusions, avec une accélération notable à l'été 2023, reflétant un succès grandissant du dispositif et une mobilisation croissante des seniors. Cette tendance positive suggère une bonne adhésion au programme ICOPE et démontre la capacité des porteurs expérimentateurs à élargir leur impact sur la population cible.

Toutefois, bien que la montée en charge soit visible, certaines périodes, notamment au cours des étés 2022 et 2023, montrent un ralentissement relatif, possiblement lié à des contraintes saisonnières ou à une mobilisation moindre des acteurs pendant les vacances.

Selon les données déclaratives des porteurs transmises au pilote national en octobre 2024, une progression est observée dans le nombre de seniors aux différentes étapes du parcours. A cette date, 26 389 seniors ont été inclus dans le dispositif, représentant 48,4 % de l'objectif initial.

Les freins pouvant expliquer la difficulté des porteurs expérimentateurs à atteindre les objectifs

Le manque de temps, combiné à la complexité de la plateforme numérique, a été cité comme les deux principaux freins à une participation fluide des professionnels. De plus, trouver des professionnels de santé réellement intéressés par le programme s'avère difficile, surtout lorsque les tests liés à la mémoire sont perçus comme trop sensibles, ce qui peut entraîner des fausses alertes en raison d'erreurs de forme²⁴. Enfin, l'environnement dans lequel les dépistages sont réalisés, parfois inadapté, comme dans des lieux publics tels que les marchés, rend la passation des tests moins propice à l'obtention de résultats fiables et approfondis.

c. La population incluse correspond aux critères du cahier des charges en termes d'âge mais pas en termes de vulnérabilité

Les seniors inclus respectent le critère d'inclusion du dispositif en lien à l'âge

La population incluse dans l'expérimentation se répartit entre 60 et 115 ans, avec l'âge maximum observé dans les données du Gérotopôle du CHU de Toulouse, et une moyenne d'âge de 74,3 ans. Les femmes y sont surreprésentées (65,7%) par rapport aux hommes (34,3%). Pour comparaison, selon les données de l'INSEE, la population française de plus de 60 ans est également féminisée, bien que dans une moindre mesure, avec environ 56 % de femmes. Ainsi, bien que l'échantillon étudié reflète une tendance de féminisation plus marquée, il reste globalement représentatif des populations locales de chacun des territoires concernés.

²⁴ Dans le test de cognition, des alertes peuvent être déclenchées lorsque les trois mots à restituer ne respectent pas le format attendu, même si le senior les a correctement mémorisés. Par exemple, une alerte non justifiée peut survenir si les mots ne sont pas saisis dans le même ordre, s'ils sont écrits en majuscules plutôt qu'en minuscules, ou s'ils présentent des variations telles qu'un pluriel. Ces erreurs de forme, bien que mineures, peuvent faussement indiquer un trouble cognitif et risquent de décourager certains seniors à poursuivre le programme.

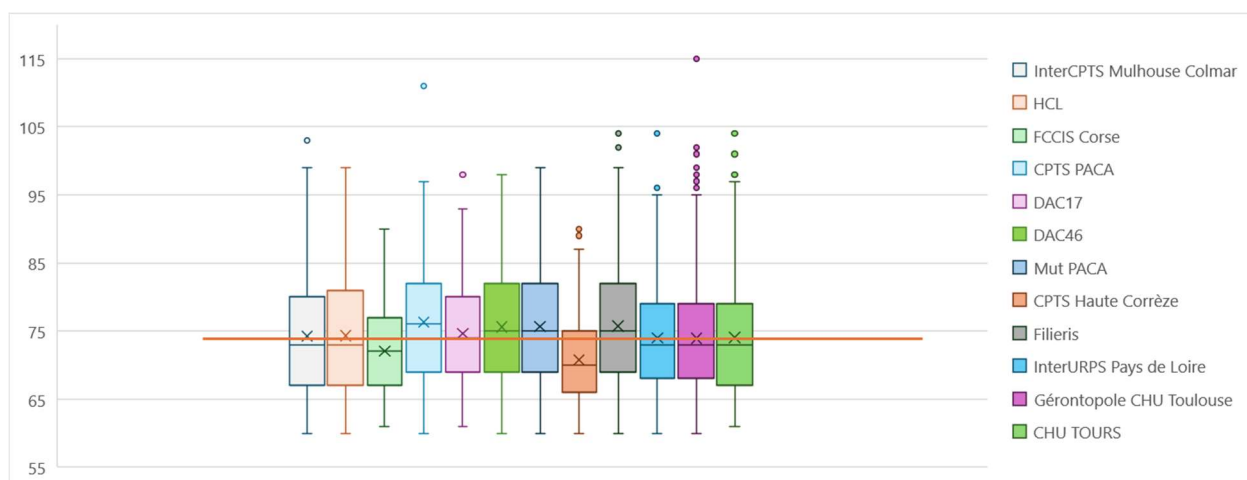


Figure 21 : Répartition des séniors inclus selon leur âge - moyenne de l'échantillon 74 ans

La faible participation des séniors âgés de 60 à 74 ans peut être attribuée à une perception de bonne santé et à un sentiment de moindre vulnérabilité face au déclin fonctionnel. Encore actifs, tant sur le plan social que professionnel, ces individus tendent à prioriser d'autres aspects de leur quotidien et à accorder une moindre importance aux initiatives de prévention des fragilités. Ainsi, leur engagement dans de tels dispositifs reste limité, malgré l'importance de la prévention pour anticiper et réduire les risques de fragilité à long terme.

Le dispositif présente des difficultés à prendre en charge les séniors vulnérables

Le dispositif présente des difficultés à assurer une prise en charge adaptée pour les séniors identifiés comme vulnérables lors du step 2. Sur les 1 513 séniors ayant réalisé un step 2, 182 ont refusé de fournir des informations concernant leur environnement socio-économique, ne renseignant aucun critère de vulnérabilité. Parmi ceux ayant accepté de partager ces informations, 680 séniors, soit 44,9 %, ont été identifiés avec au moins un critère de vulnérabilité, bien qu'aucun ne présente plus de quatre critères.

Cependant, ces chiffres, relativement élevés, suggèrent une forte proportion de séniors identifiés comme vulnérables. Cela interpelle sur la sensibilité des critères de vulnérabilité, ou sur une influence dans la manière dont le professionnel de santé pose les questions, conduisant ainsi à identifier plus de séniors comme vulnérables qu'attendu.

Par ailleurs, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car certains séniors n'ont répondu que partiellement aux questions relatives aux critères de vulnérabilité. Il est donc possible que le degré de vulnérabilité soit sous-évalué ou sur-évalué pour certains séniors, ce qui remet en question la fiabilité de cette évaluation.

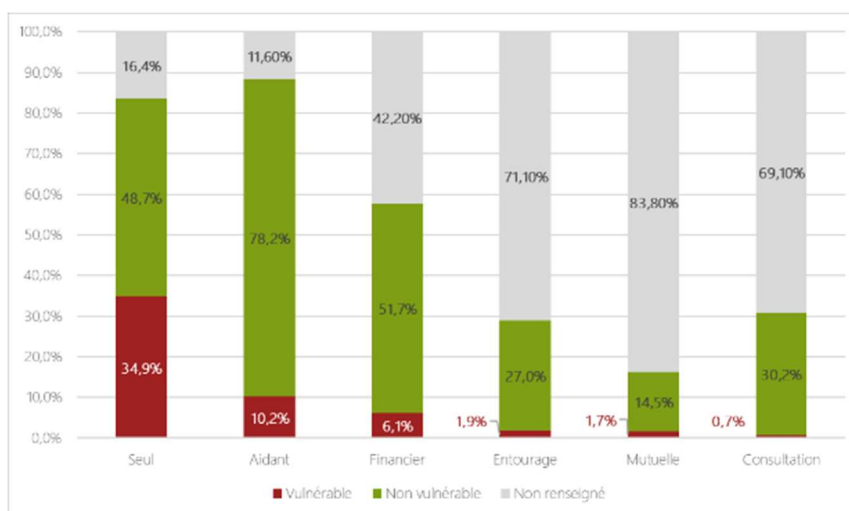


Figure 22 : Proportion de séniors vulnérables, par critère de vulnérabilité

En faisant abstraction des séniors n'ayant pas souhaité communiquer sur leur vulnérabilité selon chaque critère, le critère le plus présent reste le **mode de vie solitaire**. 41,7% des séniors déclarent vivre seuls (soit 522 sur 1 251). Viennent ensuite ceux en **position d'aidant** avec 11,5% (152 sur 1 323), suivi par 10,6% (92 séniors sur 864) présentant des **vulnérabilités financières**. Les critères liés à l'entourage, la détention d'une assurance complémentaire ou l'absence de consultation médicales sont moins fréquents, avec respectivement 6,7% (29 sur 433), 10,3% (25 sur 243) et 2,2% (10 sur 463).

Actions mises en œuvre pour cibler les séniors vulnérables

Pour cibler les séniors vulnérables, plusieurs actions ont été mises en œuvre, bien que limitées. En premier lieu, la formation de professionnels hors santé, comme des bénévoles ou des acteurs de la vie sociale, a été engagée pour atteindre les séniors éloignés du système de soins. Des actions ont été menées dans des espaces publics tels que des centres commerciaux et des parcs, avec la participation de bénévoles.

Un exemple spécifique est celui de l'InterCPTS Mulhouse-Colmar, où une infirmière s'est associée à l'association APONA, qui œuvre auprès des gitans sédentarisés, pour réaliser des dépistages dans les camps. D'autres initiatives, comme le "bus des femmes" ou le "bus rose", ont également été déployées, nécessitant un fort soutien communautaire pour encourager l'engagement des séniors vulnérables.

Cependant, les séniors précaires restent difficiles à approcher, car leurs priorités immédiates ne sont pas la prévention de la fragilité, mais souvent des préoccupations plus urgentes. Il est donc crucial de créer un lien de confiance avec eux pour les intégrer dans le parcours de dépistage. Une fois dépistés, la suite du parcours demeure complexe à organiser pour ces séniors, notamment en raison de leurs difficultés à suivre les recommandations. Diversifier les lieux et les acteurs impliqués, notamment en s'appuyant sur des acteurs communautaires de confiance, est une piste importante pour améliorer la portée du programme auprès de cette population.

Problématiques et leviers d'inclusion

Les contraintes à l'inclusion des séniors les plus vulnérables dans l'expérimentation sont multiples. Tout d'abord, un travail territorial d'animation spécifique et conséquent, nécessaire pour mobiliser cette population, n'a été que très peu engagé. De plus, l'absence de

financement pour les professionnels du secteur social, pourtant en contact régulier avec ces seniors, constitue un frein majeur à leur participation.

Pour améliorer l'inclusion des seniors vulnérables, plusieurs leviers d'action peuvent être envisagés. Il serait pertinent d'impliquer davantage les acteurs capables de relayer largement l'information sur le programme ICOPE, tels que les CCAS ou les caisses de retraite. Par ailleurs, l'intégration d'organisations et de professionnels qui agissent au quotidien pour cette population, comme les plateformes de répit, les associations, ou encore les facteurs, pourrait renforcer la démarche d' « aller-vers » les seniors vulnérables. Enfin, la rémunération de ces professionnels permettrait d'élargir significativement le périmètre des seniors exposés au programme, tout en reconnaissant leur rôle essentiel dans le dispositif.

d. La réitération du dépistage n'atteint pas l'objectif du cahier des charges

Le programme ICOPE prévoyait la réalisation des réitérations par les seniors tous les six mois pour éviter une dégradation de leur santé et agir en prévention d'un déclin d'autonomie. Sur les 15 000 réitérations prévues, seulement 25,9% (soit 3 890) des réitérations ont été réalisées. Le taux maximal de réitérations, selon les données à disposition, a été de 35% pour le Gérotopôle de Toulouse, et deux porteurs n'ont réalisé aucune réitération (FCCIS, InterURPS Pays de Loire).

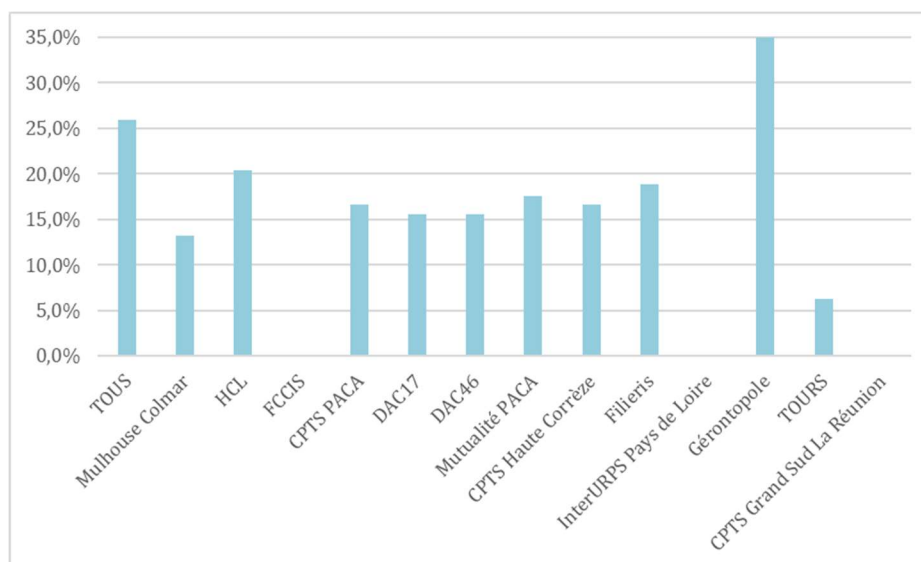


Figure 23 : Taux de réalisation effectif des réitérations du step 1

Le délai moyen, tous porteurs confondus, est de 192 jours entre les itérations du test de repérage de fragilité. On observe, entre chaque itération, une diminution de 15% du nombre d'altérations moyens par sénior, la diminution la plus marquée étant entre le premier dépistage (step 1) et les réitérations de ce step 1, baissant de 1,7 altérations à 1,4 altérations par sénior.

Dans l'analyse des organisations des porteurs expérimentateurs, cette difficulté peut s'expliquer par :

- ▶ Une absence d'appropriation du rythme imposé (tous les 6 mois) pour ces réitérations : certains professionnels ont remonté dans l'enquête « partenaire opérationnel » que la fréquence des réitérations pouvait être perçue comme trop rapprochée pour les seniors les plus jeunes
- ▶ Les seniors n'identifient pas cette étape comme faisant partie du parcours
- ▶ Les outils de rappels sont très automatisés et sans conséquence si les réitérations ne sont pas réalisées

Q3.2 – Comment l'expérimentation ICOPE contribue à l'évolution des pratiques des professionnels et à favoriser leur engagement ? (Capacité à dépister, démarche de prévention...)

Point saillant : L'expérimentation ICOPE a permis d'impliquer les professionnels de santé dans le dépistage, mais elle peine à faire évoluer leurs pratiques vers une véritable démarche de prévention, puisque les professionnels restent majoritairement centrés sur une approche curative. Bien qu'ils soient des partenaires opérationnels clés, leur engagement dans le dispositif demeure modéré.

En revanche, pour les professionnels hors santé, bien qu'ils soient moins nombreux, le programme ICOPE représente une opportunité d'évolution significative de leurs pratiques, malgré l'absence de rémunération. Leur intérêt est réel, mais leur engagement reste limité en raison du manque de stratégies spécifiques adaptées à leur profil. Les formations, bien que présentes, n'ont pas eu un impact déterminant sur l'engagement de ces professionnels.

Pour rappel, dans le cadre de l'expérimentation, les professionnels de santé pouvaient être mobilisés pour l'ensemble du parcours (dès le step 1). A contrario, les professionnels hors santé avaient la possibilité d'intervenir uniquement en step 1 dans le cadre de l'hétéroévaluation non rémunérée.

Pour les 12 porteurs avec des données de parcours disponibles, 654 entités²⁵ distinctes ont été impliquées, soit une moyenne de 55 entités par porteur. Chaque entité a pris en charge en moyenne 17 dépistages (step 1), avec une variation de la moyenne entre 7 dépistages pour l'InterURPS Pays de Loire et 46 pour Filieris SUD.

a. Des professionnels de santé impliqués mais qui peinent à acquérir la culture de la prévention

Les professionnels de santé représentent la part majoritaire des partenaires opérationnels du parcours ICOPE

Ce graphique, basé sur les données extraites des SI des porteurs expérimentateurs, indique la proportion des professionnels de santé dans la réalisation du step 1.

²⁵ Les entités représentent ici, soit des professionnels de santé soit des structures en lien avec la limite exposée en début de rapport

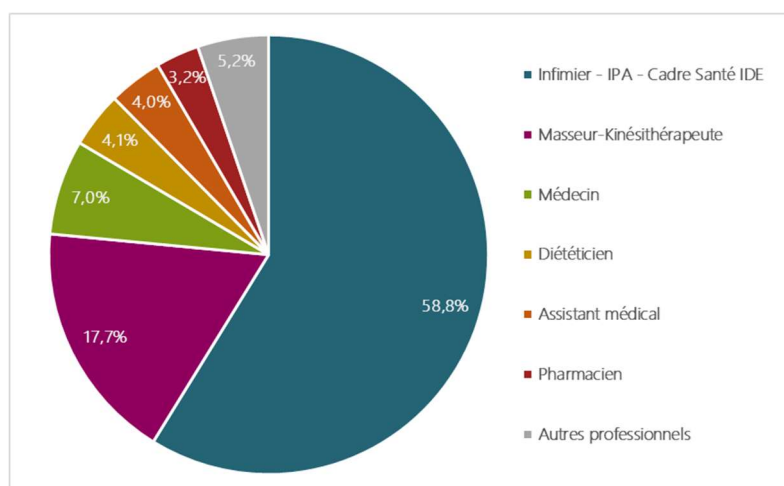


Figure 24 : Répartition des professionnels de santé réalisant des dépistages par profession, issus des SI porteurs expérimentateurs²⁶

Il est à noter que ce sont les IDE/ IPA et les cadres de Santé qui ont été les plus mobilisés dans cette action (58,8%) alors que les médecins n'ont été impliqués qu'à 7%. Il est également à noter que la démarche d'aller-vers qui aurait pu être conduite par les pharmaciens notamment n'a été que très peu exploitée par les porteurs expérimentateurs (3,2%).

Malgré une forte implication dans le dépistage, les professionnels de santé restent dans une pratique curative

L'expérimentation ICOPE a mis en évidence des défis significatifs concernant l'évolution des pratiques des professionnels de santé. Parmi les effecteurs du step 1, selon les chiffres issus des SI des porteurs expérimentateurs, ils représentent 68,7% des professionnels impliqués dans cette étape du parcours. Bien que l'objectif principal soit de renforcer la prévention et le dépistage précoce des fragilités, il apparaît que l'acculturation à ces pratiques préventives reste limitée parmi les professionnels de santé notamment (données issues des focus group et enquête partenaire).

Plusieurs facteurs expliquent cette difficulté dans les changements de comportement :

- ▶ **Habitudes professionnelles ancrées** : les médecins et autres professionnels de santé sont souvent formés à une approche curative plutôt que préventive, rendant la transition vers une prévention proactive plus difficile.
- ▶ **Pression du temps et des ressources** : les professionnels de santé ont exprimé les contraintes de temps et la charge de travail élevée limitant leurs capacités à intégrer de nouvelles démarches de prévention dans leur routine. D'autres discours paradoxaux ont pu être relevés lors des entretiens. Des médecins généralistes indiquaient à la fois que la pratique préventive était réalisée quotidiennement dans leur cabinet quand d'autres exprimaient que ce n'était pas leur rôle de réaliser le step 1.

²⁶ La catégorie « autres professionnels » regroupe les aides-soignants, les ergothérapeutes, les orthophonistes, les pédicure-podologues, les psychologues, les préparateurs en pharmacie, les orthoptistes, les opticiens, les enseignants d'activité physique adaptée (APA), les audioprothésistes.

Les professionnels de santé participent mais ne présentent pas un engagement fort dans le dispositif

Malgré la forte proportion d'acteur « professionnels de santé », les porteurs expérimentateurs ont exprimé la difficulté à mobiliser les professionnels de santé principalement en step 1. Effectivement, les médecins ont manifesté une certaine **résistance au changement** face aux nouvelles pratiques préventives proposées par le programme ICOPE. Cette réticence peut s'expliquer en partie par des raisons évoquées précédemment, telles que des habitudes professionnelles ancrées et un temps disponible restreint pour des pratiques de prévention.

En outre, **un manque de motivation** a été observé parmi les professionnels de santé. L'absence de mesures incitatives suffisantes, comme des compensations financières a joué un rôle important dans cette faible mobilisation. **Les démarches administratives complexes** et la documentation supplémentaire requises pour le suivi et le reporting des activités liées au programme ICOPE ont également constitué un frein.

Ces exigences administratives ont pu décourager certains professionnels de santé (notamment les médecins), qui considèrent ces tâches comme chronophages et peu valorisantes par rapport à leur pratique clinique quotidienne.

b. Des non professionnels de santé qui semblent moins nombreux mais pour qui le dispositif ICOPE représente une forte évolution de pratique

Les non professionnels de santé sont minoritaires

Les professionnels hors santé ne représentent que 2,06% des acteurs du dépistage.

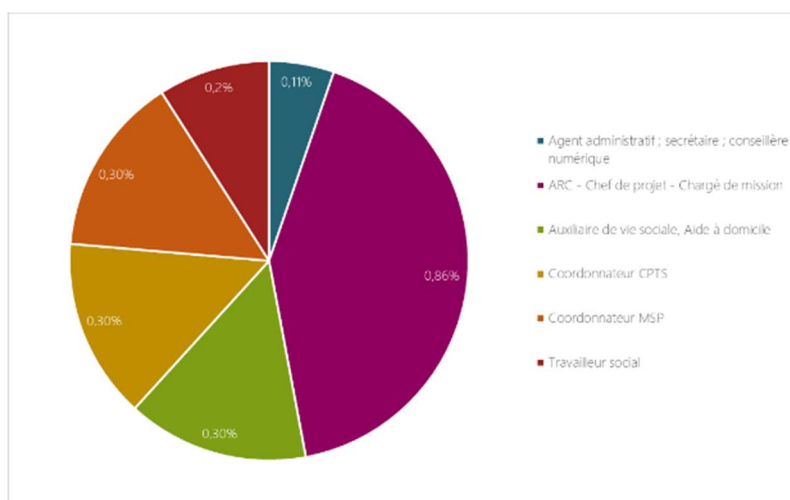


Figure 25 : Répartition des professionnels hors santé réalisant des dépistages par profession, issus des SI des porteurs expérimentateurs

Nous retrouvons ici un panel de professionnels très différents : des agents administratifs, secrétaires et conseillers numériques ; des chefs de projet ; des auxiliaires de vie sociale et aide à domicile, des coordonnateurs de CPTS ou MSP ainsi que des travailleurs sociaux. De plus, d'autres initiatives étaient en cours de construction lors des observations sur site, notamment avec des facteurs qui ne sont, de fait pas encore répertoriés.

Un point de vigilance est à noter pour ces analyses. Pour le step 1, les données extraites des SI porteurs indiquent une proportion de professionnels non renseignés de l'ordre de 21,6% et

d'une catégorie « autre » de près de 6%. Les analyses sont donc à modérées sur cette population de professionnels hors santé.

Malgré l'absence de rémunération, les non professionnels de santé montrent un intérêt pour l'évolution des pratiques proposées par le dispositif

L'expérimentation ICOPE a permis aux professionnels hors santé de développer des compétences nouvelles et précieuses. Les agents sociaux, les aidants, les étudiants des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) ainsi que d'autres intervenants non médicaux ont suivi des formations spécifiques. La **formation au step 1** leur permettent de participer au dépistage des fragilités des seniors dans le cadre de la première étape du programme. Grâce à ces formations, ils ont évoqué (lors des focus group notamment) avoir pu développer des **compétences transversales** essentielles telles que :

- ▶ L'approche préventive auprès des personnes âgées
- ▶ L'évaluation de fonctionnalités
- ▶ Travail en équipe avec des professionnels pourtant éloignés de leur pratique quotidienne (facteurs avec les CPTS)

L'engagement des professionnels hors santé est limité par un manque de stratégie spécifique à leur profil par les porteurs expérimentateurs

L'enquête en ligne des partenaires ainsi que les focus group ont démontré une appétence notable pour les professionnels hors santé de s'impliquer dans le programme ICOPE, notamment au moment du dépistage (step 1). Leur implication est cependant limitée par le fait que le déploiement de l'expérimentation s'est concentré en priorité sur un dépistage par les professionnels de santé qui étaient rémunéré.

L'implication des professionnels hors santé nécessiterait d'établir une stratégie spécifique à leur profil, d'autant plus qu'il permettrait de toucher les seniors les plus vulnérables.

Enfin, la question de **la durabilité de cet engagement** à long terme se pose. **Sans une rémunération adéquate, il est incertain que la participation des professionnels hors santé puisse être maintenu à grande échelle de manière pérenne.**

c. Les formations ne jouent pas un rôle primordial dans l'engagement des professionnels

Malgré l'effort des porteurs expérimentateurs pour former des personnes à la réalisation des étapes du parcours, le nombre de professionnels s'impliquant réellement dans le dispositif à la suite d'une formation (professionnel effecteur) semble faible comparativement au nombre de personnes formées, tant dans les données de parcours que du point de vue des équipes projets.

Tableau 17 : Taux de professionnels effecteurs par rapport aux professionnels formés²⁷

	STEP 1		%	STEP 2		%
	Formés	Effecteurs		Formés	Effecteurs	
Gérontopôle du CHU de Toulouse	1 556	178	11,4%	232	30	12,9%
InterURPS des Pays de Loire	222	147	66,2%	222	34	15,3%
Hospices civils de Lyon	201	97	48,3%	84	36	42,9%
CPTS PACA	180	38	21,1%	70	47	67,1%
DAC17	59	12	20,3%	17	1	5,9%
CPTS Haute-Corrèze	22	17	77,3%	5	4	80,0%
CHU Tours	245	31	12,7%	17	6	35,3%
InterCPTS 68 Mulhouse Colmar	92	52	56,5%	35	5	14,3%
FCCIS Corse	36	12	33,3%	73	9	12,3%
DAC 46	64	31	48,4%	19	15	78,9%
Filieris Sud	262	29	11,1%	35	5	14,3%
CPTS Grand Sud Réunion	30	-	-	0	-	-
Mutualité Française PACA	37	10	27,0%	9	4	44,4%
TOTAL	3 006	654	22,0%	818	196	24,0%

Comme le montrent les écarts observés entre le nombre de professionnels formés et ceux qui effectuent réellement les steps 1 et 2, la réalisation des formations n'entre pas (ou peu) en compte dans l'engagement des différents professionnels. En ce qui concerne le step 1, sur les 3 006 professionnels formés, **seulement 22 % d'entre eux sont devenus des effecteurs**. Ce phénomène est encore plus marqué dans certaines régions, comme le Gérontopôle du CHU de Toulouse, où seuls 11,4 % des professionnels formés passent à l'action, ou Filieris Sud, avec seulement 11,1 %. Toutefois, certaines régions, telles que la CPTS Haute-Corrèze et InterURPS des Pays de Loire, affichent des taux de conversion bien plus élevés, respectivement 77,3 % et 66,2 %. Concernant le step 2, la tendance reste similaire, avec 24 % des 818 formés devenus effecteurs, même si certaines structures, comme le DAC 46, enregistrent une mobilisation de 78,9 %. Ces chiffres suggèrent que la formation seule ne suffit pas à garantir une participation active, et d'autres leviers doivent être explorés pour renforcer l'engagement des professionnels dans le programme comme évoqué précédemment.

Q3.3 – Quelle est la perception des seniors et des professionnels de santé sur la coordination du parcours ?

Point saillant : Les seniors ne perçoivent pas le dispositif ICOPE comme un véritable parcours de santé, les différentes étapes n'étant pas clairement identifiées. Ils expriment le souhait d'une plus forte implication de leur médecin traitant pour mieux comprendre l'articulation entre les acteurs du dispositif et leur propre suivi médical.

Du côté des professionnels de santé, la coordination du parcours est également perçue comme insuffisante. Les outils de communication et de transmission d'informations entre professionnels sont jugés inadéquats, ce qui empêche ces derniers de s'impliquer pleinement dans un parcours coordonné.

²⁷ Les colonnes formées ont été construites sur la base des données remontées aux COSUI par les porteurs expérimentateurs, chaque chiffre représente le nombre de personnes réellement formées. Pour les colonnes effecteurs, ces chiffres correspondent aux nombre de codes AM différents présents dans le tableau « dépistage » mis à disposition par le processus de pseudonymisation de la CNAM. De ce fait, un chiffre peut représenter une entité ou une personne physique.

a. Les seniors ne perçoivent pas le dispositif ICOPE comme étant un parcours et souhaiteraient une plus forte implication du médecin traitant

Les étapes du parcours ne sont pas clairement identifiées par les seniors

Une enquête auprès de 2 663 seniors ayant bénéficiés du dispositif ICOPE a permis d'identifier le niveau de compréhension du parcours par les répondants.

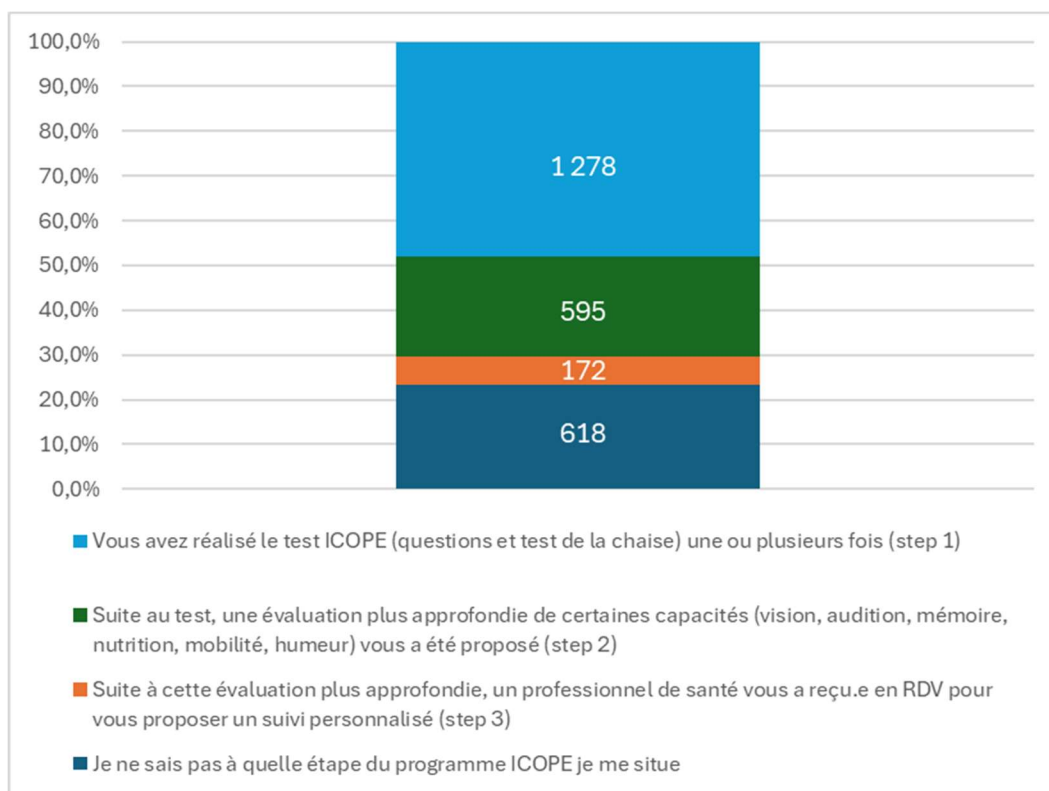


Figure 26 : Compréhension du parcours par les seniors ayant répondu à l'enquête (2 663 répondants)

Les commentaires libres de l'enquête en ligne révèlent, de manière qualitative, qu'ils n'ont pas le sentiment de faire partie d'un parcours et ont parfois oublié qu'ils y avaient participé, en particulier lorsqu'ils n'ont reçu aucun retour après leur premier test, et n'ont pas été relancé pour le répéter. « A quelle étape j'en suis ? vous voulez dire pour avoir une évaluation des ateliers que j'ai eus, pour savoir si ça a été bénéfique ou pas ? ». « Non je ne sais pas... [elle réfléchit, puis elle ajoute] c'est pour voir s'il y a une aggravation je crois ». De plus, ils n'ont pas accès aux résultats de leur(s) test(s), ni, dans certains cas, à des informations sur le suivi à mettre en place (prochains rendez-vous, type de professionnel ou examens à activer, etc.). Ce manque de communication, à la fois générale et personnalisée, contribue aux difficultés des seniors à se repérer dans le parcours.

La réalisation dans certains sites expérimentateurs de comptes-rendus explicites à destination des seniors et de leur médecin traitant permet aux seniors un suivi précis des actions à mettre en place, et en facilitant sa compréhension et sa mémorisation de celles-ci.

Par ailleurs, la logistique liée au parcours, notamment la prise de rendez-vous ne leur pose aucun problème, ils saluent en général la simplicité et le fait d'avoir été contactés directement pour les steps 2 ou réitérer un step 1.

Les séniors ne comprennent pas l'articulation entre les acteurs du dispositif et leur parcours de santé

La coordination du parcours entre professionnels est peu ou pas visible du point de vue des séniors. Ils n'identifient pas les professionnels du parcours et peuvent être déstabilisés voire méfiants lorsqu'un professionnel qu'ils ne connaissent pas les appelle, d'autant plus qu'ils n'identifient pas le nom « ICOPE ».

Il est parfois fait référence au médecin traitant, en fonction des organisations locales, notamment en précisant qu'un compte-rendu lui sera transmis. Il peut également être identifié par les professionnels réalisant le step 1 comme responsable de la gestion des alertes et de la réalisation des steps 2 en cas d'alertes mais ce n'est pas fait de façon systématique (sources : enquête sénior et observation sur site).

Près de deux tiers des répondants à l'enquête chez lesquels une anomalie a été révélée n'en parlent pas à leur médecin traitant (63%) et ce dernier n'aborde presque jamais le sujet spontanément à moins de réaliser lui-même l'évaluation approfondie (3% des séniors interrogés chez qui le test ICOPE a révélé une anomalie).

Dans les quelques cas où le sénior aborde le sujet d'ICOPE avec son médecin traitant, cela n'a pas de conséquence (37%). Néanmoins, environ 1/3 des médecins traitants ont prodigué des conseils de prévention et des informations concernant cette anomalie et/ou orienté le sénior vers un spécialiste pour réaliser une évaluation approfondie.

En termes de coordination/transmission de l'information, les répondants à l'enquête en ligne indiquent que le programme pourrait être amélioré par :

- ▶ Une implication de leur médecin traitant
- ▶ Une meilleure prise en compte de leurs antécédents/état de santé général
- ▶ Un suivi des résultats d'ICOPE dans leur dossier médical

b. Les professionnels de santé n'ont pas le sentiment de pouvoir s'inscrire dans un parcours coordonné

Les outils de communication et de transmission d'information entre les professionnels sont insuffisants

Cette inadéquation des outils peut entraîner une perte d'informations essentielles, compromettant ainsi la continuité et la qualité du parcours de soins des séniors. En l'absence d'outils efficaces pour partager et suivre les données de santé, des informations cruciales peuvent être omises ou mal relayées entre les différentes étapes du programme.

Pour améliorer la coordination entre les différentes étapes du programme et en faire un parcours coordonné, il est crucial de développer et de mettre en œuvre **des outils de suivi plus efficaces**. Ces nouveaux outils doivent garantir une meilleure transmission des informations entre les intervenants de step 1 et step 2, permettant ainsi de réduire les pertes d'informations essentielles et d'assurer une continuité de soins fluide et cohérente.

Les professionnels de santé ne se sentent pas impliqués dans un parcours coordonné

Les professionnels font part d'un manque de coordination à plusieurs étapes du parcours. Plus particulièrement, ce **manque de coordination** entre les différents acteurs de step 1 et step 2 favorise des frustrations, tant pour les professionnels de santé que pour les seniors eux-mêmes. La communication, perçue comme inefficace, crée des retards dans les interventions nécessaires, mais entraîne aussi des doublons dans les évaluations et les soins, augmentant ainsi la charge de travail des intervenants et l'inconfort des patients. Cette absence de coordination effective nuit à l'expérience globale des professionnels, des seniors et à l'efficacité du programme ICOPE.

Les porteurs expérimentateurs et les professionnels effecteurs du parcours identifient que leur engagement serait plus fort avec une **collaboration** plus étroite et une **intégration de l'ensemble des acteurs** impliqués dans le programme (temps d'échange de bonnes pratiques, information régulière par mail/newsletter...). Cela inclut les professionnels de santé, les intervenants non médicaux, et les instances de coordination.

En favorisant cette coordination, il serait possible de réduire la fragmentation du parcours de soins et d'améliorer la continuité du parcours. Une collaboration renforcée permettrait de créer un réseau de soutien plus cohérent et coordonné, améliorant ainsi l'efficacité du programme et la qualité des soins prodigués aux seniors.

Q2 – L'organisation du dispositif permet-elle d'engager les seniors dans un suivi actif de leur santé fonctionnelle ?

Les données concernant l'engagement des seniors dans le dispositif ICOPE sont issues de

- 2 enquêtes en ligne à destination des seniors inclus (respectivement 2 081 et 2 677 réponses analysées)²⁸,
- des observations sur site de step 1, step 2, step 3 et répétitions de step 1,
- des entretiens individuels avec les seniors sujets des observations ainsi que des entretiens avec des professionnels de terrain réalisant les différentes étapes.

Q2.1 – Comment l'organisation et les actions définies favorisent-elles l'adhésion des seniors ?

Point saillant : Le manque de formalisation de la présentation du dispositif et de l'ensemble des étapes ne permet pas une appropriation suffisante du parcours par les seniors pour qu'ils en deviennent réellement acteurs, d'autant plus en auto-évaluation. La réalisation des steps 1 en présentiel et la systématisation des steps 2 en cas d'alertes sont des leviers identifiés pour améliorer l'adhésion des seniors au dispositif.

a. La compréhension du dispositif par les seniors

La présentation initiale est hétérogène et limite leur compréhension

Les objectifs, le déroulement du parcours et l'utilisation des données de santé dans le cadre du parcours ne sont pas présentés de façon systématique aux seniors, ni le nom « ICOPE », que les seniors ne sont pas tous en mesure d'identifier. L'utilisation d'un acronyme anglais ne facilite pas son appropriation chez des seniors.

Il a été constaté que, bien souvent, le dispositif ICOPE est présenté aux seniors comme un test ponctuel et non comme le fait qu'ils soient inclus dans un parcours. Les étapes du parcours ne sont pas clairement présentées dans leur organisation notamment les étapes qui se pratiquent en auto-évaluation. L'aspect rapide et ludique du test et probablement la lecture incomplète des informations en ligne limitent encore cette compréhension.

Les objectifs du programme gagneraient à être clarifiés pour une partie des répondants à l'enquête, qui n'y voient pas un intérêt pour eux-mêmes, mais plutôt un intérêt collectif : 20% des répondants à l'enquête en ligne ont participé pour faire avancer la recherche. Un répondant à l'enquête mentionne dans un commentaire libre *"j'ai répondu à ICOPE pour faire avancer la science, pas pour moi, et n'ai donc même pas pensé que cela pouvait être directement utile."* Par ailleurs, la notion de limitation aux capacités fonctionnelles n'est pas toujours claire chez des seniors qui attendent selon les mots d'un senior interrogé un « *bilan de santé globale* », entraînant chez certains une impression de tests trop légers, de manque de sérieux. Un senior interrogé suite au passage du step 1 confie « *une amie m'a dit que c'était bachelé en 10 minutes... c'est pas la peine !* ». Un autre senior indique « *j'ai été surprise de la rapidité du test* » s'attendant à des résultats plus approfondis. Un autre senior exprime une petite déception « *je m'attendais à plusieurs RDV avec des professionnels de santé* ».

²⁸ Les enquêtes en ligne auprès de seniors ont été respectivement réalisées entre novembre 2023 et février 2024 pour la première enquête et entre avril et juin 2024 pour la seconde. Les observations sur site et les entretiens individuels auprès des patients ont été réalisés pour la première série entre octobre et décembre 2023 et pour la seconde sur le mois de mai 2024.

- L'inscription dans la durée, la limitation du test aux capacités fonctionnelles ne sont pas toujours identifiées par les seniors. Les étapes pas toujours claires, ni le rôle des seniors dans le parcours, limitent ainsi leur appropriation de celui-ci.

A contrario, lors de cette présentation initiale, plusieurs éléments favorisant l'inclusion des patients les rassurent, notamment : l'identification du parcours et de leur rôle dans celui-ci, le cadre réglementaire/officiel (lien avec OMS/CNAM), le caractère simple et rapide du test ainsi que l'accompagnement à la réalisation. Un senior lors d'un entretien après avoir passé le step 1 exprime qu'il apprécie ICOPE pour « *la rapidité du test... tout se fait facilement, c'est simple !* ». Un autre souligne l'importance d'être guidé : « *j'apprécie la démarche ICOPE. L'aide du professionnel aussi. Être guidé c'est important ! Le contact humain est important* ». Lorsque le test est réalisé en autoévaluation, c'est par définition moins le cas ; tout dépend du niveau d'autonomie des seniors et d'appétence par rapport aux outils digitaux. Pour certains l'utilisation de l'application sera un frein (cf. Q2.2 – page 97) pour d'autres, ce sera au contraire appréciable en termes d'autogestion de leur santé et de praticité.

Le séquençage des différentes étapes freine l'appropriation du dispositif

Les rendez-vous des seniors ne sont pas systématiquement remplacés par les professionnels dans le contexte ICOPE ni reliés avec les étapes précédentes et à venir (les seniors auront la possibilité de repasser le step 1, de passer en steps 2 et 3, mais aussi de bénéficier d'autres consultations de suivi et/ou ateliers collectifs qui ne font pas partie du programme ICOPE, ce qui peut perdre les seniors sur ce qui fait partie ou non du dispositif).

En conséquence :

- Il est difficile pour une partie des seniors de se situer au sein du parcours (23% des répondants à l'enquête en ligne de 2023 ne savent pas indiquer à quelle étape ils se situent)
- La notion d'alerte ne paraît pas claire pour tous (22% des répondants à l'enquête 2024 ne savent pas dire si une alerte a été déclenchée lors du test ICOPE).
- Les seniors interrogés individuellement suite aux observations sur site ont rarement la capacité d'indiquer quels sont les prochaines étapes du parcours, en dehors des cas où les rendez-vous leur sont indiqués en clair dans un compte-rendu.

La notion de gestion d'alerte n'est pas suffisamment expliquée aux seniors, en particulier lorsqu'ils réalisent leur premier test en auto-évaluation. Cette méconnaissance contribue à une réticence à répondre aux appels provenant de numéros inconnus ou à une méfiance à l'égard des professionnels qui les sollicitent pour gérer l'alerte ou organiser les étapes suivantes à distance. Ce problème est d'autant plus amplifié par les campagnes de sensibilisation incitant les seniors à ne pas répondre aux appels de numéros inconnus, pour des raisons de sécurité. Dans l'optique d'une généralisation du dispositif, il apparaît crucial de repenser cette dimension de communication afin de réduire ces réticences et d'assurer une gestion plus fluide et sécurisée du parcours de soins.

Une clarification progressive de la compréhension du parcours

Si les seniors ont du mal à se repérer dans le parcours global et à savoir où ils en sont dans ce parcours quand on les interroge ; au moment des différents rendez-vous, en revanche, les seniors comprennent généralement bien le rôle spécifique de chaque étape et d'autant plus si elle leur est rappelée par le professionnel avant de commencer le RDV. Par exemple, le premier test ICOPE est clairement identifié par les seniors comme un moyen de faire un point sur leur santé et de les sensibiliser à la prévention liée au vieillissement. Ils identifient bien cette étape parce qu'elle est notamment matérialisée par un lever de chaise. La répétition du step 1 est identifiée comme une manière de suivre leur évolution depuis le premier test. Le

step 2 permet de confirmer ou infirmer les résultats du step 1. Ils sont également en mesure d'indiquer s'ils ont réalisé cette évaluation approfondie à la suite d'une alerte (98% des seniors interrogés lors de l'enquête 2024 ayant indiqué qu'une alerte avait été révélée en step 1, étaient en mesure d'indiquer si oui ou non ils avaient réalisé une évaluation approfondie) certainement car ils sont dans l'expectative de cette évaluation lorsqu'une alerte est déclenchée en step 1.

b. Les freins et les leviers de l'adhésion des seniors

La majorité des seniors interrogés dans l'enquête en ligne ne ressentaient pas le besoin de participer à ICOPE, ils ont néanmoins participé volontiers, parfois par simple curiosité.

Le retour global des seniors sur leur adhésion

Même si les seniors ont des difficultés à se repérer dans le parcours ICOPE, il n'en reste pas moins qu'une fois ayant participé au step 1, ils adhèrent au dispositif et suivent les étapes proposées.

Les motifs principaux d'adhésion des seniors sont la volonté d'anticiper des problèmes à venir et de faire un point sur leur santé, ils ont besoin d'être rassurés sur leur état de santé, des difficultés qui apparaissent ou des craintes liées aux antécédents familiaux. Ils voient le dispositif comme un moyen de leur apporter des conseils de prévention et des solutions aux problèmes naissants, notamment en ce qui concerne les troubles cognitifs pour lesquels le test ICOPE représente à la fois une réponse à leurs peurs et une évaluation objective de leurs difficultés.

L'adhésion à la suite du parcours est par la suite motivée par le fait que les alertes interpellent et que les seniors souhaitent en savoir plus, d'autant que ces sujets ne sont pas abordés ni pris en charge par le médecin traitant. **Les leviers identifiés à la réalisation des steps 2 sont de les réaliser à la suite des steps 1, et si possible par le même professionnel de santé et/ou de les réaliser à domicile.**

Les seniors adhèrent davantage au dispositif lorsqu'ils peuvent réaliser le **step 1 en présentiel**, parce qu'ils apprécient le contact social qu'il permet. C'est ce qu'ils recherchent également lors des steps 2 et steps 3 sans toutefois toujours faire preuve d'une posture active dans la démarche proposée, qu'ils ont parfois acceptée « par politesse ». Le levier majeur pour que les seniors réitèrent les tests est le fait de le leur rappeler (appel ou notification).

Les freins à l'adhésion des seniors sont multiples et complexes, mêlant à la fois des facteurs personnels et des limitations du dispositif lui-même. Du côté des seniors, le déni des difficultés ou la peur des résultats constitue un obstacle récurrent. Ce sentiment est souvent présent dès le début du parcours, freinant la réalisation du premier test, mais il persiste également lors des évaluations plus approfondies, amplifiant leur réticence à s'engager pleinement dans le dispositif.

En plus de ces freins psychologiques, des barrières logistiques comme la capacité à se déplacer peuvent compliquer également l'adhésion. Les professionnels réalisant les steps 1 et 2 nous ont indiqué que pour certains seniors, la contrainte de mobilité est un véritable frein, les poussant à souhaiter que les différentes étapes du programme soient réalisées à domicile. Lorsque cette flexibilité n'est pas offerte, leur engagement peut en pâtir.

Par ailleurs, un frein majeur lié à l'organisation du dispositif, et qui varie selon les sites, est l'absence de suivi rapproché. Cette absence se traduit par le manque de rappels, l'absence de traitement des alertes émises, ou encore l'absence d'explications sur la nécessité de

réitérer certains tests comme le step 1, qui sont identifiés par les patients interrogés lors de l'enquête 2024 comme étant des pistes d'amélioration du dispositif. Sans ce soutien continu, les seniors ne peuvent pas s'engager, ne percevant plus l'intérêt de poursuivre le parcours. Ce manque de suivi illustre la difficulté des sites à maintenir les seniors dans le dispositif sur le long terme, compromettant dès lors l'efficacité du programme. Ainsi, l'interconnexion entre les freins personnels et organisationnels contribue à limiter l'adhésion des seniors au programme.

Une différence selon l'âge des seniors

En ce qui concerne les jeunes seniors (moins de 70 ans), les freins et leviers, identifiés dans les 2 enquêtes et lors des observations, sont légèrement différents. Les freins spécifiques à ce groupe sont principalement liés à au fait qu'ils ne se sentent pas concernés par la notion de bien vieillir, estimant que le programme s'adresse à des personnes plus âgées ou en situation de fragilité. L'enquête 2024 a révélé que 32% des seniors de 60 ans auraient refusé de participer si le programme leur avait été proposé à cet âge, ce qui témoigne de leur faible intérêt pour la prévention à ce stade de leur vie.

Les leviers pour les jeunes seniors sont toutefois plus axés sur la curiosité et la prévention active. Contrairement aux seniors plus âgés, qui s'engagent souvent en réponse à une difficulté apparue ou sur recommandation d'un professionnel de santé, les jeunes seniors participent par anticipation, dans le but de prévenir d'éventuels problèmes de santé. Leur adhésion repose donc davantage sur une démarche proactive et un intérêt pour leur bien-être futur. Ils sont particulièrement sensibles aux bénéfices potentiels du dispositif en termes de conseils et d'actions préventives.

c. Le vécu du parcours et les bénéfices perçus par les seniors

Déroulement des étapes du parcours

Le step 1 comme les évaluations approfondies peuvent générer un stress, une appréhension des résultats, même si l'attitude des professionnels les met en confiance, soit parce qu'ils connaissent ce professionnel, soit parce que celui-ci adopte une démarche d'écoute dite active qui permet un échange. Les seniors apprécient le contact social, le fait qu'on « *ne laisse pas tomber les vieux* » et qu'on les écoute mais l'observation de ceux-ci lors des différentes étapes révèle qu'ils ne sont pas impliqués activement dans le rendez-vous et les suites de celui-ci (ils ne posent pas de question, ont une attitude généralement passive, (quelque-soit le statut social ou l'âge des personnes observées).

Dépistage – step 1

Les **conditions de déroulement du step 1** sont hétérogènes et ne garantissent pas toujours calme et confidentialité mais semblent permettre une diversification des profils (seniors curieux, aspect ludique dans des forums versus seniors intéressés spécifiquement par le dépistage et/ou qui rencontrent une difficulté qu'ils veulent évaluer ou confirmer, dans des lieux dédiés au dépistage) et ne pas déstabiliser les seniors qui se disent majoritairement à l'aise. Les **professionnels réalisant les steps 1** présentent différents degrés d'appropriation du dispositif, et ne disposent pas tous d'outils de formalisation de la présentation du dispositif (ex. une présentation schématique du dispositif) ni de l'annonce des résultats (certains seniors auraient souhaité disposer de graphes et de données quantifiées de leurs résultats), des explications sur les suites à donner et du rôle du senior dans ce parcours (au-delà du CR ICOPE, un plan de suivi co-construit avec la participation active du senior). Cette formalisation

paraît pourtant nécessaire (voir compréhension ci-dessus, p93) pour s'assurer que l'information soit suffisante, compréhensible et rassurante pour les seniors.

Comparé à une auto-évaluation, **le passage du test en présentiel et par un professionnel de santé permet :**

- ▶ D'apporter davantage d'explications sur le test et le déroulement du parcours,
- ▶ De reformuler certaines questions pour éviter de générer de fausses alertes,
- ▶ D'adapter le discours à la personnalité et à l'état d'esprit du senior par une démarche d'écoute active
- ▶ De rassurer les seniors (en particulier lors d'appréhension des résultats ou d'alertes sur les capacités cognitives)
- ▶ De distiller des messages de prévention
- ▶ D'accompagner les seniors dans la première utilisation de l'application

Les professionnels de terrain interrogés ont indiqué que la réalisation des step 1 en autonomie semble moins engager les seniors dans le dispositif qu'un step 1 réalisé par un professionnel. Ils n'ont pas la notion d'être inscrits dans un parcours et se révèlent très méfiants lorsqu'ils sont contactés par un professionnel pour leur proposer un step 2, qu'ils refusent davantage lorsqu'ils est proposé à la suite du step 1 et par le même professionnel de santé.

Évaluation approfondie – step 2

Selon les observations sur les différents sites (6 sites au total entre les différentes phases terrain de l'évaluation), la **réalisation des évaluations approfondies** dépend des organisations locales notamment en termes de choix et de manipulation des outils, de durée des entretiens et de manière de poser les questions. Au-delà, elle n'est pas réalisée systématiquement. L'évaluation approfondie est réalisée pour moins de la moitié des répondants ayant indiqué dans l'enquête en ligne que le passage du test ICOPE avait généré une alerte. 18% d'entre eux n'ont eu aucun retour à la suite d'une alerte, générant une incompréhension de leur part et ne permettant pas une adhésion de ces seniors au dispositif et/ou révélant le fait que les notions d'alerte et du suivi associé ne sont pas claires chez les seniors.

Néanmoins une alerte lors du test suffit parfois à générer une prise de conscience permettant aux seniors de s'inscrire spontanément dans une démarche de prise en charge de cette alerte, en l'absence de réponse du dispositif. En effet 1 répondant à l'enquête 2024 sur 4 auquel le test a révélé une anomalie a pris l'initiative de l'explorer davantage en sollicitant un professionnel, de leur propre initiative (professionnel contacté non connu). Cependant, il importe de nuancer ce constat. En effet, dans une large mesure (ou pour un nombre important de seniors) (donner un chiffre), les **résultats de l'évaluation approfondie** ne sont pas systématiquement donnés au senior et la prise en charge à mettre en place leur est indiquée de façon informelle, tous ne reçoivent pas de compte-rendu du step 2, limitant leur capacité à prendre en charge la difficulté identifiée.

Entretien motivationnel et plan de prévention

Celui-ci n'est pas formalisé, ce qui peut générer un flou chez les seniors, qui n'ont pas clairement en tête les actions à mener en sortie de step 2.

Les bénéfices perçus par les seniors sur leur santé

Une minorité des répondants observent un effet du parcours sur leur santé (51% ne voient pas les effets du programme et 26% ne savent pas indiquer s'ils perçoivent ou non des bénéfices.)

Néanmoins, on constate que les bénéfices ressentis sont accrus chez les répondants à l'enquête ayant réalisé une évaluation approfondie (colonnes « step 2 après alerte de la Figure 27 ci-dessous) :

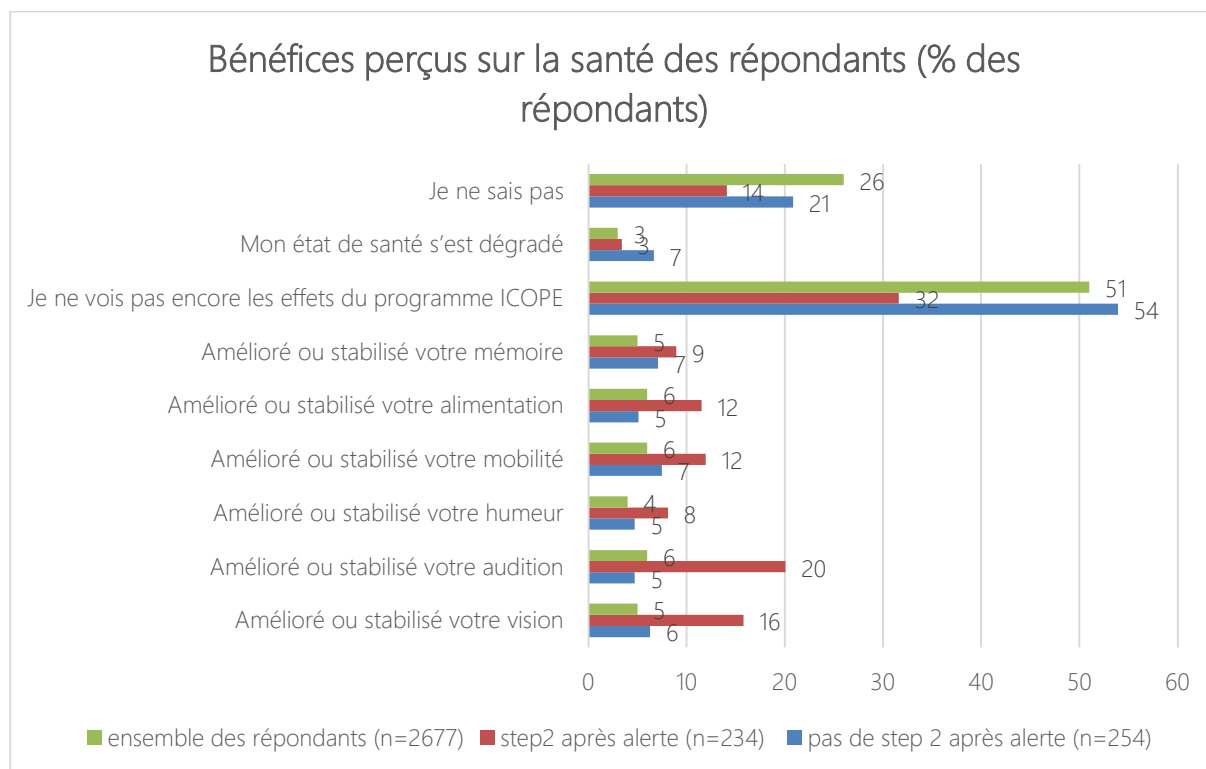


Figure 27 : Bénéfices perçus sur la santé des répondants, en % de répondants concernés (enquête en ligne 2024)

En effet, le fait de percevoir concrètement les bénéfices du parcours ICOPE favorise l'adhésion des seniors au dispositif : ils sont 74% des répondants à l'enquête ayant réalisé un step 2 à estimer que l'évaluation approfondie a été bénéfique, en termes de connaissance ou de suivi du problème détecté et/ou en termes de prévention.

Par ailleurs, les effets bénéfiques ressentis pourraient être attribués aux ateliers (mobilité/humeur/mémoire) proposés parfois lors des alertes et qui sont très appréciés et jugés utiles par les seniors mais les professionnels des steps 2 n'ont pas tous les ressources disponibles pour y orienter les seniors (non disponibles sur le territoire ou non connus des professionnels).

Q2.2 – Dans quelles mesures les seniors s'approprient-ils les outils numériques ?

Point saillant : L'outil numérique est peu connu par les seniors, qui préfèrent par ailleurs un contact en présentiel pour ce type de dépistage. **Point saillant :** L'outil numérique est peu connu par les seniors, qui préfèrent par ailleurs un contact en présentiel pour ce type

a. Les seniors identifient difficilement l'outil

Les enquêtes à destination des seniors indiquent que ceux-ci utilisent peu l'outil numérique (site ou application) alors qu'ils sont plutôt à l'aise avec l'outil informatique : **71% des seniors**

interrogés n'utilisent pas, ou avec difficulté l'application et/ou le site internet. Les plus jeunes (moins de 70 ans) sont plus enclins à utiliser l'outil numérique.

L'explication majeure chez les usagers à l'aise avec l'informatique est le **manque de connaissance de l'application ICOPE et du site** (55% des seniors interrogés ne la connaît pas). En effet, les outils numériques ne sont jamais mentionnés par les professionnels qui réalisent les steps 1 et steps 2 (dont certains indiquent que le step 1 ne peut pas se réaliser seul via l'application).

Les seniors indiquent par ailleurs **préférer le présentiel plutôt que de passer le test « sur une machine »**, à la fois pour l'aspect humain et parce qu'ils jugent cela plus sérieux et plus complet. Lorsqu'ils sont interrogés sur l'éventualité d'utiliser l'application pour répéter le step 1, les seniors indiquent, en général, préférer le contact humain, et le fait de pouvoir poser des questions directement au moment de la réalisation du test. Ils ne souhaitent pas davantage faire appel à leurs enfants ou petits-enfants, soit parce qu'ils estiment les solliciter suffisamment, soit parce qu'ils préfèrent être autonomes sur ces sujets.

Pour autant, **les seniors qui les connaissent les utilisent pour la plupart (76%) et ne rencontrent pas de difficulté avec** (86% des utilisateurs). La difficulté la plus rencontrée avec l'application ou le site concerne le **test en lui-même (difficultés techniques liées à l'utilisation du microphone, il faut parfois accepter d'abord l'application microphone dans les paramètres avant de pouvoir l'utiliser pour le test, cocher les cases, se chronométrer...)**. Les utilisateurs indiquent qu'une vidéo présentant un utilisateur de l'application ou du site internet pourrait améliorer leur expérience du passage du test via l'outil numérique.

En conclusion, **une appropriation pour une utilisation optimale et en autonomie passe par une meilleure connaissance des outils, une mise en confiance et un accompagnement initial des seniors dans l'installation, la compréhension et l'utilisation de l'application.** Des seniors interrogés suite à l'observation de leur step 1 expriment que *« en tâtonnant, on y arrive mais c'est pas évident », « écouter et parler en même temps c'est pas facile à faire surtout avec un problème d'audition ! », « ce n'est pas évident de manipuler le microphone »*.

Q2.3 – Dans quelles mesures le dispositif et les outils numériques favorisent-ils un engagement actif (« empowerment ») des seniors dans la prévention du déclin potentiel de leur santé fonctionnelle ?

Point saillant : Les seniors interrogés sont pour la plupart convaincus de l'utilité du parcours et de la nécessité de la prévention. **Point saillant :** Les seniors interrogés sont pour la plupart convaincus de l'utilité du parcours et de la nécessité de la prévention. **Point saillant :** Les seniors interrogés sont pour la plupart convaincus de l'utilité du parcours et de la nécessité de la prévention. Néanmoins, le parcours n'est pas suffisant pour les engager dans une dynamique d'évolution de leurs habitudes de vie, ils restent

a. Les apports du parcours dans l'engagement du patient

Pour engager les seniors dans une évolution de leurs pratiques et habitudes de vie en lien à la prévention et au soin au-delà du parcours ICOPE, celui-ci doit être en mesure de donner la première impulsion en convainquant de son utilité. **58% des répondants à l'enquête en ligne y voient une utilité, principalement en termes de prévention**, de façon plus prononcée chez ceux qui ont réalisé une évaluation approfondie après une alerte.

De la même façon, les répondants à l'enquête ressentent d'autant plus les bénéfices du parcours qu'ils ont passé une évaluation approfondie à la suite d'une alerte en step 1. Pour une partie des seniors interrogés (un quart des répondants ayant au moins une alerte),

le test ICOPE a permis d'enclencher une démarche personnelle de prise en charge des difficultés pointées (cf Q2.1 – page 9965), mais 1 répondant sur 2 auquel on indique une anomalie n'a pas réalisé d'évaluation approfondie, **révélant à la fois un défaut de prise en charge au sein du parcours et un engagement/une sensibilisation insuffisants lors du step 1** pour que les problématiques révélées soient prises en charge par le sénior en dehors du parcours.

b. Un premier niveau d'engagement : réitération du test

Les séniors interrogés ont perçu l'intérêt de répéter le test pour suivre leur évolution, les plus jeunes et/ou plus autonomes estiment qu'une fois par an suffirait. **39% des répondants à l'enquête en ligne, à plus de 6 mois de leur premier test, l'ont réitéré**, avec de grandes disparités selon les organisations régionales. Ils l'ont majoritairement fait suite à une notification de l'application ICOPE. Seuls 7% des répondants à plus de 6 mois de leur premier test l'ont répété spontanément. Les deux premières raisons évoquées par les répondants qui ne répètent pas le test sont de ne pas savoir comment repasser le test, puis de ne pas en voir l'intérêt.

Cela souligne le rôle utile des rappels pour inscrire la démarche dans la durée, et donc la nécessité de mettre en place ces rappels de façon systématique. En creux, cela met également en lumière **un manque d'engagement et de connaissance de la manière de réitérer ces tests de telle sorte que les séniors le répètent de façon spontanée et sur la durée.**

c. Un deuxième niveau d'engagement : faire parler du dispositif

La quasi-totalité des répondants à l'enquête en ligne, indépendamment de l'utilité qu'ils ont perçue concernant le programme, **conseillerait à un proche d'y participer**. La raison principale pour laquelle ils conseilleraient le test est parce **qu'ils pensent qu'il est important d'être sensibilisé aux difficultés liées à l'âge**, indiquant qu'ils ont perçu le rôle préventif du dispositif et qu'ils estiment indispensable que la santé des séniors soient prises en compte et que ce type de dispositif existe, même si une grande partie d'entre eux n'a pas vu l'utilité directe de ce dispositif en particulier pour eux-mêmes.

d. Un niveau d'engagement maximal : modification des habitudes de vie

Des conseils de prévention générale peuvent être délivrés par les professionnels lors des différents step, y compris en step 1, lorsqu'ils sont réalisés en présentiel, mais de façon très inégale d'un professionnel à un autre. Les séniors apprécient les propositions d'ateliers qui leur sont faites (dans certains sites uniquement) et aimeraient recevoir davantage de conseils de prévention sans toutefois donner l'impression de s'inscrire dans une démarche active de prévention.

En effet, **les séniors interrogés ne décrivent pas ou peu de changement dans leurs habitudes de vie ou de suivi**. Néanmoins, l'enquête en ligne montre que **cet effet est majoré lorsque ceux-ci ont réalisé une évaluation approfondie après une alerte** (cf Q2.1 – figure page 97), soulignant le rôle majeur de cette étape pour favoriser un engagement actif des séniors dans la prévention liée au vieillissement, et éventuellement le besoin de délivrer des messages de prévention également chez les séniors chez lesquels aucune alerte n'a été déclenchée, mais qui passent le test parce qu'ils souhaitent rester en bonne santé et savoir comment y contribuer.

Au total 9% des répondants indiquent que le principal bénéfice de participer au programme est d'avoir pris de nouvelles habitudes au quotidien, 14% chez les participants ayant réalisé une évaluation approfondie (step 2) après une alerte.

En particulier, 6% des répondants indiquent avoir amélioré ou stabilisé leur alimentation, 12% chez ceux ayant réalisé une évaluation approfondie (step 2) après une alerte.

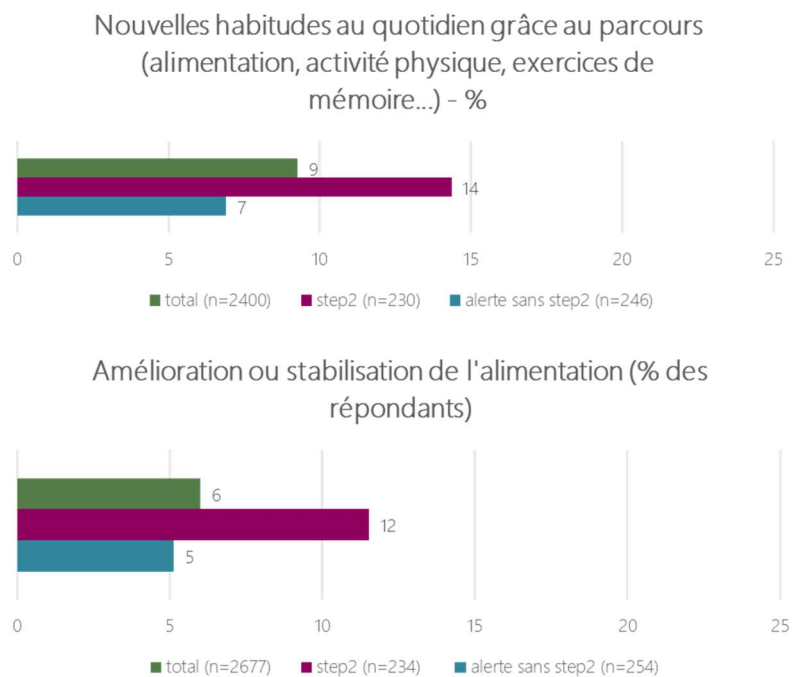


Figure 28 : Évolutions constatées chez les répondants à l'enquête sénior 2024

Q4 – Comment les mécanismes de financement influent le déploiement d'ICOPE ?

Q4.1 – Le financement couvre-t-il les coûts du dispositif global ?

Points saillants : Le financement du dispositif global présente plusieurs limites. Le manque d'inclusion des bénéficiaires a conduit à une sous-consommation des prestations dérogatoires prévues dans le cadre de l'expérimentation. Les Crédits d'Amorçage et d'ingénierie (CAI) ont permis de couvrir des actions essentielles comme la gouvernance, la formation, et la communication, mais l'utilisation de l'enveloppe dédiée à l'animation territoriale varie fortement entre les porteurs expérimentateurs. De plus, l'analyse des coûts est rendue complexe par l'existence de financements complémentaires, qui concernent 61,5 % des porteurs, compliquant l'évaluation globale du financement. Cependant la projection d'analyse de coûts de production permet d'estimer le coût d'un parcours total (step 1 à step 3) pour un sénior à 597,65 €.

Pour rappel, le modèle de financement du parcours ICOPE proposait deux enveloppes de financements aux porteurs expérimentateurs (animation territoriale et CAI) ainsi qu'un paiement à l'acte des professionnels de santé pour chaque action réalisée. La première enveloppe de financement, l'animation territoriale, avait pour but de financer le temps passé à la mise en place de la démarche aller-vers (accompagnement des partenaires, mobilisation des partenaires, etc.) et l'indemnisation kilométrique. La deuxième, les CAI, financent quant à eux, le pilotage du projet, la participation à la gouvernance nationale et régionale, à la communication et à l'organisation de la formation des acteurs.

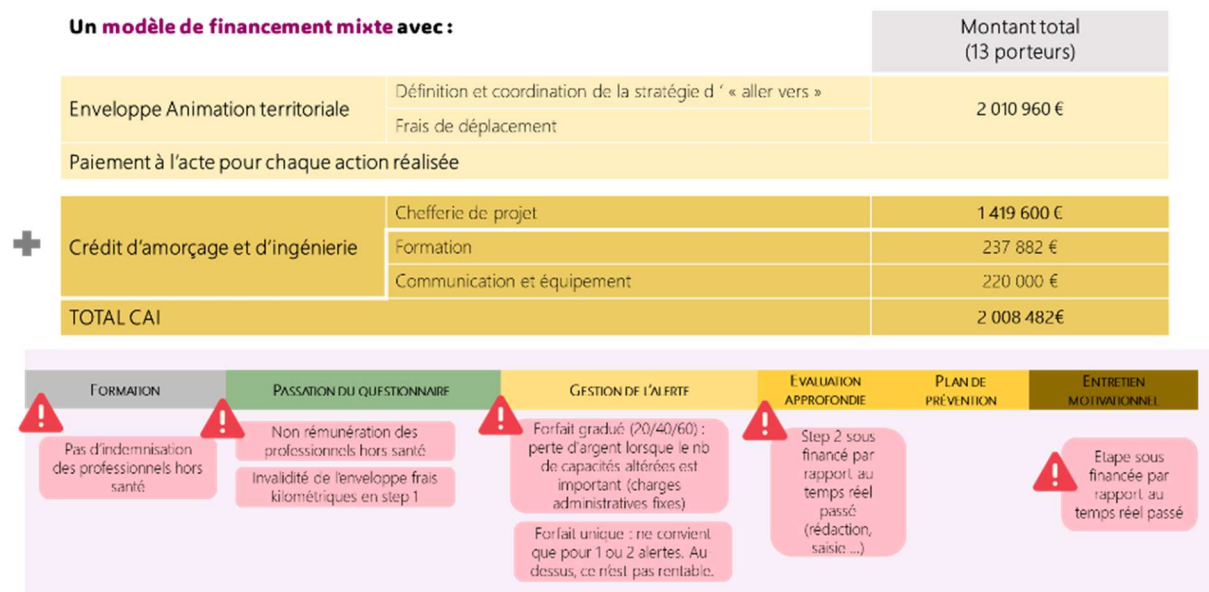


Figure 29 : Schéma récapitulatif des modalités de financement du parcours ICOPE

Les montants des financements dépensés, utilisés pour les analyses de cette partie, ont été remontés par les porteurs expérimentateurs lors de l'enquête menée en juin 2024, sur la base des dépenses à décembre 2023, dernière année complète de l'expérimentation. Les enveloppes budgétaires dédiées aux CAI et à l'animation territoriale, fléchées pour des dépenses spécifiques, n'ont pas été totalement utilisées. Néanmoins, certains porteurs expérimentateurs ont contracté des subventions complémentaires pour financer des aspects

non prévus initialement, tels que le développement d'outils numériques ou la participation de professionnels non issus du secteur de la santé, afin de répondre à des besoins spécifiques et renforcer la mise en œuvre du dispositif.

Il est à souligner que l'analyse des coûts du dispositif n'a pas pu être réalisée car les porteurs expérimentateurs n'ont pas réalisé de comptabilité analytique de déploiement du projet et que le modèle de déploiement du dispositif n'est pas assez homogène entre les treize porteurs expérimentateurs pour comparer les temps passés sur les différentes briques du dispositif.

Nous traiterons dans cette question l'analyse de la consommation des financements prévus.

a. Le manque d'inclusion entraîne une sous-consommation des prestations dérogatoires prévues pour l'expérimentation

Seuls les professionnels de santé libéraux sont financés pour leur participation au parcours ICOPE, ce qui explique une utilisation limitée des prestations dérogatoires prévues, atteignant **seulement 6 % des prévisions initiales**. Ce faible taux s'explique également par le fait que certains porteurs expérimentateurs, comme le Gérotopôle de Toulouse, bien qu'ayant réalisé une grande partie des inclusions, reposent principalement sur des structures où les professionnels sont salariés. Ces professionnels de santé salariés, tout comme les professionnels hors santé impliqués dans le step 1, ne perçoivent aucune rémunération spécifique pour leur contribution au parcours.

Tableau 18 : Montants dépensés en prestation dérogatoire par les porteurs expérimentateurs, à partir des données de facturation

	Prestation dérogatoire	Total dépensé	%
Gérotopôle de Toulouse	744 000€	39 667€	5,3 %
HCL	361 212€	34 417€	9,5 %
FCCIS	135 334€	4 715€	3,5 %
CPTS PACA	343 207€	8 316€	2,4 %
DAC46	89 280€	17 815€	20,0 %
Mutualité PACA	54 907€	9 602€	17,5 %
Filieris sud	258 094€	41 886€	16,2 %
InterURPS Pays de Loire	1 006 855€	27 812€	2,8 %
InterCPTS Mulhouse Colmar	334 800€	18 261€	5,5 %
DAC17	223 200€	6 726€	3,0 %
CPTS Haute Corrèze	99 538€	5 729€	5,8 %
CHU Tours	338 800€	27 500€	8,1 %
CPTS Grand Sud la Réunion	74 400€	-	-
TOTAL	4 063 627€	242 446€	6,0 %

Cet écart s'explique par le fait que le step 1 peut-être réalisé par des professionnels hors santé, qui ne perçoivent aucune rémunération, ou pour toutes les étapes par des professionnels de santé salariés des établissements, également non rémunérés pour leur contribution au parcours. Par ailleurs, le non-atteinte de l'objectif cible de population contribue également à cet écart entre les financements prévus et les montants effectivement déployés.

b. Les CAI ont permis de couvrir les actions de gouvernance, de formation et de communication mises en place par les porteurs expérimentateurs

Les éléments d'utilisation des CAI ont été remontés au sein de l'enquête à destination des porteurs, par le biais d'un *template* visant à évaluer le taux d'utilisation de l'enveloppe par poste pour chaque porteur expérimentateur.

Tableau 19 : Tableau de répartition des dépenses de l'enveloppe CAI, par porteur expérimentateur, à date de décembre 2023

	Montant total alloué aux CAI	Communication	Gouvernance	Formation	Consommation des CAI
Gérontopôle de Toulouse	358 178€	21 467€	82 605€	96 152€	55,9%
HCL	177 582€	9 851€	79 142€	18 019€	60,3%
FCCIS	83 191€	10 000€	30 000€	25 000€	78,1%
CPTS PACA	177 582€	20 000€	98 400€	23 982€	80,2%
DAC46	80 193€	10 000€	46 400€	8 993€	81,5%
Mutualité PACA	74 198€	NC	NC	NC	NC
Filieris sud	157 389€	13 642,73€	108 627,4€	2 280€	79,1%
InterURPS Pays de Loire	239 169€	25 095,96€	127 432,18€	33 094,91€	77,6%
InterCPTS Mulhouse Colmar	177 600€	17 264€	83 219,00€	8 526€	61,4%
DAC17	145 400€	430€	57 657,00€	2 212€	41,5%
CPTS Haute Corrèze	81 200€	NC	NC	NC	NC
CHU Tours	177 600€	7 349€	53 637,00€	8 798€	39,3%
CPTS Grand Sud la Réunion	79 200€	NC	NC	NC	NC
TOTAL	2 008 482€	135 099,69€	767 119,58€	227 056,91€	56,2%

Les différents porteurs montrent une tendance à prioriser la gouvernance par rapport à la formation et à la communication. La gouvernance, en tant qu'élément socle de la coordination du parcours, est essentielle pour la mise en œuvre du programme ICOPE. Elle inclut principalement le temps consacré à la chefferie de projet et à la gestion administrative, qui sont indispensables pour assurer une coordination efficace entre les acteurs, la planification stratégique et le suivi opérationnel. Plus précisément, la gouvernance permet de garantir le bon déroulement du déploiement, notamment dans les étapes cruciales d'une phase expérimentale, telles que la création d'un maillage territorial, l'élaboration d'une stratégie adaptée et le développement d'outils de pilotage. Elle est également importante pour bâtir une gestion financière robuste et cohérente, nécessaire à la viabilité et à la pérennisation du dispositif.

En revanche, la formation des professionnels et la communication sont également critiques pour assurer la qualité et l'acceptation des interventions et donc la démarche d'aller-vers dans un premier temps puis la suite du parcours (step 2, entretien motivationnel...). Cette faible mobilisation de ces deux canaux n'est pas anodine et révèle les lacunes/difficultés du projet à pouvoir s'assurer d'une adhésion suffisante des différents acteurs et de permettre une visibilité élargie du programme ICOPE.

L'utilisation des CAI pour la gouvernance

Les financements alloués ont principalement été utilisés pour soutenir les ressources humaines en charge du projet au sein des équipes du porteur expérimentateur. Cela inclut l'organisation de réunions, la participation aux comités de suivi nationaux, ainsi que la gestion des données requises pour l'expérimentation. En moyenne, chaque porteur expérimentateur a mobilisé l'équivalent de 0,8 ETP (équivalent temps plein) par an pour assurer ces missions.

D'après les retours recueillis dans l'enquête menée auprès des porteurs, ces ressources sont jugées indispensables pour assurer la chefferie de projet et la gouvernance du dispositif. Une coordination efficace est cruciale pour harmoniser les actions sur le territoire, renforcer les liens avec les partenaires locaux, notamment les CPTS, et superviser le déploiement du dispositif. Ainsi, un besoin spécifique de financement a été identifié pour la création de postes dédiés, tels que ceux de chef de projet et d'animateurs territoriaux, ainsi que pour la gestion

administrative et la communication au sein des équipes, afin d'assurer une mise en œuvre optimale du projet.

L'utilisation des CAI pour la formation des professionnels

Les formations destinées aux professionnels de santé et hors santé constituent un pilier central du programme ICOPE. Divers acteurs sont indemnisés pour leur participation, qu'il s'agisse des formateurs ou des professionnels de santé (step 2) suivant les sessions. Ces formations sont organisées par des groupes de travail et incluent la création de supports pédagogiques tels que des flyers et des kakémonos, ainsi que des moments d'échanges, par exemple sous forme de déjeuners de travail. Un besoin important de financement a été exprimé pour assurer la formation des professionnels, afin de garantir une connaissance approfondie et une bonne maîtrise des différentes étapes du parcours. Ce besoin de formation s'étend également aux acteurs des secteurs hospitaliers, du domicile, ainsi que du secteur social, renforçant l'importance d'une approche transversale et intégrée pour la réussite du programme.

Le Gérontopôle de Toulouse se distingue particulièrement dans la formation, reflétant leur rôle central dans l'innovation et la diffusion des bonnes pratiques auprès des autres porteurs expérimentateurs notamment (diffusion des supports de communication, appui au déploiement des formations...).

L'utilisation des CAI pour la communication

Les actions de communication autour du programme ICOPE, financées en partie par les CAI, sont variées et visent des publics divers, tels que les aidants, les seniors, ou encore les populations rurales. Parmi les initiatives, le financement couvre la création d'outils de communication destinés aux patients, notamment des carnets et des dépliants, ainsi que des campagnes de sensibilisation. D'autres actions incluent des forums sur le thème du "bien vieillir", des activités organisées durant la semaine bleue²⁹, et des initiatives en faveur des aidants. La communication est aussi relayée via des canaux tels que la CPAM, des podcasts et des émissions de radio, renforçant la visibilité du programme.

La démarche d'aller-vers s'appuie sur une variété d'actions de communication, telles que des vidéos de présentation, des courriers envoyés par mailing, et des rencontres avec les professionnels de santé. En outre, des événements comme des portes ouvertes ou des forums pour seniors sont organisés, accompagnés de la distribution de flyers et d'affiches dans des zones ciblées, notamment pour toucher les populations précaires et vulnérables. La diversité des professionnels impliqués dans ces actions permet d'atteindre un large public. La communication s'appuie également sur des campagnes par SMS et l'impression de supports spécifiques pour sensibiliser à la fois les professionnels de santé et les seniors. L'ensemble de ces initiatives souligne l'importance de la communication comme levier essentiel pour informer et sensibiliser les différents acteurs du programme et la population cible, avec la création et la diffusion de divers outils (affiches, flyers, plateformes numériques) pour assurer la visibilité et la compréhension du dispositif.

Selon les partenaires interrogés, la communication doit être menée à **grande échelle pour valoriser les bénéfices du programme**, toucher l'ensemble des territoires concernés et renforcer la confiance des seniors et des partenaires. Une communication stratégique, adaptée aux cibles spécifiques telles que les médecins généralistes, les pharmaciens, et les

²⁹ La Semaine bleue est un événement national en France dédié aux retraités et aux personnes âgées, visant à sensibiliser le public aux enjeux du vieillissement et à valoriser la place des seniors dans la société.

masseurs-kinésithérapeutes, permettrait de sensibiliser chaque groupe professionnel à l'importance du repérage précoce et d'assurer un suivi rigoureux des personnes dépistées.

c. L'utilisation de l'enveloppe animation territoriale varie fortement entre les porteurs expérimentateurs

L'animation territoriale repose principalement sur un professionnel issu du champ de la santé, rémunéré entre 0,2 et 0,35 ETP, sur la base d'un coût annuel moyen de 56 000 euros. Le montant de l'enveloppe allouée au porteur du dispositif varie en fonction du nombre de CPTS présents sur le territoire d'expérimentation et de la taille de ces structures. Cette modulation permet d'adapter les ressources financières aux spécificités territoriales et aux besoins d'animation en fonction du périmètre des CPTS concernés.

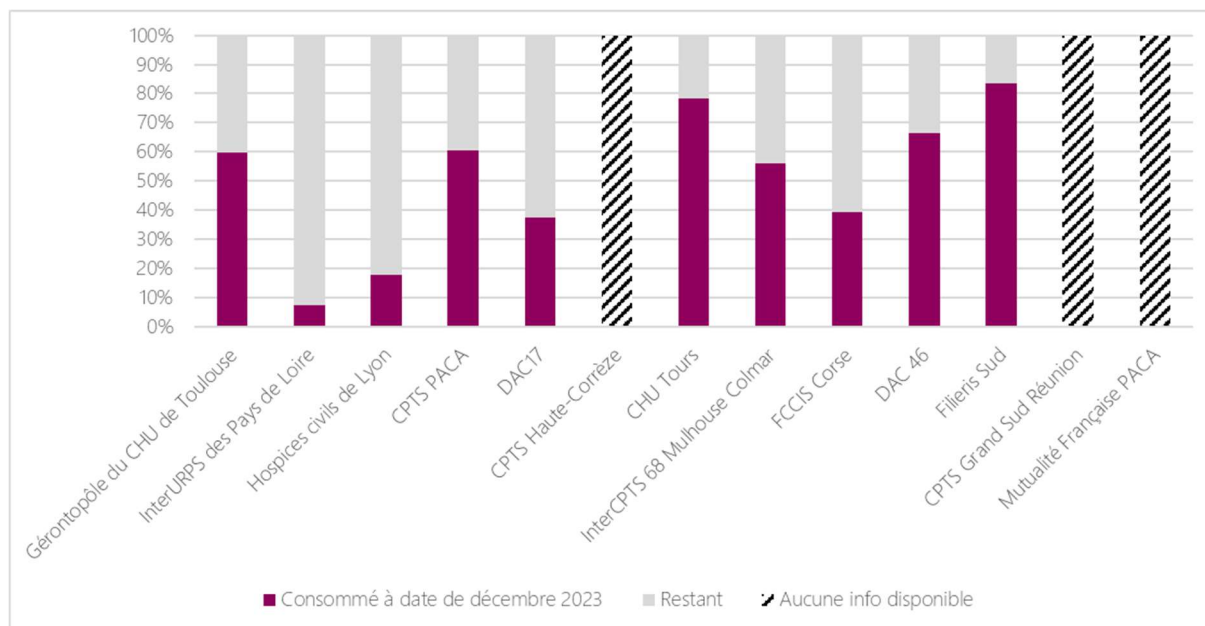


Figure 30 : Dépenses effectives de l'enveloppe animation territoriale par porteur expérimentateur, à date de décembre 2023

L'investissement dans l'animation territoriale met en lumière l'importance de la coordination locale et de la mobilisation des acteurs pour le fonctionnement du programme ICOPE. Cette approche traduit la reconnaissance des bénéfices de la proximité avec les bénéficiaires et de l'engagement actif des acteurs locaux dans les initiatives de santé intégrée. Cependant, les différences observées dans les pourcentages alloués à cette animation révèlent des variations dans les stratégies et les besoins spécifiques de chaque territoire.

Ces différences doivent également être analysées en lien avec les modalités de déploiement choisies par les porteurs expérimentateurs. En effet, le déploiement via des structures telles que les CPTS, les MSP ou d'autres partenaires demande une enveloppe d'animation territoriale plus conséquente et plus flexible, en raison de l'ampleur et de la complexité du déploiement sur le terrain. Ce besoin de flexibilité permet d'ajuster les ressources en fonction des dynamiques locales et de l'évolution des projets.

La sous-utilisation de l'enveloppe dédiée à l'animation territoriale par certains porteurs peut s'expliquer par la non-atteinte des objectifs d'inclusion des seniors prévus dans le cahier des charges. Par exemple, un porteur n'a réalisé que 7,9% de son objectif d'inclusion (1 065 inclusions pour un objectif initial de 13 533), tandis qu'un autre a atteint 81,7 % de son objectif d'inclusion, en utilisant une part bien plus importante de son enveloppe. Il est également possible que l'expérimentation encore en cours ait conduit à des prévisions budgétaires

ajustées après la collecte de ces informations, en mai 2024. Ces écarts montrent, à quel point la mobilisation des ressources est directement liée aux résultats d'inclusion et à la stratégie de déploiement adoptée.

Tableau 20 : Répartition des dépenses de l'enveloppe animation territoriale par porteur expérimentateur à date de décembre 2023

	Montant total alloué pour l'animation territoriale	Montant dépensé pendant les phases d'expérimentation			Consommation de l'animation territoriale
		Animation territoriale	Indemnité kilométrique	Total animation territoriale	
Gérontopôle du CHU de Toulouse	408 825,00€	243 100,00€	296,74€	243 396,74€	59,5 %
InterURPS des Pays de Loire	366 884,00€	27 062,00€	264,55€	27 326,55€	7,4 %
Hospices civils de Lyon	212 185,00€	37 741,00€	-	37 741,00€	17,8%
CPTS PACA	180 396,00€	106 400,00€	2 543,00€	108 943,00€	60,4%
DAC17	146 800,00€	54 969,00€	-	54 969,00€	37,4%
CPTS Haute-Corrèze	115 200,00€	NC	NC	NC	NC
CHU Tours	109 200,00€	85 440,00€	-	85 440,00€	78,2%
InterCPTS 68 Mulhouse Colmar	113 200,00€	62 911,45€	444,03€	63 355,48€	56,0%
FCCIS Corse	89 002,00€	35 000,00€	-	35 000,00€	39,3%
DAC 46	87 960,00€	56 000,00€	2 520,00€	58 520,00€	66,5%
Filieris Sud	87 278,00€	72 747,78€	149,05€	72 896,83€	83,5%
CPTS Grand Sud Réunion	46 000,00€	NC	NC	NC	NC
Mutualité Française PACA	44 030,00€	NC	NC	NC	NC
TOTAL	2 006 960,00€	781 371,23€	6 217,37€	787 588,60€	39,2 %

d. L'analyse des coûts est complexifiée par l'existence de financements complémentaires pour 61,5 % des porteurs expérimentateurs

Le tableau des subventions ci-dessous, présente une vue d'ensemble des financements supplémentaires accordés à l'expérimentation. Cinq idées principales se dégagent de cette analyse, illustrant la dynamique et les caractéristiques des subventions attribuées. Voici un résumé des points essentiels :

- Prévalence des subventions supplémentaires** : la majorité des porteurs de projets ont reçu des subventions supplémentaires, soulignant l'importance et la fréquence de ces financements additionnels pour soutenir et réussir les initiatives en cours.
- Variabilité des montants des subventions** : les subventions octroyées varient considérablement, avec des montants allant de 7 000€ à 365 000€.
- Diversité des sources de financement** : les financements proviennent de diverses sources telles que les ARS, les conseils départementaux, la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et d'autres organismes.
- Objectifs ciblés des subventions** : les subventions supplémentaires sont souvent orientées vers des objectifs spécifiques, comme le développement d'outils numériques, la communication auprès des seniors, la réalisation d'étapes de projets, ou le financement d'équipes ressources.

Ces cinq points mettent en lumière les principales caractéristiques et dynamiques des subventions attribuées, fournissant des éléments de compréhension des mécanismes de financement en place pour soutenir l'expérimentation.

Tableau 21 : Sources de financement complémentaires aux enveloppes CNAM pour l'expérimentation

	Source	Montant	Durée	Objectifs de la subvention
Gérontopôle de Toulouse	ARS Occitanie	300 000,00€	1 an	Développement des outils numériques ICOPE Monitor
	ARS Occitanie	40 000,00€	1 an	Communication sénior
	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV)	25 000,00€	1 an	Développement du site internet icope.fr
Hospices civils de Lyon	Alptis	10 000,00€	2 mois	Réalisation step 1 et développement démarche "aller-vers" par des facteurs experts
Filieris	Aucune subvention complémentaire			
DAC 17	CFPPA	7 000,00€	1 an	Financement step 1 réalisé par SPASAD
	CFPPA	7 000,00€	1 an	Financement step 1 réalisé par acteurs médico sociaux
	CFPPA	8 000,00€	1 an	
CHU Tours	ARS Centre-Val de Loire	185 000,00€	1 an	Application ICOPE et MOI
CPTS PACA	Conseil départemental Vaucluse	60 000,00€	2 ans	Déploiement / Recherche CPTS Cerebellum 84 uniquement
	Conseil départemental Vaucluse	30 000,00€	1 an	
Mutualité française PACA	CFPPA 04	32 000,00€	1 an	Réalisation sur l'ensemble du département
InterCPTS Mulhouse Colmar	Aucune subvention complémentaire			
DAC 46	FIR ARS	8 268,00€	3 ans	Financement des actes dépassant le financement CNAM
InterURPS Pays de Loire	Aucune subvention complémentaire			
FCCIS Corse	Collectivité de Corse	175 000,00€	2 ans	Financement équipe ressource (1 ETP IDE + 0,2 ETP médecin)
	ARS de Corse	60 000,00€	2 ans	Financement accompagnement émergence CPTS
CPTS Haute Corrèze	Aucune information fournie			
CPTS Grand Sud la Réunion	Aucune information fournie			

e. L'analyse de projection d'un coût de production du parcours

Au-delà des limites d'analyse de la couverture des coûts, une projection de coûts de production est ici réalisée afin de mieux appréhender l'analyse économique du dispositif.

Les limites de la projection proposée

- ▶ Modèle expérimental tant dans le financement que dans l'organisation et a deux ans d'expé le programme est peu mature dans son déploiement (retard d'inclusion etc)
- ▶ Les calculs réalisés se concentrent essentiellement sur l'utilisation de l'outil ICOPE pour établir des diagnostics. Cette approche limite l'exploitation de ses fonctionnalités plus larges et révèle un coût de revient élevé pour cette seule fonction, ce qui ne semble pas correspondre à sa vocation première. Conçu par l'OMS comme un dispositif de prévention intégré, ICOPE ne peut véritablement être associé à un coût de revient classique. L'adaptation du système de santé français, essentiellement curatif et fragmenté, en un parcours de santé intégré et coordonné de prévention nécessiterait un changement de paradigme. Le modèle actuel du système de santé n'est pas aligné avec cette approche, et l'implémentation d'ICOPE s'accompagne donc d'un coût initial substantiel pour favoriser ce virage.
- ▶ Le déploiement d'ICOPE nécessite d'importants investissements initiaux en termes de gouvernance, de formation, de communication, et d'animation territoriale. Cependant, ces coûts pourront être progressivement optimisés grâce à une mutualisation au niveau national, régional, ou départemental en fonction des structures porteuses.
- ▶ Les données financières remontées par les porteurs expérimentateurs ne détaillent pas les postes de dépenses spécifiques au-delà des catégories présentées. Certains porteurs ayant communiqué des montants identiques aux allocations initiales, jusqu'à l'euro près, suggère un possible malentendu sur les informations demandées ce qui peut surestimer les coûts de revient du parcours.

Les hypothèses permettant de combler les lacunes de données

- ▶ Les données financières utilisées sont celles arrêtées en décembre 2023, alignées avec les données pseudonymisées de parcours pour garantir la cohérence des informations.
- ▶ En cas de données manquantes pour un porteur expérimentateur³⁰, une valeur moyenne est attribuée, basée sur les porteurs ayant transmis leurs données. *Par exemple, les 10 porteurs expérimentateurs ayant fait remonter leurs données financières ont, en moyenne, utilisé 43,7% de leur enveloppe animation territoriale initialement allouée. Par conséquent, la CPTS Haute Corrèze est estimée avoir consommé 43,7 % de son enveloppe de 115 200€, soit 50 357,27 €.*
- ▶ Conformément aux dispositions du cahier des charges, le budget de formation couvre uniquement la formation des professionnels pour le step 2. Ainsi, ce coût de formation est inclus uniquement dans le calcul du coût de revient pour le step 2.

³⁰ **Données financières** – la CPTS Grand Sud Réunion, la Mutualité Française PACA et la CPTS Haute Corrèze
Données de parcours – la CPTS Grand Sud Réunion

Rappel des données utilisées

Données de parcours

Contrairement au reste du rapport, toutes les étapes sont ici comptabilisées individuellement, indépendamment du sénior concerné. Ainsi, si un sénior réalise un step 1 et une réitération de step 1, cela sera compté comme 2 step 1 distincts. Dans le reste du rapport, en revanche, ce sénior serait comptabilisé une seule fois comme une inclusion unique.

Tableau 22 : Données de parcours de tous les porteurs expérimentateurs, selon les remontées du SI à décembre 2023

	STEP 1	Gestion d'alerte	STEP 2	STEP 3
CHU Tours	1 562	990	42	22
CPTS Haute Corrèze	231	122	19	11
InterCPTS Mulhouse Colmar	1 541	824	22	22
CPTS Grand Sud Réunion	315	255	45	18
CPTS PACA	544	319	47	6
DAC 17	251	178	1	1
Gérontopôle Toulouse	8 890	5 952	431	77
Filieris SUD	1 751	1 030	235	156
HCL	1 548	933	219	24
FCCIS	222	165	58	2
Mutualité PACA	391	273	27	0
InterURPS Pays de Loire	1 065	21	294	15
DAC 46	1 175	680	164	31
TOTAL	19 486	11 742	1 604	385
Volume total (%)	58,7 %	35,3 %	4,8 %	1,2 %

Données financières

Pour rappel, les données financières qui ont été remontées à décembre 2023 sont les suivantes :

CAI	Formation	227 056,91 €
	Communication	135 099,69 €
	Gouvernance	767 119,58 €
Animation territoriale		787 588,60 €
Subventions complémentaires		947 268,00 €
TOTAL		2 864 132,78 €

Comme précisé ci-dessus, les porteurs n'ayant pas fourni leur données financières se voient attribué la moyenne de ce qui a été consommé par les porteurs expérimentateurs ayant fait remonter leurs données financières. Ci-dessous, les montants actualisés avec les données de tous les porteurs expérimentateurs :

Tableau 23 : Tableau de consommation des CAI et de l'enveloppe animation territoriale, daté de décembre 2023

	CAI			Animation territoriale
	Formation	Communication	Gouvernance	
InterCPTS Mulhouse Colmar	8 526,00 €	17 264,00 €	83 219,00 €	63 355,00 €
Hospices civils de Lyon	18 019,00 €	9 851,00 €	79 142,00 €	37 741,00 €
FCCIS	25 000,00 €	10 000,00 €	30 000,00 €	35 000,00 €
CPTS PACA	23 982,00 €	20 000,00 €	98 400,00 €	108 943,00 €
DAC 17	2 212,00 €	430,00 €	57 657,00 €	54 969,00 €
DAC 46	8 993,00 €	10 000,00 €	46 400,00 €	58 520,00 €
Mutualité Française PACA	2861,56 €	6 114,09 €	33 071,09 €	19 246,79 €
CPTS Haute Corrèze	9 544,90 €	6 114,09 €	33 071,09 €	50 357,27 €
Filieris	2 280,00 €	13 642,73 €	108 627,40 €	72 896,83 €
InterURPS Pays de Loire	33 094,91 €	25 095,96 €	127 432,18 €	27 326,55 €
Gérontopôle de Toulouse	96 152,00 €	21 467,00 €	82 605,00 €	243 396,74 €
CHU de Tours	8 798,00 €	7 349,00 €	53 637,00 €	85 440,00 €
CPTS Grand Sud la Réunion	7 635,92 €	6 114,09 €	33 071,09 €	20 107, 94 €
TOTAL	247 099,29 €	153 441,96 €	866 332,85 €	877 300,12 €

Calcul du coût de production à partir des enveloppes

Consommation des crédits d'amorçage et d'ingénierie

Formation

Les 13 porteurs expérimentateurs ont mobilisé un total de 247 099,29 € pour former les professionnels de santé intervenant sur le step 2. Ce montant a permis de couvrir l'ensemble des 1 604 steps 2 qui ont été réalisés lors de l'expérimentation Article 51. Ainsi, en rapportant le coût total de formation au nombre de steps 2 effectués, on obtient un coût moyen de **154,05€ de formation par step 2**.

Gouvernance & Communication

Les montants alloués ont permis de financer le déploiement de l'ensemble du parcours du programme ICOPE, du step 1 au step 3. Au total, 1 019 774,81 € ont été mobilisés, répartis entre 866 332,85 € pour la gouvernance et 153 441,96 € pour la communication. Ce financement a permis la réalisation de 33 217³¹ étapes distinctes.

En rapportant ces montants au nombre total d'étapes réalisées, on obtient un coût moyen de **26,1€ par étape pour la gouvernance** et de **4,6€ par étape pour la communication**.

Consommation de l'animation territoriale

Pour l'animation territoriale, nous avons appliqué le même mode de calcul que pour la gouvernance et la communication, puisqu'elle a contribué au déploiement de toutes les étapes du parcours. Le montant total mobilisé pour l'animation territoriale s'élève à 877 300,12 €, réparti sur les 33 217 étapes réalisées.

³¹ Ces 33 217 étapes correspondent à la somme de tous les steps 1, gestion d'alerte, steps 2 et steps 3 présentés dans le tableau des données de parcours.

En divisant cette enveloppe par le nombre d'étapes, on obtient un coût moyen de **26,4€ par étape pour l'animation territoriale**.

Consommation des subventions complémentaires

Subvention complémentaire total de 1 119 498,55€ (cf. Q4.1 – *tableau page 107*) globalement ces financements servent en majorité pour l'ensemble du parcours, dans certains cas peuvent être uniquement pour le step 1 (financement des facteurs, des acteurs médicosociaux pour step 1 sur certains territoires) mais on approxime à un coût pour l'ensemble du parcours.

De la même manière gouvernance, communication et animation territoriale on considère le montant équitablement répartis entre tous les étapes du parcours (33 217) pour donner un coût de **33,70€ par étape pour les subventions complémentaires**.

Coût de réalisation des étapes du parcours

Pour chaque étape du parcours, le coût moyen est calculé en fonction des modalités de rémunération appliquées et des pourcentages de rémunération effectifs.

Step 1 – La rémunération de 11€ a été appliquée pour 68,7 % des étapes réalisées, tandis que les autres 31,3 % ont été réalisés sans rémunération. En conséquence, le **coût moyen d'un step 1 est de 7,60€**, qui sera utilisé dans l'analyse du coût de revient.

Gestion d'alerte – La rémunération pour la gestion des alertes est de 18€, appliquée en pratique à 65,7 % des interventions. Pour les autres, aucune rémunération n'a été allouée. Ainsi, le **coût moyen pour la gestion d'alerte est de 11,80€**.

Step 2 – Plusieurs modalités de rémunération existent pour le step 2, soit sous forme d'un forfait unique de 53€, soit avec des montants variables (20€, 40€, ou 60€) en fonction du nombre d'alertes du sénior. En pratique : 65,2 % des steps 2 ont été rémunérés à 53€ ; 8,9 % à 20€ ; 7,1 % à 40€ ; 5,5 % à 60€ et 13,3 % n'ont pas été rémunérés. Cela aboutit à un **coût moyen de 42,50€ par step 2**, montant retenu pour l'analyse.

Step 3 – La rémunération de 21€ a été appliquée à 88,1 % des steps 3, avec les autres non rémunérés. Cela donne un coût moyen de **18,50€ pour un step 3**.

Résultat

Le tableau ci-dessous présente une estimation des coûts de revient associés à un sénior suivant les différentes étapes du parcours ICOPE. Ces coûts sont calculés pour chaque poste de dépense — gouvernance, communication, formation, animation territoriale, et rémunération des professionnels — et reposent sur les hypothèses précédemment établies.

Tableau 24 : Coût de production des étapes du parcours individuellement et dans leur ensemble

	CAI			Animation territoriale	Subvention complémentaire	Rémunération des PS	TOTAL
	Gouvernance	Communication	Formation				
Step 1	26,10 €	4,60 €	0,00 €	26,40 €	33,70 €	7,60 €	98,40 €
Gestion d'alerte	26,10 €	4,60 €	0,00 €	26,40 €	33,70 €	11,80 €	102,60 €
Sénior en gestion d'alerte (sous total)	52,20 €	4,60 €	0,00 €	52,80 €	67,40 €	19,40 €	201,00 €
Step 2	26,10 €	4,60 €	154,05 €	26,40 €	33,70 €	42,50 €	287,35 €
Sénior en step 2	78,30 €	4,60 €	154,05 €	79,20 €	101,10 €	61,90 €	488,35 €

(sous total)							
Step 3	26,10 €	4,60 €	0,00 €	26,40 €	33,70 €	18,50 €	109,30 €
Sénior en step 3 (total)	104,40 €	18,40 €	154,05 €	105,60 €	134,80 €	80,40 €	597,65 €

Cette estimation doit être interprétée avec prudence, car les coûts de revient par étape sont dépendants de plusieurs variables et peuvent varier en fonction des modalités de mise en œuvre spécifiques à chaque porteur de projet. Ce tableau vise donc à fournir un ordre de grandeur des coûts associés à chaque intervention pour un sénior au cours du parcours, en considérant les étapes principales et les dépenses liées.

Q4.2 – Dans quelle mesure le modèle économique choisi permet d'inciter à l'organisation de la démarche aller vers et à la participation des acteurs ?

Point saillant : Le modèle économique actuel présente plusieurs limites qui freinent l'organisation de la démarche d'aller-vers et la participation des acteurs. Les montants de rémunération insuffisants découragent l'engagement durable des professionnels de santé, tandis que la fragmentation du financement et l'absence de rémunération pour les acteurs hors santé limite leur implication dans le dépistage et en réduisent l'efficacité. De plus, l'absence de financements spécifiques pour la coordination limite la mise en place d'un parcours réellement coordonné, freinant ainsi le déploiement optimal de la démarche d'aller-vers sur le terrain.

Pour rappel le parcours ICOPE de la phase expérimentale proposait un modèle de rémunération différent entre les professionnels de santé et les professionnels hors santé. Concernant les professionnels hors santé, aucune rémunération n'était prévue en step 1 (et ils n'interviennent plus dans la suite du parcours). Quant aux professionnels de santé, selon les étapes, des rémunérations à l'acte étaient prévues sauf pour la réalisation du plan de soins personnalisé. Des tarifs étaient établis pour chacune des étapes et seule l'évaluation approfondie (step 2) permettait de choisir entre une rémunération avec un forfait unique ou un forfait majoré en fonction du nombre d'altérations à traiter.

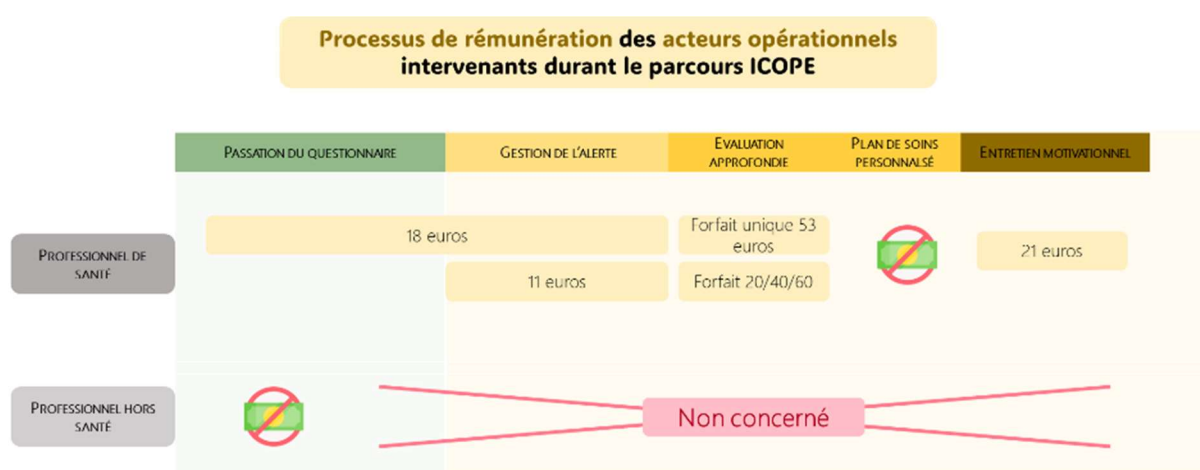


Figure 31 : Processus de rémunération des professionnels de santé et hors santé dans le cadre du parcours ICOPE

a. Les montants des rémunérations freinent l'engagement durable des professionnels de santé

Les enquêtes montrent que les professionnels de santé sont majoritairement motivés par l'intérêt pour la prévention, la prise en charge des personnes âgées et l'aspect complémentaire à leur pratique. Cependant, l'obtention d'une rémunération complémentaire reste un facteur important pour certains participants. Cette dimension financière est essentielle pour attirer les professionnels de santé dans la démarche d'aller-vers.

Les professionnels estiment que la rémunération proposée ne couvre pas suffisamment le temps passé, en particulier pour les étapes complexes comme le step 2 et le step 3. Cette insatisfaction se manifeste dans les notes moyennes attribuées au montant de la rémunération : 2,7 sur 4 pour le step 2 et 2,3 sur 4 pour le step 3³². L'insatisfaction exprimée entraîne des abandons au-delà des premières étapes du parcours, faute de valorisation suffisante des étapes ultérieures. Par ailleurs, bien que signalés par un nombre restreint de professionnels dans l'enquête en ligne, les retards de paiement contribuent également à accentuer ce phénomène, rendant la participation à long terme peu attractive.

b. La fragmentation du financement et l'absence de financement dédié à la coordination limite le déploiement d'un parcours coordonné

Le modèle économique actuel repose sur un financement fragmenté qui ne garantit pas la coordination optimale du parcours entre les différentes étapes. Cette situation nuit particulièrement à l'efficacité de la démarche, d'autant plus que les rémunérations sont jugées insuffisantes par une part importante des professionnels. Les porteurs de projets expriment le besoin d'obtenir des financements supplémentaires pour la coordination et pour intégrer plus largement les acteurs sociaux et médico-sociaux dans la démarche, comme les bailleurs sociaux et les CCAS, qui ne bénéficient pas de financements systématiques. Cette absence de soutien financier spécifique pour la coordination limite la mise en place d'un parcours réellement coordonné, rendant le déploiement optimal du parcours plus difficile sur le terrain. Bien que la rémunération CAI assure une certaine coordination interprofessionnelle en facilitant l'harmonisation des actions locales, en créant des liens solides avec les structures locales et en supervisant le déploiement du dispositif, elle nécessite un renforcement financier plus structurés et pérennes pour garantir la mobilisation durable des différents acteurs.

c. Le modèle économique ne permet pas de soutenir certaines actions essentielles au dispositif

Par ailleurs, les acteurs hors santé, bien qu'ils soient mobilisés pour des actions comme le dépistage, ne bénéficient pas de rémunération pour leur participation. Cette absence de rémunération limite fortement leur motivation à s'impliquer dans la durée. Leur participation reste difficile à quantifier de manière précise³³, ce qui complique l'évaluation de leur rôle dans la démarche d'aller-vers. Une rémunération dédiée à ces acteurs permettrait de sécuriser leur engagement et d'améliorer la gestion des alertes, qui nécessite une réponse rapide et cohérente pour garantir le suivi des seniors.

Enfin, les porteurs de projets dépendent souvent de financements externes, comme des subventions ponctuelles, pour garantir certaines actions spécifiques du programme. Par exemple, des financements ont été nécessaires pour rémunérer des acteurs locaux sur certains territoires, facilitant la mise en œuvre du dépistage. Toutefois, cette dépendance aux

³² Ces résultats proviennent de l'enquête en ligne réalisée auprès des professionnels impliqués dans le parcours ICOPE avec un total de 119 répondants pour le step 2 et 34 répondants pour le step 3.

³³ Les défauts de codage des données de dépistage n'ont pas permis de distinguer précisément les auto-évaluations des évaluations accompagnées par des non-professionnels de santé, rendant impossible toute conclusion fiable sur leur participation au dispositif ICOPE.

financements externes limite la pérennité de ces initiatives et empêche la mise en place d'un système durable pour la mobilisation des acteurs. Pour garantir une démarche d'aller-vers continue et efficace, il est nécessaire de sécuriser des financements stables et pérennes, tant pour les professionnels de santé que pour les acteurs hors santé.

Q5 – L'organisation du dispositif est-elle suffisamment structurée et soutenable pour permettre une généralisation ?

Q5.4 – Comment le déploiement d'ICOPE en France s'adapte au cadre défini par l'OMS ? (Critères d'analyse : comment les variantes régionales s'articulent entre elles ? Comment le dispositif s'inscrit dans les politiques nationales du grand âge et de la prévention ?)

Point saillant : Le déploiement d'ICOPE Article 51 en France s'aligne partiellement avec le cadre défini par l'OMS qui vise à déployer une démarche de prévention intégrée. Si le step 1 (dépistage) est bien développé, les étapes suivantes manquent de coordination et d'implication des acteurs, limitant l'intégration holistique promue par l'OMS. Une meilleure articulation avec les réseaux de prévention existants, avec les services médico-sociaux, et une stratégie nationale homogène seraient nécessaires pour mieux s'adapter au modèle OMS.

a. Entre outil de dépistage et soins intégrés : le dispositif ICOPE OMS un dispositif de prévention intégrée

Pour bien comprendre l'articulation entre l'expérimentation ICOPE Art 51 et le dispositif ICOPE de l'OMS, il est essentiel de saisir les différents éléments qui composent ce dernier ainsi que ses objectifs. Deux concepts clés doivent être distingués :

- ▶ **Le dépistage** : selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le dépistage est une action visant à « détecter la présence d'une maladie à un stade précoce chez des personnes a priori en bonne santé et sans symptômes apparents »³⁴.
- ▶ **Les soins intégrés** : ces soins désignent l'organisation des services de santé de manière à garantir une prise en charge continue et cohérente tout au long du parcours de soins ³⁵. Ils incluent la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic, le traitement, la gestion des maladies, le rétablissement et les soins palliatifs.

L'approche ICOPE OMS est une démarche de prévention intégrée et repose sur l'idée que les capacités fonctionnelles des individus peuvent être optimisées lorsque les services de santé et les services sociaux sont unifiés et répondent de manière coordonnée aux besoins spécifiques des personnes âgées. Selon le guide de mise en œuvre d'ICOPE, « l'intégration ne signifie pas une fusion des structures, mais plutôt une collaboration coordonnée entre un large éventail de prestataires de services au sein d'un système unifié »³⁶.

Ce dispositif repose bien sur un **questionnaire** visant à identifier les personnes âgées dans la communauté nécessitant des soins de santé et l'aide des services sociaux mais son objectif

³⁴https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions

³⁵<https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/reseaux-de-soins/maladies-chroniques/soins-integres-en-faveur>

³⁶ Cadre de mise en œuvre des soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE) : conseil pour les systèmes et les services ISBN 978-92-4-151599-3

principal est de proposer une approche intégrée impliquant tous les acteurs pour accompagner les seniors dans le maintien de leur santé.

Il serait réducteur de considérer la démarche ICOPE comme un simple outil de dépistage. En effet, l'objectif de ce dispositif est de transformer le système de santé, en passant d'une approche basée uniquement sur le dépistage et la prise en charge de la maladie à une approche intégrée impliquant tous les acteurs pour permettre aux seniors de rester en bonne santé.

b. Le déploiement d'ICOPE par l'expérimentation Article 51 s'inscrit dans le cadre méso défini par l'OMS mais ne prend en compte le cadre macro

L'OMS a élaboré un cadre de mise en œuvre destiné aux États membres pour les accompagner dans l'application de l'approche ICOPE. Ce cadre définit trois niveaux d'influence du dispositif ICOPE :

- ▶ **Le niveau macro** : il représente le système de santé et la société dans lesquels l'approche ICOPE est intégrée.
- ▶ **Le niveau méso** : il concerne les services impliqués dans la mise en œuvre du dispositif.
- ▶ **Le niveau micro** : il se réfère à la personne âgée elle-même, au cœur du dispositif.

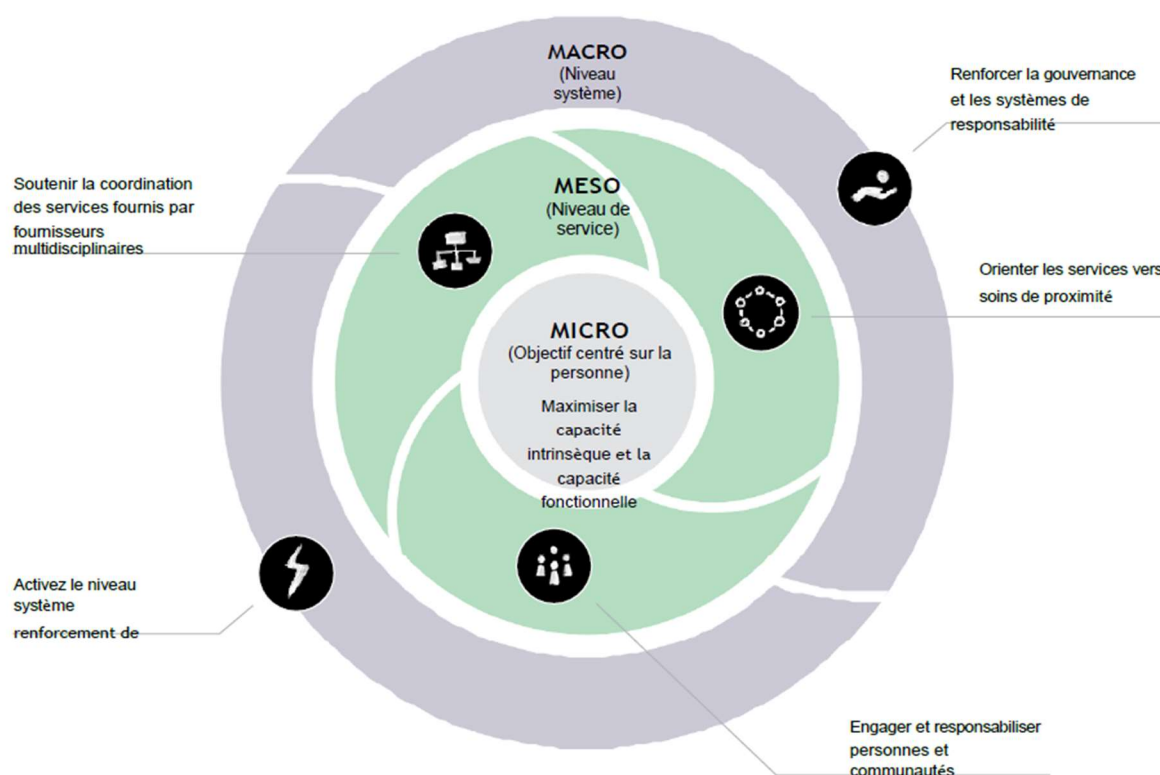


Figure 32 : Cadre de mise en œuvre d'ICOPE OMS

Dans ce cadre, l'OMS détaille 19 actions à réaliser, 10 au niveau macro et 9 au niveau méso, pour déployer cette approche. Les actions au niveau macro s'adressent aux responsables

politiques et aux décideurs du système de santé, tandis que celles du niveau méso sont destinées aux gestionnaires et aux responsables des services.

En analysant cette structure, on peut observer que la démarche **Article 51** lancée en France pour le dispositif ICOPE relève bien des actions des responsables politiques et du système de santé (niveau macro), tandis que le déploiement du parcours par les porteurs expérimentateurs et l'analyse qui en découle concernent les services (niveau méso). L'évaluation de la mise en œuvre de l'**Article 51** se concentre donc sur la reproductibilité du modèle au sein des services.

Concernant le déploiement, il est observé que l'organisation d'ICOPE dans le cadre de l'Article 51 en France s'aligne généralement avec le modèle proposé par l'OMS, comme le montre la comparaison suivante :

Tableau 25 : Comparaison du cadre ICOPE tel que conçu par l'OMS a celui déployé en France

	Cadre ICOPE OMS	Cadre ICOPE France
Objectif principal	Optimisation des capacités intrinsèques et des capacités fonctionnelles en tant que clés d'un vieillissement en bonne santé	Optimisation des capacités intrinsèques et des capacités fonctionnelles en tant que clés d'un vieillissement en bonne santé
Population	Sénior 60 ans et plus	Sénior 60 ans et plus
Altérations prises en compte	• Cognition • Mobilité • Malnutrition • Déficience visuelle • Déficience auditive • Symptômes dépressifs • Vigilance supplémentaire : • Soins médico-sociaux • Soutien aux aidants	• Cognition • Mobilité • Nutrition • Déficience visuelle • Déficience auditive • Symptômes dépressifs
Étapes de parcours	Etape 1 : dépistage Etape 2 : Evaluation (soins primaires) Etape 3 : Elaboration d'un plan de soins personnalisé Etape 4 : Assurer la filière d'orientation et le suivi du plan de soins Etape 5 : mobiliser les communautés et soutenir les aidants	Démarche « aller vers » pour mobiliser les acteurs de soins et non soins Etape 1 : dépistage également nommé « step 1 » Gestion des alertes permettant de valider ou d'invalider les altérations considérées comme défaillantes au step 1 Etape 2 : évaluation approfondie également nommée « step 2 » Etape 3 : plan de soins personnalisé Etape 4 : fléchage du parcours de soins et suivi du plan d'intervention

La principale distinction entre les deux perspectives réside dans **l'investissement plus marqué du dispositif OMS dans l'articulation avec le secteur médico-social pour la prise en charge des altérations et une vigilance accrue aux aidants** dans la population cible du dispositif.

c. Un déploiement local qui ne parvient pas encore à atteindre le modèle intégré du dispositif OMS

L'Article 51 a été déployé auprès de porteurs expérimentateurs locaux, cette expérimentation concerne donc principalement le niveau « services » décrit dans le schéma OMS (cf. Q5.4 – *schéma page 115*).

Le cahier des charges et l'AMI ont laissé une grande **latitude** quant aux modalités de déploiement, ce qui a conduit les 13 porteurs expérimentateurs à des **approches et des cadences de déploiement variées**.

L'expérimentation ICOPE montre un **investissement** marqué des porteurs expérimentateurs dans le dépistage des seniors, **particulièrement dans le step 1**, dont on pense qu'il permet de poser les bases d'une organisation efficace de la prévention des fragilités. Cependant, au-delà de cet investissement initial, des **faiblesses apparaissent dans la coordination et la continuité du parcours**. En effet, un très grand nombre de **parcours incomplets** (seuls 363 seniors ont bénéficié d'un entretien motivationnel (step 3)), limitent l'évaluation de l'engagement des seniors (notion définie dans le protocole comme la capacité des seniors à faire évoluer leurs habitudes de vie de manière pérenne en matière de prévention et de soins). Cette synthèse examine les points forts et met en lumière les principaux défis à surmonter pour assurer un parcours cohérent et engageant pour les seniors et les professionnels de santé.

Point fort du dispositif : un investissement majeur dans le dépistage (step 1)

- ▶ Les porteurs expérimentateurs ont démontré **un engagement significatif pour la mise en œuvre du dépistage initial**, permettant un large accès au step 1. Cet investissement a contribué à sensibiliser les seniors et les professionnels à l'importance de la prévention précoce.
- ▶ La simplicité et la rapidité du dépistage ont permis l'identification des vulnérabilités potentielles dans la population ciblée.

Des fragilités dans la suite du parcours

- ▶ **Une coordination insuffisante du parcours** : les différentes étapes du parcours sont perçues comme déconnectées les unes des autres, générant une confusion pour les seniors et les professionnels. Ce manque de cohésion nuit à la fluidité du suivi et compromet l'efficacité de l'ensemble du parcours de soins.
- ▶ **Une faible adhésion des médecins traitants** : les médecins traitants, acteurs clés de la continuité du parcours, sont peu engagés dans le dispositif. Cette faible adhésion réduit le suivi des étapes après le step 1 et limite la coordination avec les autres intervenants.
- ▶ **Un manque d'implication des seniors dans la suite du parcours (cf. Q5.1 – page 127)** : bien que beaucoup participent au dépistage, les seniors montrent une faible implication dans les étapes suivantes. Ce manque d'engagement est souvent lié à une compréhension limitée de la finalité du parcours.

Autres éléments à considérer dans le cadre d'une généralisation

- ▶ **L'absence d'approches différenciées** : le parcours manque de dispositifs de suivi individualisés pour répondre aux besoins spécifiques des seniors identifiés comme vulnérables, ce qui pourrait pourtant renforcer leur implication et leur compréhension.
- ▶ **La sensibilisation limitée à la continuité du parcours** : le dispositif gagnerait à renforcer les messages autour de la finalité et des bénéfices du parcours complet pour encourager les seniors à s'impliquer activement au-delà du dépistage.

Si nous utilisons de manière qualitative l'outil d'évaluation de la mise en œuvre du dispositif proposé par l'OMS³⁷, nous pouvons constater qu'au niveau des services différents items sont initiés, tels que la participation active des personnes âgées (autoévaluation par exemple), la recherche et l'identification des seniors, les partenariats réalisés, la mise en place des évaluations approfondies, les formations aux professionnels. Ces éléments prouvent la dynamique impulsée par le dispositif. Néanmoins certains items visibles dans l'expérimentation, notamment la dispensation de soins, certains ne sont pas réalisés (notamment l'action des aidants) et aucun n'est mis en œuvre dans la globalité des treize porteurs expérimentateurs.

Cela nous paraît montrer qu'au niveau des services (méso), le dispositif expérimental Article 51 a permis d'initier la dynamique ICOPE OMS, notamment pour le step 1, au sein de différents territoires mais que ce **déploiement nécessite encore un temps conséquent de mise en œuvre et surtout d'être accompagné de manière opérationnelle** afin de guider les porteurs expérimentateurs dans les actions à réaliser afin **d'éviter le piège du déploiement d'une simple démarche de dépistage, au dépend de l'objectif principal du dispositif que représente la démarche intégrée.**

Il est à souligner que les actions macro sont difficilement évaluables au sein de ce seul Article 51 car le modèle de déploiement au niveau national est aujourd'hui supporté de différentes manières (FIR, ART 51, etc.) mais également laissé très libre aux différents acteurs. Elles devront néanmoins également être prises en compte pour un déploiement à grande échelle du dispositif, et seront abordés dans la suite de ce document.

d. La multiplicité des dispositifs de prévention pour la personne âgée crée des difficultés pour le déploiement de l'Article 51 ICOPE et génère une confusion auprès de la population

En complément de l'articulation avec le dispositif OMS, il s'agit également de s'interroger sur l'articulation du dispositif ICOPE en France avec les autres dispositifs de prévention déployés pour les seniors.

De nombreux dispositifs de prévention existants

Les dispositifs de prévention des caisses de retraite (CNAV, Carsat, MSA, Agirc Arrco)

Ces organismes gèrent des programmes de prévention de la perte d'autonomie pour leurs affiliés retraités. Leurs actions se concentrent principalement sur le maintien à domicile, la lutte

³⁷ Cf Annexe 20, cette grille n'a pas été appliquée de manière quantitative durant cette évaluation car cela semble précoce au regard du déploiement et aurait été incomplet au regard de la non-possibilité d'analyser le niveau macro

contre l'isolement, la prévention des chutes et l'amélioration du cadre de vie (aménagement du logement).

Exemples de dispositifs déployés sur le territoire par ces organismes

- ▶ **PRIF (Prévention Retraite Ile-de-France)** : Initiatives de prévention collectives dans des domaines comme la nutrition, l'activité physique, ou l'adaptation du logement.
- ▶ **Carsat (bilan en prévention)** : Le bilan permet de faire un point complet sur la santé physique, mentale, et sociale des seniors afin de repérer d'éventuelles fragilités (problèmes de mobilité, nutrition, isolement social, etc.). L'objectif est d'identifier précocement les signes qui pourraient entraîner une perte d'autonomie et ainsi intervenir par un suivi téléphonique pour orienter les personnes vers des ateliers de prévention ou des professionnels de santé
- ▶ **MSA (Mutualité Sociale Agricole)** : Initiatives spécifiques pour les retraités du secteur agricole, incluant des programmes de maintien à domicile et de prévention des risques.
- ▶ **Agirc Arrco (bilan de prévention)** : vise à réaliser une évaluation complète de la santé des affiliés âgés de 55 ans et plus, afin de détecter les éventuels facteurs de risque de perte d'autonomie. Il prend en compte divers aspects : santé physique, mentale, sociale, et environnementale.

Les programmes ICOPE hors Article 51

Sur le territoire français, plusieurs porteurs (comme des fédérations, des hôpitaux) ont développé des dispositifs ICOPE qui s'inscrivent dans le dispositif porté par l'OMS sans entrer dans le cadre de l'expérimentation Article 51, à l'image du programme IS-ICOPE déployé par le CHU de Grenoble. Ces initiatives sont locales et visent à détecter les fragilités chez les personnes âgées, tout en proposant un parcours de soin coordonné.

L'absence d'une réflexion préalable de l'articulation de ces programmes avec le projet A51 pose des difficultés pour le déploiement d'ICOPE

Manque de lisibilité pour les seniors et pour les professionnels

Il existe une multitude de dispositifs de prévention pilotés par différents acteurs (caisses de retraite, ARS, CPTS, mutuelles, etc.), chacun ayant ses propres objectifs, outils et parcours. Cette fragmentation rend difficile la création d'une stratégie nationale cohérente.

Les seniors peuvent être **sollicités par plusieurs programmes**, créant une **confusion** sur les offres disponibles et un risque d'autant plus important de manque de coordination de la prise en charge. De leur côté, les professionnels de santé, également sollicités par différents dispositifs, peuvent voir leur implication dans ICOPE réduite. Une meilleure intégration des acteurs clés, comme les caisses de retraite ou les CPTS, aurait permis de renforcer l'efficacité du step 1 en exploitant leur capacité à identifier les seniors vulnérables.

Manque de coordination entre acteurs

Il n'y a **pas de cadre national formalisé qui assure une coordination** entre les différents acteurs de la prévention du vieillissement. Chacun agit souvent de manière indépendante, sans réelle harmonisation.

Le programme ICOPE manque de synergies avec les dispositifs portés par les caisses de retraite ou les CPTS, ce qui complique la coordination des actions entre les différents acteurs.

Cette absence de collaboration limite la portée du programme et entraîne des **redondances** (cf. Chevauchement des actions ci-dessous). Une meilleure anticipation stratégique aurait permis de réduire ces doublons et de bâtir des partenariats solides autour d'un objectif commun.

Systèmes d'information disparates

Chaque dispositif de prévention utilise son propre système d'information, sans interconnexion avec d'autres systèmes (comme ICOPE Monitor). Les informations sur les seniors fragiles ne sont pas partagées entre les acteurs, empêchant une vue globale du parcours des bénéficiaires.

L'absence de partage de données entre ICOPE et les autres dispositifs de prévention rend difficile le suivi des seniors à travers différents parcours. Cela empêche une vision centralisée et cohérente des actions menées, créant ainsi une fragmentation du parcours de soin.

Chevauchements des actions

Plusieurs dispositifs proposent des actions similaires, comme le dépistage des fragilités ou la prévention des chutes, mais sans réelle articulation entre eux. Cette absence de coordination peut générer des redondances et conduire à un gaspillage des ressources.

Par ailleurs, ICOPE entre parfois en concurrence avec d'autres programmes déjà implantés sur certains territoires, ce qui nuit à son déploiement. Toutefois, ces chevauchements pourraient être perçus comme des opportunités si une collaboration nationale structurée était mise en œuvre. Une synergie réfléchie aurait permis de mutualiser les ressources et de prévenir une fragmentation préjudiciable.

Financements fragmentés

Les dispositifs de prévention reposent sur des **financements distincts**, tels que l'Article 51 pour ICOPE ou les budgets proposer des organismes comme la CNAV et les Carsat, mais sans réelle coordination entre eux. Ce cloisonnement aboutit à un modèle économique fragmenté où les **ressources ne sont pas pleinement optimisées**.

La concurrence entre ICOPE et d'autres dispositifs pour accéder aux financements **limite la possibilité de mutualiser les moyens** dédiés à la prévention. Par ailleurs, certains professionnels de santé estiment que la rémunération de leur participation à ICOPE est insuffisante comparé à celle d'autres dispositifs, ce qui freine leur engagement. Cette absence de coordination financière révèle une **faiblesse structurelle** dans la conception d'ICOPE France. En intégrant davantage les acteurs historiques de la prévention dans son modèle économique, ICOPE aurait pu tirer parti de ressources mutualisées et ainsi renforcer l'adhésion des professionnels.

Q5.2 –Quels éléments sont à prendre en compte pour la reproductibilité du dispositif ?

Au vu des éléments évalués nous proposons ici une évolution de la question évaluative initiale qui se concentrait sur la démarche aller vers.

Point saillant : Huit domaines d'action ont été identifiés comme étant susceptibles d'améliorer le fonctionnement du dispositif. Il serait ainsi important de clarifier les critères pour cibler les seniors vulnérables, d'harmoniser les outils numériques, et de définir les rôles des acteurs pour une coordination efficace sur des territoires variables. La mobilisation des réseaux locaux et la formation des professionnels doivent être renforcées, tout comme une stratégie de financement adaptée favorisant l'intégration. Enfin, la démarche d'aller-vers doit aller au-delà du dépistage, en impliquant durablement

a. La démarche d'aller vers

La démarche d'aller vers regroupe l'ensemble des actions réalisées par les porteurs expérimentateurs et leurs partenaires afin de **mobilier les acteurs**, qu'ils soient issus du secteur de la santé ou d'autres domaines, ainsi que les personnes âgées et leur entourage. Ces actions visent à **sensibiliser ces publics et à encourager leur participation** à l'expérimentation Article 51 ICOPE. La mobilisation des communautés constitue un enjeu clé pour la réussite du programme ICOPE porté par l'OMS.

Cette démarche a bien été mise en œuvre au sein de l'Article 51, mais son déploiement révèle **trois principales limites** :

- ▶ La démarche d'aller vers semble s'être concentrée principalement **sur l'action de dépistage** (step 1), sans parvenir à engager fortement les acteurs et les seniors dans les étapes suivantes du parcours.
- ▶ Une **clarification des messages clés à transmettre** dans le cadre de cette démarche pourrait être bénéfique pour améliorer son impact et sa compréhension.

Les nombreux réseaux préexistants, tels que ceux des CARSAT ou des structures de prévention, n'ont pas été pleinement exploités limitant ainsi le potentiel de synergie et d'efficacité de la démarche.

Les domaines de la mise en œuvre de la démarche d'aller-vers résident sur les appuis du terrain, la communication et l'accompagnement par la formation.

1ère domaine : L'appui sur le terrain d'acteurs déjà identifiés par la population ciblée (seniors) et implantés sur un territoire défini

Un des leviers identifiés pour améliorer l'efficacité de la démarche d'aller-vers dans le dispositif ICOPE réside dans la mobilisation d'acteurs locaux, qu'ils soient des professionnels de santé (IDE, kinésithérapeutes, etc.) ou des acteurs sociaux (associations locales, centres sociaux). Bien qu'ils disposent d'une connaissance du territoire et d'un potentiel d'interaction avec les seniors, les résultats obtenus montrent des disparités importantes selon les porteurs expérimentateurs, avec seulement 31 % de la cible atteinte, et une contribution significative de quelques sites qui tirent les résultats globaux vers le haut. Ces écarts soulignent la nécessité d'adapter les approches à chaque contexte local pour maximiser l'impact de cette mobilisation.

En s'appuyant sur ces figures locales de proximité, le dispositif ICOPE pourrait plus facilement toucher la population visée, notamment les seniors isolés ou éloignés des structures de soins

classiques. L'implantation de ces acteurs sur un territoire défini permettrait d'adapter les démarches d'aller-vers aux spécificités locales, facilitant ainsi l'adhésion des seniors aux actions de prévention et aux parcours coordonnés. Leur rôle est crucial pour engager les seniors dans le dispositif, en s'appuyant sur cette proximité et cette reconnaissance préalable pour lever les réticences et encourager leur participation active.

2ème domaine : Volet communication et échanges

L'énergie positive nécessaire dans la démarche d'aller-vers dans le dispositif ICOPE dépend également d'une stratégie de communication efficace et d'échanges réguliers entre les différents acteurs du programme. La création de supports de communication spécifiques, adaptés aussi bien aux professionnels de santé qu'aux usagers, est un levier important afin que des messages ciblés soient diffusés. Pour les seniors vulnérables, ces supports doivent être simples et accessibles afin de renforcer leur compréhension et leur adhésion.

Par ailleurs, l'organisation de rencontres dans des lieux d'échange reconnus par les professionnels et les usagers contribue à la diffusion des informations et à la sensibilisation au programme. L'identification de professionnels ayant un ancrage territorial fort (professionnels de santé impliqués dans des associations locales, seniors investis dans les mairies...) permet également de renforcer l'engagement, en s'appuyant sur leur notoriété pour convaincre d'autres professionnels et seniors. Enfin, des formations continues favorisent un engagement durable des professionnels, en assurant un niveau d'informations adéquat et en renforçant leur motivation à participer activement au programme.

3ème domaine : Accompagnement par la formation des professionnels de santé et hors santé à la réalisation du dépistage (step 1) et de l'évaluation approfondie (step 2)

Une autre domaine repose sur la formation des professionnels, tant du secteur de la santé que des autres domaines (social, médicosocial, etc.), impliqués dans la mise en œuvre du programme ICOPE. La formation permet de garantir une bonne compréhension du dispositif et de ses objectifs, mais aussi de développer des compétences spécifiques adaptées aux différentes étapes du parcours, notamment la sensibilisation à la démarche d'aller-vers. Les professionnels de santé, formés aux outils numériques comme ICOPE Monitor et aux méthodes de dépistage préventif, sont mieux armés pour engager les seniors dans un parcours de soins coordonné et assurer un suivi personnalisé.

De plus, comme vu précédemment (*cf. Q1.1 – page 56*), la formation des acteurs non médicaux (aides-soignants, travailleurs sociaux, bénévoles) joue un rôle clé dans la première étape du parcours, en facilitant le dépistage et l'auto-évaluation. Ce partage de connaissances permet une mobilisation transversale de tous les acteurs impliqués et garantit une homogénéité des pratiques, ce qui renforce la continuité des soins et la confiance des seniors tout au long du processus.

b. Le repérage (step 1)

Le repérage (step 1) est une action qui a été particulièrement investie par l'ensemble des acteurs. Son déploiement initial visait l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans et en particulier les plus vulnérables. La mise en œuvre a permis de mettre en valeur plusieurs points de vigilance :

- ▶ La **définition de critères partagés de la vulnérabilité n'apparaît pas effective à date** : malgré les 6 critères de vulnérabilité³⁸ définis en début d'expérimentation seul la consultation dans les 12 derniers mois a été finalement prise en compte par les porteurs. L'absence de médecin traitant a également contribué à définir la vulnérabilité des seniors durant l'expérimentation
- ▶ Le **déploiement des outils numériques au service du repérage n'a pas été homogène** sur les différents territoires créant des modalités de déploiement distinctes selon les territoires (interopérabilité, accessibilité, possibilité de faire de l'autoévaluation).

Les domaines du déploiement du repérage résident ainsi sur les clés suivantes.

1er domaine : clarifier les populations particulièrement visées par le dispositif

Le dispositif ICOPE OMS lui-même encourage l'identification « des populations âgées qui ont besoin de soins de santé et de service sociaux ». Cette étape apparaît ainsi essentielle et a été essayé dans l'Article 51. **Le critère de vulnérabilité apparaît cependant trop large et trop difficilement objectivable pour garantir l'atteinte de la population souhaitée.**

En définissant des critères clairs et facilement objectivables et identifiables, l'atteinte de la population souhaitée serait facilitée et pourrait être suivie. Dans un objectif de vulnérabilité, les 6 critères pris en compte en début d'évaluation pourraient ainsi être réinterrogé et/ou pris en compte de manière indépendante :

- ▶ Les seniors de plus de 60 ans sans médecin traitant
- ▶ Les seniors de plus de 60 ans sans consultations depuis plus d'1 an
- ▶ Les seniors de plus de 60 ans sous un seuil de revenus

2ème domaine : adapter les moyens de mobilisation aux populations ciblées

Cette domaine fait ici le lien avec la démarche d'aller vers. La mobilisation des acteurs et des populations cibles pourrait être ajustée en fonction des caractéristiques de la cible visée. Le dispositif ICOPE aura toujours à minima deux cibles de population :

- ▶ Les seniors de plus de 60 ans.

Pour atteindre cette population, il serait pertinent de s'appuyer sur des réseaux et acteurs déjà bien établis, tels que les caisses de retraite ou les médecins traitants

- ▶ Les seniors de plus de 60 ans avec les critères cibles définis, dans le cadre de cette expérimentation la vulnérabilité.

Pour cibler des sous-populations spécifiques, des approches plus ciblées et ancrées localement pourraient s'avérer nécessaires. À titre d'exemple, la collaboration avec des acteurs de proximité, comme les postiers, pourrait permettre de mieux identifier et mobiliser ces publics spécifiques, en tenant compte des particularités de leur contexte.

Cette **gradation des moyens mis au service de l'atteinte des populations permettrait une efficience globale du dispositif.**

3ème domaine : définir la stratégie de déploiement des outils numériques

Là encore le dispositif ICOPE OMS encourage l'utilisation des technologies de l'information et de la communication en matière de santé. Durant l'expérimentation Article 51, trois outils ont été mobilisés spécifiquement pour ICOPE : ICOPE Monitor, ICOPE et Moi et un système

³⁸ Les six critères de vulnérabilité qui ont été définis en début d'expérimentation étaient : la position d'aidant, le mode de vie solitaire, la vulnérabilité financière, la fréquentation de leur entourage, l'absence de mutuelle et l'absence de consultation médicale dans les douze derniers mois.

d'information indépendant développé et utilisé en Corse (FCCIS)³⁹. Aussi différents outils régionaux ont été mobilisés pour la communication et la coordination entre les acteurs du territoire. Tous les porteurs ont ainsi bénéficié d'outils numériques pour l'expérimentation néanmoins les différents déploiements montrent qu'une **politique coordonnée permettrait de déployer de manière plus homogène le dispositif Art 51**.

Il pourrait ainsi s'agir de clarifier :

- ▶ Les fonctionnalités minimales de l'outil au service d'ICOPE
- ▶ Les niveaux de sensibilité des différentes variables
- ▶ Les interopérabilités à prendre en compte
- ▶ Les niveaux d'accessibilité à prévoir en fonction des rôles et responsabilités
- ▶ Le niveau de sécurité des données et process associés

c. Le parcours coordonné à la suite du repérage

Le déploiement d'ICOPE ne se limite pas au déploiement d'une action de dépistage mais vise une démarche intégrée, et donc coordonnée, de prévention. **Quatre piliers fondamentaux soutiennent le bon fonctionnement** des parcours coordonnés :

1. **La définition d'une organisation claire et lisible pour chaque acteur du parcours**
2. **Le financement des parcours**
3. **L'usage d'outils adaptés**
4. **L'engagement des acteurs**

Sur cette base, le déploiement du parcours ICOPE au sein de l'article 51 a permis de mettre en lumière plusieurs points de vigilance pour permettre la bonne coordination :

- ▶ Le parcours et les acteurs mobilisés dans le parcours étaient variables selon les modalités de réalisation de step 1 ce qui ne permet pas une lisibilité claire des organisations définies tant pour les professionnels impliqués que pour les seniors
- ▶ Le parcours et les financements sont très fragmentés (briques) ce qui valorise des actes plutôt qu'un parcours intégré
- ▶ Les outils n'ont pas été déployés au service d'un parcours intégré : manque d'interopérabilité, périmètre d'accès à l'information limité

Deux domaines favoriseraient ainsi le déploiement du dispositif à grande échelle.

1er domaine : définir les rôles et responsabilités au sein du parcours

Le déploiement du dispositif a volontairement été **laissé libre pour permettre une adaptation du dispositif à chaque contexte territorial**. Ce modèle d'organisation est une force au regard du dispositif ICOPE OMS qui encourage cette adaptabilité. Néanmoins pour un déploiement plus homogène du dispositif, il pourrait être intéressant de **définir les actions et responsabilités minimales à couvrir lors du déploiement**.

Nous pourrions ici retrouver les actions suivantes (liste non exhaustive). Un même acteur pourrait bien entendu couvrir plusieurs actions :

- ▶ Porter de la démarche d'aller vers au service de la population de sénior de plus de 60 ans
- ▶ Porter de la démarche d'aller vers au service de la population cible
- ▶ Héberger les données
- ▶ Gérer les alertes
- ▶ Être responsable du step 2

- ▶ Être responsable du step 3
- ▶ Former au step 1
- ▶ Former au step 2
- ▶ Expertise de capacités

Le déploiement du dispositif consisterait alors à identifier les gestionnaires de chaque rôle et à dessiner le parcours propre au territoire en conséquence. Ces étapes permettraient de **garantir la couverture des rôles mais aussi la lisibilité du parcours** pour les acteurs et les seniors du territoire.

2ème domaine : définir les leviers d'incitation à la coordination

Le dispositif a été déployé sur le modèle de brique, chaque brique bénéficiant d'un financement et d'une organisation. Il s'agit ici de pouvoir identifier ce qui inciterait les acteurs à se coordonner.

Le déploiement du dispositif a mis en évidence que le premier levier d'incitation à la coordination repose essentiellement sur le **financement**. Le modèle actuel, valorisant les actes de participation, pourrait être **complété par d'autres mécanismes financiers favorisant une meilleure coordination**. Par exemple, **un financement au parcours global ou un financement conditionnel**, subordonné à la preuve d'une coordination effective entre les acteurs, pourrait renforcer l'intégration et l'efficacité du dispositif tout en incitant les parties prenantes à collaborer davantage pour assurer un suivi cohérent des seniors.

Un autre levier fort est également la **facilité d'accès à l'information et à la communication**. Les outils déployés ne permettaient pas toujours d'avoir connaissance des actions passées ou futures des seniors or cette vision globale pourrait permettre aux acteurs de s'identifier entre eux et de favoriser la coordination.

Enfin il peut être pensé une **responsabilité populationnelle** permettant aux acteurs impliqués dans le dispositif de se sentir impliquer dans un service global au service de la population de son territoire.

Q5.3 – Quel est l'impact budgétaire en cas de généralisation ?

Point saillant : En cas de généralisation, l'impact budgétaire d'ICOPE serait significatif notamment en raison des coûts liés à la démarche d'aller vers, au déploiement des outils et à la coordination des acteurs. Le modèle économique actuel, fragmenté, pourrait limiter l'efficacité et la pérennité du programme. Une approche plus intégrée et un financement clarifié sont nécessaires pour assurer une mise en œuvre durable. Des indicateurs de suivi et une stratégie de déploiement unifiée pourraient également améliorer l'efficacité.

a. Les limites de l'analyse d'impact budgétaire à date

Comme présenté précédemment, le dispositif ICOPE vise un changement de paradigme du système de santé fort, les effets attendus du cahier des charges Article 51 (cf. Q5.4 – page 114) le démontre également. L'analyse d'impact budgétaire est ainsi complexe car :

- ▶ L'expérimentation article 51 a eu une durée de 3 ans ce qui a permis d'**initier le dispositif mais pas d'en éprouver et d'optimiser ses fonctionnements** : nous n'avons pas aujourd'hui de critères homogènes de déploiement permettant de projeter

et de quantifier l'impact en cas de généralisation (exemple : la taille de territoire et de populations pour projeter une cible de déploiement)

- ▶ L'aspect holistique du dispositif multiplie les possibilités d'impact du dispositif et les inscrit dans un temps long : les impacts réels ne sont pas observables après 3 ans d'expérimentation

Pour faciliter l'analyse d'impact budgétaire à long terme de ce dispositif il pourrait être intéressant de définir et de suivre des indicateurs clés mais également de guider les porteurs dans le déploiement en ce sens.

b. Les facteurs de coûts à prendre en compte en cas de généralisation

Dans le cas d'une généralisation, il est cependant possible d'identifier les facteurs ayant un impact non négligeable sur le coût du dispositif au niveau national. En lien à la question 5.2., les différents facteurs de coûts sont les suivants :

- ▶ **Le déploiement de la démarche d'aller vers :**
 - Dans l'expérimentation Art 51 cette démarche est principalement financée par l'enveloppe d'animation territoriale, à hauteur de 787 588,60 € consommé à date de décembre 2023, soit 36,5 % du budget global consommé de l'expérimentation. En comparaison les prestations dérogatoires (242 446,00 € pour la rémunération des professionnels libéraux réalisant les étapes du parcours ICOPE) représentent 11,2 %⁴⁰.
 - Dans le déploiement actuel, la démarche d'aller vers est dédiée au simple déploiement d'ICOPE et est déployée de manière large selon les ressources du territoire
 - La démarche d'aller vers fait ainsi peser des coûts de structure important au dispositif ICOPE mais pourrait être approchée dans une vision plus large de la prévention ou à l'inverse dans une perspective d'efficacité auprès d'une population cible définie.
- ▶ **La stratégie de déploiement des outils :**
 - Dans le déploiement actuel, les outils sont laissés à la responsabilité des porteurs dans le choix du SI et dans ses modalités de déploiement
 - Une définition de stratégie de déploiement, à échelle nationale ou régionale, pourrait éviter la multiplicité des outils et ainsi la multiplicité des coûts investis dans leur déploiement
 - Une définition des prérequis minimaux des outils (*cf* Q5.2 – *page 120*) permettrait également un gain d'efficacité dans leur déploiement
- ▶ **La définition des rôles et responsabilités à couvrir :**
 - Dans le déploiement actuel, les étapes de parcours sont définies et les rôles et responsabilités sont à organiser par chacun des porteurs
 - Une définition des rôles et responsabilités en plus du parcours permettrait d'améliorer l'efficacité de déploiement du dispositif
- ▶ La **définition** d'indicateurs cible de déploiement et d'indicateurs de mise en œuvre :

⁴⁰ Les calculs des pourcentages ne prennent pas en compte les subventions complémentaires qu'ont contracté certains des porteurs expérimentateurs, mais uniquement les CAI, l'animation territoriale et les prestations dérogatoires à date de décembre 2023. De plus, seuls les professionnels de santé libéraux ont été rémunérés pour leur participation, ce n'est pas le cas des non professionnels de santé.

- Dans le déploiement actuel - modèle de déploiement : le fait que ce soit très adaptable au niveau national ne facilite pas non plus l'optimisation de coût (besoin a minima de quelques indicateurs de déploiement)

c. Le modèle économique actuel semble difficilement généralisable en l'état car trop fragmenté

Pour rappel, le financement mixte de la phase expérimentale du programme ICOPE comprenait une partie par dotation (enveloppe animation territoriale et CAI) et des financements « à l'acte » pour chaque étape du parcours. Seuls les professionnels de santé ont été rémunérés selon les actes suivants :

- ▶ **Passation du step 1** : 18 euros.
- ▶ **Gestion de l'alerte** : 11 euros.
- ▶ **Évaluation approfondie (step 2)** : Forfait unique de 53 euros ou un forfait variable de 20, 40, ou 60 euros, en fonction du niveau d'intervention requis (nombre d'altérations)⁴¹
- ▶ **Entretien motivationnel (step 3)** : 21 euros.
- ▶ Aucune rémunération n'est prévue pour l'élaboration du **plan de soins personnalisé**.

Les **professionnels hors santé** n'étaient pas concernés par la rémunération directe dans ce cadre spécifique du programme ICOPE, ce qui indique qu'aucun budget n'a été alloué pour leur participation dans les activités mentionnées.

Le modèle de financement de la phase expérimentale du programme ICOPE a permis de poser des bases pour sa mise en œuvre. Le financement par dotation (EAT et CAI) a permis de **couvrir une partie significative des besoins théoriques initiaux du programme**, incluant le développement des outils numériques, la formation des acteurs, et l'organisation du parcours. Cependant, il convient de souligner que ce modèle s'est avéré insuffisant, puisque **60% des porteur expérimentateurs ont eu recours à des financements complémentaires** pour répondre aux exigences opérationnelles du terrain.

En outre, le coût global du dispositif reste élevé, avec une part importante du budget consommé (36,5 %, cf. Q5.3.b) dédiée aux coûts structurels, ce qui pose des défis pour sa pérennisation et son déploiement à plus grande échelle.

Le financement « à l'acte » des étapes à destination des professionnels de santé a constitué un **atout pour leur mobilisation** et leur participation au dispositif afin de les engager **dans la démarche** de prévention et de suivi des personnes âgées. Cependant, il est important de nuancer ces points positifs en soulignant que les **montants** de ces rémunérations ont été **majoritairement jugés insuffisants** par les acteurs concernés. Cette insuffisance pourrait limiter, à terme, l'attractivité du programme pour les professionnels de santé, réduisant ainsi son efficacité et sa pérennité.

De même l'absence de financement des actes réalisés par les professionnels hors santé est un facteur de désengagement au long cours et semble difficilement déployable en l'état.

Enfin le modèle fragmenté du modèle économique de favorise pas un déploiement de démarche intégrée au service de la santé des seniors : ce modèle favorise un cloisonnement des actes réalisés et ne permet pas d'inciter au lien avec les infrastructures de soins ou de prévention existants.

⁴¹ Ce choix est laissé à l'appréciation du professionnel de santé réalisant le step 2.

En cas de généralisation le modèle de financement d'ICOPE devra donc être approché en fonction des objectifs de déploiement du dispositif selon :

- ▶ Les objectifs définis pour la démarche d'aller vers
- ▶ Le niveau de coordination souhaité du parcours
- ▶ Les acteurs à impliquer dans le dispositif
- ▶ Les actions minimums à réaliser

Q5.1 – Quels sont les éléments essentiels à l'engagement des seniors ? (Organisations, pratiques, expérience patient, intégration des aidants)

Point saillant : L'engagement des seniors dans le parcours ICOPE repose essentiellement sur leur compréhension claire du dispositif et leur adhésion aux différentes étapes. Pour renforcer cet engagement, il est crucial de simplifier la présentation initiale et d'assurer un suivi personnalisé tout au long du parcours. La coordination entre professionnels et l'intégration des aidants jouent également un rôle clé en apportant un soutien continu et en facilitant l'accès aux services. Un parcours retravaillé, plus fluide et adapté aux besoins des seniors, permettrait d'optimiser leur engagement et de renforcer la collaboration entre les acteurs de santé, tout en garantissant une meilleure expérience patient.

Pour rappel, parmi les seniors ayant reçu des alertes lors du repérage, 80,9% les ont validées avec un professionnel, mais seulement 15,6% d'entre eux ont poursuivi avec une évaluation approfondie. Parmi ces derniers, 24,7% ont participé à un entretien motivationnel (cf. Q3.1 – figure page 70).

Dans le cadre de cette évaluation, nous avons cherché à identifier les facteurs clés qui favorisent l'engagement des seniors dans un parcours coordonné tel que proposé par le dispositif ICOPE. Il est important de noter que seulement 363 seniors ont complété l'ensemble du parcours expérimental, du step 1 au step 3. Ce faible nombre limite la possibilité d'une analyse quantitative robuste. Ainsi, notre évaluation a reposé principalement sur un recueil d'informations qualitatives, comprenant des entretiens, des observations de terrain, et des témoignages de seniors participants ainsi que de leurs aidants et des professionnels de santé impliqués. Cette approche permet néanmoins de dégager des enseignements riches sur l'expérience des seniors et d'identifier les éléments essentiels favorisant leur engagement.

a. L'engagement des seniors repose principalement sur leur compréhension et leur adhésion au parcours ICOPE

L'engagement des seniors dans un parcours coordonné se réfère à leur participation active et continue dans les différentes étapes du dispositif. Cet engagement des seniors repose sur plusieurs dimensions : la compréhension et l'adhésion des seniors au parcours, en fonction de leur capacité à comprendre les bénéfices du parcours coordonné pour leur santé et leur qualité de vie, ainsi que leur adhésion aux objectifs et aux pratiques proposées ; l'implication des seniors dans la prise de décision concernant leurs soins et leur santé, ce qui favorise une appropriation des actions de prévention et de suivi ; l'accessibilité et la continuité des soins, qui inclut la facilité d'accès aux services, l'utilisation des outils numériques (comme l'application ICOPE Monitor), et la continuité des interactions avec les professionnels de santé ; enfin, le soutien social et l'intégration des aidants, où le soutien reçu de la part de l'entourage (aidants, famille) et des professionnels de santé joue un rôle essentiel pour encourager les seniors à rester engagés dans leur parcours.

b. Les autres leviers qui favoriseraient l'engagement des seniors

L'évaluation a permis de dégager différents leviers à l'engagement des seniors qui seraient intéressants à déployer davantage ou à mettre en œuvre :

- ▶ L'appropriation du dispositif passe d'abord par une **identification du parcours par les seniors** et une **compréhension de ses objectifs et de son déroulement à chaque étape**. La formalisation et l'homogénéisation de la présentation initiale du dispositif mais également des prochaines étapes et des actions à réaliser par le senior (plan de prévention, et compte-rendu de l'entretien motivationnel formalisés systématiquement) est nécessaire pour à la fois assurer une adhésion au parcours et rendre les seniors acteurs de celui-ci, premières conditions pour favoriser ensuite leur engagement à long terme.
- ▶ Par ailleurs, les seniors sont davantage réceptifs et confiants lorsque le **step 1 est réalisé en présentiel** et que le **step 2 est réalisé par le même professionnel**. **Sans quoi, il existe un réel risque de déperdition lors du step 2.**
- ▶ Les ressentis sur les **effets positifs** du parcours sont d'autant plus appréciés lorsqu'il y a la présence d'un step 2, **soulignant le rôle clé de cette étape pour les seniors.**
- ▶ Pour engager les seniors dans leur prévention, l'évaluation a également montré qu'il fallait que le dispositif soit capable de leur **proposer à la fois des offres de prise en charge ou de prévention sur leur territoire en cas d'alerte** (ce qui manque actuellement dans plusieurs territoires expérimentateur), mais également des **conseils de prévention si aucune alerte n'est déclenchée.**
- ▶ Les seniors sont intéressés par l'évolution de leur état de santé, or le système actuel ne leur permet pas d'**avoir accès aux résultats de leurs tests, pour les comparer de façon autonome avec les tests précédents**, ce qui serait d'autant plus intéressant lors des auto-évaluations qui sont réalisés en autonomie, et rendrait davantage les seniors acteurs de leur parcours.
- ▶ Les seniors qui réitèrent le test sont ceux qui sont **systématiquement rappelés ou reçoivent une alerte et sont informés des moyens de le faire** (en présentiel, via l'application ou sur le site internet). L'engagement sur le long terme passe nécessairement par un accompagnement (rappels systématiques et formation à l'utilisation de l'application si nécessaire).

Ces éléments sont essentiels pour permettre une bonne appropriation (tant en terme qualitatif que quantitatif) du programme ICOPE par les seniors.

4. Conclusion

D'ici 2050, le nombre de seniors en perte d'autonomie en France devrait passer de 2,5 millions en 2015 à environ 4 millions, en raison de l'arrivée des générations du baby-boom et de l'allongement de l'espérance de vie. Cette évolution démographique demande d'adapter les politiques de santé publique pour mieux soutenir l'autonomie des seniors. Il est donc important de développer des stratégies efficaces de prévention et d'accompagnement pour améliorer leur prise en charge.

Dans ce contexte l'Art 51 ICOPE a pour objectif d'expérimenter le déploiement du dispositif ICOPE OMS sur un large territoire en France, dans le but de mettre en place une démarche de prévention intégrée à destination des seniors de plus de 60 ans. **Ce dispositif vise un changement profond de paradigme en matière de santé des seniors** : passer d'un système centré sur la détection et la prise en charge de la maladie à un système permettant aux seniors de préserver leur santé tout au long de leur vieillissement.

L'expérimentation a donc introduit une démarche innovante, reposant sur un modèle de prévention intégré qui sollicite les acteurs de santé et hors santé ainsi que les seniors eux-mêmes. Elle se structure autour de la démarche d'aller vers, pour mobiliser les acteurs santé et hors santé dans le dispositif, et d'un parcours coordonné constitué de trois étapes clés : le dépistage, l'évaluation approfondie et l'entretien motivationnel, permettant d'identifier les altérations de six capacités fonctionnelles et de définir un plan de soins personnalisé à chaque senior. Ce parcours coordonné a été déployé par 13 porteurs expérimentateurs dans neuf régions, y compris deux territoires insulaires, la Corse et la Réunion. **Ce déploiement à grande échelle constitue une exception notable parmi les initiatives ICOPE menées à l'international principalement au niveau local.**

Cependant, malgré des investissements significatifs, **l'expérimentation n'a pas atteint les objectifs d'inclusion des seniors, avec seulement 15 280 seniors inclus à décembre 2023, soit 31,5 % de la cible définie.** De manière similaire, les objectifs de mobilisation des professionnels n'ont pas été atteints : seuls 818 professionnels ont été formés au step 2, alors que le cahier des charges prévoyait la formation de 1 200 professionnels. **De plus, bien que le dépistage (step 1) ait été significativement déployé, l'expérimentation n'a pas permis de réaliser un parcours pleinement intégré et fluide du dispositif ICOPE.** Plusieurs facteurs expliquent cette difficulté, notamment la durée limitée de l'expérimentation (3 ans), un engagement difficile des acteurs tout au long du parcours, des outils insuffisants pour la coordination, et un financement jugé insuffisant ou manquant pour soutenir un déploiement de grande ampleur.

L'expérimentation a toutefois permis d'identifier des leviers d'amélioration pour une généralisation du dispositif. En effet, **si l'organisation flexible des porteurs a facilité l'adaptation locale, il sera nécessaire de réexaminer le modèle de financement et d'organisation dans une perspective de coordination et de déploiement national.** Il conviendra notamment de d'optimiser l'utilisation de la démarche d'aller vers, et de définir plus précisément les rôles et responsabilités des acteurs impliqués, ainsi que de mettre en place des indicateurs de déploiement et de mise en œuvre pour mieux mesurer l'efficacité et l'efficience du dispositif à plus grande échelle.

En conclusion, bien que l'expérimentation Article 51 n'ait pas permis d'optimiser l'organisation du dispositif ICOPE en France, elle a créé une dynamique mais demanderait une révision profonde du modèle tel qu'il est mis en œuvre à ce jour. Sans remettre en cause la nécessité de la mise en œuvre d'une démarche de prévention de la perte d'autonomie à l'échelle nationale, la question peut être posée de savoir si l'ambition de la démarche ICOPE telle que pensée par l'OMS est soutenable en l'état pour le système de santé français et si oui définir un modèle qui permette de mieux articuler les différentes étapes du parcours, du dépistage à la prise en soins.

Annexes

Annexe 1 – Questionnaire ICOPE (étape 1) pour les professionnels

☐ Première évaluation

☐ Evaluation de suivi

COGNITION (1)

Demander au sujet :

1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation (comme ne pas savoir où l'on est ou quel jour on est ?
☐ 1 Oui ☐ 0 Non

Si la réponse = 1 (Oui) → Posez la question :

2. Avez-vous constaté une aggravation de ces problèmes au cours des 6 derniers mois ou depuis la dernière évaluation ?
☐ 1 Oui ☐ 0 Non

Si la réponse = 1 (Oui) → 🚨 Alerte → Etape 2

Test de 3 mots :

Dire au sujet : « Je vais vous dire trois mots ; je voudrais que vous les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure. » DRAPEAU, FLEUR, PORTE (liste 1) ; FAUTEUIL, TULIPE, CANARD (liste 2) ou CITRON, CLE, BALLON (liste 3)

Puis dire au sujet : « Répétez les 3 mots. »

Orientation :

Dire au sujet : « 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 réponse ci-dessous sont corrects ou incorrects:

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| ○ Réponse « année » : | ☐ 1 Correct | ☐ 0 Incorrect |
| ○ Réponse « mois » : | ☐ 1 Correct | ☐ 0 Incorrect |
| ○ Réponse « jour du mois » : | ☐ 0 Correct | ☐ 0 Incorrect (jour du mois n'impacte pas le score) |
| ○ Réponse « jour de la semaine » : | ☐ 1 Correct | ☐ 0 Incorrect |

Score orientation : / 3

Si le score < 3 →  Alerte → Etape 2

NUTRITION

Demander au sujet :

1. Son poids actuel : kg
2. Avez-vous perdu involontairement plus de 3kg au cours de 3 derniers mois ? ☐ 1 Oui ☐ 0 Non
3. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ? ☐ 1 Oui ☐ 0 Non

Si la somme des réponses questions 2 et 3 ≥ 1 →  Alerte → Etape 2

COGNITION (2)

Rappel de 3 mots :

Dire au sujet : « Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ? »

- | | | |
|------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Premier mot | ☐ 1 Correct | ☐ 0 Incorrect |
| 2. Deuxième mot | ☐ 1 Correct | ☐ 0 Incorrect |
| 3. Troisième mot | ☐ 1 Correct | ☐ 0 Incorrect |

Nombre de mots rappelés : |__|/3

Si le score < 3 → **Alerte** → Etape 2

VISION

1. Demander au sujet :

Avez-vous:

- des problèmes de vue : difficultés pour voir de loin ou pour lire (avec vos lunettes si vous en portez)
- ou des maladies de l'œil
- ou un traitement pour une hypertension artérielle ou un diabète?

Répondez « oui » si au moins une réponse positive à une des questions : ☐1 Oui ☐0 Non

Si la réponse = 1 (Oui) → Posez cette question :

2. Avez-vous consulté un ophtalmologue durant les 12 derniers mois ? ☐0 Oui ☐1 Non

Si la réponse 2 = 1 (Non) → **Alerte** → Etape 2

3. Demander au sujet : 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 ? ☐1 Oui ☐0 Non

Si la réponse = 1 (Oui) → **Alerte**

AUDITION

1. **Test de Whisper** : Se mettre derrière le sujet (à distance d'un bras ou à environ 0,6 m) 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

La personne a-t-elle pu répéter tous les mots

Pour l'oreille droite : ☐ 0 Oui ☐ 1 Non

Pour l'oreille gauche : ☐ 0 Oui ☐ 1 Non

Si la somme des 2 réponses $\geq 1 \rightarrow$  **Alerte $\rightarrow$ Etape 2**

2. 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 ? ☐ 1 Oui ☐ 0 Non

Si la réponse 2 = 1 (Oui) $\rightarrow$  **Alerte $\rightarrow$ Etape 2**

PSYCHOLOGIE

Demander au sujet :

Au cours des deux dernières semaines :

1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir? ☐ 1 Oui ☐ 0 Non
2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses? ☐ 1 Oui ☐ 0 Non

Si la somme des 2 réponses $\geq 1 \rightarrow$  **Alerte $\rightarrow$ Etape 2**

LOCOMOTION

Test de lever de chaise

Demander au sujet de se lever d'une chaise 5 fois de suite, le plus vite possible, les bras croisés sur la poitrine.

- Temps réalisé : |__|__|,|__|__| secondes

- Le sujet a-t-il réalisé les 5 levers de chaise ?

☐ 0 Oui

☐ 1 Non

- Si OUI, a-t-il fait le test en moins de 14 secondes (si le participant a moins de 80 ans) ou en moins de 16 secondes (si le participant a 80 ans ou plus) ?

☐ 0 Oui

☐ 1 Non

Si la somme des 2 réponses $\geq 1 \rightarrow$ ⚠ Alerte $\rightarrow$ Etape 2

A l'issue des réponses apportées, une vue synthétique des résultats est présentée à la personne (cf. exemple ci-dessous), en précisant par capacité si le résultat est :

- normal
- anormal mais suivi
- une évaluation complémentaire devrait être réalisée avec le médecin traitant.

Dans le cas du questionnaire alimenté par les professionnels, la synthèse doit pouvoir être transmise au médecin traitant (exemple par mail MSSanté) sous réserve de l'accord du senior

Vous venez de réaliser l'évaluation du participant « Nom+ Prénom + mois et année de naissance + lieu de naissance + Numéro de sécurité social (NIR) »

Contenu pouvant être adapté aux spécificités régionales :

☒ le résultat est normal, vous avez donné des conseils généraux à la personne.

☒ le résultat montre des anomalies, merci de renseigner le type d'orientation réalisée au regard de ses résultats :

- Prise en charge déjà en cours par le médecin traitant ou spécialiste
- Je recommande au participant de prendre RDV avec son médecin traitant
- Je contacte son médecin traitant ou le médecin référent
- Je réalise ou programme l'étape 2
- Autre

Annexe 2 – Questionnaire ICOPE (étape 1) en auto-évaluation

☐ Première évaluation

☐ Evaluation de suivi

COGNITION (1)

3. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation (comme ne pas savoir où l'on est ou quel jour on est ?)

☐ 1 Oui ☐ 0 Non

Si la réponse = 1 (Oui) → Posez la question :

4. Avez-vous constaté une aggravation de ces problèmes au cours des 6 derniers mois ou depuis la dernière évaluation ?

☐ 1 Oui ☐ 0 Non

Si la réponse = 1 (Oui) → **Alerte** → Etape 2

Test de 3 mots :

Vous allez entendre trois mots ; il faudra que vous les répétiez et que vous essayiez de les retenir car ils vous seront demandés tout à l'heure. DRAPEAU, FLEUR, PORTE (liste 1) ; FAUTEUIL, TULIPE, CANARD (liste 2) ou CITRON, CLE, BALLON (liste 3)

Puis dire au sujet : « Répétez les 3 mots. »

Orientation :

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Sélection de l'année, mois, jour de la semaine et jour du mois dans des menus déroulants.

Indiquer si les items de réponse ci-dessous sont corrects ou incorrects :

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| ○ Réponse « année » : | ☐ 1 Correct | ☐ 0 Incorrect |
| ○ Réponse « mois » : | ☐ 1 Correct | ☐ 0 Incorrect |
| ○ Réponse « jour du mois » : | ☐ 0 Correct | ☐ 0 Incorrect (jour du mois n'impacte pas le score) |
| ○ Réponse « jour de la semaine » : | ☐ 1 Correct | ☐ 0 Incorrect |

Score orientation : /3

Si le score < 3 → **Alerte** → Etape 2

NUTRITION

4. Merci d'indiquer votre poids actuel : kg
5. Avez-vous perdu involontairement plus de 3kg au cours de 3 derniers mois ? ☐1 Oui ☐0 Non
6. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ? ☐1 Oui ☐0 Non

Si la somme des réponses 2 et 3 $\geq$ 1 → **Alerte** → Etape 2

COGNITION (2)

Pouvez-vous écrire (ou dire) quels étaient les 3 mots que l'on vous a demandés de répéter et de retenir tout à l'heure? »

- | | | |
|------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Premier mot | ☐ 1 Correct | ☐ 0 Incorrect |
| 2. Deuxième mot | ☐ 1 Correct | ☐ 0 Incorrect |
| 3. Troisième mot | ☐ 1 Correct | ☐ 0 Incorrect |

Nombre de mots rappelés : /3

Si le score < 3 → **Alerte** → Etape2

VISION

1. Avez-vous :

- des problèmes de vue : difficultés pour voir de loin ou pour lire (avec vos lunettes si vous en portez)
- ou des maladies de l'œil
- ou un traitement pour une hypertension artérielle ou un diabète ?

Répondez « oui » si au moins une réponse positive à une des questions : ☐ 1 Oui ☐ 0 Non

Si la réponse = 1 (Oui) → Posez cette question :

2. Avez-vous consulté un ophtalmologue durant les 12 derniers mois ? ☐ 0 Oui ☐ 1 Non

Si la réponse 2 = 1 (Non) → **Alerte** → Etape 2

3. 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 ? ☐ 1 Oui ☐ 0 Non

Si la réponse = 1 (Oui) → **Alerte**

AUDITION

1. 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 ? ☐ 1 Oui ☐ 0 Non

Si la réponse 2 = 1 (Oui) → **Alerte** → Etape 2

PSYCHOLOGIE

Au cours des deux dernières semaines :

3. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ? ☐ 1 Oui ☐ 0 Non

4. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ? ☐ 1 Oui ☐ 0 Non

Si la somme des 2 réponses ≥ 1 → **Alerte** → Etape 2

LOCOMOTION

Test de lever de chaise

Levez-vous d'une chaise 5 fois de suite, le plus vite possible, les bras croisés sur la poitrine.

- Temps réalisé : |__|__|, |__|__| secondes

- Avez-vous réalisé les 5 levers de chaise ?

☐ 0 Oui

☐ 1 Non

- Si OUI, avez-vous fait le test en moins de 14 secondes (si vous avez moins de 80 ans) ou en moins de 16 secondes (si vous avez 80 ans ou plus) ?

☐ 0 Oui

☐ 1 Non

Si la somme des 2 réponses $\geq 1 \rightarrow$ **Alerte** $\rightarrow$ Etape 2

A l'issue des réponses apportées, une vue synthétique des résultats est présentée à la personne (cf. exemple ci-dessous), en précisant par capacité si le résultat est :

- normal
- anormal mais suivi
- une évaluation complémentaire devrait être réalisée avec votre médecin traitant.

« M /Me Nom+ Prénom + mois et année de naissance + lieu de naissance + numéro de sécurité sociale (NIR) »

Contenu pouvant être adapté aux spécificités régionales :

☒ le résultat est normal, information/sensibilisation par le biais de renvois à des liens internet /applications (ex : www.pourbienvieillir.fr)

☒ le résultat montre des anomalies à évaluer,

- Je prends RDV avec mon médecin traitant
- Un professionnel de santé me contactera très prochainement

Annexe 3 – Exemple de support de formation, DAC 17

Formation complémentaire STEP 1 et STEP 2

ICoPE Integrated Care for Older People

Droits réservés pour les personnes âgées

1



REPUBLIQUE
FRANÇAISE



CHARENTE-MARITIME



CHARENTE-MARITIME

Ordre du jour

- Organisation du parcours en Charente-Maritime
- Passation du STEP 1
- Passation des évaluations STEP 2 et rappels sur la graduation du plan de soin
- Entretien motivationnel
- Ressources du territoire et supports de prévention
- Base de donnée et facturation

PLURIEL ET MARC A. BERNIERE

2

Logo of the Institut de Veille Sanitaire (InVS) and the French Republic (FR) with the text "Organisation du parcours ICOPE en Charente-Maritime".

3

Le diagramme illustre l'ICOPE (Initiative pour la Cohésion des Professions de Santé) à travers une structure en trois étapes, représentées par des flèches descendantes :

- Étape 1 : Coopération**
 - Professionnels de santé libéraux, professionnels sanitaires, médico-sociaux en institutions, aidants, auto-évaluation
- Étape 2 : Gestion de l'attente**
 - Professionnels de santé diplômés, salariés de la QPVS ou libéraux
 - Si pas d'attente → Conseil d'hygiène de vie
 - Si attente → Évaluation
- Étape 3 : Évaluation**
 - Selon les domaines touchés : Professionnels libéraux formés ou soins primaires ou soins spécialisés en lien avec le médecin traitant
 - Échelles/pathologies associées/besoins sociaux et environnementaux

En bas à droite, une légende indique : **ICOPE** (Initiative pour la Cohésion des Professions de Santé).

4

ICOPE
Institut
de Coopération
Océanique

PARCOURS ICOPE

Étape 3
Délibération du
plan de soins

- Professionnel de santé ayant procédé à l'évaluation
- Objectifs centrés sur la personne
- Équipe pluridisciplinaire
- Self management
- Idéal et fonction des ressources territoriales

Étape 4
Suivi du plan de
soins

- Professionnel de santé ayant procédé à l'évaluation et l'élaboration du plan de soins ou auto-évaluation
- Suivi du plan de soins + monitoring du stage 1
- Repérage des obstacles individuels
- Repérage des obstacles liés à l'équipement du territoire

Étape 5
Évaluation

- Implication de la collectivité

SL/2016-27-01/16-16 2016/12/2

5

A large green square with a white border. Inside the square, the text "Passation STEP 1" is written in a large, bold, green font. In the top-left corner of the square, there is a small white rectangular box containing the logo of the University of Applied Sciences (HAW) and the text "HAW HAWK" and "HAWK".

6



Rappel public cible

- Territoire d'expérimentation en Charente-Maritime.
- Séniors + de 60 ans
- Non dépendants
- Intéressés par une démarche pensée par l'OMS, dont l'objectif est de prolonger l'espérance de vie sans incapacités, consistant à « Tchéquer » régulièrement 6 fonctions essentielles au bien vieillir, pour prendre en charge précocement un déclin potentiel lié à l'âge. Non géré par l'idée d'un monitoring à 6 ou 12 mois.



> CPTS ou CC Auvergne Nord
 > CPTS ou CC Auvergne Sud
 > Fouras, St Laurent de la Préze
 > CPTS ou CA La Rochelle
 > Ile de Ré

7

[illegible]

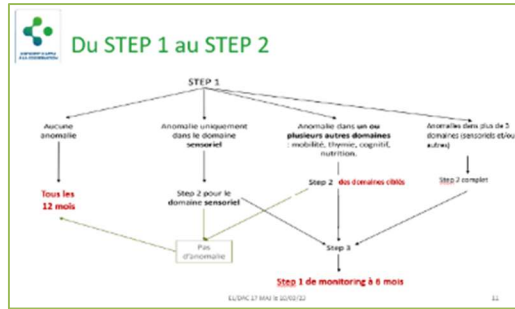
8

[illegible]

9

[illegible]

1



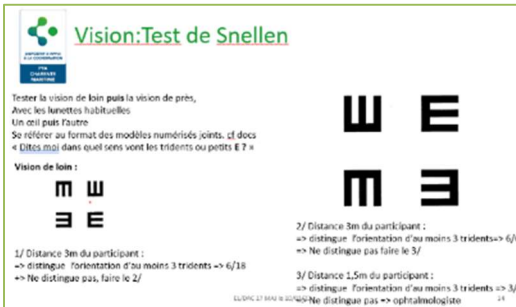
11



12



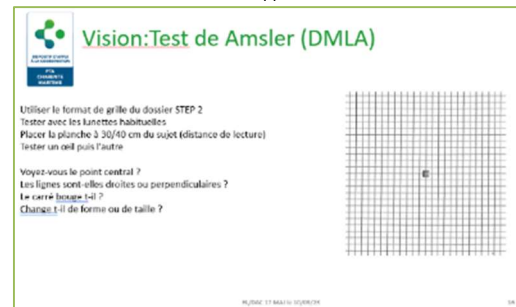
13



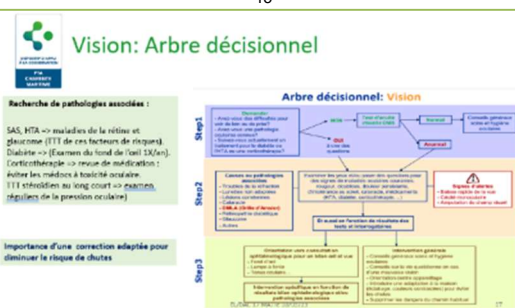
14



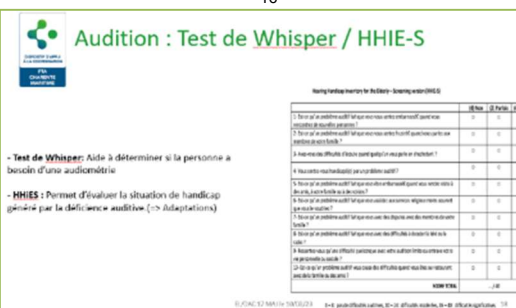
15



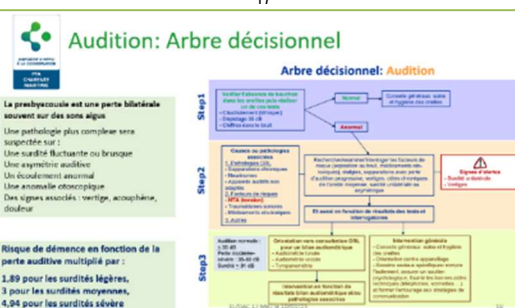
16



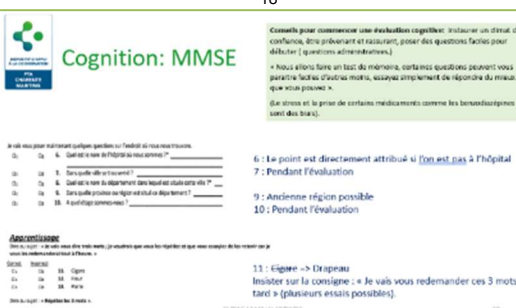
17



18



19



20

Cognition: MMSE

Attention

Donner un exemple pour s'assurer que la compréhension de la consigne est bonne.

Ne pas s'arrêter à l'erreur

Compter les - 7 correctes = 1

Incorrectes = 0

19 : Cigare -> Drapeau

L'ordre ne compte pas, ne compter que les mots donnés spontanément.

Respirer :

Si l'indication est possible

Si il y a des intrusions

EUROPE ET SANTE INNOVATION

21

Cognition: MMSE

Interprétation:

Le score MMSE est un indicateur de la fonction cognitive. Les scores inférieurs à 24 sont considérés comme anormaux.

24 : Préférer que la suite de mots ne veut rien dire mais qu'il faut répéter mot pour mot.

25 : Ne pas répéter la consigne, demander au sujet de faire ce qu'il a retenu, tolérance pour les gauchers

29 : On peut donner un thème pour éviter le manque d'inspiration

EUROPE ET SANTE INNOVATION

22

Cognition: MMSE

Copie du dessin:

Créer :

Le rectangle formé par le croisement des pentagones.

L'orientation des figures.

La taille des figures.

La fermeture incomplète des angles.

Leur indiquer s'ils commencent, de ne pas reproduire la figure en symétrie.

EUROPE ET SANTE INNOVATION

23

Cognition: MMSE

Résultats:

Ne pas donner de chiffres au patient, préférer dire que le test est normal si c'est le cas ou que vous avez remarqué quelques difficultés qu'il serait intéressant d'évoquer avec le médecin traitant.

Score	Score normal	Score inférieur à 24	Score inférieur à 24
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28
29	29	29	29
30	30	30	30

EUROPE ET SANTE INNOVATION

24

Cognition: MOCA

Résultats et interprétations:

La notation de l'évaluation se fait directement sur la grille et simultanément à la passation. Préférer garder un modèle vierge pour montrer les modèles, et cacher le score. L'évaluateur doit inscrire les réponses de la personne et les noter, bon pour 1 point et incorrect pour 0 point. Un score maximal sur 30 points sera ainsi obtenu.

Le score peut être interprété de la manière suivante :

- 26/30 = pas d'atteinte neurocognitive
- 18-25/30 = atteinte légère
- 10-17 = atteinte modérée
- Moins de 10 = atteinte sévère (Nasreddine, 2019)

(CI docs: consignes d'administration de la MOCA)

EUROPE ET SANTE INNOVATION

25

Cognition: Echelle CAM

On coche les critères que l'on peut observer :

EX Critère 1 : Est-ce que le patient présente des troubles soudains et une fluctuation des symptômes ?

Le patient présente-t-il un changement de l'état mental de base ? oui ou non

Le comportement fluctue-t-il dans la journée ? oui ou non

ou Oui à l'une des 2 questions, on retient le critère.

Attention Critère 4 :

On ne retient pas le critère sur l'événement : « normal ou anormal »

Vigile = conscience normale mais peu alerte

EUROPE ET SANTE INNOVATION

26

Cognition: Arbre décisionnel

Arbre décisionnel: Cognition

Step 1: Évaluation initiale

Step 2: Évaluation de la cognition

Step 3: Évaluation du risque suicidaire

EUROPE ET SANTE INNOVATION

27

Thymie: PHQ9

Echelle de dépression :

Peut être adaptée pour faciliter la bonne compréhension du séminaire.

Ex : Au cours des 2 dernières semaines avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?

1/ Oui/Non ?

2/ A quelle fréquence ?

Questions 5/6/8 : séparer les questions en plusieurs parties.

Question 9 : Si oui -> évaluation du risque suicidaire.

EUROPE ET SANTE INNOVATION

28

Thymie : évaluation du risque suicidaire

Urgence faible :

- Communication possible
- Recherche de solutions
- Pas de scénario
- Projets pour les prochains jours
- Moyens et stratégies pour faire face

Urgence modérée :

- Emotif et fragile
- Intention de suicide claire
- Scénario mais exécution reportée
- Peu de recours
- Demande d'aide, discussion possible

Urgence élevée :

- La personne sait comment elle va faire
- Accès direct et immédiat aux moyens de se suicider
- Douleur et souffrance omniprésente
- Pas de recours

Allo Miel TTT

Allo 15

EUROPE ET SANTE INNOVATION

29

Thymie: Arbre décisionnel

Arbre décisionnel: Psychologie/thymie

Step 1: Évaluation initiale

Step 2: Évaluation de la thymie

Step 3: Évaluation du risque suicidaire

EUROPE ET SANTE INNOVATION

30

Mobilité: SPPB

Préférer changer l'ordre de passation en cas de fragilité

1. Commencer par la position la plus facile et continuer les suivantes si possible.

2. Délimiter 4m de manière visible, démarer de tout objet à risque de chutes.

3. Préférer chaise contre le mur, sans accoudoirs, bras croisés sur les épaules, pieds enracinés dans le sol. Faire un lever en amont du chrono pour vérifier. Arrêter le chrono debout au 3^e lever.

Score	Performance
3	Non réalisable
2	1-2 fois
1	3-4 fois
0	5-6 fois
0	7-8 fois
0	9-10 fois
0	11-12 fois
0	13-14 fois
0	15-16 fois
0	17-18 fois
0	19-20 fois
0	21-22 fois
0	23-24 fois
0	25-26 fois
0	27-28 fois
0	29-30 fois
0	31-32 fois
0	33-34 fois
0	35-36 fois
0	37-38 fois
0	39-40 fois
0	41-42 fois
0	43-44 fois
0	45-46 fois
0	47-48 fois
0	49-50 fois
0	51-52 fois
0	53-54 fois
0	55-56 fois
0	57-58 fois
0	59-60 fois
0	61-62 fois
0	63-64 fois
0	65-66 fois
0	67-68 fois
0	69-70 fois
0	71-72 fois
0	73-74 fois
0	75-76 fois
0	77-78 fois
0	79-80 fois
0	81-82 fois
0	83-84 fois
0	85-86 fois
0	87-88 fois
0	89-90 fois
0	91-92 fois
0	93-94 fois
0	95-96 fois
0	97-98 fois
0	99-100 fois

31

Mobilité: Critères de Fried

Evaluation de la fragilité

Critère B:
La question peut être posée en 2 temps :
Avez-vous ressenti l'un des symptômes suivants ?
Le critère B comprend 2 questions : même si 1 seule réponse sur 2 => 1 point au critère B

Critère C:
Position pour évaluer la force de poignée de main :
Assis, coude à 90° sans appui, faire les 2 mains garder la meilleure pour coter.

Grille de notation :
0-4 = IMC
Cut off = limite
Conseil : Préférer un dynamomètre électronique (25 euros env)

32

Mobilité/autonomie: Echelles ADL/IADL

Impact du déclin sur l'autonomie
Cotation: contrairement à l'aide humaine, l'utilisation d'aides techniques pour la réalisation de l'acte n'impacte pas la cotation.

IADL:
A contrôler avec les habitudes antérieures et les habitudes de vie de ces générations.

33

Mobilité: SARC-F

Evaluation du risque de sarcopénie
La compréhension peut être facilitée en interrogeant en 2 temps:
Avez-vous des difficultés pour ... ? oui / non
Si OUI : quantifier la difficulté

Rappel:
En cas de suspicion de sarcopénie adresser le patient vers son médecin traitant.

34

Mobilité: Arbre décisionnel

Arbre décisionnel: Mobilité

Step 1: Évaluation globale de la mobilité

Step 2: Évaluation des symptômes

Step 3: Évaluation des facteurs de risque

35

Nutrition: MNA

Evaluation du risque de dénutrition
1 dépiquage
1 évaluation globale => à privilégier
Si IMC non renseigné : prendre la circonférence, (inf à 12 cm)

Mesure de la circonférence brachiale :
Plier le bras non dominant le long du corps, coude en angle droit, comme vers le haut, mesurer la partie la plus large du biceps.

Mesure de la circonférence du mollet :
S'allonger genou à 90°, cheville à 90°, prendre la circonférence la plus large.

36

Nutrition: Arbre décisionnel

Arbre décisionnel: Nutrition

Step 1: Évaluation globale de la nutrition

Step 2: Évaluation des symptômes

Step 3: Évaluation des facteurs de risque

37

Matériel à prévoir STEP 2 :

MEMO

- 1 chronomètre
- 1 mètre (SPPB)
- 1 dynamomètre (test de Fried)

Les planches de tests (cf docs supports à imprimer pour la passation du STEP 2)

Le dossier dématérialisé STEP 2 (A changer et enregistrer dans vos favoris en cas de VAD, nécessite connexion sur place)

38

Rappels: Analyse du dossier

Vérifier que le sujet n'est pas dépendant (score ADL et IADL)

Identifier les domaines altérés en les justifiant

- Niveau d'altération pour chaque domaine
- Intérêt de hiérarchiser les domaines touchés
- Facteurs explicatifs (pathologies) Facteurs associés (facteurs de risque)

Présenter un plan de soin personnalisé

- Hiérarchiser le plan de soin et tenir compte des souhaits du patient
- Rester dans son domaine d'expertise (multidisciplinaire) fait apparaître un risque de dénutrition, une altération de la fonction, un trouble de la mobilité, un trouble des conduites (spécifiques)
- Le médecin traitant est au centre du dispositif
- Insister sur le self management

Des retours d'expériences vont être proposés avec un Gériatre

39

L'entretien motivationnel

« L'entretien motivationnel est un style de communication collaboratif et centré sur un objectif, avec une attention particulière au langage de changement. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'entraide ».

Quand fait-on de l'EM ?
Cible le changement
Ambivalence sur le changement et/ou la mise à l'action

INCORRECT

Correct

40



L'entretien motivationnel

Pour commencer à travailler dans ce sens :

Le but est d'établir avec le patient une relation de confiance, fondée sur le non jugement. L'interroger sur ses propres motivations à modifier son comportement ou ne pas le modifier, être dans l'écoute en résumant et reformulant, valider ce qu'il met déjà en œuvre pour avancer vers sa cible.

La personne est :
 Experte de son vécu
 Experte d'elle-même
 Experte de son milieu

En pratique suite aux STEPS :

L'interroger sur les conclusions des évaluations, je remarque que... qu'en pensez-vous ? qu'avez-vous déjà mis en œuvre sur ce sujet ? Selon vous, que peut-on faire ? Que connaissez-vous... ? Comment par quel moyen pensez-vous que l'on puisse y arriver ? Que souhaitez-vous prioriser ?

ÉVALUATION DES BESOINS

41

Annexe 4 – Etude de cas : Les Hospices Civils de Lyon

Les Hospices Civils de Lyon (HCL), ont rejoint l'expérimentation Article 51 d'ICOPE lors de **l'appel à manifestation d'intérêt (AMI) en 2020**. Le projet a été écrit et soutenu par trois médecins, un gériatre et deux médecins généralistes (dont certains appartenant à la CPTS de Vénissieux Saint Fons), donnant ainsi une dimension hospitalo-universitaire à l'expérimentation. ICOPE est porté en Auvergne-Rhône-Alpes par les HCL, dont l'Institut du Vieillissement.

Contexte organisationnel

L'équipe du porteur expérimentateur

- ▶ Un co-porteur, la CPTS Vénissieux Saint Fons, qui dans le cadre d'ICOPE a participé à la rédaction de l'AMI et qui, actuellement, réalise le parcours et participe activement aux différentes réunions organisées (COFIL).
- ▶ Un directeur médical ICOPE dont le rôle est d'apporter la caution médicale au dispositif et d'être en appui dans les différentes prises de décisions dans le développement du dispositif ICOPE.
- ▶ Une cheffe de projet ICOPE qui réalise la coordination des acteurs (CPTS notamment), le déploiement du dispositif, le suivi des usagers (orientation auprès des CPTS pour la cohorte numérique) ainsi que la gestion budgétaire.
- ▶ Un responsable de projets télésanté, il est en charge de la création et de la mise à jour des outils numériques utilisés.
- ▶ La directrice de l'institut du vieillissement, qui appuie la cheffe de projet ICOPE dans ses différentes missions et notamment dans la stratégie de déploiement du dispositif ainsi que la prise de décisions.
- ▶ La directrice des soins de l'institut du vieillissement, elle apporte la vision soignante des HCL et est partie prenante dans la prise de décision vis-à-vis du développement du programme ICOPE.

Le poste de cheffe de projet représente 0,75 ETP, auquel s'ajoute 0,1 ETP réparti entre les membres de l'équipe projet (gériatre, médecin généraliste, référent numérique et directrices).

Les partenaires institutionnels des HCL

Afin de déployer efficacement le parcours ICOPE sur le territoire, le porteur a établi des partenariats avec sept CPTS (CPTS Vénissieux Saint-Fons, Monts du Lyonnais, Val de Saône, Lyon 8, Vallons du Lyonnais, Coteaux Rhodaniens, Lyon 7) et une MSPU (MSPU Saint-Priest). Ces partenaires institutionnels **ne couvrent actuellement pas entièrement le territoire des HCL** qui avait été initialement été objectif pour le déploiement d'ICOPE (cf. *Figure ci-dessous*), même si la majorité du territoire est actuellement couverte. Cela s'explique notamment par :

- ▶ Le temps de l'expérimentation n'a pas été suffisant pour avoir le déploiement prévu
- ▶ Certains acteurs (CPTS) n'ont pas souhaité intégrer ICOPE dans leur pratique
- ▶ L'absence de CPTS (ou autres) sur les territoires

Le déploiement du dispositif ICOPE au sein des CPTS a été marqué par plusieurs difficultés. Tout d'abord, la mise en œuvre dépendait principalement du niveau de maturité des différentes CPTS, certaines étant plus avancées que d'autres dans leur structuration et leur capacité à

adopter de nouvelles initiatives. Ensuite, le financement, attribué de manière égale à l'ensemble des CPTS, n'a pas toujours permis d'accompagner ces différences de maturité, rendant la coordination complexe pour le porteur expérimentateur. Ce dernier a dû composer avec des CPTS progressant à des rythmes différents, ce qui a nécessité une gestion attentive pour assurer une cohérence et une efficacité globales.

En revanche, plusieurs leviers de succès ont permis de faciliter le déploiement. Une dynamique initiale forte a été observée, avec une demande active des CPTS elles-mêmes pour intégrer le programme ICOPE, signe d'un véritable intérêt et engagement local. De plus, la connaissance approfondie du territoire par les CPTS a été un atout majeur, permettant d'adapter les interventions aux spécificités locales. Enfin, le fait que les CPTS étaient déjà sensibilisées aux besoins de la population vieillissante a favorisé une meilleure appropriation du dispositif, renforçant ainsi son intégration et son acceptation par les acteurs locaux.

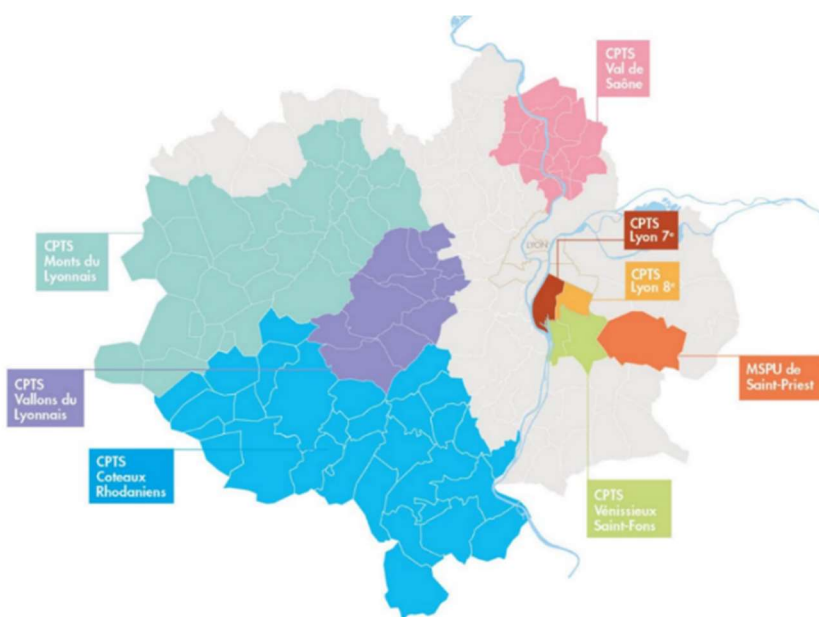


Figure 33 : Territoire couvert par le porteur expérimentateur HCL et sa zone grise (non couverte)

Ces sept partenaires institutionnels permettent de couvrir **91 communes** du territoire du Grand Lyon.

Modèle organisationnel

Ces acteurs, en lien avec les partenariats qui ont été établis avec des structures locales de soins primaires, déploient le dispositif sur le territoire selon le modèle organisationnel suivant :

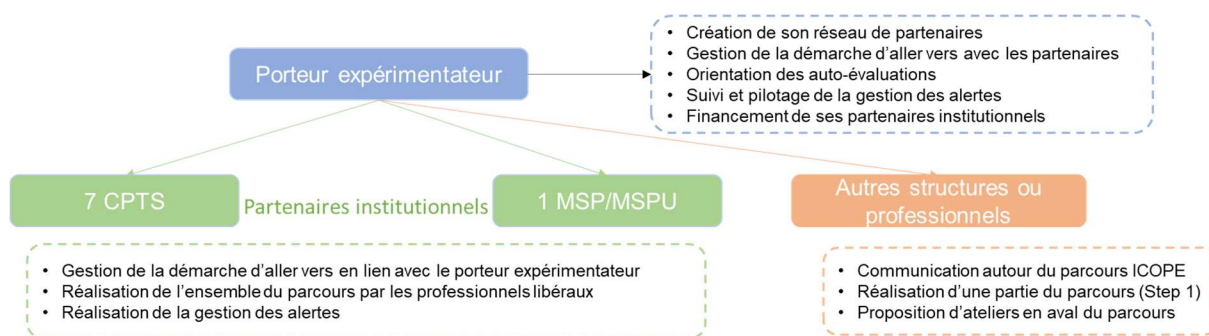


Figure 34 : Modèle organisationnel déployé par les HCL sur leur territoire d'expérimentation

Le modèle organisationnel des HCL repose sur le porteur expérimentateur, responsable de la structuration et la gestion du projet sur le territoire. Ce porteur collabore avec différents acteurs de santé, afin de créer un réseau intégré de soins. Les partenaires, quant à eux, réalisent l'ensemble du parcours : les tests de dépistage, la gestion des alertes, l'évaluation approfondie et l'entretien motivationnel. Ce modèle permet de renforcer la coopération et tend à fluidifier le parcours de soins, en s'appuyant sur une approche territoriale.

La démarche d'aller vers

Création d'un réseau d'acteurs

Au-delà des huit partenaires institutionnels avec lesquels les HCL ont établi des conventions, le déploiement d'ICOPE repose également sur une collaboration étroite avec plusieurs acteurs locaux :

- ♦ Le **Crias**, une association qui propose des ateliers gratuits dans toute la métropole de Lyon. Les ateliers ciblent une thématique en lien avec les six capacités fonctionnelles évaluées par ICOPE (mobilité, cognition, nutrition, audition, vision, et humeur) ;
- ♦ La **CARSAT**, contribue à la diffusion d'informations via des campagnes d'e-mailing ciblées, destinées à sensibiliser les seniors sur le programme ICOPE et les inciter à participer. Grâce à des **campagnes de communication** par courrier postal ou mail, plus de 100 000 seniors ont été touchés par ces initiatives ;
- ♦ Les **URPS** (IDE, masseur-kinésithérapeute, médecins, pharmaciens) informent et mobilisent les professionnels de santé pour les sensibiliser à la démarche et les inciter à la réalisation du parcours ;
- ♦ La **Métropole Aidante**, une association qui joue un rôle de relais d'informations auprès des aidants, souvent en première ligne dans le soutien aux personnes âgées vulnérable ;
- ♦ **L'AGIRC-ARRCO**, institution de retraite complémentaire est impliquée dans la réalisation du step 2 du parcours ICOPE ;
- ♦ La **Métropole de Lyon**, en partenariat avec les services d'aide à domicile et les centres communaux d'action sociale (CCAS), contribue à la formation des aides à domicile au dépistage (step 1) ;
- ♦ **La Poste** quant à elle, participe activement au parcours en intégrant la réalisation des dépistages (step 1) dans ses services de proximité, renforçant l'accès aux programmes pour les populations plus isolées.

Les actions permettant la démarche d'aller vers

Les HCL ont développé une dynamique proactive pour sensibiliser à la fois les professionnels de santé, des seniors, et de leurs aidants, en s'appuyant sur des actions de formation, de sensibilisation et de communication variées. Cette démarche inclut notamment la formation de plus de 400 étudiants en soins infirmiers (IFSI) pour leur permettre de réaliser le step 1 du parcours.

Par ailleurs, les HCL participent à des événements ciblés pour sensibiliser un public large et diversifié. A ce titre, l'atelier « Fabrique à projet », organisé lors de l'évènement « Projet Bien Vivre Chez Soi », a permis de rassembler des acteurs variés autour des enjeux du vieillissement en bonne santé. La participation à la **semaine bleue**, semaine nationale des retraités et des personnes âgées dédiée au bien-vieillir, a permis de renforcer leur démarche de sensibilisation auprès du grand public et la réalisation de tests de repérage de fragilité (step 1).

En complément, la **journée nationale des aidants**, à l'Hôtel de la Métropole de Lyon, a permis au porteur de proposer des ateliers sur le bien vieillir (parcours équilibre, stimulation de la mémoire, vélo santé, etc.), des conférences autour de la prévention de la fragilité, des débats ainsi que l'accompagnement des seniors à l'autoévaluation avec des professionnels de la MSPU partenaire. Un stand d'ICOPE était également présent lors de l'évènement « Horizon Seniors de Lyon », organisé par Le Progrès, pour la sensibilisation des seniors.

Cette stratégie globale se traduit également par des initiatives plus locales et originales, comme l'**exposition photo « Voyager au cœur du bien vieillir »**⁴² menée par deux masseurs-kinésithérapeutes de la CPTS Lyon 8. Ce projet visuel met en lumière l'importance du maintien de l'autonomie en mettant en scène des seniors dans des situations illustrant les six capacités fonctionnelles (mobilité, cognition, audition, vision, nutrition et psychologie).



Figure 35 : Photographies de l'exposition "Voyager au cœur du bien vieillir"

Cependant, **aucune démarche spécifique** de ciblage des plus vulnérables n'a été réalisée, car rajoutant une difficulté supplémentaire au lancement alors que le déploiement sur l'ensemble du territoire n'est pas encore réalisé. Les partenaires ne savent pas comment les atteindre et sont **limités** par le fait de ne recruter parfois qu'au sein de leur patientèle déjà installée. La difficulté à atteindre les seniors éloignés des soins était un aspect prévu de l'expérimentation, avec un critère d'inclusion spécifique portant sur la priorisation des personnes âgées vulnérables.

⁴² Annexe 5 – Affiche de présentation de l'exposition photo « Voyager au cœur du bien vieillir » réalisée par la CPTS Lyon 8

La communication d'ICOPE

Au-delà des événements auxquels ils ont activement participé, les HCL ont développé une stratégie de communication multicanal pour maximiser la diffusion du programme ICOPE. Un **site internet dédié**⁴³ a été mis en place, offrant des informations complètes sur le programme, les ressources disponibles, et les modalités d'implication, permettant une accessibilité à l'information pour les professionnels de santé et les seniors.

Autrement, les HCL organisent régulièrement des « cafés des expérimentateurs », des sessions de rencontre et d'échanges entre les professionnels réalisant le parcours ICOPE (step 1 et/ou step 2) qui favorisent le partage des bonnes pratiques, la résolution de questionnements, et la consolidation des collaborations entre les différents acteurs lorsque les étapes ne sont pas toutes prise en charge par le même professionnel.

Pour renforcer leur visibilité et diffuser efficacement les informations, les HCL utilisent également **divers supports imprimés** : des affiches, des plaquettes d'information⁴⁴, et des roll-ups. Ces outils sont déployés dans les établissements de santé, les cabinets médicaux et lors de divers événements communautaires. Cette approche permet de maximiser la diffusion et l'impact du programme, tout en assurant une communication cohérente et accessible auprès des seniors, des professionnels, et des partenaires locaux.

Le financement et les ressources allouées au projet

Les enveloppes de financement

Dans le cadre l'Article 51, les HCL ont bénéficié de deux types de financements pour soutenir le projet. Tout d'abord, un montant de 177 582€ a été accordé pour les CAI, et une enveloppe distincte de 212 185€ pour l'animation territoriale et les frais kilométriques.

Le porteur expérimentateur a utilisé 77% des fonds alloués pour les **CAI**, soit un total de 136 585€. Ces fonds ont principalement couvert les dépenses liées aux actions de communication (conception graphique et impression de supports), ainsi qu'aux frais liés à la formation des professionnels (y compris les équipes formatrices des HCL, les formateurs) et la chefferie de projet.

En ce qui concerne l'enveloppe pour **l'animation territoriale**, 54% des fonds ont été utilisés, soit un total de 114 107€. Les financements ont été répartis entre les huit partenaires en fonction de la taille du partenaire, mesurée par le nombre de seniors sur leur territoire respectif, avec un ajustement supplémentaire (dotation kilométrique) pour les partenaires ayant un territoire étendu. Toutefois, le financement étant fixe au début de l'expérimentation, ne permet pas d'augmenter le financement pour un partenaire dont la taille a évolué en cours d'expérimentation, ou d'intégrer de nouveaux partenaires. De plus, en cas d'intégration de nouvelles CPTS (en cours d'expérimentation par exemple), le porteur expérimentateur a dû répartir les financements pour permettre à l'ensemble des structures un fonctionnement le plus adapté possible. Cette rigidité a rendu nécessaires des arbitrages budgétaires, entraînant des tensions potentielles entre les partenaires.

Enfin, une **subvention supplémentaire** de 10 000€ a été accordée en juin 2024 par Alptis, entreprise spécialisée dans les assurances et la prévoyance. Cette subvention vise à financer

⁴³ <https://www.icopeggrandlyon.fr/>

⁴⁴ Annexe 6 – Plaquette d'information des HCL à destination des & Annexe 7 – Plaquette d'information des HCL à destination des professionnels de santé

la réalisation des steps 1 par les facteurs et le développement de la démarche « aller-vers », renforçant ainsi le soutien au programme ICOPE.

Les outils utilisés

L'ensemble du parcours est géré sur la base de données **ICOPE MONITOR**. Pour assurer un suivi précis des différentes étapes et des interventions des partenaires, d'autres outils de pilotage ont été déployés. Cela inclut des **tableaux Excel** et des **exportations automatisées** depuis ICOPE MONITOR, développées avec l'aide de la personne en charge du numérique au sein de l'équipe. Les professionnels de santé du territoire interagissent autour des patients par MonSisra, messagerie sécurisée.

En termes de pilotage et de suivi, ces outils disponibles initialement ou créés au fur et à mesure de l'avancement de l'expérimentation ont permis de répondre majoritairement aux besoins. Cependant, la notion de communication via ces outils auprès des partenaires (santé, hors santé) a été relevée comme étant une nécessité de fonctionnalité non développée à ce jour par faute de moyens financiers.

Le parcours ICOPE sur le territoire des HCL

Entre décembre 2022 et décembre 2023, 1 435 séniors ont été dépistés sur le territoire d'expérimentation des HCL, selon les données fournies par la CNAM. Ce chiffre représente 30% de l'objectif fixé à 4 855 séniors dans le cahier des charges.

Parmi les personnes dépistées et ayant au moins une altération, 83% (973) ont été suivi lors de la gestion des alertes. De ces alertes, 23% (216) ont donné lieu à une évaluation approfondie (step 2), et parmi celles-ci, seulement 11% (24 séniors) ont conduit à des entretiens motivationnels (step 3) destinés à accompagner les séniors dans la mise en place de leur plan personnalisé.

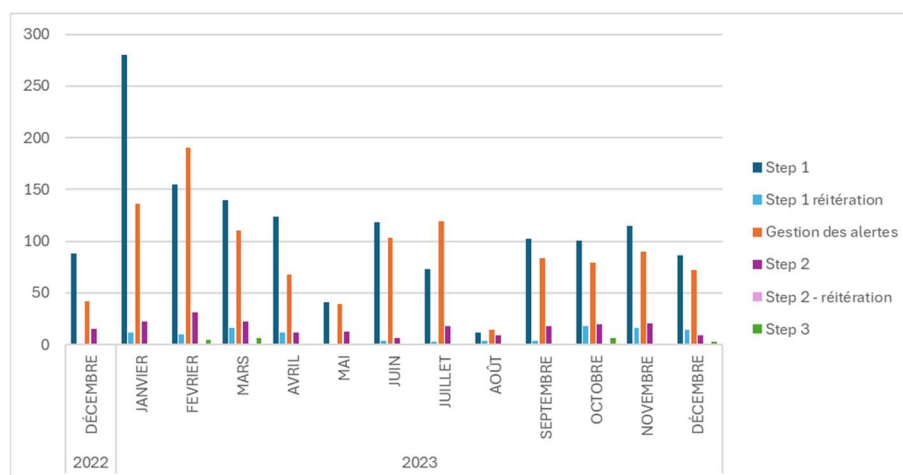


Figure 36 : Evolution temporelle des effectifs par étape du parcours ICOPE

En comparaison avec la répartition de la population des plus de 60 ans proposée par l'INSEE pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, les séniors participant à ICOPE présentent une légère surreprésentation des personnes âgées de plus de 75 ans, tant chez les hommes que chez les femmes, tout en ayant une moyenne d'âge sur la population dépistée de 74 ans. À l'inverse, les séniors plus jeunes (60-74 ans) sont sous-représentés, représentant 54 % des participants au programme ICOPE, contre 63 % dans la population régionale.

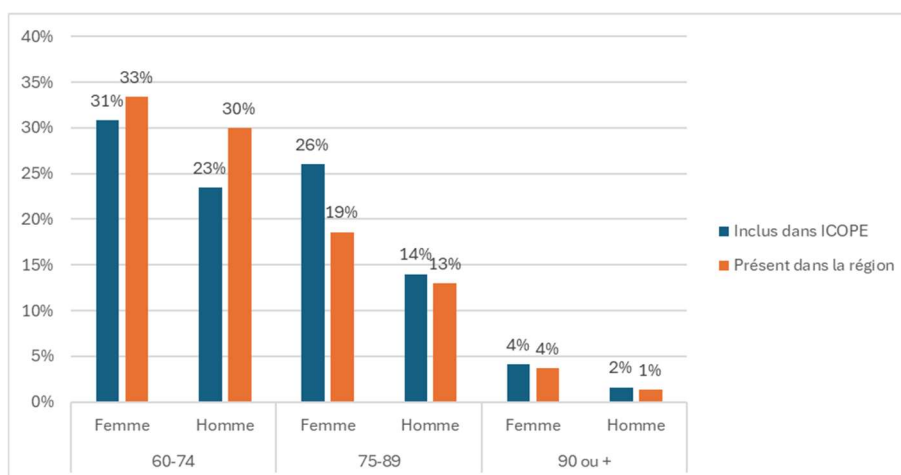


Figure 37 : Répartition des séniors inclus selon leur âge et leur sexe en comparaison aux données INSEE de la région Auvergne-Rhône-Alpes

La faible participation de cette tranche d'âge (60-74 ans) s'explique par le fait qu'ils se perçoivent souvent en bonne santé et moins concernés par un programme de prévention des fragilités. Souvent encore actifs socialement ou professionnellement, ils priorisent moins ce type de démarche.

Par ailleurs, les femmes sont majoritaires parmi les séniors engagés dans le programme, avec une proportion de 61 %, ce qui constitue une légère surreprésentation par rapport à la moyenne régionale de 56 % en Auvergne-Rhône-Alpes.

Le dispositif ICOPE a touché très peu de séniors présentant une forte vulnérabilité. Cette vulnérabilité était évaluée sur la base de six critères : situation d'aidant, présence d'une mutuelle, vie en solitaire, absence de consultation médicale dans les 12 derniers mois, fréquence des visites de l'entourage et soucis financiers. Parmi les séniors évalués dans le cadre du programme, l'isolement apparaît comme le facteur le plus fréquent de vulnérabilité : 42 % des participants vivent seuls et 7 % n'ont aucune visite de leur entourage. Le statut d'aidant concerne 12 % des séniors évalués, tandis que 10 % n'ont pas de mutuelle, 5 % font face à des difficultés financières, et seulement 1 % n'ont pas eu de suivi médical dans l'année écoulée.

Le faible taux d'absence de suivi médical (1 %) s'explique par le fait que la majorité des séniors dépistés par ICOPE sont identifiés par des professionnels de santé (62 %), ce qui indique qu'il s'agit de personnes déjà intégrées dans le système de santé et non éloignées des soins.

Pour réaliser l'ensemble du parcours steps 1, 2 et 3, les différents partenaires institutionnels ont la possibilité de **recevoir les rémunérations prévues** dans le cahier des charges de l'expérimentation. Dans le cas du step 2, le choix s'est tourné (pour l'ensemble des partenaires) vers un **financement au forfait et non par altération**. Ce choix a été justifié par le fait que la rémunération au forfait était celle qui se rapprochait le plus des réalités du terrain en termes de temps alloué notamment. Cependant, au-delà de 3 altérations, cette rémunération s'avère peu adaptée pour les professionnels, car elle ne tient pas suffisamment compte du temps supplémentaire passé auprès du senior.

Le test de dépistage

L'ensemble des dépistages a été réalisé à l'aide de l'outil ICOPE Monitor, permettant au porteur expérimentateur HCL de dépister 1 435 séniors distincts à partir de décembre 2022.

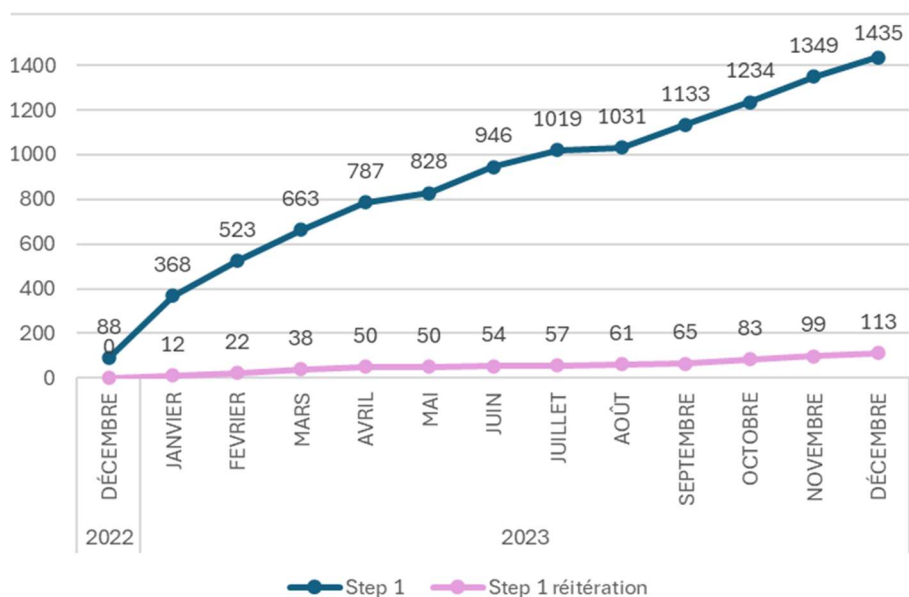


Figure 38 : Evolution temporelle du nombre cumulé de step 1 en primo-dépistage et en réitération

La progression des dépistages s'est stabilisée autour de 100 séniors par mois. Cependant, le taux de réitération reste faible : alors qu'il aurait dû y avoir 554 réitérations, seulement 113 ont été effectuées, représentant 20 % des séniors concernés. Les séniors qui réalisent leur réitération le font en moyenne au bout de 186 jours, ce qui correspond aux six mois recommandés par le dispositif ICOPE. Ces réitérations concernent à la fois des séniors ayant eu des alertes lors de leur premier dépistage (7,1 % d'entre eux) et des séniors sans alertes (6,7 % d'entre eux).

Modalités du dépistage

Il existe trois modalités de réalisation du step 1 dans le cadre du programme ICOPE : en autonomie par le sénior via l'application (auto-évaluation), accompagné par une personne non professionnelle de santé (hétéroévaluation non rémunérée), ou avec l'accompagnement d'un professionnel de santé rémunéré (hétéroévaluation rémunérée), qu'il s'agisse de professionnels rattachés à des partenaires institutionnels (CPTS, MSPU) ou indépendants.

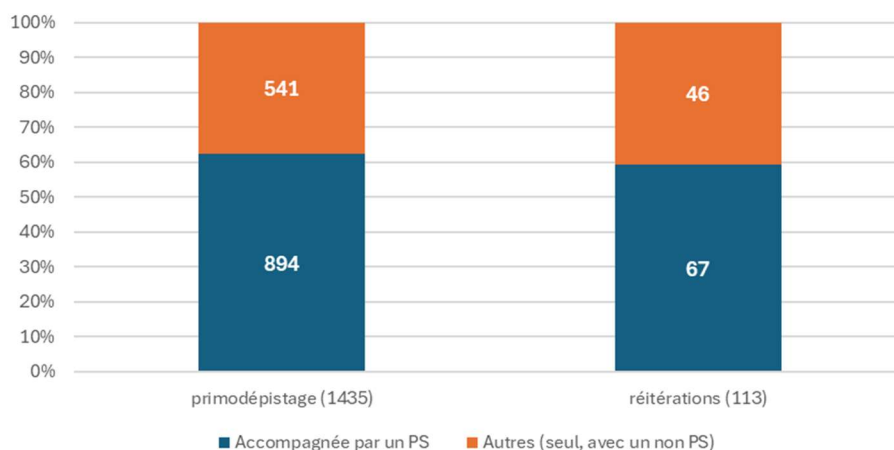


Figure 39 : Répartition des dépistages selon leur modalité de prise en charge

Sur le territoire des HCL, les **auto-évaluations et hétéroévaluations non rémunérées** représentent 38 % des primo-dépistages et 41 % des réitérations. Ces résultats ont été

obtenus grâce aux **campagnes d'information** menées par les HCL, la CPAM, la CARSAT et lors des journées de dépistage organisées dans le cadre de forums et événements pour seniors. Bien que l'implication des facteurs dans la réalisation de step 1 ait été prévue initialement, des contraintes budgétaires ont empêché leur participation, notamment en raison de l'absence de financement prévu pour leur rémunération. Afin de surmonter ces limites budgétaires, des financements complémentaires, obtenus auprès de la société Alptis, permettront d'intégrer cette profession dans les prochaines phases du programme. A ce jour, les dépistages avec les facteurs n'ont pas encore été déployés.

La majorité des dépistages a toutefois été réalisée par **hétéroévaluation rémunérée** (62 % des primo-dépistages et 59 % des réitérations), assurée par 97 professionnels au cours de l'année passée. Parmi les primo-dépistages accompagnés d'un professionnel de santé, les masseurs-kinésithérapeutes sont les plus impliqués (38 %), suivis des infirmiers, infirmiers en pratique avancée (IPA), et cadres de santé (33 %). Concernant les réitérations, bien que l'échantillon soit plus restreint (113 tests), les professions les plus représentées sont les médecins (34 %) et les infirmiers, IPA, cadres (14 %).

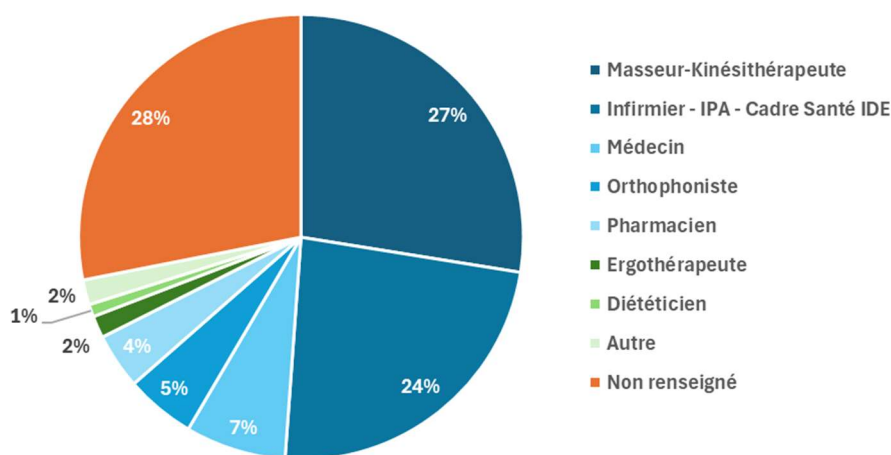


Figure 40 : Répartition des professionnels de santé ou non, ayant réalisé les primo-dépistage

Le dispositif repose actuellement sur les **patientèles des professionnels de santé** formés à ICOPE, limitant ainsi la portée du programme à un vivier restreint de seniors. En effet, peu de personnes de plus de 60 ans consultent régulièrement un professionnel de santé intégré au dispositif ICOPE, ce qui restreint le nombre de seniors potentiellement touchés par le programme. Cette situation incite à envisager des stratégies complémentaires, notamment en **mobilisant des acteurs hors du champ de la santé** pour toucher un plus grand nombre de seniors. En réponse, les partenaires ont développé des **sessions de dépistage « hors les murs »**, souvent en collaboration avec les municipalités et les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS).

Chaque modalité de dépistage présente des limites freinant la poursuite du parcours ICOPE. L'auto-évaluation, bien qu'accessible, peut être **incomplète**, rendant difficile la gestion des alertes et le suivi du senior. Dans le cadre des hétéroévaluations rémunérées, si le suivi est temporaire, comme c'est souvent le cas avec un kinésithérapeute, le parcours ICOPE peut s'arrêter avec la fin de l'intervention, surtout si le senior ne s'est pas familiarisé avec l'application ICOPE pour réaliser les tests tous les six mois.

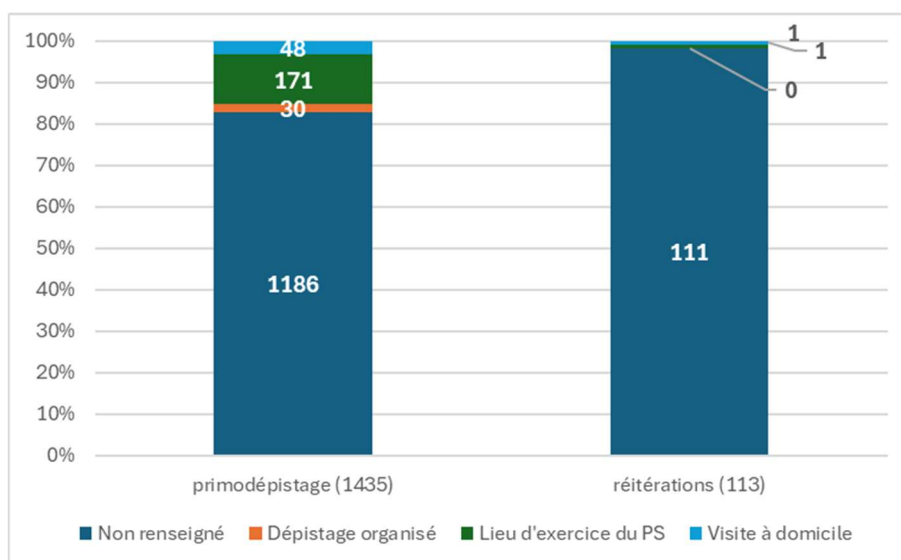


Figure 41 : Répartition des dépistages selon leur lieu de réalisation

Enfin, un manque de renseignement sur le lieu de dépistage (83 % des primo-dépistages et 98 % des réitérations) empêche de tirer des conclusions sur la modalité la plus efficace sur ce territoire. Parmi les primo-dépistages renseignés, le lieu d'exercice du professionnel de santé représente 12 %, en cohérence avec la prédominance des hétéroévaluations rémunérées.

Résultats des dépistages

Les tests de repérages (step 1) visent à **détecter des déclin**s dans six capacités fonctionnelles : la mobilité, la nutrition, la vision, l'audition, la psychologie et la cognition. Lors du premier dépistage, 82 % des seniors présentent au moins une altération, avec une moyenne de deux capacités altérées par senior sur l'ensemble de la cohorte, et 1 % ayant toutes les altérations activées. Cette moyenne de deux altérations par senior diminue à 1,5 lors des réitérations, ce qui suggère que les interventions mises en place entre les dépistages ont permis d'améliorer certaines capacités.

Tableau 26 : Evolution des altérations entre le premier dépistage et les réitérations

ALERTES	PRIMODEPISTAGE		REITERATIONS	
	Effectif (1435)	%	Effectif (113)	%
cognition	599	42%	42	37%
nutrition	194	14%	10	9%
vision	456	32%	40	35%
audition	660	46%	29	26%
psychologie	426	30%	25	22%
mobilité	270	19%	18	16%

Les trois capacités les plus fréquemment altérées lors des primo-dépistages et des réitérations demeurent les mêmes : la cognition, l'audition et la vision. Bien que le taux de seniors affectés par ces altérations diminue globalement au fil du suivi, il en va autrement pour la vision. En

effet, la proportion de séniors présentant une altération de la vision augmente légèrement⁴⁵, passant de 32 % lors des primo-dépistages (456 séniors sur 1 435) à 35 % lors des réitérations (35 séniors sur 113).

La gestion des alertes

La gestion des alertes issues des dépistages ICOPE est assurée par des professionnels volontaires appartenant aux partenaires institutionnels (CPTS et MSPU). Toutefois, lorsque l'autoévaluation est utilisée, une étape intermédiaire est requise : les HCL doivent d'abord attribuer le test au territoire où réside le sénior pour permettre un suivi local.

En pratique, les gestionnaires d'alertes se connectent en moyenne une fois par mois via le compte administrateur de la CPTS sur l'outil ICOPE Monitor. Le processus de gestion d'alerte consiste à **recontacter les séniors** ayant présenté au moins une altération pour vérifier si celle-ci est avérée ou non, et les orienter vers un step 2 si nécessaire. Au total, sur les 1 173 alertes générées, 937 ont été prises en charge (soit 79,9 %) au moment de la remontée des données, tandis que 236 (20,1 %) étaient encore en attente. Ces alertes en attente n'ont pas encore été traitées principalement en raison de la difficulté à joindre certains séniors, de la complexité de certains cas nécessitant des suivis multiples, ou d'un manque de ressources disponibles pour traiter un volume élevé d'alertes. En cas de retard dans la gestion des alertes par un partenaire, un **rappel** est effectué par les HCL **pour garantir leur traitement en temps opportun**, limitant ainsi les risques de rupture du parcours de soin. Cependant, la seconde difficulté rencontrée (cette fois par les partenaires) réside dans le temps important nécessaire pour traiter ces alertes, particulièrement lorsque les séniors ne répondent pas aux sollicitations. Cette situation a non seulement augmenté la charge de travail pour les équipes, mais a également créé des difficultés supplémentaires pour assurer un suivi efficace des séniors.

Le taux d'alertes confirmées par altération est inférieur au taux initialement détecté par altération lors du step 1. Cette différence s'explique par plusieurs facteurs, notamment la **sensibilité élevée du questionnaire** de dépistage, la **prise en charge préexistante** de certaines altérations (par exemple, un suivi ophtalmologique déjà programmé en cas d'altération de la vision), ou encore des **conditions de test peu optimales** (par exemple, des dépistages réalisés lors de forums dans des environnements bruyants qui peuvent générer de fausses alertes pour l'audition).

L'évaluation approfondie

Modalités de l'évaluation approfondie

Le step 2 est réalisé par des professionnels de santé formés spécifiquement à cette étape. Ils effectuent cette évaluation soit dans leur cabinet médical, soit au domicile du sénior, ou encore dans les locaux de la CPTS en partant des résultats obtenus lors du step 1 et en prenant en compte plusieurs aspects essentiels (statut fonctionnel, pathologies associées qui expliquent la perte de fonction ou qui constituent des facteurs de risques, contexte social et environnemental). Les tests réalisés lors de l'évaluation approfondie sont les suivants :

- ▶ Cognition – Mini-Mental State (MMS) ou Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
- ▶ Mobilité – Short Physical Performance Battery (SPPB)
- ▶ Nutrition – Mini Nutritional Assessment (MNA)
- ▶ Vision – Test de vision avec l'échelle de Snellen
- ▶ Audition – Audiogramme

⁴⁵ Cette comparaison reste pertinente puisque les populations étudiées sont similaires. Pour rappel, 7,1% de séniors avec des alertes réalisent des réitérations et 6,7% des séniors sans alertes.

► Psychologie – Echelle PHQ-9

À l'issue de cette évaluation, les résultats sont transmis au médecin traitant via la plateforme MonSisra. Dans le cas où le sénior ne dispose pas d'un médecin traitant, la CPTS offre une aide pour en trouver un, en facilitant la soumission d'une demande en ligne. Le médecin traitant se charge ensuite d'une évaluation médicale complémentaire pour élaborer un plan de soins et de prévention personnalisé en fonction des besoins identifiés.

Cependant, plusieurs obstacles sont rencontrés lors du déroulement de ces évaluations. L'une des principales difficultés est d'assurer que le sénior revienne chez le professionnel de santé pour la réalisation des étapes ultérieures (step 2 ou step 3). Une planification rigoureuse est donc nécessaire, indépendamment de la modalité de dépistage (autoévaluation, hétéroévaluation rémunérée ou non), afin de garantir une continuité dans le parcours.

De plus, malgré leur formation, certains professionnels de santé peuvent ressentir un manque de légitimité pour réaliser le step 2, ce qui peut limiter leur implication. Cette étape est également plus chronophage lorsqu'elle concerne des séniors inconnus, nécessitant parfois jusqu'à une heure pour établir une relation de confiance et recueillir les informations nécessaires. En revanche, pour les séniors déjà suivis, l'évaluation peut être réalisée en 20 minutes, ce qui réduit la charge de travail et favorise l'engagement des professionnels.

Résultats des évaluations approfondies

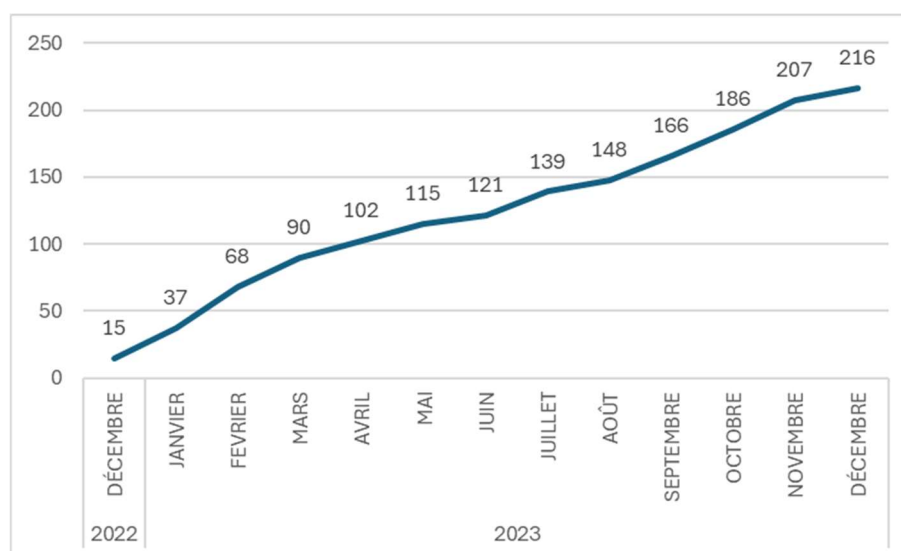


Figure 42 : Evolution temporelle du nombre cumulé d'évaluation approfondie

On observe une augmentation progressive, marquant une dynamique de dépistage qui s'accélère lors des derniers mois dont nous avons les données.

L'entretien motivationnel

Trois semaines après la réalisation du step 2, le professionnel de santé ayant réalisé le step 2 rencontre le sénior à nouveau pour discuter de son plan de soins et de prévention. Ce rendez-vous est essentiel pour établir une décision partagée concernant les mesures à adopter et pour orienter le sénior en fonction de l'offre de prévention disponible sur le territoire.

L'objectif principal de cette rencontre est de permettre au sénior de définir les actions qu'il souhaiterait mettre en place pour prévenir la perte de fonction. Il est crucial que le sénior s'engage activement dans son plan de soins et qu'il accepte d'apporter des modifications

positives à son mode de vie. Cette implication personnelle est déterminante pour l'efficacité du plan de prévention et de soins.

Cas de la CPTS Val de Saône

La CPTS Val de Saône joue un rôle clé dans l'accompagnement des professionnels de santé sur son territoire. Elle leur fournit une liste détaillée des actions recommandées⁴⁶ en fonction des altérations identifiées chez le senior. Cette liste inclut des prescriptions de soins et de consultations spécialisées pour adresser les pathologies spécifiques et les besoins médicaux du senior.

Un groupe de travail a également mis au point une liste des ateliers de prévention et d'accompagnement accessibles en fonction des capacités du senior, tels que des séances de réhabilitation physique, des ateliers de nutrition, et des groupes de soutien psychologique.

Ces ressources visent à adapter le plan de soins aux besoins individuels du senior et à lui offrir un soutien concret pour améliorer sa qualité de vie et prévenir la perte de fonction.

L'adhésion et l'engagement des seniors

Certains partenaires estiment qu'un engagement de la part des seniors n'est possible que s'ils sont à l'origine de la démarche et que celui-ci sera facilité si le professionnel ayant fait passer le step 1 réalise également le step 2. En effet, lorsque l'alerte est traitée par un autre professionnel, à distance du test, et/ou que le senior vient de la cohorte digitale, il est méfiant voire ne répond pas lorsqu'il est contacté pour la gestion d'alerte.

Les seniors paraissent comprendre l'objectif d'ICOPE mais moins le déroulement du parcours et notamment les suites à donner aux différentes étapes suggérant une difficulté de lisibilité du dispositif auprès du public cible. Ils sont plutôt passifs lors des rendez-vous et posent peu de questions.

Dans la continuité du précédent constat, les messages de prévention visant à engager les seniors dans une modification pérenne de leurs habitudes de vie sont totalement dépendants des professionnels : certains n'en délivrent aucun, d'autres intègrent les messages à l'entretien et s'assurent de leur compréhension et de la motivation du senior pour les mettre en place (lors de l'entretien motivationnel notamment).

Chaque partenaire est encouragé à proposer des ressources aux seniors pour les accompagner dans la mise en place des recommandations de prévention (suivi audition, ateliers mémoire, activité physique...) mais dans la pratique ces ressources ne sont pas connues voire disponibles localement et les adressages dépendent largement de la spécialité du professionnel réalisant les tests et les évaluations et/ou de la volonté du médecin traitant.

Parmi les seniors interrogés lors de l'observation sur site, seuls ceux ayant réalisé un entretien motivationnel évoquent des changements dans leurs habitudes de vie et un impact du programme sur celles-ci, reflétant ainsi une perception qualitative propre à l'échantillon rencontré.

Les seniors sont invités à répéter le test quelques mois après leur premier dépistage, mais sans que le moyen de le faire ne leur soit présenté, limitant ainsi les capacités des seniors à être autonomes et à s'engager dans un suivi de leurs capacités fonctionnelles via le dispositif ICOPE.

⁴⁶ Annexe 8 – Liste détaillée des actions proposées en aval de l'évaluation approfondie

« je ne saurais pas où envoyer [mes proches] s'ils devaient faire le test » sénior, step 2

« je ne sais pas quelle est la suite, je suis le cobaye » sénior, step 2

Conclusion

L'expérimentation du dispositif ICOPE, menée par les Hospices Civils de Lyon (HCL), a permis de mettre en lumière les forces et les faiblesses d'un tel projet sur un territoire complexe combinant l'urbain et le rural. Soutenu par une équipe multidisciplinaire et en partenariat avec plusieurs CPTS ce projet a bénéficié d'un appui hospitalo-universitaire solide, tout en s'appuyant sur une connaissance approfondie du territoire et des besoins spécifiques de la population vieillissante.

Cependant, plusieurs difficultés ont freiné le déploiement optimal du dispositif. La disparité du niveau de maturité entre les CPTS a engendré des avancées à des rythmes différents, compliquant la coordination globale. De plus, le temps consacré à la gestion des alertes, particulièrement en l'absence de réponse des séniors, a constitué un défi majeur, augmentant la charge de travail et limitant l'efficacité du suivi. Le financement, bien que conséquent, a nécessité des arbitrages complexes, parfois source de tensions entre partenaires, notamment en raison de son caractère fixe et non ajustable.

Malgré ces obstacles, plusieurs leviers ont permis d'ancrer ICOPE dans le tissu local. L'engagement initial des CPTS, leur connaissance du territoire, et leur sensibilisation aux problématiques du vieillissement ont été des atouts majeurs. La stratégie de communication multicanal, incluant des événements ciblés et des outils numériques, a favorisé une sensibilisation accrue des séniors, bien que l'engagement de ceux-ci reste inégal.

L'évaluation des résultats a révélé une participation limitée des séniors, notamment ceux les plus jeunes et les plus vulnérables, ce qui souligne la nécessité de renforcer les stratégies d'engagement et d'inclusion. Les réitérations des tests de dépistage, bien qu'encouragées, restent faibles, pointant vers une possible difficulté des séniors à s'approprier le suivi proposé par ICOPE.

En somme, si l'expérimentation a montré des avancées significatives et un modèle organisationnel prometteur, elle a également mis en évidence des domaines nécessitant des ajustements pour garantir un déploiement plus homogène et une meilleure adhésion des séniors, notamment les plus isolés. La poursuite du projet, avec des améliorations ciblées, pourrait ainsi offrir une réponse plus efficace aux défis du vieillissement sur ce territoire.

Annexe 5 – Affiche de présentation de l'exposition photo « Voyager au cœur du bien vieillir » réalisée par la CPTS Lyon 8



VOYAGER AU CŒUR DU BIEN VIEILLIR

EXPOSITION
DU 24 MAI 2024
AU 15 SEPTEMBRE 2024



Cette exposition, réalisée par un kinésithérapeute libéral de la CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé) de Lyon 8 et un photographe, met en scène des seniors dans des situations illustrant les six capacités fonctionnelles déterminantes pour le maintien de l'autonomie dans le cadre du programme ICOPE.

LIEU :

Maison des Professionnels
Hôpital Edouard Herriot
5 place d'Arsonval - 69003 Lyon

Horaires et jours de visite disponibles sur :

[https://www.icopegrandlyon.fr/
expo-photo](https://www.icopegrandlyon.fr/expo-photo)



ICOPE
GRAND LYON

www.chu-lyon.fr



© HCL, DMC, AND - 01/04/24

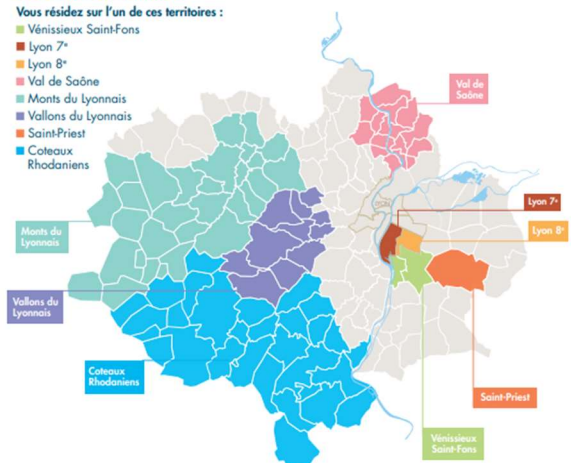
Annexe 6 – Plaquette d'information des HCL à destination des seniors



COMMENT FAIRE POUR PARTICIPER À CE PROGRAMME ?

Vous résidez sur l'un de ces territoires :

- Vénissieux Saint-Fons
- Lyon 7^e
- Lyon 8^e
- Val de Saône
- Monts du Lyonnais
- Vallons du Lyonnais
- Saint-Priest
- Coteaux Rhodaniens



JE RÉALISE LE TEST

Un test simple de dépistage d'une durée de 10 minutes avec l'application ICOPE Monitor.



À la fin du test vous pouvez accéder à des conseils pour rester en forme et préserver votre santé.

- En cas de fragilité(s) détectée(s), un professionnel de santé vous contacte et peut vous proposer des tests plus approfondis.
- Vous recevez des recommandations personnalisées.
- Un suivi régulier est proposé pour surveiller le maintien de vos capacités.

Pour plus d'informations : www.icopegrandlyon.fr

L'outil de suivi utilisé est ICOPE Monitor Il est téléchargeable gratuitement

Sur smartphone ou tablette



Télécharger dans
l'App Store



DISPONIBLE SUR
Google Play

Sur ordinateur

Le robot conversationnel icopebot
icopebot.botdesign.net

Annexe 7 – Plaquette d’information des HCL à destination des professionnels de santé

À DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

QUEL OUTIL ?

L'outil de suivi et de monitoring utilisé est ICOPE Monitor développé par le Gériatopôle du CHU de Toulouse. Il est téléchargeable gratuitement.

Retrouvez l'application ICOPE Monitor

Sur smartphone ou tablette

Sur ordinateur

Le robot conversationnel icopebot
icopebot.botdesign.net

www.icopegrandlyon.fr

© ICD, SMC - André Goussard - CHU - AMANCY 23

ICOPE GRAND LYON,
TOUS MOBILISÉS, TOUS ENGAGÉS
POUR LE BIEN VIEILLIR

ICOPE
GRAND LYON

ICOPE, soins intégrés pour les personnes âgées promu par l'Organisation Mondiale de la Santé, vise à structurer et optimiser un repérage précoce et une prise en soin spécifique des fragilités chez toutes les personnes de 60 ans et plus.

En tant que professionnels de santé, vous pouvez participer à ce projet.



Le diagramme illustre les six fonctions d'ICoPE Grand Lyon, organisées autour d'un logo central. Le logo central est un rectangle blanc avec le texte "ICOPE" en grandes lettres stylisées et "GRAND LYON" en lettres plus petites en dessous. Six carrés colorés sont disposés autour du logo, chacun contenant un pictogramme et un libellé :

- MOBILITÉ** (rose) : pictogramme d'une personne marchant.
- NUTRITION** (vert) : pictogramme d'une couronne sur un fruit.
- ÉTAT PSYCHOLOGIQUE** (gris) : pictogramme d'une tête humaine avec un point d'interrogation.
- VISION** (orange) : pictogramme d'un œil.
- COGNITION** (bleu) : pictogramme d'un cerveau.
- AUDITION** (jaune) : pictogramme d'une oreille avec des ondes sonores.

À gauche du diagramme, un encadré gris contient le titre "6 FONCTIONS" en orange et le texte : "Pour repérer ces fragilités, le programme s'appuie sur l'évaluation et le suivi de six grandes fonctions déterminantes pour l'autonomie des personnes – les « capacités intrinsèques »".

COMMENT INTÉGRER LE DISPOSITIF ICOPE GRAND LYON ?

Consulter le site :

www.icopegrandlyon.fr

1. Contacter votre référent CPTS
2. Signer un bulletin d'adhésion et l'envoyer à hcl.icope.article51@chu-lyon.fr
3. S'inscrire et participer à une session de formation
4. Télécharger ICOPE Monitor et s'inscrire en tant que professionnel de santé
5. Accepter le conventionnement et rentrer son numéro Assurance Maladie

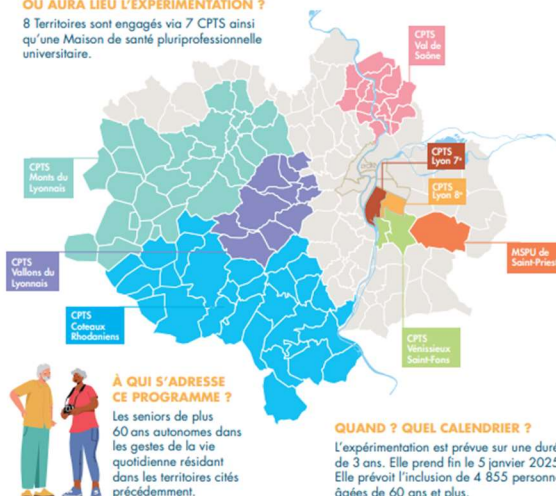


**Vous êtes un professionnel de santé,
médecin, IDE, kinésithérapeute,
pharmacien...
exerçant sur ces territoires.**

Venez-nous rejoindre !

OÙ AURA LIEU L'EXPÉRIMENTATION ?

8 Territoires sont engagés via 7 CPTS ainsi qu'une Maison de santé pluriprofessionnelle universitaire.



QUAND ? QUEL CALENDRIER ?
L'expérimentation est prévue sur une durée de 3 ans. Elle prend fin le 5 janvier 2025. Elle prévoit l'inclusion de 4 855 personnes âgées de 60 ans et plus.

LE PROGRAMME SE DÉCLINE EN 5 ÉTAPES DITES « STEPS »

-  **STEP 1**
Dépistage.
Le step 1 est un test simple de dépistage d'une durée de 10 minutes. Ce test est renouvelé tous les 6 mois.
-  **STEP 2**
Évaluation approfondie par un professionnel de santé.
-  **STEP 3**
Plan de soins et de prévention personnalisés et conduite de l'entretien motivationnel.
-  **STEP 4**
Fléchage du parcours de soins et suivi du plan d'intervention.
-  **STEP 5**
Implication des collectivités et soutien aux aidants.

Quelles sont les conditions de rémunération ?

Oui, les professionnels de santé conventionnés seront rémunérés.

STEP 1 :

- 18€ pour un repérage et la gestion de l'orientation du patient
- 11€ pour la gestion d'alerte par un professionnel de santé autre que celui ayant réalisé le dépistage.

STEP 2 - un forfait modulé :

- ☐ 20 €/1 capacité
- ☐ 40 €/2 capacités
- ☐ 60 €/3 capacités ou plus
- ☐ 21€ pour un entretien motivationnel

Annexe 8 – Liste détaillée des actions proposées en aval de l'évaluation approfondie



MOBILITÉ

Le médecin généraliste, selon les antécédents du patient, évalue et prend en charge :

- La Polymédication, recherche une possible iatrogénie médicamenteuse
- Recherche ostéo-arthrite, ostéoporose, autres problèmes articulaires
- Effectue un bilan neurologique
- Prescrit une imagerie : radiologie si nécessaire, ostéodensitométrie
- Prescrit des antalgiques si douleurs
- Prescrit des séances de kinésithérapie
- Prescrit assistance pour faciliter la mobilité (cane, déambulateur)
- Prescrit Des séances d'APA
- Prescrit un bilan biologique : recherche d'un trouble ionique
- Evaluation dénutrition et prise en charge sarcopénie, prescription apports protéiniques
- Evaluation de l'environnement physique, prévention des chutes au domicile du patient

Le médecin peut orienter également vers une activité douce, marche en club.



COGNITION

Le médecin fait un bilan de l'environnement social, du déclin de l'autonomie et de l'indépendance du patient : degré d'isolement selon l'étayage familiale, le niveau éducatif

- Un bilan d'évaluation d'un déficit cognitif réalisé lors d'une seconde consultation, avec la cotation ALQPD06. Les tests MMSE, de l'horloge et des 5 mots de Dubois sont les 3 tests les plus utilisés; Lors de ce bilan, la présence d'un aidant apparaît importante.
- Une prescription pour un bilan biologique : recherche d'un trouble ionique ou endocrinien
- Une prescription pour une imagerie, (ou scanner si contre-indication) une coupe de l'hippocampe afin de rechercher, une maladie vasculaire cérébrale, une atrophie, une tumeur.
- Evaluation de la polymédication : Recherche d'une possible iatrogénie médicamenteuse
- Adressage direct à la consultation mémoire de l'Hôpital d'Albigny. (ide, ergothérapeute, psychologue)
- Adressage à l'ESAD, équipe mobile de soin à domicile pour patients ayant des troubles cognitifs: 15 séances remboursées.



NUTRITION

- Evaluation, dénutrition ou malnutrition, prescription compléments protéiniques
- Evaluation buccale et dentaire, orientation vers dentiste et prothésiste
- Evaluation et prise en charge de la sarcopénie, prescription séances de kinésithérapies
- Prescription d'un bilan biologique
- Prescription diététicien
- Portage de repas, aide à domicile
- Adressage vers un nutritionniste en cas de dénutrition sévère et pathologies chroniques associées
- Prescription d'APA



- Evaluation, auscultation élimination d'un bouchon de cérumen
- Evaluation et prise en charge de la douleur
- Orienter vers un ORL, pour la réalisation d'un audiogramme; puis audioprothésiste si besoin (Prothèses auditives ou implants cochléaires)
- Délai de consultation, sur le Val de Saône, 6 mois en moyenne



Evaluation de l'humeur, recherche de symptômes dépressif et/ou de la dépression, évaluation de l'environnement social et physique

- Evaluation recherche de perte majeure, de traumatisme
- Evaluation de la polymédication : Recherche d'une possible iatrogénie médicamenteuse
- Recherche d'affections associées: déclin cognitif, déficience auditive
- Bilan biologique: anémie, malnutrition, hypothyroïdie
- Evaluation de la douleur
- Prescription d'antidépresseurs
- Si pas de réponse du traitement, orientation vers consultation psychiatrique.
- Orientation vers une prise en charge psychologique : Point écoute adulte (gratuit) ; psychologues parcours mon psy, ou non parcours mon psy.
- Prescription d'APA



- Recherche d'affections associées HTA, diabète
- Prescription d'analyses biologiques
- Orientation ophtalmologue
- Orientation endocrinologue
- Prescription orthoptiste

Annexe 9 – Etude de cas : L'InterCPTS Mulhouse Colmar

L'engagement dans l'expérimentation ICOPE au sein de la CPTS de Mulhouse découle d'une volonté affirmée de détecter la fragilité chez les personnes âgées, identifiée comme une priorité stratégique. Cette initiative s'inscrit dans le cadre des efforts déployés par la CPTS pour mettre en place des stratégies innovantes et efficaces afin de repérer et de traiter les premiers signes de fragilité chez les aînés. L'objectif ultime est de prévenir les complications graves et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées en anticipant et en intervenant de manière précoce.

À Colmar, bien qu'une CPTS n'existât pas à l'origine, l'équipe de soins primaires Gerialib⁴⁷ jouait un rôle essentiel dans la prévention de la fragilité chez les personnes âgées. Gerialib s'était engagée dans de nombreuses initiatives préventives, visant à sensibiliser et à soutenir la population âgée à travers divers programmes et interventions spécifiques.

En 2022, les CPTS de Mulhouse et de Colmar ont présenté leurs candidatures de manière distincte à l'appel à projets. Cependant, il leur a été recommandé de fusionner leurs efforts sous une entité commune, le Collectif des CPTS de Mulhouse-Colmar. Cette collaboration a été conçue pour optimiser les ressources et renforcer les capacités des deux territoires, permettant ainsi une prise en charge plus cohérente et efficace de la fragilité des personnes âgées dans leurs zones respectives.

Contexte organisationnel

L'équipe du porteur expérimentateur

- ▶ La cheffe de projet ou chargée de mission ICOPE⁴⁸, dont les missions sont le suivi et le déploiement du programme (recherche de partenaires, communication, suivi des données), la gestion budgétaire, et la coordination des comités de pilotage et à la structuration de l'aval. Son poste correspond à 0,42 ETP ;
- ▶ Une équipe dans chacune des CPTS, chargée de coordonner de la prise en charge ICOPE, d'organiser les formations pour les professionnels de santé, et de soutenir la chargée de mission dans le déploiement de la communication au niveau local correspondant au total à 0,3 ETP ;
- ▶ Deux personnes, en charge de la gestion des alertes (suivi, réalisation) pour réduire les sorties de parcours (0,2 ETP)

Les partenaires

L'interCPTS Mulhouse Colmar a opté pour une approche collaborative, maximisant ses collaborations avec une diversité d'acteurs locaux issus non seulement du secteur de la santé, mais également d'autres domaines, tels que les communes, les centres socio-culturels, les organismes de sécurité sociale, les entreprises de services à la personne, les bailleurs sociaux, ainsi que les instituts de formation pour infirmiers et aides-soignants. Contrairement aux HCL, ces collaborations ne reposent pas sur des conventions de partenariats formelles et n'impliquent aucun financement de la part du porteur expérimentateur vers ces acteurs.

⁴⁷ Equipe de soin primaire (ESP) faisant partie de la CPTS de Colmar et agissant dans l'agglomération

⁴⁸ Annexe 10 – Fiche de poste de la chargée de projet (interCPTS Mulhouse Colmar)

Modèle organisationnel

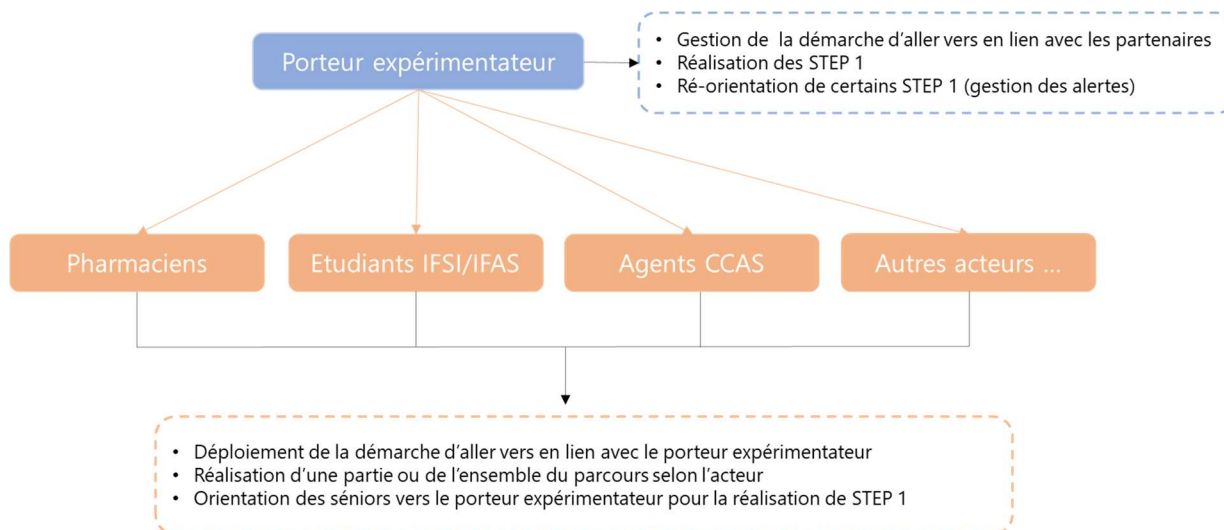


Figure 43 : Modèle organisationnel déployé par les CPTS Mulhouse Colmar sur leur territoire d'expérimentation

Ce modèle repose sur une coordination territoriale assurée par l'interCPTS Mulhouse Colmar, qui mobilise diverses structures locales pour élargir le dépistage et la sensibilisation des seniors. En s'appuyant sur des structures telles que les pharmacies, les IFSI/IFAS et les CCAS, le porteur expérimentateur diversifie ses points de contact et touche ainsi un public plus large, en complément des acteurs traditionnels de santé. Cette approche intègre des partenaires non médicaux et renforce l'impact des actions menées en vue d'optimiser la détection et la prise en charge des seniors fragiles sur l'ensemble du territoire.

La démarche aller-vers

Création d'un réseau d'acteur

- ▶ **18 communes et CCAS** – ces entités locales, contactées principalement par téléphone, sont impliquées dans le dépistage de la fragilité chez les administrés. Elles jouent un rôle essentiel en mobilisant les citoyens à participer aux actions de prévention. Elles ont également participé à la formation des intervenants locaux et à la communication pour sensibiliser la population à l'importance de la prévention de la fragilité.
- ▶ **9 CSC et associations (comme Insatiables et Siel Bleu)** – Ces collaborateurs, contactés par email, sont engagés à différents niveaux du programme. En amont, ils assurent la communication autour de l'initiative et organisent des sessions de dépistage accompagnées. En aval, ils fournissent des ressources pour la mise en œuvre des plans de soins grâce à leur expertise et à leur réseau.
- ▶ **Les Établissements de formation en cursus paramédicaux (IFSI et IFSAS)** sont collaborateurs dans une approche « aller vers », en apportant des connaissances aux étudiants et en animant des sessions de formation. Les étudiants paramédicaux participent également aux dépistages en tant que "dépisteurs", renforçant ainsi la diffusion du programme.

- ▶ **4 offres de postes de services civiques**⁴⁹ en partenariat avec le dispositif Service Civique Solidarité Grand Est, des jeunes en service civique sont recrutés pour déployer la communication, sensibiliser la population et accompagner les personnes âgées dans la réalisation des autoévaluations.
- ▶ **Organismes publics, services publics et acteurs des collectivités territoriales** qui soutiennent le programme à travers des actions de coordination, de communication et de logistique au niveau des territoires concernés tels que la CARSAT, Agirc-Arcco, le CRT de Saint Louis, etc.
- ▶ Les **services à la personne et les bailleurs sociaux** fournissent une aide directe aux personnes âgées, dans le cadre d'ICOPE ils ont notamment aidé à identifier les locataires âgés qui pourraient bénéficier des interventions de prévention.

Les actions permettant la démarche d'aller vers

Le programme de dépistage ICOPE s'est volontairement **éloigné des lieux de soins** traditionnels pour cibler un public plus large, en particulier ceux qui ne sont pas déjà engagés dans une démarche de prévention ou de suivi médical.

Les actions de dépistage ont été déployées dans des **espaces publics** tels que les centres commerciaux, les parcs, ou encore par le biais de bénévoles seniors formés par la mairie. Cette approche vise à atteindre des personnes qui ne fréquentent pas régulièrement les établissements de santé, augmentant ainsi l'impact du programme en allant directement vers la population là où elle se trouve.

La population cible du dispositif est également **les jeunes seniors**, une population souvent négligée dans les dispositifs de prévention. Pour les attirer, un discours volontairement optimiste et axé sur le maintien de la bonne santé a été privilégié, plutôt qu'un message centré sur les problématiques liées au vieillissement. L'objectif est de promouvoir une vision dynamique de la prévention, rendant l'initiative attractive même pour ceux qui se considèrent encore éloignés des préoccupations liées à la fragilité.

Le programme a également misé sur une **présence active lors d'événements** et de réunions multi-partenariales, renforçant à la fois sa **visibilité** et ses réseaux de collaboration. Des événements comme le Forum des aidants, les conférences Alzheimer, la Journée de la forme de Colmar, les réunions du PRAPS à Mulhouse, le Colloque pluriprofessionnel de la CPTS de Mulhouse agglomération, ou encore le Comité régional antichute, ont été autant d'opportunités pour sensibiliser le grand public et identifier de nouveaux partenaires.

Ces rencontres ont permis d'établir des contacts avec des acteurs tels que le service Sport Santé de la ville de Mulhouse, les Chevaliers de la Clé de Malte, les travailleurs sociaux de la ville de Mulhouse, ainsi que diverses structures de santé et réseaux professionnels (hôpitaux, Centre de ressources territorial pour les personnes âgées, Solutia, HAD de Colmar, Réseau Santé, URPS, Fédération nationale des orthophonistes).

Avec l'association **APONA**, qui œuvre auprès des gitans sédentarisés, une infirmière réalise des dépistages directement dans les camps. Les gitans sédentarisés sont souvent anciens nomades, une population assez ouverte au dépistage. Cependant, pour pouvoir aller sur le terrain, il faut établir une relation de confiance et respecter leurs codes de vie spécifiques.

⁴⁹ Annexe 11 – Fiche de poste des services civiques

Le **bus des femmes ou bus rose** parcourt certaines villes pour effectuer des dépistages de maladies cardiovasculaires, en particulier auprès des femmes.

Enfin, la participation à des événements plus ciblés, comme les portes ouvertes de Districlub Médical à Colmar, a permis de renforcer le lien avec les professionnels de santé et d'équipements médicaux, assurant ainsi une meilleure coordination des actions en aval du dépistage. Grâce à cette approche multisectorielle et proactive, le programme ICOPE a pu déployer des actions de prévention plus inclusives, tout en s'assurant de l'appui d'un réseau élargi d'acteurs locaux.

La communication d'ICOPE

Les dépenses en communication se sont concentrées sur plusieurs axes pour assurer une large diffusion et une visibilité optimale des actions. Tout d'abord, un **événement de lancement** a été organisé pour marquer le début du projet et sensibiliser les parties prenantes et le public.

Des **supports imprimés**, tels que des flyers et des affiches⁵⁰, ont été produits et distribués dans différents lieux stratégiques pour informer les habitants et inciter à participer aux dépistages. La **communication digitale** a également été renforcée avec la création et la mise à jour de sites internet⁵¹ dédiés au programme, permettant de centraliser les informations et de faciliter l'accès aux ressources.

En parallèle, une stratégie de communication locale a été mise en place, avec des **articles publiés dans la presse régionale**, notamment dans les Dernières Nouvelles d'Alsace⁵², qui ont relayé les dépistages organisés à Bollwiller. Des publications ciblées ont également été réalisées dans des revues spécialisées, telles que Terre de Séniors⁵³, pour toucher un public plus large de personnes âgées et leurs familles.

La **communication au niveau municipal** a été un levier important avec des annonces régulières dans les bulletins municipaux des communes participantes, renforçant ainsi la sensibilisation à l'échelle locale. Ce maillage de communication diversifié a permis d'assurer une diffusion optimale des informations et de mobiliser efficacement la population autour des actions de prévention.

Le financement et les ressources allouées au projet

Contrairement aux HCL, qui est un porteur expérimentateur hospitalier, les CPTS de Mulhouse et Colmar sont des structures de soins de premiers recours, déjà fortement ancrées au sein des territoires. Par leur nature même, les CPTS sont en contact direct avec les acteurs de terrain et les populations locales. Elles n'ont donc pas besoin de financer les acteurs locaux pour les mobiliser, car ces acteurs font déjà partie intégrante du réseau de soins primaires et sont naturellement impliqués dans les initiatives de prévention et de dépistage. Ce positionnement facilite une intégration plus fluide des actions de dépistage au sein des dynamiques territoriales existantes.

⁵⁰ Annexe 13 – Affiche de présentation d'ICOPE à destination des séniors

⁵¹ <https://icope68.fr/>

⁵² <https://www.dna.fr/sante/2022/12/16/icope-une-application-pour- vieillir-en-bonne-sante>

⁵³ <https://www.terre-des-seniors.fr/actualites/vie-pratique/rester-en-forme-et-en-bonne-sante-le-plus-longtemps-possible-avec-icope>

Les enveloppes de financement

Tout comme les HCL, le Collectif Mulhouse Colmar, dans le cadre de l'Article 51 a bénéficié d'une enveloppe CAI d'un montant de 177 600€ et d'une enveloppe animation territoriale et frais kilométriques d'un montant total de 113 200€. Elles ont été utilisées respectivement à 61 % (soit 109 010€ pour les CAI) et à 56 % (63 355€ pour l'animation territoriale).

Tableau 27 : Répartition des postes de dépenses des différentes enveloppes perçues

Enveloppe	Dépense	Dotation totale	Consommation
Ingénierie de projet	83 219 €	133 600 €	62%
Communication	17 264 €	20 000 €	86%
Formation	8 526 €	24 000 €	36%
SOUS TOTAL lignes fongibles	109 010 €	177 600 €	61%
Animation territoriale	62 911 €	109 200 €	58%
Frais de déplacement	444 €	4 000 €	11%
SOUS TOTAL lignes fongibles	63 355 €	113 200 €	56%
TOTAL	172 365 €	290 800 €	59%

Les outils utilisés

Plusieurs outils numériques ont été mobilisés pour soutenir les différentes étapes du parcours de prise en charge. Chacun de ces outils joue un rôle spécifique dans la gestion des données, la coordination des interventions et le suivi des personnes dépistées.

- **ICOPE MONITOR** est l'outil central de cette expérimentation. Il centralise les informations recueillies lors des dépistages (step 1), et permet de suivre l'évolution des personnes dépistées et de générer des alertes en cas de détection de signes de fragilité.
- **Entre'Actes**, plateforme de coordination permet de mettre en relation les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des personnes identifiées comme fragiles ce qui simplifie les interventions pluridisciplinaires, assure la continuité des soins et contribue à optimiser les parcours des patients en facilitant l'échange d'informations entre les intervenants.
- **ParcéO**, est utilisé pour la réalisation de l'évaluation approfondie et ajuster les plans de soins en fonction des évolutions constatées.

Le parcours ICOPE

Entre janvier 2022 et décembre 2023, l'expérimentation ICOPE menée par l'InterCPTS Mulhouse-Colmar a atteint 31% de l'objectif fixé dans le cahier des charges, avec 1 408 dépistages réalisés sur les 4 500 prévus.

Parmi ces dépistages, 81% des seniors présentant au moins une alerte (832 sur 1 130) ont vu leurs alertes validées et suivies dans le cadre de la gestion des alertes. De ces cas, seulement 2,6% des seniors avec des alertes confirmées (22 seniors) ont bénéficié d'une évaluation approfondie accompagnée d'un entretien motivationnel, ce qui peut s'expliquer par la pratique de réaliser ces deux étapes consécutivement.

Cependant, un écart important subsiste entre la gestion des alertes et le passage à l'évaluation approfondie (step 2), principalement en raison du faible nombre de professionnels de santé effecteurs. En effet, bien que 35 professionnels aient été formés à cette étape, seulement 5

d'entre eux ont effectivement réalisé des évaluations, soulignant une difficulté dans la mobilisation des ressources nécessaires.

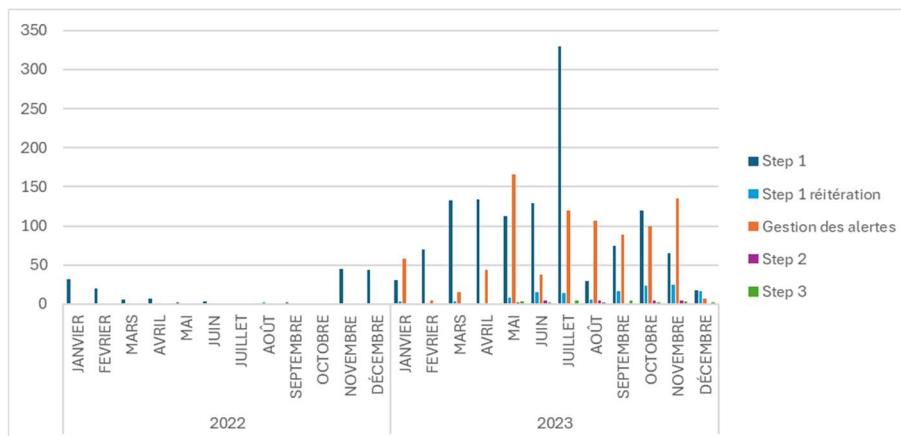


Figure 44 : Evolution temporelle des effectifs par étape du parcours ICOPE

En comparaison avec les données départementales de l'INSEE 2020 pour le Haut-Rhin (68), les résultats de l'expérimentation montrent une surreprésentation des femmes âgées de 60 à 89 ans parmi les seniors dépistés, représentant 63% des participants contre 52% dans la population générale. Cette surreprésentation féminine a conduit à une sous-représentation des hommes dans la même tranche d'âge, reflétant un déséquilibre notable dans les profils inclus.

Par ailleurs, la moyenne d'âge des seniors dépistés est de 74 ans, avec une plage d'âge étendue allant de 60 à 103 ans, illustrant une diversité significative dans les groupes d'âge concernés par cette expérimentation. Ces données mettent en lumière une population majoritairement féminine (65% dans ICOPE pour 55% sur le territoire) et relativement âgée, correspondant aux réalités démographiques du territoire.

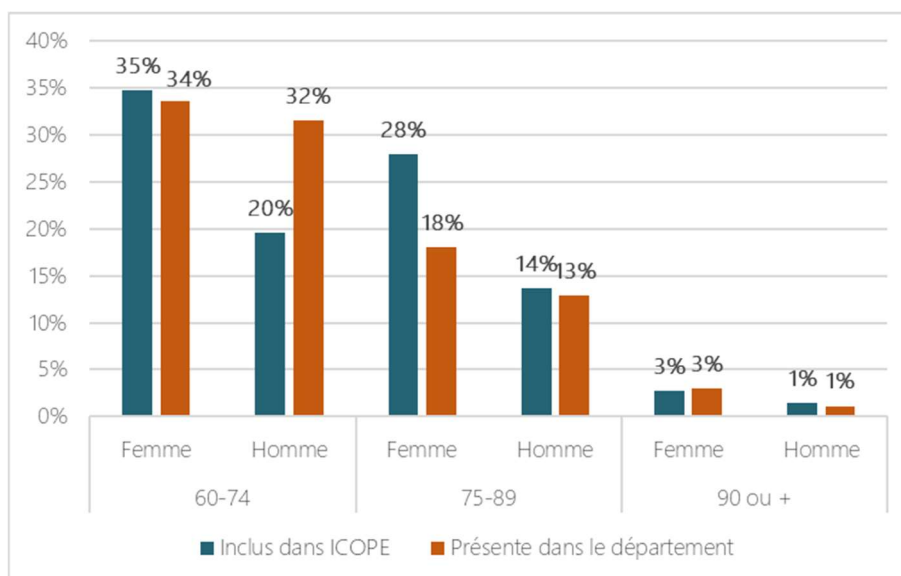


Figure 45 : Répartition des seniors inclus selon leur âge et leur sexe en comparaison aux données INSEE du département du Haut-Rhin

Aucune donnée n'a été collectée concernant la **vulnérabilité des seniors** inclus dans ce programme, limitant l'analyse de l'impact réel de l'expérimentation sur les populations les plus fragiles.

Le test de dépistage

Les dépistages ont été réalisés sur ICOPE Monitor, avec un total de 1 408 seniors inclus sur les deux années d'inclusion, de janvier 2022 à décembre 2023.

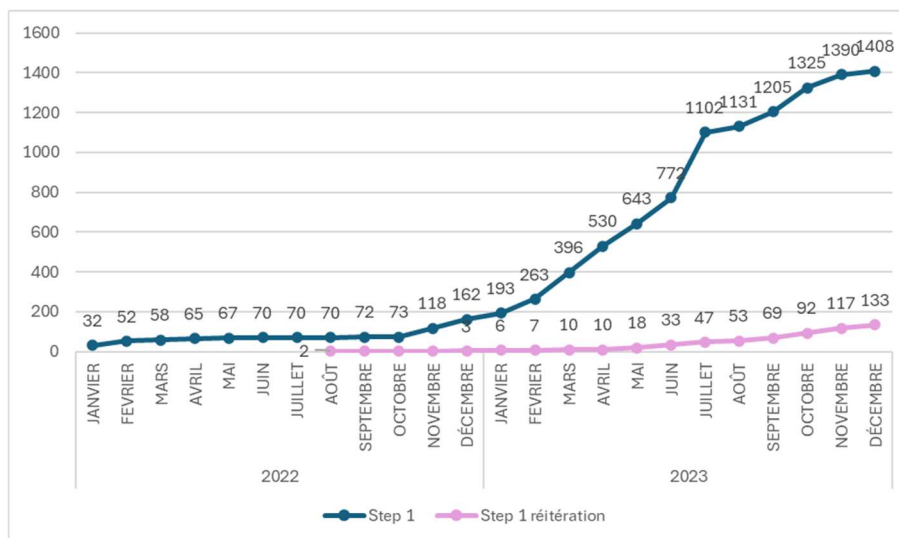


Figure 46 : Evolution temporelle cumulée des dépistages et leurs réitérations

La tendance des dépistages montre une dynamique initiale lente suivie d'une accélération notable, vraisemblablement liée à l'intensification des prises de contact et des actions de sensibilisation menées auprès des mairies, CCAS et autres structures locales dans le cadre de la stratégie d'aller-vers. Cette croissance s'explique par la diffusion accrue d'informations, permettant d'atteindre un plus grand nombre de personnes.

Toutefois, la réitération des dépistages reste particulièrement faible : seulement 133 réitérations ont été réalisées, alors qu'un total de 1 004 étaient attendues au vu de l'évolution des dépistages initiaux, soit un taux de réitération effective de seulement 13 %. Ce résultat met en lumière un faible engagement des seniors dans la démarche, potentiellement dû à une communication insuffisante sur l'importance du suivi régulier pour prévenir les dégradations de santé.

Parmi ceux qui réitèrent, 8,6 % des personnes n'ayant reçu aucune alerte lors de leur premier dépistage, mais qui souhaitent vérifier l'absence de dégradation et de l'autre côté, 7,9 % de ce qui avaient reçu une alerte initiale semblent s'inscrire dans une logique de prévention ou de suivi de soins. En moyenne, les réitérations interviennent après un délai de 180 jours, correspondant exactement à l'intervalle de six mois recommandés pour assurer un suivi adéquat. Ces données soulignent l'importance de renforcer les efforts de communication ciblée et de sensibilisation pour améliorer l'adhésion à ce parcours de dépistage, en particulier pour encourager les seniors à s'engager de manière continue dans ce processus de prévention.

Modalités de dépistage

2 modalités de prise en charge du dépistage existent : avec accompagnement par un professionnel de santé ou non.

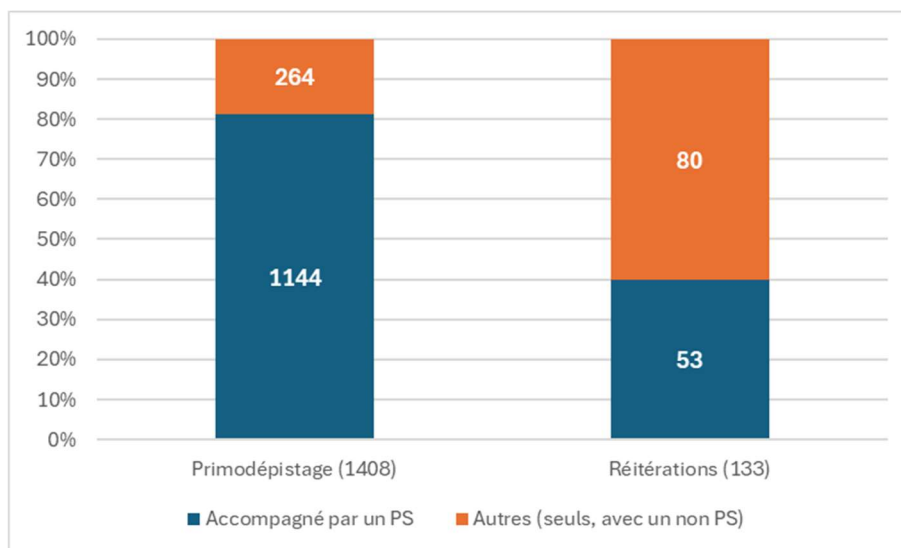


Figure 47 : Répartition des dépistages selon leur modalité de prise en charge

On observe une inversion des tendances entre le primodépistage et les réitérations. Proportionnellement, un plus grand nombre de séniors réalisent leur réitération sans l'accompagnement d'un professionnel de santé (PS), ce qui pourrait traduire une montée en confiance des séniors pour effectuer ce suivi en autonomie après une première expérience encadrée.

Malgré les collaborations diverses mises en place, 81 % des dépistages continuent d'être réalisés par des PS. Cela suggère que les partenaires impliqués dans la sensibilisation et la communication jouent un rôle essentiel en amont, mais préfèrent orienter les séniors vers des professionnels pour la réalisation des dépistages. Ce choix pourrait s'expliquer par un manque perçu de compétences ou de confiance pour effectuer eux-mêmes ces actes de dépistage. Ces constats pointent vers un besoin de renforcer les formations et l'accompagnement des acteurs locaux afin d'étendre leur rôle au-delà de la sensibilisation, pour qu'ils puissent contribuer directement à la réalisation des dépistages.

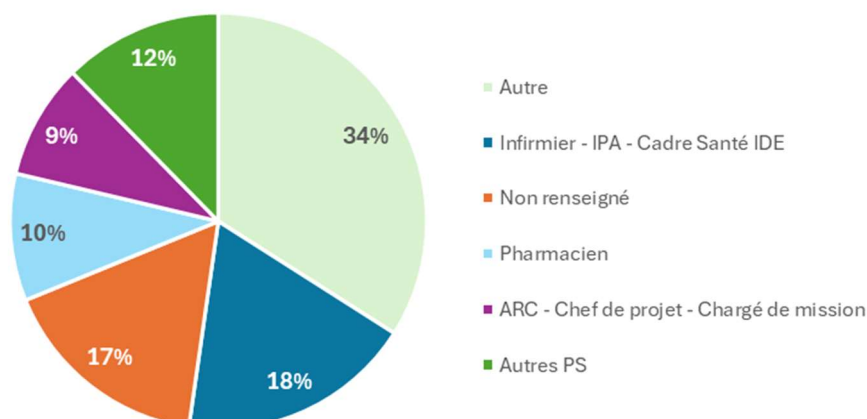


Figure 48 : Répartition des professionnels, de santé ou non, ayant réalisé les primo-dépistage

On observe une inversion des tendances concernant la mobilisation des professions entre le primodépistage et les réitérations. Par exemple, les infirmiers diplômés d'État (IDE) ont réalisé 257 des 1 408 primodépistages (soit 18 %), mais seulement 6 des 133 réitérations (4,5 %). Une tendance similaire se retrouve chez les pharmaciens, qui passent de 10 % de participation au primodépistage à seulement 4 % pour les réitérations.

Cette diminution significative pourrait s'expliquer par un phénomène de familiarisation et d'autonomisation des seniors. Lors de la première étape, ces professionnels sont plus sollicités pour leur expertise et l'accompagnement nécessaire à l'initiation du dépistage. Cependant, lors des réitérations, les seniors semblent se sentir plus à l'aise pour réaliser le suivi par eux-mêmes, réduisant ainsi leur dépendance à l'accompagnement par des professionnels. Par ailleurs, il est possible que ces acteurs de santé concentrent leurs efforts sur les primo-dépistages, laissant la place à un suivi moins encadré pour les réitérations, où le besoin d'une intervention spécialisée est perçu comme moins crucial.

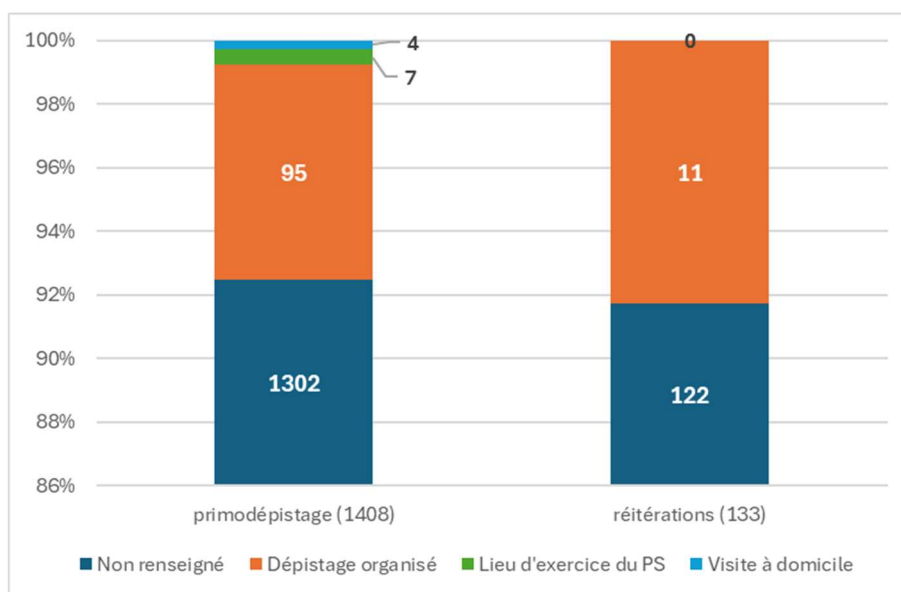


Figure 49 : Répartition des dépistages selon leur lieu de réalisation

À l'image de ce qui a été observé précédemment avec les Hospices Civils de Lyon, on constate un taux élevé de valeur non renseignée concernant la modalité de dépistage, avec 92 % pour le primodépistage et 91 % pour les réitérations. En l'absence d'informations détaillées, il est impossible de tirer des conclusions fiables sur les conditions dans lesquelles ces dépistages sont effectués (accompagnement par un professionnel de santé, réalisation autonome, etc.).

Résultats du dépistage

Lors du primodépistage, 80 % des seniors présentent au moins une altération, avec une moyenne de 1,7 altération par personne pour l'échantillon étudié. Parmi eux, 1 % (13 seniors) cumulent les 6 altérations à surveiller. Cette moyenne d'altération se maintient de manière stable lors des réitérations, indiquant peu de variation dans l'évolution des capacités fonctionnelles au fil du temps.

Tableau 28 : Evolution des altérations entre le premier dépistage et les réitérations

	PRIMO DEPISTAGE		REITERATIONS	
ALERTES	Effectif (1408)	%	Effectif (133)	%
cognition	489	35%	67	50%
nutrition	207	15%	15	11%
vision	442	31%	37	28%
audition	600	43%	35	26%
psychologie	437	31%	40	30%
mobilité	288	20%	20	15%

Les analyses montrent que les capacités fonctionnelles les moins altérées concernent la mobilité et la nutrition. Le faible déclenchement des alertes pour la mobilité peut s'expliquer par le fait que la majorité des dépistages ne sont pas réalisés à domicile (seulement 4 %), indiquant que la plupart des participants sont capables de se déplacer pour effectuer ces tests. En ce qui concerne la nutrition, le test est principalement orienté vers la détection de la dénutrition. Ainsi, les seniors en surpoids ou obèses, bien qu'ayant des besoins de prise en charge nutritionnelle préventive, ne déclenchent pas d'alerte, ce qui limite la portée du dépistage dans ce domaine. Ces observations mettent en lumière des biais potentiels dans la détection des problématiques nutritionnelles et fonctionnelles, ainsi qu'un profil de seniors relativement autonomes parmi ceux participant aux dépistages.

La gestion des alertes

Le porteur expérimentateur CPTS Mulhouse Colmar a choisi une gestion des alertes centralisée. Les membres de l'équipe porteur en charge de cette étape du parcours, se connectent à ICOPE Monitor pour identifier les seniors nécessitant une validation et les appellent pour infirmer ou confirmer les alertes. Lors des appels, il est souvent nécessaire de rappeler aux seniors qui est l'interlocuteur, ce qu'est le programme ICOPE, et de redemander leur consentement pour approfondir l'alerte. En cas de refus du senior, l'approche reste respectueuse, sans insistance.

Lorsque le senior accepte et que la ou les alertes sont confirmées, le professionnel en charge du step 2 contacte le senior pour fixer un rendez-vous dans les 10 jours, recevant une notification pour gérer la suite du parcours via l'outil Entr'actes.

Des limitations sont toutefois observées avec le questionnaire de dépistage. Celui-ci est jugé trop sensible dans certains domaines, notamment la cognition, où des erreurs mineures, comme l'ordre des mots ou l'orthographe, peuvent fausser les résultats. L'absence d'un espace commentaire dans le step 1 empêche de contextualiser certaines réponses, conduisant à des fausses alertes qui mobilisent inutilement les professionnels.

La formalisation du parcours avec un algorithme pourrait automatiser l'orientation et alléger la gestion des alertes par les professionnels, améliorant ainsi l'efficacité du dispositif. Un tel système permettrait de standardiser les processus tout en évitant les interventions humaines pour des cas qui ne nécessitent pas une expertise directe.

L'évaluation approfondie et l'entretien motivationnel

Modalités de l'évaluation approfondie

Les professionnels de santé formés à l'évaluation approfondie (step 2), la réalisent à l'aide de l'outil Parcéo. A l'issue de cette évaluation, un compte-rendu est rédigé par le professionnel de santé en charge puis partagé par la cheffe de projet au médecin traitant du senior. Au mail

contenant le compte-rendu, la cheffe de projet ICOPE joint la base de données du territoire (services, spécialistes et structures d'accueils) pour orienter le sénior en aval et le résultat des arbres décisionnels selon les scores aux tests⁵⁴.

En effet, le collectif Mulhouse Colmar a développé des arbres décisionnels⁵⁵ spécifiques pour chaque territoire, qui fournissent des directives claires en fonction des scores obtenus lors des tests approfondis pour aider le PS à orienter le sénior.

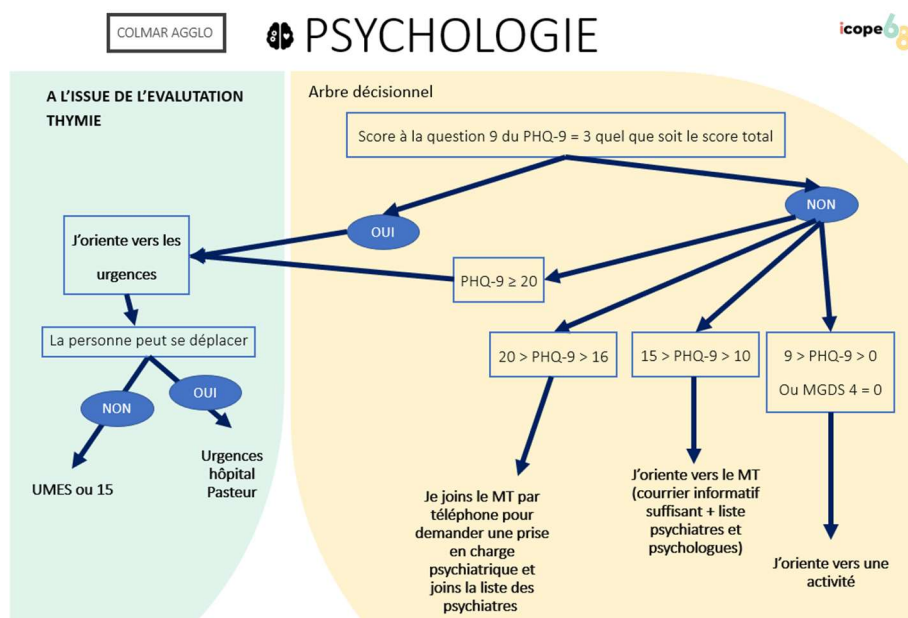


Figure 50 : Exemple d'arbre décisionnel mis en place pour l'agglomération de Colmar

Une critique de ce porteur a été émise quant à l'intérêt réel d'une gestion des alertes et la réalisation d'un step 2. Selon lui, dès qu'une alerte est détectée lors du test de dépistage, il serait plus efficace de diriger immédiatement le sénior vers des mesures de prévention ou un parcours de soins adapté, à l'aide d'un algorithme, plutôt que de mobiliser des professionnels afin d'orienter le sénior.

Cette critique est en lien avec le fait que les professionnels de santé rencontrent des difficultés à intégrer ce processus supplémentaire (step 2, step 3) dans leurs pratiques quotidiennes, en raison du manque de temps et de l'insuffisance de financement de ces étapes, ce qui ne constitue pas un levier suffisant pour encourager leur engagement. Une solution potentielle serait de recruter des infirmiers diplômés d'État (IDE) à la retraite pour réaliser les évaluations du step 2, ce qui pourrait permettre de mieux gérer la charge de travail actuelle tout en tirant parti de l'expérience professionnelle de ces individus.

⁵⁴ Les tests réalisés lors de l'évaluation approfondie sont les mêmes que pour le porteur HCL (cf. page 44)

⁵⁵ Annexe 14 – Arbres décisionnels utilisés pour l'orientation du sénior

Résultats des évaluations approfondies

Les alertes validées mènent rarement à une évaluation approfondie en step 2.

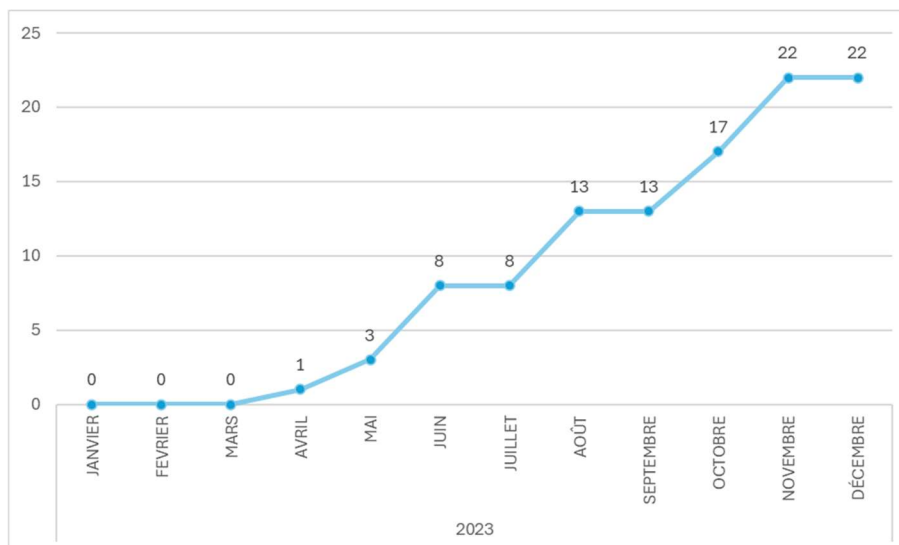


Figure 51 : Evolution temporelle du nombre cumulé d'évaluation approfondies

Seuls 2,7% des séniors avec une alerte validée réalise ensuite l'évaluation approfondie (step 2) du parcours ICOPE, correspondant à 13 séniors sur les 832 ayant au moins une alerte validée. Ce chiffre reflète une défaillance dans l'engagement des séniors qui ne se présentent pas aux rendez-vous et l'efficacité du dispositif en place. Les entretiens motivationnel (step 3) étant réalisés directement à la suite de l'évaluation approfondie pour éviter à nouveau une perte de vue des séniors.

L'adhésion et l'engagement des usagers

La culture de la prévention étant peu prégnante, le porteur décrit des difficultés à engager des séniors qui se sentent jeunes puis dans le déni à l'apparition des premières difficultés. L'engagement des séniors devra passer par une communication spécifique comme on peut la retrouver pour d'autres types de prévention, notamment pour le cancer. De plus, c'est la compréhension de la notion de parcours (lorsqu'elle sera bien identifiée par les séniors) qui facilitera à la fois leur engagement et leur compréhension de l'importance de la prévention à tout âge.

Les séniors interrogés lors de l'observation sur site comprennent le rôle d'ICOPE mais moins l'organisation générale du parcours. Les messages de prévention sont délivrés de façon exceptionnelle lors des steps 1, selon les observations réalisées. Effectivement, lors des passations de step 1 (hors lieux de soins/santé) les séniors n'intègrent pas automatiquement la notion de parcours. Il s'agira ici de développer un discours et une communication spécifique afin de les sensibiliser à celle-ci et donc permettre une continuité des soins.

En fonction des alertes déclenchées, les séniors sont orientés vers des ateliers ou activités de prévention, selon leur budget (dans le cas de séniors précaires, les porteurs ont eu une attention particulière pour les orienter vers des dispositifs gratuits ou peu onéreux) pour réaliser les activités proposées. Les professionnels indiquent que les séniors apprécient que des solutions leur soient proposées, sans se montrer réellement actifs dans les démarches et adoptant une posture parfois attentiste d'une solution à leurs difficultés qui seraient apportée par les professionnels sans qu'eux-mêmes n'aient à agir.

Par ailleurs, les seniors n'évoquent pas de modifications dans leurs habitudes de vie liées à la réalisation du dépistage.

La motivation à répéter le test est souvent justifiée par les seniors comme une volonté de faire mieux que la dernière fois, les seniors se sont approprié la notion de suivi de leurs capacités. En revanche le moyen de répéter le test ne leur est pas indiqué et l'application non mentionnée. Ils ont compris qu'on les appellerait ou qu'ils recevraient un mail mais leur implication dans la démarche est limitée.

Conclusion

L'expérimentation du dispositif ICOPE au sein du Collectif des CPTS de Mulhouse-Colmar a démontré un engagement solide envers la détection précoce de la fragilité chez les personnes âgées, répondant ainsi à une priorité stratégique de ces territoires. Cette initiative, bien que lancée dans des contextes organisationnels différents à Mulhouse et Colmar, a su s'unifier sous une entité commune, optimisant les ressources et renforçant les capacités d'intervention sur l'ensemble du territoire.

La collaboration entre divers acteurs locaux, issus à la fois du secteur médical et de secteurs non médicaux, a permis de déployer une approche de prévention plus inclusive, ciblant efficacement les populations âgées, y compris les jeunes seniors souvent négligés. L'approche d'"aller-vers" a été particulièrement innovante, atteignant des personnes en dehors des circuits de soins traditionnels grâce à des dépistages réalisés dans des espaces publics et des événements communautaires.

Malgré ces éléments positifs, plusieurs défis demeurent, notamment en ce qui concerne l'engagement des professionnels de santé dans les étapes ultérieures du parcours ICOPE, telles que l'évaluation approfondie. Le faible taux de réitération des dépistages et la difficulté à mobiliser les seniors pour les évaluations approfondies soulignent la nécessité de renforcer la communication et de développer des stratégies plus convaincantes pour encourager une participation continue.

Les résultats montrent également une disparité entre les sexes, avec une surreprésentation des femmes dans les dépistages, et un faible impact sur les habitudes de vie des seniors, malgré une bonne réception des solutions proposées. Ces éléments indiquent un besoin d'améliorer l'intégration des messages de prévention dans les communications avec les participants et de renforcer leur implication dans le parcours de soins.

En conclusion, bien que l'expérimentation ait posé des bases solides pour la détection et la prévention de la fragilité, elle révèle également des opportunités d'amélioration, notamment dans la mobilisation des ressources humaines, l'optimisation du suivi des alertes, et l'engagement des seniors. Le développement d'une communication plus ciblée et l'intégration d'algorithmes pour automatiser certaines étapes pourraient constituer des leviers efficaces pour accroître l'efficacité du dispositif et pérenniser son impact à long terme.

Annexe 10 – Fiche de poste de la chargée de projet (interCPTS Mulhouse Colmar)

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'expérimentation nationale du programme ICOPE, le Collectif CPTS 68 recherche **son chargé de mission Projet ICOPE**.

Le projet : ICOPE et l'expérimentation nationale

Le programme ICOPE de l'OMS a pour objectif de détecter précocement le déclin des capacités intrinsèques (capacité locomotrice, vitalité, capacités visuelles et auditives, capacité cognitive, capacité psychologique) chez les personnes de plus de 60 ans, afin de proposer précocement une prise en charge adaptée. L'outil ICOPE consiste en un test rapide disponible dans l'application "ICOPE Monitor" gratuite et facile à installer sur son smartphone ou son ordinateur. Le test peut être réalisé par un professionnel de santé, la personne concernée ou l'un de ses proches. Si le résultat du test est normal, il est proposé de réaliser une réévaluation tous les 4 à 6 mois. Si le diagnostic détecte une perte de fonction, l'étape suivante consiste à l'évaluer plus précisément afin de composer un plan de soin avec les professionnels de santé du secteur.

Cette démarche a été reprise dans le contexte français et intégrée dans la stratégie « vieillir en bonne santé ». Une expérimentation nationale du programme ICOPE est conduite depuis 2020 pour mettre en place des organisations innovantes, efficaces et déterminer un modèle de financement, en vérifiant la faisabilité et la rentabilité du projet. 13 structures ont été choisies pour mener cette expérimentation sur 3 ans sur leur territoire, dont Le Collectif CPTS 68. Le projet ICOPE est porté dans le collectif CPTS 68 par deux CPTS : la CPTS Mulhouse Agglomération et la CPTS Colmar Agglo.

La structure : le Collectif CPTS 68

Le « Collectif CPTS 68 » est une association regroupant les différentes Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) du département du Haut-Rhin (68) :

L'association a pour buts de :

- Renforcer la communication, la coordination et la coopération entre les différentes CPTS du Haut-Rhin
- Défendre, valoriser et rendre accessible, lisible, visible le travail des CPTS du Haut-Rhin
- Développer les projets collaboratifs interprofessionnels de dimension départementale
- Coordonner les actions de santé publique des CPTS adhérentes
- Rendre possible la création éventuelle d'un groupement d'employeur entre les CPTS adhérentes.

Le poste de chargé de mission est dédié à la mise en œuvre du projet ICOPE dans le collectif CPTS 68.

Le poste : chargé de mission ICOPE

Les missions

Le chargé de mission est responsable de la mise en œuvre du programme ICOPE pour le collectif CPTS 68 pendant les 3 années de la durée de l'expérimentation. Il est plus particulièrement en charge :

- de la gestion de projet sur le volet organisationnel et administratif et notamment
- du lien avec l'équipe d'expérimentation nationale et territoriale,
- du suivi des inclusions dans le programme,
- de la mise en œuvre du plan de communication
- de l'évaluation du projet au niveau du territoire et notamment la réalisation d'un rapport d'activité annuel,
- de la gestion des outils numériques (ICOPE monitor, ICOPEBOT et PARCEO),
- du suivi des financements alloués et de la rémunération dérogatoire à verser aux professionnels engagés dans l'expérimentation

L'équipe projet

Le chargé de mission ICOPE sera assisté dans chacune des CPTS par une équipe projet comprenant au moins un professionnel de santé. C'est cette équipe - et non le chargé de mission ICOPE - qui :

- Coordonnera la prise en charge des patients ICOPE (gestion des alertes, lien avec le médecin traitant, évaluation approfondie, réalisation du plan d'intervention personnalisé, suivi et accompagnement global des seniors ICOPE, coordination avec les partenaires dans les situations complexes...)
- Organiser la formation des professionnels de santé
- Appuiera le chargé de mission dans le déploiement de la communication au niveau local

Compétences et savoir-faire :

- Compétence en méthodologie de projet
- Capacité à évaluer et synthétiser les éléments recueillis
- Capacité à fédérer et mobiliser le réseau et à travailler en partenariat

- Capacité à être autonome et à prendre des initiatives dans le champ de ses compétences
- Sens aigu de l'organisation
- Connaissance si possible du domaine de la santé, des circuits de la prescription et des professionnels de soins libéraux
- Aisance à l'utilisation des outils numériques et notamment, maîtrise des logiciels Microsoft office, d'une base de données, des outils de communication type Visio, Zoom, Facebook, WhatsApp ... ,

Vous êtes :

- Rigoureux,
- Ouvert aux autres : vous avez des facilités de communication, une capacité d'être à l'écoute et êtes empathique.
- Dynamique : vous êtes capable de relever des défis au quotidien, pugnace et résilient
- Autonome : vous savez organiser votre travail et gérer vos missions en autonomie

Rémunération :

Le poste est un CDD de projet de 3 ans.

Le poste est basé à la CPTS Mulhouse Agglomération (3 jours/semaine) et à la CPTS Colmar Agglo (2 jours/semaine). Des déplacements sont à prévoir sur le territoire du Collectif CPTS68 c'est-à-dire sur le territoire du Haut Rhin. Véhicule personnel indispensable. Prise en charge des frais de déplacement.

Rémunération de 2200€ brut/ mois pour un temps plein (35h) à laquelle s'ajoute l'indemnité de fin de CDD de 10%. Possibilité de temps partiel à 80%.

25 jours soit 5 semaines de congés payés/an

Qu'est-ce qu'une CPTS ?

Une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) est une nouvelle forme d'organisation interprofessionnelle. De forme associative, elle regroupe les professionnels (principalement libéraux) d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. L'objectif est double : faciliter la coordination des professionnels et fluidifier le parcours de santé des patients.

Pour atteindre ces objectifs, une CPTS peut donc solliciter et intégrer l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville libéraux ou salariés ; établissements de santé, médico-sociaux, sociaux ; acteurs de la prévention ; acteurs institutionnels...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire.

La CPTS Mulhouse agglomération

Crée en octobre 2020, la CPTS de Mulhouse agglomération intervient sur le territoire de l'agglomération mulhousienne. Le président est le Dr TRYNISZEWSKI, médecin généraliste, président de SOS médecin Mulhouse.

L'association en quelques chiffres :

- 39 communes couvertes par le territoire de la CPTS
- 283 000 habitants (Mulhouse seule 110 000)
- 270 professionnels de santé libéraux membres sur plus de 1500
- 3 salariées (coordinatrice, chargé de développement des services, assistante administrative)

La CPTS Colmar Agglo

Crée fin 2021, la CPTS de Colmar agglo intervient sur divers territoires (communauté d'agglomération de Colmar⁵⁶ principalement, quelques communes du Pays de Rouffach, Vignobles et Châteaux et une commune de la communauté de communes du Centre du Haut Rhin). Le président est le Dr DANNER, médecin généraliste.

La CPTS en quelques chiffres :

- 24 communes couvertes par le territoire de la CPTS
- 115 656 habitants en 2018⁵⁷ (Colmar seule : 70 284 habitants)
- Plus de 870 professionnels de santé libéraux intervenant sur le territoire de la CPTS

⁵⁶ Trois communes de l'agglomération de Colmar appartiennent à la CPTS Rhin Brisach : Jebnheim, Fortschwihr, Muntzenheim.

⁵⁷ INSEE 2018

Annexe 11 – Fiche de poste des services civiques

Profil de poste : Service Civique d'animation du programme ICOPE sur le territoire de Mulhouse Agglomération

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'expérimentation nationale du programme ICOPE, le Collectif CPTS 68 recherche des services civiques pour renforcer son **équipe d'animation ICOPE**.

Le projet : ICOPE et l'expérimentation nationale

Le programme ICOPE de l'OMS a pour objectif de détecter précocement le déclin des capacités intrinsèques (capacité locomotrice, vitalité, capacités visuelles et auditives, capacité cognitive, capacité psychologique) chez les personnes de plus de 60 ans, afin de proposer précocement une prise en charge adaptée. L'outil ICOPE consiste en un test rapide disponible dans l'application "ICOPE Monitor" gratuite et facile à installer sur son smartphone ou son ordinateur. Le test peut être réalisé par un professionnel de santé, la personne concernée ou l'un de ses proches. Si le résultat du test est normal, il est proposé de réaliser une réévaluation tous les 4 à 6 mois. Si le diagnostic détecte une perte de fonction, l'étape suivante consiste à l'évaluer plus précisément afin de composer un plan de soin avec les professionnels de santé du secteur pour orienter la personne vers des activités et actions permettant des améliorations. Cette démarche a été reprise dans le contexte français et intégrée dans la stratégie « vieillir en bonne santé ». Une expérimentation nationale du programme ICOPE est conduite depuis 2020 pour mettre en place des organisations innovantes, efficaces et déterminer un modèle de financement, en vérifiant la faisabilité et la rentabilité du projet. 13 structures ont été choisies pour mener cette expérimentation sur 3 ans sur leur territoire, dont Le Collectif CPTS 68.

Le projet ICOPE est porté dans le collectif CPTS 68 par deux CPTS : la CPTS Mulhouse Agglomération et la CPTS Colmar Agglo. C'est la CPTS de Mulhouse qui recrute les services civiques.

La structure : la CPTS de Mulhouse

Qu'est-ce qu'une CPTS ? Une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) est une nouvelle forme d'organisation Interprofessionnelle. De forme associative, elle regroupe les professionnels (principalement libéraux) d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. L'objectif est double : faciliter la coordination des professionnels et fluidifier le parcours de santé des patients.

Pour atteindre ces objectifs, une CPTS peut donc solliciter et intégrer l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville libéraux ou salariés ; établissements de santé, médico-sociaux, sociaux ; acteurs de la prévention ; acteurs institutionnels...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire.

Créée en octobre 2020, la CPTS de Mulhouse agglomération intervient sur le territoire de l'agglomération mulhousienne. Le président est le Dr TRYNISZEWSKI, médecin généraliste, président de SOS médecin Mulhouse. L'association en quelques chiffres :

- 39 communes couvertes par le territoire de la CPTS
- 283 000 habitants (Mulhouse seule 110 000)
- 270 professionnels de santé libéraux membres sur plus de 1500
- 3 salariées (coordinatrice, chargé de développement des services, assistante administrative)

Le poste : service civique mission ICOPE

Les missions

Sous la responsabilité de la chargée de mission et entouré par l'équipe projet, le service civique participe à la mise œuvre de l'étape 1 du programme ICOPE (tests) pendant 1 an (dépistage de 5000 séniors). Il participe plus particulièrement aux actions :

- d'aller vers les séniors et de les inviter à se faire dépister (communication)
- d'aider les séniors à prendre RV sur l'outil numérique dédié
- de gérer les plannings de RV de dépistage (lieu, horaires, intervenants)
- de participer à sessions de dépistage

Les postes sont basés à Mulhouse et nécessiteront de se déplacer dans tout m2A. Le volume horaire est de 28 à 35h à raison de 7h par jour sur 4 ou 5 jours par semaine.

Compétences et savoir-faire :

- | | |
|--|---|
| - Sens du contact | - Rigueur |
| - Motivation | - Informatique (bureautique, internet...) |
| - Permis B serait un plus | - Aisance sur téléphone portable |
| - Langue arabe ou turque parlée serait un plus | |

Les + de la mission

Entouré d'une équipe dynamique, vous apprendrez lors de ce service civique :

- A travailler en coordination avec des acteurs de la vie sociale et sanitaire du territoire
- A acquérir un vocabulaire spécifique à la prévention santé
- A maîtriser des outils informatiques tel que les plannings en ligne
- A maîtriser des outils de communication
- A connaître de manière approfondie les problématiques liées au vieillissement
- A connaître le système de soins du territoire

Accompagné par la chargée de mission, puis en autonomie, vous acquerez les compétences suivantes :

- Animation de projet en équipe
- Contact avec les seniors
- Contact avec les établissements, collectivités et les associations

En plus des valeurs d'entraide intergénérationnelle, vous pourrez faire valoir des compétences d'animation de projet, d'autonomie et le réseau pluridisciplinaire tissé lors de ce service civique. Vous pourrez vous ouvrir des opportunités professionnelles dans les domaines de l'animation, des métiers du médico-social ou des métiers nécessitant du contact.

Annexe 12 – Affiche de présentation d'ICOPE à destination des seniors

Vous avez 60 ans et plus et habitez dans la M2A ?

**Pour continuer à faire ce qu'il vous plaît,
faites le test ICOPE !**

⇒ Un programme gratuit pour vous aider à bien vieillir

- 1** Faites un test simple en 8 minutes,
 - Seul
 - Avec un proche
 - Avec un professionnel de santé
- 2** En fonction des résultats, une prise en charge personnalisée peut vous être proposée en lien avec votre médecin traitant.
- 3** Après 6 mois, refaites le test pour faire votre suivi !




**Surveillez 6 de vos capacités
avec ICOPE Monitor**

 Vision	 Audition
 Mobilité	 Nutrition
 Mémoire	 Humeur



CPTS
Mulhouse
Agglomération
Communauté Professionnelle Territoriale de Santé



icope68



App Store



Google Play

Annexe 13 – Arbres décisionnels utilisés pour l'orientation du senior

COLMAR AGGLO

MULHOUSE AGGLO



SOCIAL

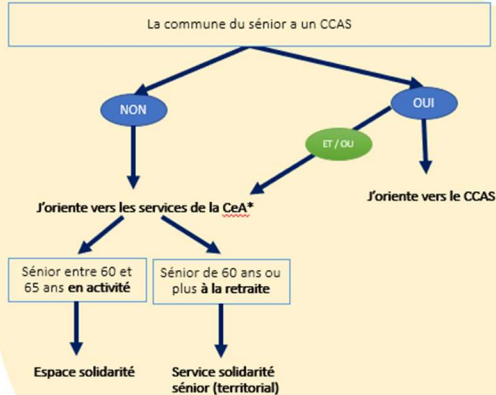
icope68

A L'ISSUE DE L'EVALUATION
GERIATRIQUE STANDARDISEE

Ce que je sais

- Les conditions de vie
- Les critères de Fried me donnent le degré de fragilité
- L'ADL, le degré d'autonomie

Arbre décisionnel



* Les services sociaux de la CeA sont en cours de restructuration, cette page sera mise à jour dès que possible

COLMAR AGGLO

MULHOUSE AGGLO



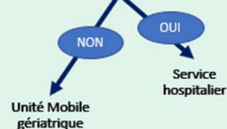
MOBILITE

icope68

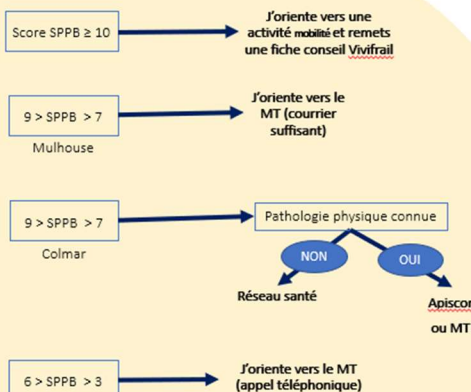
A L'ISSUE DE L'EVALUATION
MOBILITE

SPPB < 3

La personne peut se déplacer



Arbre décisionnel



COLMAR AGGLO

MULHOUSE AGGLO



NUTRITION

icope68

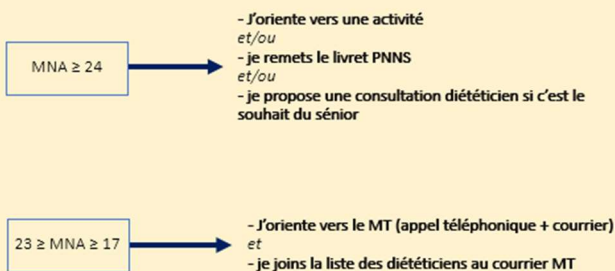
A L'ISSUE DE L'EVALUATION
COGNITION

MNA ≤ 17

La personne peut se déplacer



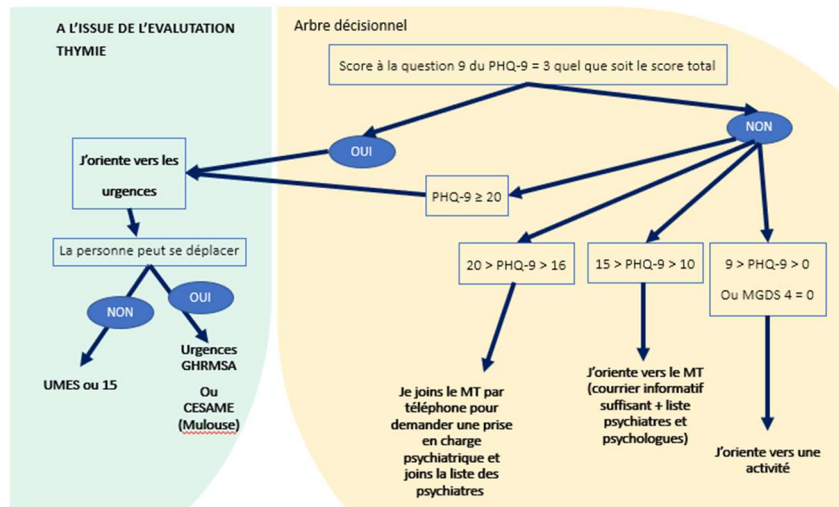
Arbre décisionnel



COLMAR AGGLO MULHOUSE AGGLO

PSYCHOLOGIE

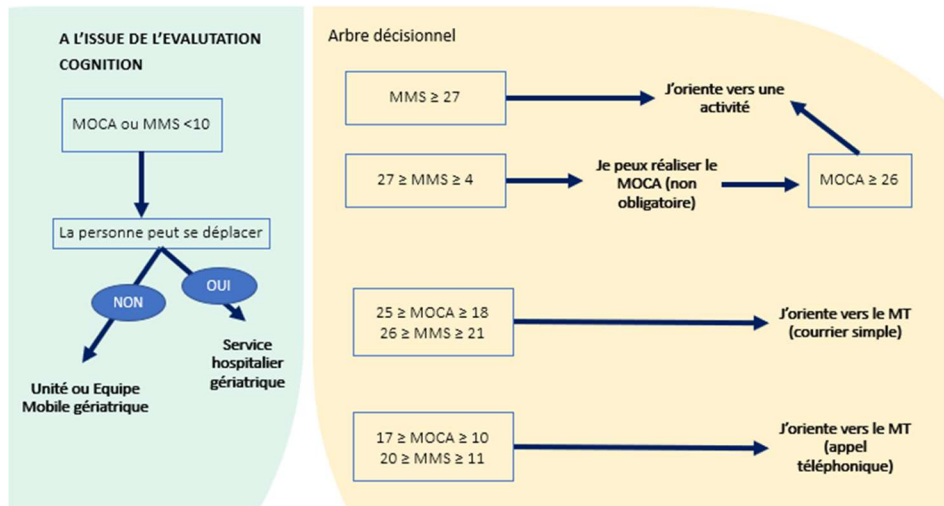
icope68



COLMAR AGGLO MULHOUSE AGGLO

COGNITION

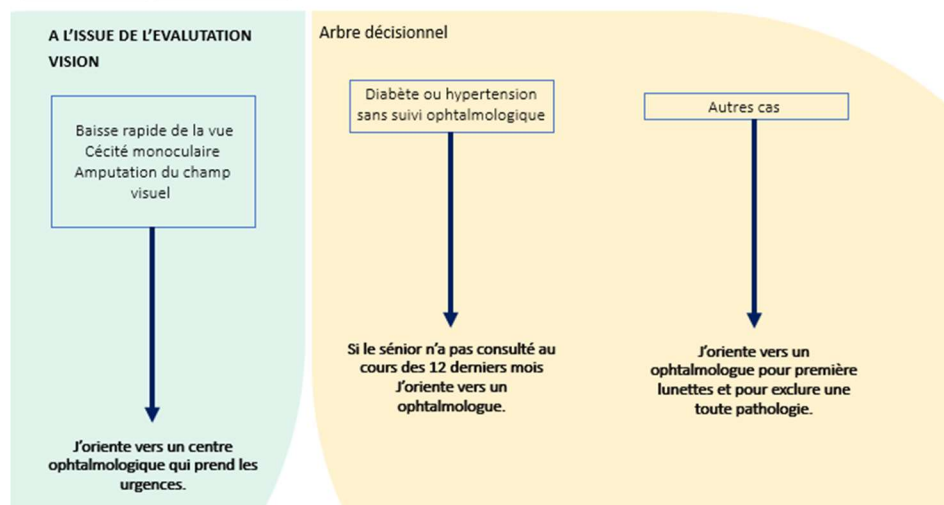
icope68



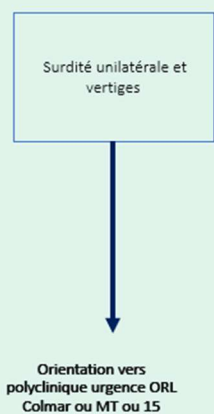
COLMAR AGGLO MULHOUSE AGGLO

VISION

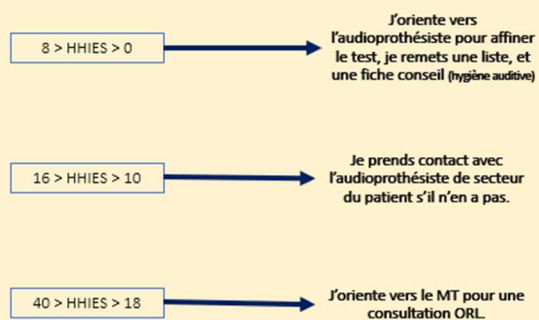
icope68



A L'ISSUE DE L'EVALUATION
AUDITION



Arbre décisionnel



Annexe 14 – Etude de cas : La Fédération Corse pour la Coordination et l'Innovation en Santé

C'est sous l'impulsion d'un médecin psychiatre et gériatre, qui s'intéresse depuis longtemps aux questions liées au vieillissement, que le programme ICOPE a émergé en Corse, avec la FCCIS en tant que porteur expérimentateur. Au départ, ce médecin a collaboré avec l'équipe de Toulouse pour élaborer un protocole visant à identifier la fragilité dans le cadre du projet « personnes âgées en perte d'autonomie (PAERPA) ». Cependant, ce protocole n'a pu être mis en œuvre en raison de difficultés pour conclure des conventions avec les médecins traitants notamment.

En conséquence, le projet a évolué vers des initiatives en partenariat avec la FCCIS, les équipes de soins primaires, et les maisons de santé pluriprofessionnelles, déjà impliquées dans des actions pour les personnes âgées. C'est dans ce contexte que le dossier de candidature pour l'AMI ICOPE en 2020 a été rédigé. Initialement prévu pour toute la Corse, il est vite apparu que les ressources financières disponibles n'étaient pas suffisantes pour une telle envergure. Ainsi, le projet s'est recentré sur quatre micro-territoires ayant des équipes axées sur les personnes âgées : la Balagne, la Côte Ouest, le Grand Bastia et la Plaine orientale.

Le déploiement a commencé en Haute-Corse, puis s'est étendu à l'ouest de l'île six mois plus tard. Cette extension a été plus complexe en raison du faible nombre de MSP participantes et de la localisation des équipes de la FCCIS principalement au nord de la Corse.

Contexte organisationnel

L'équipe du porteur expérimentateur

- ▶ Une responsable du Système d'Information (SI) et des problématiques techniques rencontrées par les effecteurs. Elle assure le bon fonctionnement des outils numériques et la résolution des éventuels problèmes techniques.
- ▶ Une IDE⁵⁸ chargée des problématiques cliniques, elle est le point de référence pour toutes les questions liées aux aspects médicaux et de santé des dépistages.

58

Annexe 14 – Etude de cas : La Fédération Corse pour la Coordination et l'Innovation en Santé

C'est sous l'impulsion d'un médecin psychiatre et gériatre, qui s'intéresse depuis longtemps aux questions liées au vieillissement, que le programme ICOPE a émergé en Corse, avec la FCCIS en tant que porteur expérimentateur. Au départ, ce médecin a collaboré avec l'équipe de Toulouse pour élaborer un protocole visant à identifier la fragilité dans le cadre du projet « personnes âgées en perte d'autonomie (PAERPA) ». Cependant, ce protocole n'a pu être mis en œuvre en raison de difficultés pour conclure des conventions avec les médecins traitants notamment.

En conséquence, le projet a évolué vers des initiatives en partenariat avec la FCCIS, les équipes de soins primaires, et les maisons de santé pluriprofessionnelles, déjà impliquées dans des actions pour les personnes âgées. C'est dans ce contexte que le dossier de candidature pour l'AMI ICOPE en 2020 a été rédigé. Initialement prévu pour toute la Corse, il est vite apparu que les ressources financières disponibles n'étaient pas suffisantes pour une

telle envergure. Ainsi, le projet s'est recentré sur quatre micro-territoires ayant des équipes axées sur les personnes âgées : la Balagne, la Côte Ouest, le Grand Bastia et la Plaine orientale.

Le déploiement a commencé en Haute-Corse, puis s'est étendu à l'ouest de l'île six mois plus tard. Cette extension a été plus complexe en raison du faible nombre de MSP participantes et de la localisation des équipes de la FCCIS principalement au nord de la Corse.

Contexte organisationnel

L'équipe du porteur expérimentateur

- ▶ Une responsable du Système d'Information (SI) et des problématiques techniques rencontrées par les effecteurs. Elle assure le bon fonctionnement des outils numériques et la résolution des éventuels problèmes techniques.
- ▶ Une IDE chargée des problématiques cliniques, elle est le point de référence pour toutes les questions liées aux aspects médicaux et de santé des dépistages.
- ▶ Un chargé du volet financier, il gère les aspects budgétaires et financiers du projet, sans être en contact direct avec les partenaires.
- ▶ Une personne en appui sur la gestion de cas complexes, offrant une expertise pour résoudre les situations qui nécessitent une attention particulière.

Cette équipe ressource, représentant 2 ETP annuels, permet au porteur expérimentateur d'assurer leurs missions d'appui au déploiement du projet (formation, accompagnement, retour d'expérience), à la sensibilisation des professionnels et le grand public à ICOPE, à la formation et à la participation à une démarche de « recherche action / innovation » en lien avec des partenaires de recherche et/ou du monde industriel.

Les partenaires de la FCCIS

Afin de déployer le dispositif sur son territoire expérimental, la FCCIS a construit des partenariats avec les acteurs de santé de son territoire : la Collectivité de Corse (axe bien vieillir), le CH de Bastia, la conférence des financeurs, les URPS médecins, pharmaciens et infirmiers, l'ARS ainsi que la Coordination inter-associative de la Lutte contre l'Exclusion (CLE).

La FCCIS collabore également avec des centres médico-psychologiques (CMP), des MSP et ESP, CCAS ainsi que le CH de Bastia pour optimiser l'offre de soin à disposition des seniors inclus dans ICOPE et réaliser les dépistages.

Modèle organisationnel

Le modèle organisationnel de la FCCIS, repose sur des collaborations avec des structures de soins primaires (MSP, CMP), des structures sociales mais également un EHPAD, les CCAS et la Mutualité française.

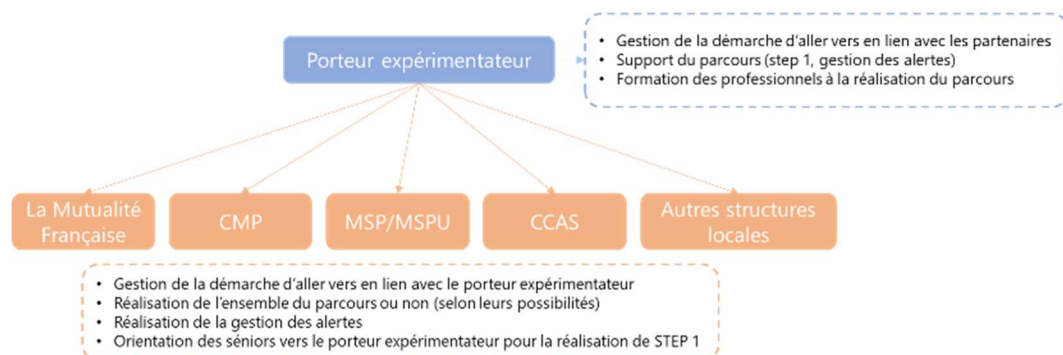


Figure 52 : Modèle organisationnel déployé par la FCCIS Corse sur leur territoire d'expérimentation

De manière coconstruite, ils organisent la communication autour de l'expérimentation ICOPE et également des journées de dépistage pour lesquelles des steps 1 sont réalisés. Cependant, les partenaires institutionnels ne réalisent pas tous des steps 1. Leur rôle dans certains cas est simplement d'orienter les seniors auprès du porteur expérimentateur qui se chargera soit de réaliser les steps 1, soit d'orienter vers d'autres partenaires réalisant des steps 1. Conformément au modèle proposé par l'InterCPTS Mulhouse Colmar, ces collaborations ne reposent pas sur des conventions de partenariats formelles et n'impliquent aucun financement de la part du porteur expérimentateur vers ces acteurs.

La démarche aller-vers

Création d'un réseau d'acteur

- La **conférence des financeurs**, accompagné de l'équipe ressource a déployé des ateliers de prévention « labellisés » ICOPE. Cela a impliqué dans un premier temps de déterminer les principes d'un label ICOPE puis d'accompagner les porteurs d'ateliers dans l'obtention d'un tel label.
- La **Collectivité de Corse (CDC)** a mis en œuvre, avec l'accompagnement de l'équipe ressource, une politique structurée de repérage de la fragilité en prévention de la perte d'autonomie.
- Le **CH de Bastia** met à disposition des consultations spécialisées en ORL, ophtalmologie et à son centre mémoire – hôpital de jour fragilité. Il réalise également des tests de dépistage (step 1).
- Structuration **d'équipes de professionnels** dans les quatre territoires d'expérimentation exerçant majoritairement au sein d'ESP/MSP ou de CPTS, recrutés sur la base du volontariat à partir des équipes en exercice coordonné ayant manifesté un intérêt pour participer à l'expérimentation.

Tableau 29 : Liste des équipes impliquées par territoire d'exercice

Grand Bastia	Balagne	Ouest Corse	Plaine Orientale
ESP Place d'arme	MSP Ile Rousse	MSP Cargese	MSP Folleli
MSP Borgo	MSP Calenzana	EHPAD Vico	MSP San Nicolao
ESP Patrimoine	CPTS		MSP Prunelli
			ESP Querciolo

La démarche de la FCCIS repose sur une mobilisation pluri-professionnelle sur quatre territoires, avec des équipes majoritairement composées de professionnels de santé issus de structures en exercice coordonné, tout en incluant des professionnels salariés et libéraux isolés. Cependant, seulement 45% des professionnels formés participent activement au projet, principalement en raison d'un manque d'explications initiales sur les exigences en termes de temps et d'implication, ce qui a conduit à des abandons précoces. Pour y remédier, le processus de recrutement a été ajusté en incluant des échanges explicatifs avant la formation et en demandant un engagement formel des participants, garantissant ainsi leur motivation et leur niveau d'implication.

Les actions permettant la démarche d'aller vers

Dans le cadre du programme ICOPE, des actions collectives complémentaires de prévention de la perte d'autonomie ont été mises en place sur les territoires lorsque l'offre existante ne permettait pas de répondre à l'ensemble des besoins. Ces actions ont fait l'objet d'une validation préalable, garantissant leur pertinence et leur alignement avec les objectifs du programme.

En 2022, trois journées de dépistage ICOPE ont été mises en place avec le soutien des équipes territoriales et de l'équipe ressource. La première demi-journée de dépistage s'est déroulée à Olmeta di Capocorso en juillet, où cinq personnes ont été dépistées. La deuxième action a eu lieu en novembre à San Nicolao, en partenariat avec des centres de santé de la Mutualité Française, où douze personnes ont bénéficié d'un dépistage auditif et ICOPE. Enfin, une journée de dépistage itinérant a été organisée en décembre dans trois villages de Balagne, en collaboration avec la MSA, permettant de toucher treize personnes supplémentaires.

Pour maximiser l'impact de ces actions, plusieurs **journées de dépistage** ont été organisées en partenariat avec divers acteurs locaux. Parmi eux, les Clubs Séniors de San Giuliano et Tiuccia, des associations telles qu'AFM Téléthon et Corse Alzheimer, ainsi que les communes de Bastia, Furiani, Biguglia, et celles du Nebbiu. Ces journées de dépistage ont également été soutenues par des structures mobiles telles que le Bus Santé Social CDC et le Bus Santé MSA, ainsi que par la Mutualité Française, qui a notamment organisé une journée dédiée à la santé auditive, en associant un dépistage ICOPE à un examen auditif complet réalisé par un audioprothésiste.

Il est apparu que l'organisation de ces dépistages sous forme de **journées spécifiques** s'est révélée être la **méthode la plus simple et la plus efficace** pour les équipes territoriales, comparativement à un dépistage effectué « au fil de l'eau ». Cette approche structurée a permis de maximiser la participation et d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles, tout en répondant aux besoins de prévention dans des territoires où l'offre était jusqu'alors insuffisante.

La communication d'ICOPE

Des outils de communication personnalisables ont été mis à la disposition des équipes pour faciliter la mise en œuvre du programme ICOPE. Parmi ces outils, on trouve un **courrier type** destiné à **informer le médecin traitant** qu'une alerte a été détectée chez son patient et qu'une évaluation sera prochainement réalisée ; **des flyers et des affiches** ont également été créés pour sensibiliser tant les professionnels que les usagers.

Pour améliorer la communication interne, des outils spécifiques ont également été proposés, incluant une **adresse mail générique** (icopecorse@fccis.fr) et un **canal de communication** dédié via l'outil Slack. L'ensemble de ces outils est centralisé sur une plateforme dédiée, accessible à tous les professionnels des équipes territoriales via le lien de la plateforme ICOPE.

En parallèle à la création de ces supports spécifiques, l'équipe ressource a mené plusieurs actions de communication en 2022 pour **renforcer l'engagement des parties prenantes**. Notamment, une **réunion inter-URPS** s'est tenue le 5 octobre pour informer sur l'expérimentation et établir des partenariats en matière de communication avec les professionnels de santé des territoires concernés. Un **mailing d'information** a également été envoyé aux médecins généralistes des zones expérimentales, avec une promotion de l'application "URPS Corsica, a vostra unione in stacca" grâce à un partenariat avec l'URPS-ML.

Le financement et les ressources allouées au projet

Les enveloppes de financement

Tout comme les deux autres porteurs expérimentateurs mentionnés précédemment, dans le cadre de l'Article 51, la FCCIS a bénéficié de deux enveloppes financières distinctes. Une première enveloppe, intitulée CAI, d'un montant de 83 191€, a été utilisée à 101 %, soit 84 000€. Une seconde enveloppe, destinée à l'animation territoriale et aux frais kilométriques, d'un montant total de 89 002€, a également été utilisée à 101 %, soit 90 000€. Ces fonds ont été déployés de manière optimale pour soutenir les actions sur le terrain.

La FCCIS a fait le choix, en tant que porteur du projet, de maintenir la dotation destinée à l'animation territoriale à son niveau initial. Cette décision repose sur le fait que la FCCIS joue un rôle clé dans la démarche "aller-vers" et dans la fourniture des supports de communication nécessaires aux partenaires sur le terrain. De plus, les objectifs du programme ICOPE s'inscrivant dans les missions des partenaires institutionnels, ces derniers n'ont pas eu à supporter de coûts supplémentaires car l'aller-vers fait déjà partie de leurs missions en tant qu'équipe de soins primaires. Le porteur expérimentateur a ainsi adopté une posture d'appui et de soutien, notamment pour les missions nécessitant des financements, tels que les supports de communication ou l'organisation des journées de dépistage.

Toutefois, certains partenaires ont exprimé des réserves quant à la viabilité de cette approche à long terme, surtout dans l'éventualité d'une généralisation du programme, qui pourrait entraîner une montée en charge des actions à financer et donc un report de certaines tâches et missions que le porteur expérimentateur assume aujourd'hui mais qu'il sera amené à déléguer en cas de montée en charge.

En 2022, le projet ICOPE a reçu des **financements complémentaires**, dont 175 000€ de la collectivité de Corse pour le financement de l'équipe ressource, et 60 000€ de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Corse pour accompagner l'émergence de la CPTS de Balagne.

Enfin, une **convention tripartite** entre l'ARS, la FCCIS et l'EHPAD HD2A engage l'ARS à verser une dotation de 3 000€ au SSIAD PA de l'ADMR 2A. Ce financement est destiné à la mise en œuvre du programme ICOPE (50 inclusions – step 1) et à la formation de quatre infirmiers coordinateurs. L'EHPAD a nécessité un financement complémentaire en raison de la spécificité de ses infirmiers coordinateurs, qui, n'étant pas libéraux, ne pouvaient pas être

rémunérés de la même manière que les autres professionnels de santé impliqués dans les équipes territoriales.

Les outils utilisés

Ce porteur expérimentateur a fait le choix stratégique de ne pas utiliser les outils disponibles de l'expérimentation ICOPE (ICOPE & Moi ou ICOPE Monitor) pour la mise en œuvre de son parcours, préférant développer des outils spécifiques adaptés à ces besoins. Ainsi, la FCCIS a conçu un SI régional dédié, validé lors d'une réunion en février 2022, réunissant le GRADeS, l'ARS Corse, une représentante du groupe interministériel DGS ICOPE.

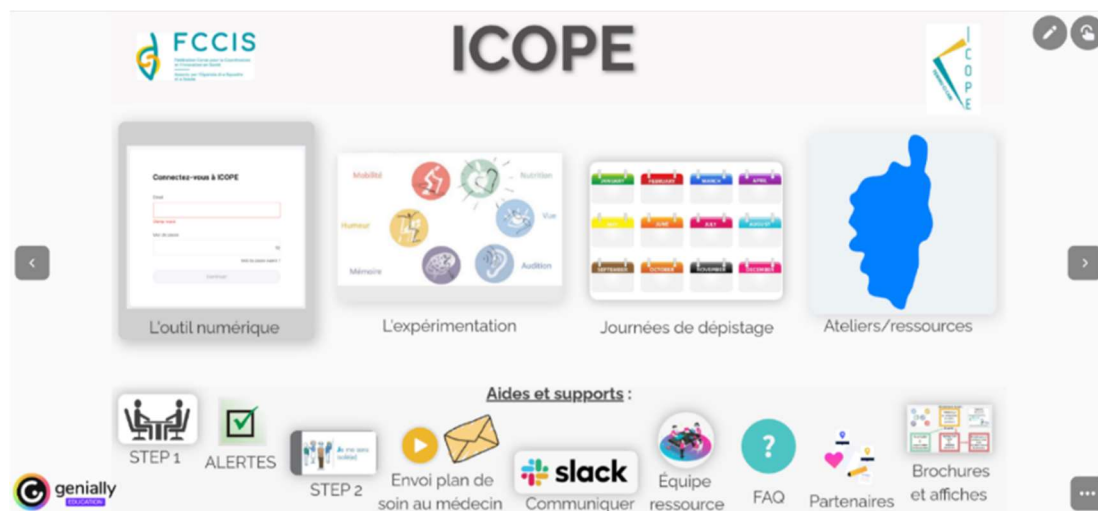


Figure 53 : Capture d'écran de l'outil métier développé par la FCCIS pour répondre aux besoins de l'évaluation

Ce SI a permis d'ajouter des fonctionnalités manquantes, notamment un espace de partage et de communication entre professionnels. Son développement par la FCCIS s'est déroulé en plusieurs phases clés : d'abord une version initiale pour tracer les différentes étapes du parcours, (step 1, validation des alertes, step 2), la génération automatique de synthèses, et le suivi des plans validés par les médecins traitants. Deux plateformes ont été créées, l'une pour l'apprentissage sécurisé des professionnels et l'autre pour l'opérationnalisation.

Depuis novembre 2022, une version améliorée du SI a été mise en place, intégrant les retours d'expérience et ajoutant des fonctionnalités pour l'entretien motivationnel et le suivi des ateliers. Ce SI local permet également une réactivité accrue de l'équipe ressource, facilitant la correction rapide des bugs et l'adaptation continue aux besoins des professionnels.

Par ailleurs, l'équipe ressource a développé plusieurs outils métiers pour faciliter l'adoption et l'implémentation de la démarche ICOPE par les équipes territoriales :

- ▶ **Cartographie des ressources** permettant de visualiser les spécialistes et les ateliers de prévention disponibles sur chaque territoire expérimental.
- ▶ **Mémo imprimable** qui est un document de référence pour la réalisation des steps 1 et 2 du parcours ICOPE.

- **Algorithmes d'aide** à la validation des alertes, facilitant la prise de décision pour les professionnels.
- **Tutoriels** sous forme de vidéos et guides pour l'utilisation efficace du système d'information.

Une foire aux questions regroupant les questions fréquentes et leurs réponses pour soutenir les utilisateurs dans leur pratique quotidienne.

En revanche, la création d'un outil propre à ce porteur a nécessité un financement spécifique (en plus des autres porteurs) et a engendré, jusqu'à présent, un coût d'environ 6 000€. Une mise à jour est en cours pour permettre l'intégration des dépistages par auto-évaluation.

Le parcours ICOPE

Entre janvier et décembre 2023, 12,2 % (222 seniors) de l'objectif initial de 1819 seniors fixé dans le cahier des charges a été atteint. Parmi les seniors inclus, une forte proportion de femmes a été observée, représentant 71 % des participants, alors qu'elles ne constituent que 54 % des seniors du territoire selon les données régionales de l'INSEE de 2020. Cette surreprésentation est particulièrement marquée dans les tranches d'âge de 60-74 ans (45,95 %) et de 75-89 ans (24,8 %). À l'inverse, les hommes sont sous-représentés, ce qui pourrait s'expliquer par des facteurs non précisés. La moyenne d'âge des seniors dépistés est de 72 ans, ce qui place cette région en deuxième position après le Limousin, qui présente une moyenne de 71 ans pour 228 seniors inclus.

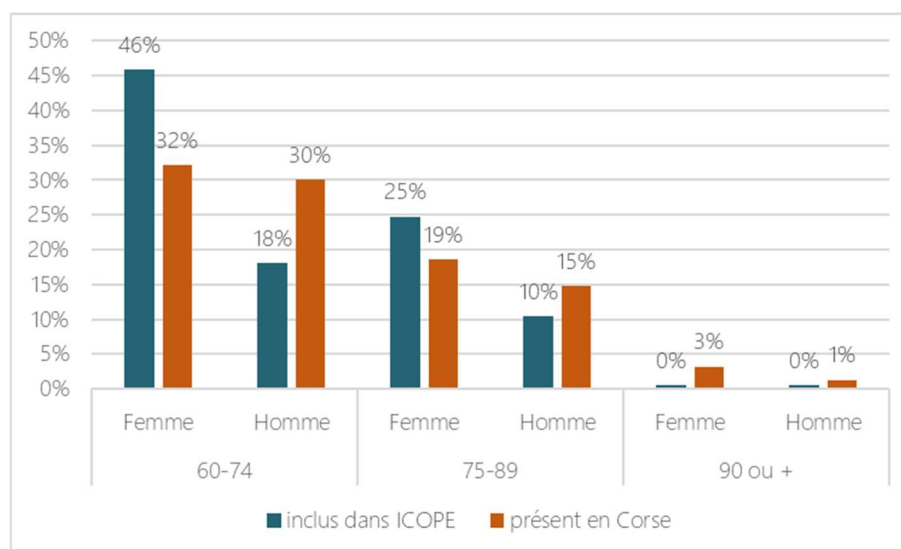


Figure 54 : Répartition des seniors inclus selon leur âge et leur sexe en comparaison aux données INSEE de la région Corse

Par ailleurs, 98,3 % des seniors ayant reçu au moins une alerte ont vu leurs alertes validées, et 62,2 % ont bénéficié d'une évaluation approfondie pour donner suite à cette validation. Cependant, seuls 2,7 % ont participé à un entretien motivationnel à la suite de cette évaluation approfondie. Ce taux de participation relativement faible peut s'expliquer par l'absence de déploiement de la formation dédiée à l'entretien motivationnel (step 3), pourtant prévue dans le cahier des charges. En l'absence de cette formation, qui ne relève pas des compétences fondamentales des professionnels de santé, ceux-ci ont éprouvé des difficultés à conduire ces entretiens de manière adéquate. Par ailleurs, la réalisation de cet entretien nécessite une

nouvelle mobilisation des seniors et impose un déplacement supplémentaire, ce qui a pu également contribuer à la faible participation observée.

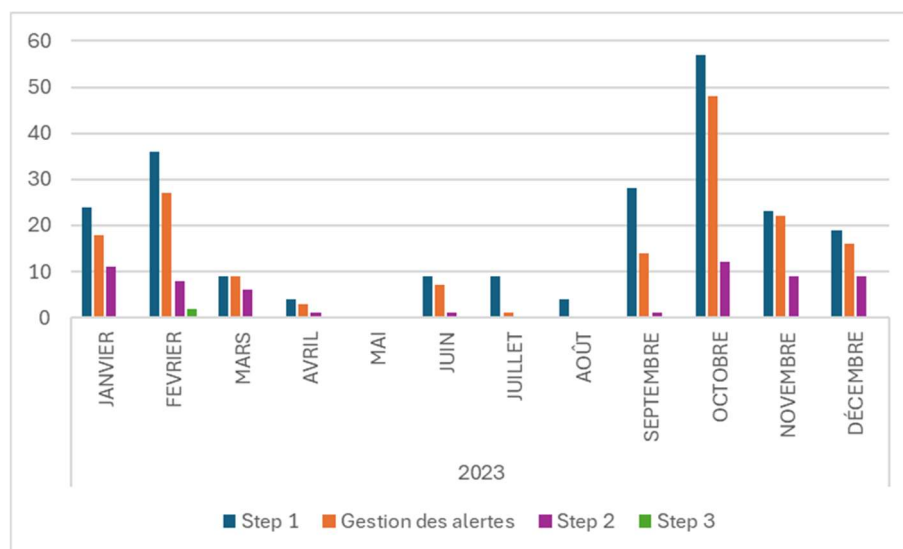


Figure 55 : Evolution temporelle des effectifs par étape du parcours ICOPE

Parmi les seniors évalués, 72 % présentent une faible vulnérabilité, 27 % une vulnérabilité moyenne, et seulement 1 % sont considérés comme ayant une forte vulnérabilité, avec cinq ou six critères de vulnérabilité cochés. Quatre seniors ont choisi de ne pas divulguer d'informations concernant leur vulnérabilité. Il est à noter que 52 % des seniors vivent seuls, l'isolement étant la vulnérabilité la plus répandue, suivie des problèmes financiers, qui touchent 14 % des seniors ayant eu une évaluation approfondie (step 2) et 12 % des seniors se trouvent en situation d'aidant.

Le test de dépistage

L'année 2022 a été essentiellement destinée au déploiement du projet, les premières inclusions nécessitant beaucoup d'ajustements de la part de l'équipe ressource et des équipes effectrices pour "insérer" le projet dans leur vie professionnelle quotidienne. Une montée en charge progressive a été réalisée pendant l'année 2023, notamment avec l'organisation de journées de dépistage dédiées.

Modalités de dépistage

Ce porteur expérimentateur a fait le choix de ne pas proposer l'autoévaluation car leur SI n'était pas adapté pour (il faut un accès professionnel pour accéder au questionnaire) et pour éviter que des seniors résidant dans des territoires qui ne font pas parti de l'évaluation réalisent des dépistages (step 1) et ne puissent pas accéder à un parcours complet.

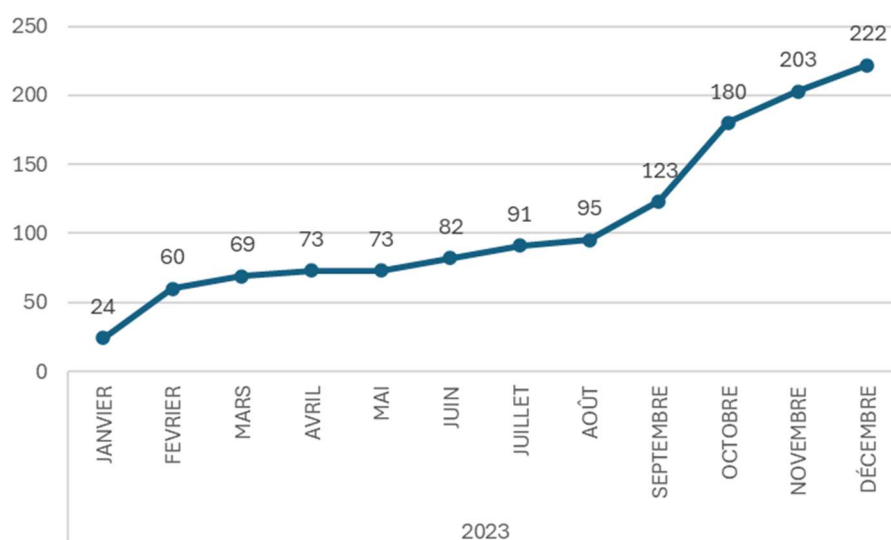


Figure 56 : Evolution temporelle cumulée des dépistages sur l'année 2023

Les hétéroévaluations rémunérées, ont permis l'inclusion de 222 séniors, grâce à des journées de dépistage organisées par l'équipe ressource, qui sollicite différents professionnels pour réaliser à minima des steps 1 mais également des dépistages au sein des équipes territoriales sur rendez-vous.

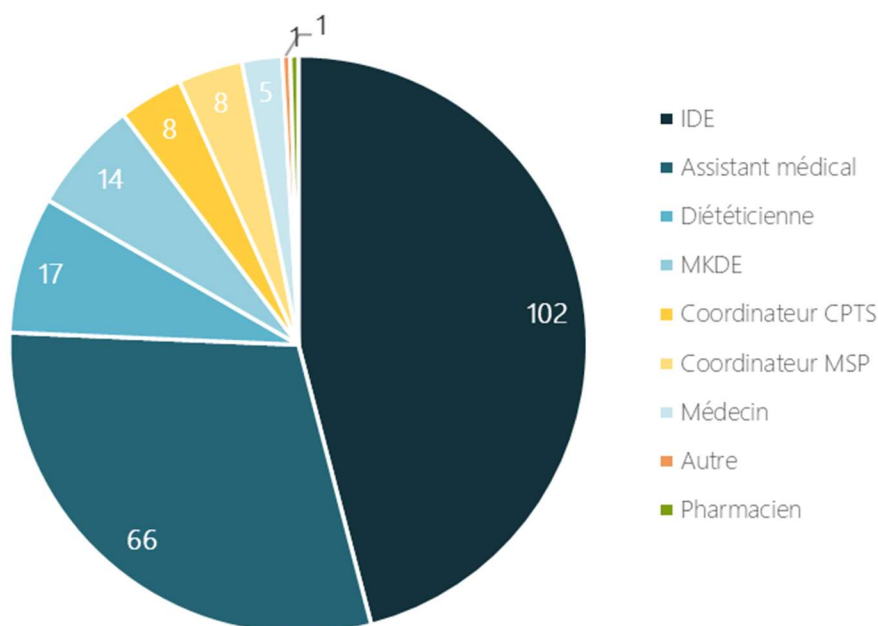


Figure 57 : Répartition des professionnels, de santé ou non, ayant réalisé les primo-dépistages

Les infirmiers (46% des dépistages), suivi des assistant médicaux (30%) sont les professions les plus impliquées dans le dépistage ICOPE. Cette implication est cohérente avec leurs rôles et leurs compétences car souvent en première ligne en matière de prévention. Les médecins, bien qu'un peu impliqués (2%) continuent de se concentrer davantage sur les soins et encore très peu sur la prévention.

En Corse, aucune réitération de dépistage ne semble avoir été réalisée, alors que le programme ICOPE préconise une réitération du test tous les six mois.

Résultats du dépistage

Lors du premier dépistage, il a été constaté que 79,7 % des séniors présentaient au moins une altération de leurs capacités fonctionnelles, avec une moyenne de 1,5 altération par personne dans l'échantillon étudié.

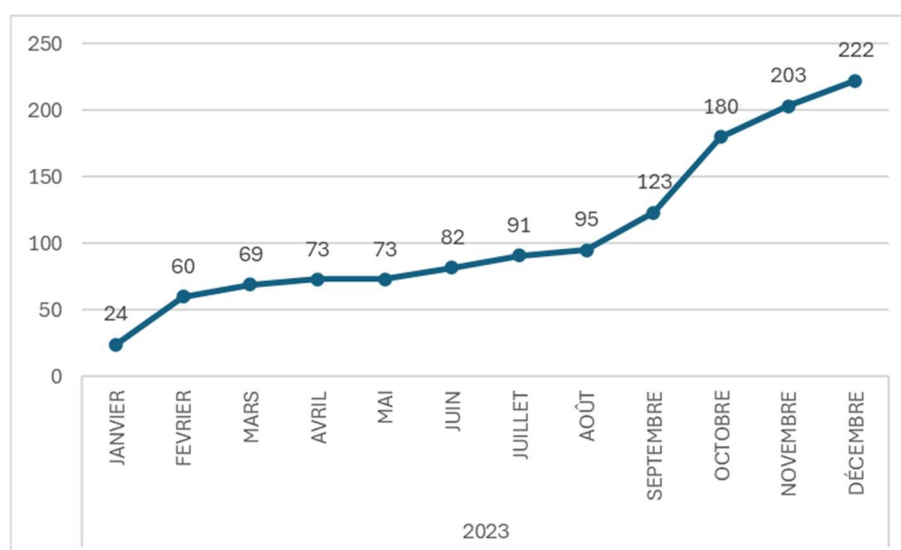


Figure 58 : Evolution temporelle du nombre cumulé de dépistage en Corse

Les altérations les plus fréquemment observées concernent la cognition (46,4 %), la psychologie (34,7 %) et l'audition (28,8 %). La forte prévalence des troubles psychologiques peut s'expliquer par l'isolement important auquel sont confrontés de nombreux séniors, notamment ceux qui vivent seuls. En ce qui concerne l'audition, plusieurs facteurs peuvent être en cause : les conditions du test, mais aussi des aspects négligés lors des consultations médicales générales. Par exemple, selon une observation faite sur le terrain, de nombreux séniors souffrent de bouchons de cérumen, un problème souvent ignoré par les médecins qui se concentrent uniquement sur le motif principal de la consultation sans évaluer la santé globale du patient. Les capacités les moins altérées chez les séniors sont la nutrition (12,2 %) et la vision (13,1 %).

La gestion des alertes

Ce porteur expérimentateur a mis en place une gestion des alertes décentralisée pour responsabiliser chaque équipe dans la gestion des séniors dépistés et assurer un suivi rigoureux de leur parcours. Chaque équipe territoriale dispose d'un accès spécifique à un tableau de bord intégré au SI, qui répertorie les dépistages nécessitant une prise en charge et offre une vue d'ensemble rapide des parcours des séniors, minimisant ainsi le risque de sorties de parcours entre les étapes. De plus, leur accès est limité aux séniors relevant de leur territoire grâce à l'utilisation du code postal, renseigné lors du test de repérage (step 1).

Cependant, il arrive que certains séniors, dépistés lors de journées spécifiques, ne soient pas immédiatement attribués à une équipe. Dans ces cas, l'IDE de l'équipe ressource prend en charge la validation des alertes et oriente le dossier vers une équipe appropriée, garantissant ainsi que chaque sénior bénéficie d'un suivi dès son entrée dans le parcours ICOPE.

L'évaluation approfondie et l'entretien motivationnel

Modalités de l'évaluation approfondie

Pour réduire le nombre de séniors perdus de vue entre leur dépistage initial (étape 1) et le reste du parcours de soin, la FCCIS a proposé à ses partenaires opérationnels, les professionnels de santé réalisant les dépistages, de regrouper les différentes étapes en une seule visite. Cette initiative vise à enchaîner le dépistage (étape 1), la validation des alertes, et l'étape suivante (étape 2) lors de la même consultation. Ce besoin se fait particulièrement sentir en Corse, où la distance entre les résidences, souvent situées dans des zones rurales ou de petits villages, et les lieux de dépistage complique le suivi en raison du manque de transports en commun.

À l'issue de l'évaluation approfondie (step 2), le professionnel de santé rédige un compte rendu qui est ensuite transmis au médecin traitant. De plus, pour faciliter l'élaboration d'un plan de soin personnalisé, ce professionnel bénéficie d'une cartographie des ateliers (par territoire et par capacité fonctionnelle) et des prises en charge disponibles, accessible via l'outil métier développé par la FCCIS, permettant ainsi une orientation adaptée du sénior.

Résultats des évaluations approfondies

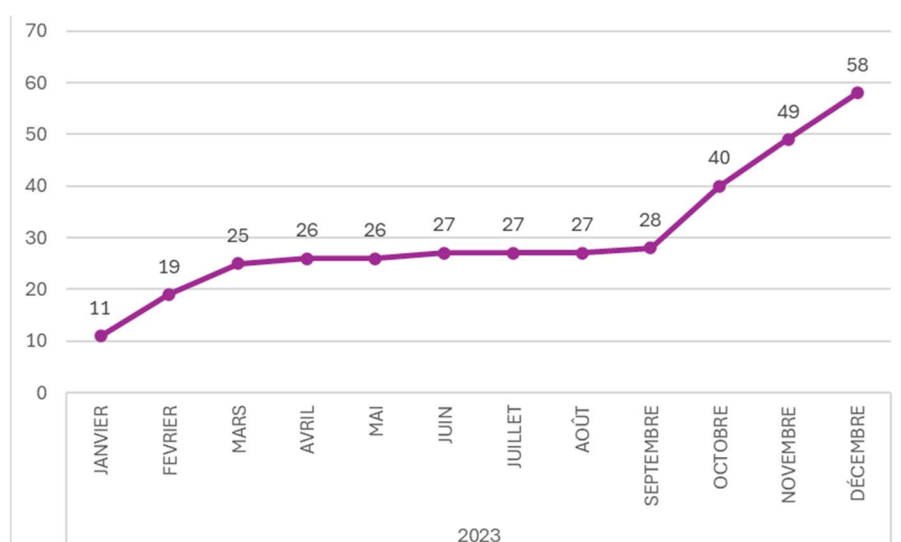


Figure 59 : Evolution temporelle du nombre cumulé de step 2

On observe une augmentation progressive du nombre de step 2 réalisés au cours de l'année 2023. Cependant, malgré cette croissance, le nombre total de step 2 reste limité, ce qui,

combiné au très faible nombre de step 3 (seulement 2), rend difficile l'établissement d'un mode de fonctionnement fiable et reproductible.

Les propositions faites aux séniors ayant bénéficié d'une évaluation approfondie montrent une concentration notable sur les ateliers de gestion des émotions (pour 34% des séniors vu en step 2), des ateliers mémoires (22%), ce qui correspond aux alertes les plus observées parmi les séniors dépistés en Corse. En revanche, les autres propositions, telles que les consultations médicales spécialisées, les orientations vers des spécialistes comme les audioprothésistes ou les ophtalmologues, ainsi que les interventions nutritionnelles, sont beaucoup moins fréquentes, représentant chacune entre 7% et 2% des recommandations, ce qui est également en accord avec un faible nombre d'alertes dans ces domaines.

L'adhésion et l'engagement des séniors

Le rôle du dispositif est en général bien compris même si les séniors n'en connaissent pas le nom. Le déroulement du parcours en revanche est plus flou mais la prise en charge qui en découle (médicale comme ateliers de prévention) est parfaitement claire, facilitée par le rendu systématique au séniors d'un compte-rendu la détaillant.

Les observations sur site ont permis de constater que l'attitude passive ou active des séniors lors des consultations est dépendante de la posture du professionnel (maternante vs protocolaire) qui a un retentissement sur l'engagement des séniors dans une démarche autonome ou très guidée.

Des messages de prévention et conseils sont délivrés systématiquement lors des steps 2 observés.

Selon les alertes déclenchées, les séniors sont orientés vers les ressources correspondantes (association, médecin traitant, ateliers...). Les patients adhèrent au programme en raison de leurs inquiétudes, mais aussi parce qu'ils sont rassurés de pouvoir bénéficier d'une réponse adaptée à leurs difficultés.

Chez les séniors observés auxquels des ateliers étaient proposés, ces ateliers permettent de les engager dans une démarche de prévention volontaire, en particulier parce qu'ils apprécient ces moments, qui leur permettent un temps de répit, ou de lien social, ce qui les motive à faire perdurer leur participation. Les outils utilisés en step 2 (jeu de cartes symbolisant les émotions) encouragent le dialogue et l'introspection, qui permettent une prise de conscience de la part des usagers (de leurs difficultés ou de l'importance de les prendre en charge).

L'engagement des séniors dans leur suivi est facilité par l'envoi d'un compte rendu (au séniors et à son médecin traitant) qui permet un suivi des actions à mettre en place.

En dehors des ateliers, les modifications des pratiques dans le quotidien se font à la marge. Certains des séniors interrogés sur place en viennent toutefois à modifier leurs habitudes de vie parce que les liens noués lors des ateliers leur permettent de poursuivre les activités proposées dans leur quotidien (activité physique par exemple).

Conclusion

La FCCIS a su consolider une équipe ressource essentielle au déploiement du projet, à la formation des acteurs et à la sensibilisation d'ICOPE. Elle s'est appuyée pour le déploiement du projet sur des structures de soins primaires existantes sur son territoire ainsi que des

- ▶ Un chargé du volet financier, il gère les aspects budgétaires et financiers du projet, sans être en contact direct avec les partenaires.
- ▶ Une personne en appui sur la gestion de cas complexes, offrant une expertise pour résoudre les situations qui nécessitent une attention particulière.

Cette équipe ressource, représentant 2 ETP annuels, permet au porteur expérimentateur d'assurer leurs missions d'appui au déploiement du projet (formation, compagnonnage, retour d'expérience), à la sensibilisation des professionnels et le grand public à ICOPE, à la formation et à la participation à une démarche de « recherche action / innovation » en lien avec des partenaires de recherche et/ou du monde industriel.

Les partenaires de la FCCIS

Afin de déployer le dispositif sur son territoire expérimental, la FCCIS a construit des partenariats avec les acteurs de santé de son territoire : la Collectivité de Corse (axe bien vieillir), le CH de Bastia, la conférence des financeurs, les URPS médecins, pharmaciens et infirmiers, l'ARS ainsi que la Coordination inter-associative de la Lutte contre l'Exclusion (CLE).

La FCCIS collabore également avec des centres médico-psychologiques (CMP)⁵⁹, des MSP et ESP, CCAS ainsi que le CH de Bastia pour optimiser l'offre de soin à disposition des seniors inclus dans ICOPE et réaliser les dépistages.

Modèle organisationnel

Le modèle organisationnel de la FCCIS, repose sur des collaborations avec des structures de soins primaires (MSP, CMP), des structures sociales mais également un EHPAD, les CCAS et la Mutualité française.

journées de dépistage pour dépister les seniors et les accompagner au mieux dans leur parcours de prévention et de soins si nécessaire.

Pour faciliter la mise en œuvre du programme ICOPE, des outils de communication personnalisables ont été mis à disposition des équipes. Cela inclut des courriers type pour informer les médecins traitants, des flyers, des affiches, et des outils de communication interne comme une adresse mail générique et un canal Slack.

La FCCIS a opté pour la création d'un système d'information (SI) régional dédié, permettant une gestion centralisée des étapes du parcours ICOPE et facilitant la communication entre professionnels. En complément, des outils métiers ont été développés pour aider à l'adoption et à l'implémentation de la démarche ICOPE, tels que des cartographies de ressources, des mémos imprimables, des algorithmes d'aide, et des tutoriels.

Les actions de dépistage et les partenariats établis ont permis d'atteindre une partie significative de la population cible, tout en mettant en lumière les besoins d'amélioration continue et d'optimisation des ressources pour maximiser l'impact du programme.

Annexe 15 – Fiche de poste de l'IDE faisant partie de l'équipe ressource

⁵⁹ CMP Ile Rousse, CMP Toga, CMP Montesoro, CMP Castelluccio et CMP Chisonnacia

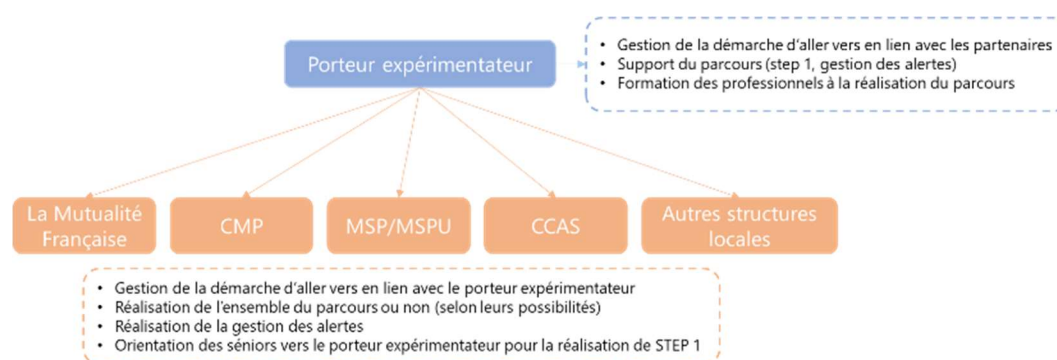


Figure 52 : Modèle organisationnel déployé par la FCCIS Corse sur leur territoire d'expérimentation

De manière coconstruite, ils organisent la communication autour de l'expérimentation ICOPE et également des journées de dépistage pour lesquelles des steps 1 sont réalisés. Cependant, les partenaires institutionnels ne réalisent pas tous des steps 1. Leur rôle dans certains cas est simplement d'orienter les seniors auprès du porteur expérimentateur qui se chargera soit de réaliser les steps 1, soit d'orienter vers d'autres partenaires réalisant des steps 1. Conformément au modèle proposé par l'InterCPTS Mulhouse Colmar, ces collaborations ne reposent pas sur des conventions de partenariats formelles et n'impliquent aucun financement de la part du porteur expérimentateur vers ces acteurs.

La démarche aller-vers

Création d'un réseau d'acteur

- La **conférence des financeurs**, accompagné de l'équipe ressource a déployé des ateliers de prévention « labellisés » ICOPE. Cela a impliqué dans un premier temps de déterminer les principes d'un label ICOPE puis d'accompagner les porteurs d'ateliers dans l'obtention d'un tel label.
- La **Collectivité de Corse (CDC)** a mis en œuvre, avec l'accompagnement de l'équipe ressource, une politique structurée de repérage de la fragilité en prévention de la perte d'autonomie.
- Le **CH de Bastia** met à disposition des consultations spécialisées en ORL, ophtalmologie et à son centre mémoire – hôpital de jour fragilité. Il réalise également des tests de dépistage (step 1).
- Structuration **d'équipes de professionnels** dans les quatre territoires d'expérimentation exerçant majoritairement au sein d'ESP/MSP ou de CPTS, recrutés sur la base du volontariat à partir des équipes en exercice coordonné ayant manifesté un intérêt pour participer à l'expérimentation.

Tableau 29 : Liste des équipes impliquées par territoire d'exercice

Grand Bastia	Balagne	Ouest Corse	Plaine Orientale
ESP Place d'arme	MSP Ile Rousse	MSP Cargese	MSP Folleli
MSP Borgo	MSP Calenzana	EHPAD Vico	MSP San Nicolao
ESP Patrimoine	CPTS		MSP Prunelli
			ESP Querciolo

La démarche de la FCCIS repose sur une mobilisation pluri-professionnelle sur quatre territoires, avec des équipes majoritairement composées de professionnels de santé issus de structures en exercice coordonné, tout en incluant des professionnels salariés et libéraux isolés. Cependant, seulement 45% des professionnels formés participent activement au projet,

principalement en raison d'un manque d'explications initiales sur les exigences en termes de temps et d'implication, ce qui a conduit à des abandons précoces. Pour y remédier, le processus de recrutement a été ajusté en incluant des échanges explicatifs avant la formation et en demandant un engagement formel des participants, garantissant ainsi leur motivation et leur niveau d'implication.

Les actions permettant la démarche d'aller vers

Dans le cadre du programme ICOPE, des actions collectives complémentaires de prévention de la perte d'autonomie ont été mises en place sur les territoires lorsque l'offre existante ne permettait pas de répondre à l'ensemble des besoins. Ces actions ont fait l'objet d'une validation préalable, garantissant leur pertinence et leur alignement avec les objectifs du programme.

En 2022, trois journées de dépistage ICOPE ont été mises en place avec le soutien des équipes territoriales et de l'équipe ressource. La première demi-journée de dépistage s'est déroulée à Olmeta di Capocorso en juillet, où cinq personnes ont été dépistées. La deuxième action a eu lieu en novembre à San Nicolao, en partenariat avec des centres de santé de la Mutualité Française, où douze personnes ont bénéficié d'un dépistage auditif et ICOPE. Enfin, une journée de dépistage itinérant a été organisée en décembre dans trois villages de Balagne, en collaboration avec la MSA, permettant de toucher treize personnes supplémentaires.

Pour maximiser l'impact de ces actions, plusieurs **journées de dépistage** ont été organisées en partenariat avec divers acteurs locaux. Parmi eux, les Clubs Séniors de San Giuliano et Tiuccia, des associations telles qu'AFM Téléthon et Corse Alzheimer, ainsi que les communes de Bastia, Furiani, Biguglia, et celles du Nebbiu. Ces journées de dépistage ont également été soutenues par des structures mobiles telles que le Bus Santé Social CDC et le Bus Santé MSA, ainsi que par la Mutualité Française, qui a notamment organisé une journée dédiée à la santé auditive, en associant un dépistage ICOPE à un examen auditif complet réalisé par un audioprothésiste.

Il est apparu que l'organisation de ces dépistages sous forme de **journées spécifiques** s'est révélée être la **méthode la plus simple et la plus efficace** pour les équipes territoriales, comparativement à un dépistage effectué « au fil de l'eau ». Cette approche structurée a permis de maximiser la participation et d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles, tout en répondant aux besoins de prévention dans des territoires où l'offre était jusqu'alors insuffisante.

La communication d'ICOPE

Des outils de communication personnalisables ont été mis à la disposition des équipes pour faciliter la mise en œuvre du programme ICOPE. Parmi ces outils, on trouve un **courrier type** destiné à **informer le médecin traitant** qu'une alerte a été détectée chez son patient et qu'une évaluation sera prochainement réalisée ; **des flyers⁶⁰** et **des affiches** ont également été créés pour sensibiliser tant les professionnels que les usagers.

Pour améliorer la communication interne, des outils spécifiques ont également été proposés, incluant une **adresse mail générique** (icopecorse@fccis.fr) et un **canal de communication** dédié via l'outil Slack. L'ensemble de ces outils est centralisé sur une plateforme dédiée,

⁶⁰ Annexe 16 – Flyer destiné aux professionnels de santé et Annexe 17 – Flyer à destination du public des ateliers de prévention

accessible à tous les professionnels des équipes territoriales via le lien de la plateforme ICOPE.

En parallèle à la création de ces supports spécifiques, l'équipe ressource a mené plusieurs actions de communication en 2022 pour **renforcer l'engagement des parties prenantes**. Notamment, une **réunion inter-URPS** s'est tenue le 5 octobre pour informer sur l'expérimentation et établir des partenariats en matière de communication avec les professionnels de santé des territoires concernés. Un **mailing d'information** a également été envoyé aux médecins généralistes des zones expérimentales, avec une promotion de l'application "URPS Corsica, a vostra unione in stacca" grâce à un partenariat avec l'URPS-ML.

Le financement et les ressources allouées au projet

Les enveloppes de financement

Tout comme les deux autres porteurs expérimentateurs mentionnés précédemment, dans le cadre de l'Article 51, la FCCIS a bénéficié de deux enveloppes financières distinctes. Une première enveloppe, intitulée CAI, d'un montant de 83 191€, a été utilisée à 101 %, soit 84 000€. Une seconde enveloppe, destinée à l'animation territoriale et aux frais kilométriques, d'un montant total de 89 002€, a également été utilisée à 101 %, soit 90 000€. Ces fonds ont été déployés de manière optimale pour soutenir les actions sur le terrain.

La FCCIS a fait le choix, en tant que porteur du projet, de maintenir la dotation destinée à l'animation territoriale à son niveau initial. Cette décision repose sur le fait que la FCCIS joue un rôle clé dans la démarche "aller-vers" et dans la fourniture des supports de communication nécessaires aux partenaires sur le terrain. De plus, les objectifs du programme ICOPE s'inscrivant dans les missions des partenaires institutionnels, ces derniers n'ont pas eu à supporter de coûts supplémentaires car l'aller-vers fait déjà partie de leurs missions en tant qu'équipe de soins primaires. Le porteur expérimentateur a ainsi adopté une posture d'appui et de soutien, notamment pour les missions nécessitant des financements, tels que les supports de communication ou l'organisation des journées de dépistage.

Toutefois, certains partenaires ont exprimé des réserves quant à la viabilité de cette approche à long terme, surtout dans l'éventualité d'une généralisation du programme, qui pourrait entraîner une montée en charge des actions à financer et donc un report de certaines tâches et missions que le porteur expérimentateur assume aujourd'hui mais qu'il sera amené à déléguer en cas de montée en charge.

En 2022, le projet ICOPE a reçu des **financements complémentaires**, dont 175 000€ de la collectivité de Corse pour le financement de l'équipe ressource, et 60 000€ de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Corse pour accompagner l'émergence de la CPTS de Balagne.

Enfin, une **convention tripartite** entre l'ARS, la FCCIS et l'EHPAD HD2A engage l'ARS à verser une dotation de 3 000€ au SSIAD PA de l'ADMR 2A. Ce financement est destiné à la mise en œuvre du programme ICOPE (50 inclusions – step 1) et à la formation de quatre infirmiers coordinateurs. L'EHPAD a nécessité un financement complémentaire en raison de la spécificité de ses infirmiers coordinateurs, qui, n'étant pas libéraux, ne pouvaient pas être rémunérés de la même manière que les autres professionnels de santé impliqués dans les équipes territoriales.

Les outils utilisés

Ce porteur expérimentateur a fait le choix stratégique de ne pas utiliser les outils disponibles de l'expérimentation ICOPE (ICOPE & Moi ou ICOPE Monitor) pour la mise en œuvre de son parcours, préférant développer des outils spécifiques adaptés à ces besoins. Ainsi, la FCCIS

a conçu un SI régional dédié, validé lors d'une réunion en février 2022, réunissant le GRADeS, l'ARS Corse, une représentante du groupe interministériel DGS ICOPE.



Figure 53 : Capture d'écran de l'outil métier développé par la FCCIS pour répondre aux besoins de l'évaluation

Ce SI a permis d'ajouter des fonctionnalités manquantes, notamment un espace de partage et de communication entre professionnels. Son développement par la FCCIS s'est déroulé en plusieurs phases clés : d'abord une version initiale pour tracer les différentes étapes du parcours, (step 1, validation des alertes, step 2), la génération automatique de synthèses, et le suivi des plans validés par les médecins traitants. Deux plateformes ont été créées, l'une pour l'apprentissage sécurisé des professionnels et l'autre pour l'opérationnalisation.

Depuis novembre 2022, une version améliorée du SI a été mise en place, intégrant les retours d'expérience et ajoutant des fonctionnalités pour l'entretien motivationnel et le suivi des ateliers. Ce SI local permet également une réactivité accrue de l'équipe ressource, facilitant la correction rapide des bugs et l'adaptation continue aux besoins des professionnels.

Par ailleurs, l'équipe ressource a développé plusieurs outils métiers pour faciliter l'adoption et l'implémentation de la démarche ICOPE par les équipes territoriales :

- ▶ **Cartographie des ressources** permettant de visualiser les spécialistes et les ateliers de prévention disponibles sur chaque territoire expérimental.
- ▶ **Mémo imprimable** qui est un document de référence pour la réalisation des steps 1 et 2 du parcours ICOPE.
- ▶ **Algorithmes d'aide** à la validation des alertes, facilitant la prise de décision pour les professionnels.
- ▶ **Tutoriels** sous forme de vidéos et guides pour l'utilisation efficace du système d'information.

Une foire aux questions regroupant les questions fréquentes et leurs réponses pour soutenir les utilisateurs dans leur pratique quotidienne.

En revanche, la création d'un outil propre à ce porteur a nécessité un financement spécifique (en plus des autres porteurs) et a engendré, jusqu'à présent, un coût d'environ 6 000€. Une mise à jour est en cours pour permettre l'intégration des dépistages par auto-évaluation.

Le parcours ICOPE

Entre janvier et décembre 2023, 12,2 % (222 seniors) de l'objectif initial de 1819 seniors fixé dans le cahier des charges a été atteint. Parmi les seniors inclus, une forte proportion de femmes a été observée, représentant 71 % des participants, alors qu'elles ne constituent que 54 % des seniors du territoire selon les données régionales de l'INSEE de 2020. Cette surreprésentation est particulièrement marquée dans les tranches d'âge de 60-74 ans (45,95 %) et de 75-89 ans (24,8 %). À l'inverse, les hommes sont sous-représentés, ce qui pourrait s'expliquer par des facteurs non précisés. La moyenne d'âge des seniors dépistés est de 72 ans, ce qui place cette région en deuxième position après le Limousin, qui présente une moyenne de 71 ans pour 228 seniors inclus.

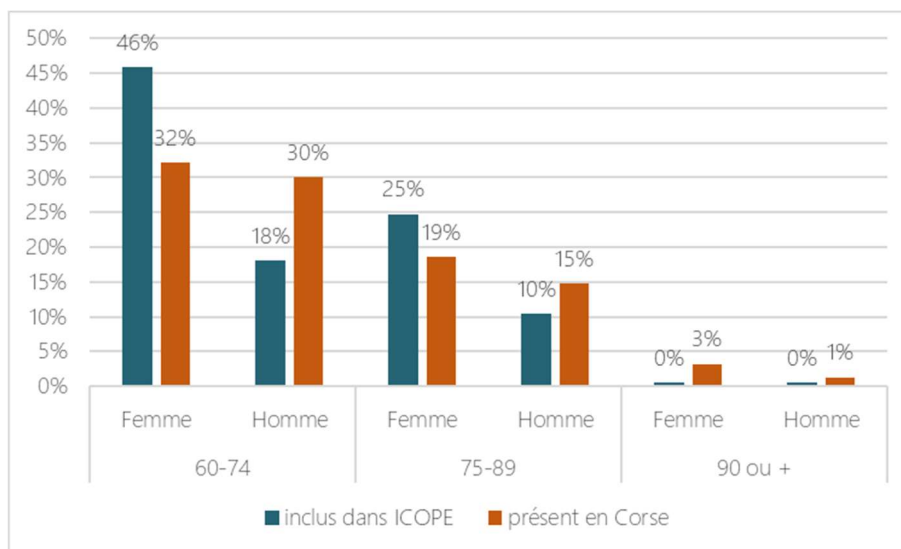


Figure 54 : Répartition des seniors inclus selon leur âge et leur sexe en comparaison aux données INSEE de la région Corse

Par ailleurs, 98,3 % des seniors ayant reçu au moins une alerte ont vu leurs alertes validées, et 62,2 % ont bénéficié d'une évaluation approfondie pour donner suite à cette validation. Cependant, seuls 2,7 % ont participé à un entretien motivationnel à la suite de cette évaluation approfondie. Ce taux de participation relativement faible peut s'expliquer par l'absence de déploiement de la formation dédiée à l'entretien motivationnel (step 3), pourtant prévue dans le cahier des charges. En l'absence de cette formation, qui ne relève pas des compétences fondamentales des professionnels de santé, ceux-ci ont éprouvé des difficultés à conduire ces entretiens de manière adéquate. Par ailleurs, la réalisation de cet entretien nécessite une nouvelle mobilisation des seniors et impose un déplacement supplémentaire, ce qui a pu également contribuer à la faible participation observée.

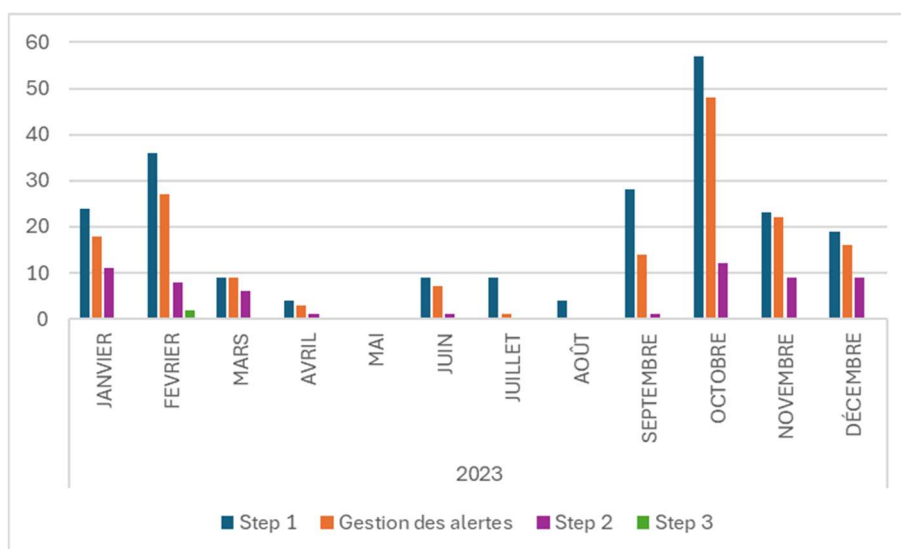


Figure 55 : Evolution temporelle des effectifs par étape du parcours ICOPE

Parmi les seniors évalués, 72 % présentent une faible vulnérabilité, 27 % une vulnérabilité moyenne, et seulement 1 % sont considérés comme ayant une forte vulnérabilité, avec cinq ou six critères de vulnérabilité cochés. Quatre seniors ont choisi de ne pas divulguer d'informations concernant leur vulnérabilité. Il est à noter que 52 % des seniors vivent seuls, l'isolement étant la vulnérabilité la plus répandue, suivie des problèmes financiers, qui touchent 14 % des seniors ayant eu une évaluation approfondie (step 2) et 12 % des seniors se trouvent en situation d'aidant.

Le test de dépistage

L'année 2022 a été essentiellement destinée au déploiement du projet, les premières inclusions nécessitant beaucoup d'ajustements de la part de l'équipe ressource et des équipes effectrices pour "insérer" le projet dans leur vie professionnelle quotidienne. Une montée en charge progressive a été réalisée pendant l'année 2023, notamment avec l'organisation de journées de dépistage dédiées.

Modalités de dépistage

Ce porteur expérimentateur a fait le choix de ne pas proposer l'autoévaluation car leur SI n'était pas adapté pour (il faut un accès professionnel pour accéder au questionnaire) et pour éviter que des seniors résidant dans des territoires qui ne font pas parti de l'évaluation réalisent des dépistages (step 1) et ne puissent pas accéder à un parcours complet.

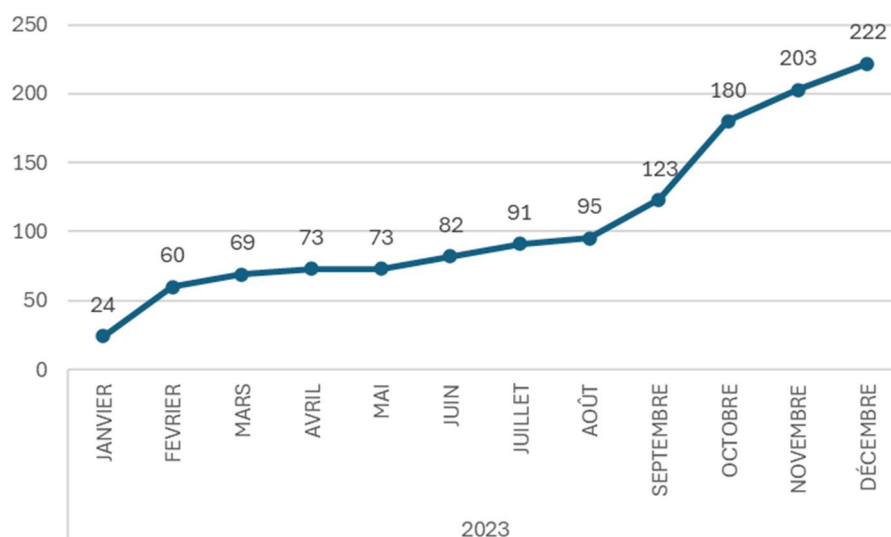


Figure 56 : Evolution temporelle cumulée des dépistages sur l'année 2023

Les hétéroévaluations rémunérées, ont permis l'inclusion de 222 séniors, grâce à des journées de dépistage organisées par l'équipe ressource, qui sollicite différents professionnels pour réaliser à minima des steps 1 mais également des dépistages au sein des équipes territoriales sur rendez-vous.

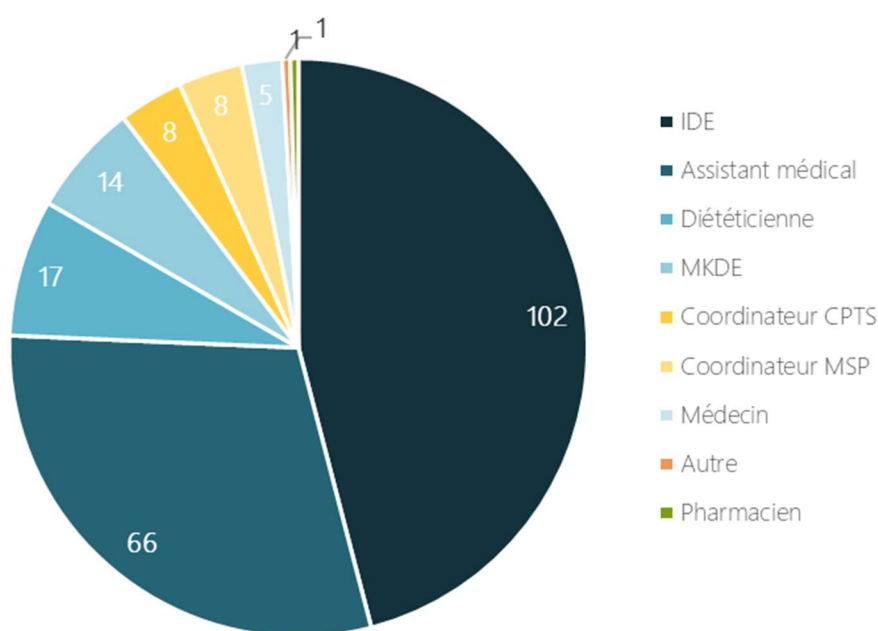


Figure 57 : Répartition des professionnels, de santé ou non, ayant réalisé les primo-dépistages

Les infirmiers (46% des dépistages), suivi des assistant médicaux (30%) sont les professions les plus impliquées dans le dépistage ICOPE. Cette implication est cohérente avec leurs rôles et leurs compétences car souvent en première ligne en matière de prévention. Les médecins, bien qu'un peu impliqués (2%) continuent de se concentrer davantage sur les soins et encore très peu sur la prévention.

En Corse, aucune réitération de dépistage ne semble avoir été réalisée, alors que le programme ICOPE préconise une réitération du test tous les six mois.

Résultats du dépistage

Lors du premier dépistage, il a été constaté que 79,7 % des seniors présentaient au moins une altération de leurs capacités fonctionnelles, avec une moyenne de 1,5 altération par personne dans l'échantillon étudié.

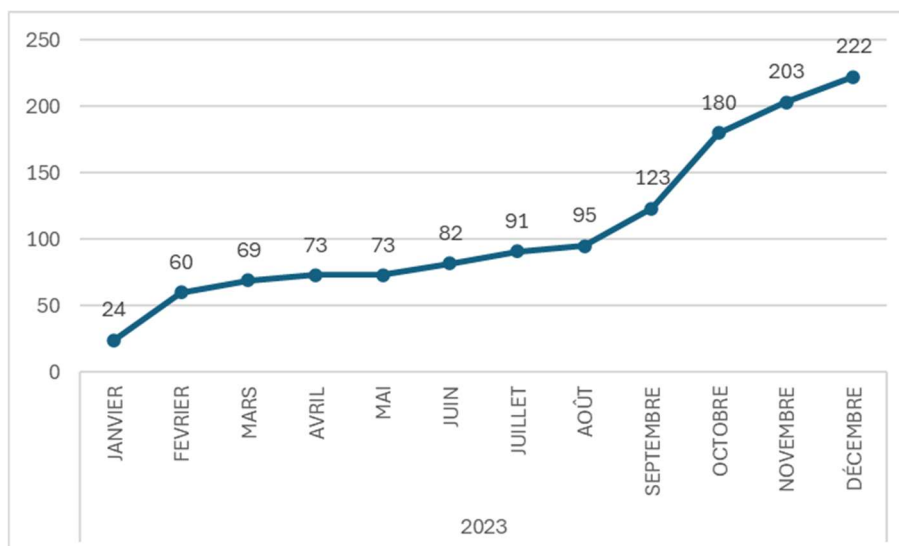


Figure 58 : Evolution temporelle du nombre cumulé de dépistage en Corse

Les altérations les plus fréquemment observées concernent la cognition (46,4 %), la psychologie (34,7 %) et l'audition (28,8 %). La forte prévalence des troubles psychologiques peut s'expliquer par l'isolement important auquel sont confrontés de nombreux seniors, notamment ceux qui vivent seuls. En ce qui concerne l'audition, plusieurs facteurs peuvent être en cause : les conditions du test, mais aussi des aspects négligés lors des consultations médicales générales. Par exemple, selon une observation faite sur le terrain, de nombreux seniors souffrent de bouchons de cérumen, un problème souvent ignoré par les médecins qui se concentrent uniquement sur le motif principal de la consultation sans évaluer la santé globale du patient. Les capacités les moins altérées chez les seniors sont la nutrition (12,2 %) et la vision (13,1 %).

La gestion des alertes

Ce porteur expérimentateur a mis en place une gestion des alertes décentralisée pour responsabiliser chaque équipe dans la gestion des seniors dépistés et assurer un suivi rigoureux de leur parcours. Chaque équipe territoriale dispose d'un accès spécifique à un tableau de bord intégré au SI, qui répertorie les dépistages nécessitant une prise en charge et offre une vue d'ensemble rapide des parcours des seniors, minimisant ainsi le risque de sorties de parcours entre les étapes. De plus, leur accès est limité aux seniors relevant de leur territoire grâce à l'utilisation du code postal, renseigné lors du test de repérage (step 1).

Cependant, il arrive que certains seniors, dépistés lors de journées spécifiques, ne soient pas immédiatement attribués à une équipe. Dans ces cas, l'IDE de l'équipe ressource prend en charge la validation des alertes et oriente le dossier vers une équipe appropriée, garantissant ainsi que chaque senior bénéficie d'un suivi dès son entrée dans le parcours ICOPE.

L'évaluation approfondie et l'entretien motivationnel

Modalités de l'évaluation approfondie

Pour réduire le nombre de séniors perdus de vue entre leur dépistage initial (étape 1) et le reste du parcours de soin, la FCCIS a proposé à ses partenaires opérationnels, les professionnels de santé réalisant les dépistages, de regrouper les différentes étapes en une seule visite. Cette initiative vise à enchaîner le dépistage (étape 1), la validation des alertes, et l'étape suivante (étape 2) lors de la même consultation. Ce besoin se fait particulièrement sentir en Corse, où la distance entre les résidences, souvent situées dans des zones rurales ou de petits villages, et les lieux de dépistage complique le suivi en raison du manque de transports en commun.

À l'issue de l'évaluation approfondie (step 2), le professionnel de santé rédige un compte rendu⁶¹ qui est ensuite transmis au médecin traitant. De plus, pour faciliter l'élaboration d'un plan de soin personnalisé, ce professionnel bénéficie d'une cartographie⁶² des ateliers (par territoire et par capacité fonctionnelle) et des prises en charge disponibles, accessible via l'outil métier développé par la FCCIS, permettant ainsi une orientation adaptée du sénior.

Résultats des évaluations approfondies

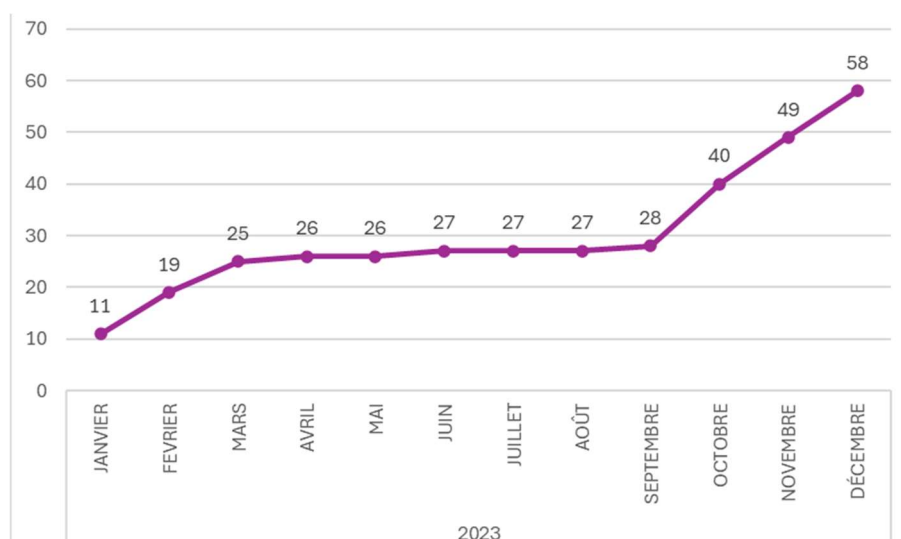


Figure 59 : Evolution temporelle du nombre cumulé de step 2

On observe une augmentation progressive du nombre de step 2 réalisés au cours de l'année 2023. Cependant, malgré cette croissance, le nombre total de step 2 reste limité, ce qui, combiné au très faible nombre de step 3 (seulement 2), rend difficile l'établissement d'un mode de fonctionnement fiable et reproductible.

Les propositions faites aux séniors ayant bénéficié d'une évaluation approfondie montrent une concentration notable sur les ateliers de gestion des émotions (pour 34% des séniors vu en step 2), des ateliers mémoires (22%), ce qui correspond aux alertes les plus observées parmi les séniors dépistés en Corse. En revanche, les autres propositions, telles que les consultations médicales spécialisées, les orientations vers des spécialistes comme les audioprothésistes ou les ophtalmologues, ainsi que les interventions nutritionnelles, sont

⁶¹Annexe 18 – Courrier type envoyé au médecin traitant du sénior après la réalisation du step 1 par un professionnel

⁶²Annexe 19 – Cartographie à disposition des professionnels pour l'orientation des séniors (exemple Balagne)

beaucoup moins fréquentes, représentant chacune entre 7% et 2% des recommandations, ce qui est également en accord avec un faible nombre d'alertes dans ces domaines.

L'adhésion et l'engagement des séniors

Le rôle du dispositif est en général bien compris même si les séniors n'en connaissent pas le nom. Le déroulement du parcours en revanche est plus flou mais la prise en charge qui en découle (médicale comme ateliers de prévention) est parfaitement claire, facilitée par le rendu systématique au sénior d'un compte-rendu la détaillant.

Les observations sur site ont permis de constater que l'attitude passive ou active des séniors lors des consultations est dépendante de la posture du professionnel (maternante vs protocolaire) qui a un retentissement sur l'engagement des séniors dans une démarche autonome ou très guidée.

Des messages de prévention et conseils sont délivrés systématiquement lors des steps 2 observés.

Selon les alertes déclenchées, les séniors sont orientés vers les ressources correspondantes (association, médecin traitant, ateliers...). Les patients adhèrent au programme en raison de leurs inquiétudes, mais aussi parce qu'ils sont rassurés de pouvoir bénéficier d'une réponse adaptée à leurs difficultés.

Chez les séniors observés auxquels des ateliers étaient proposés, ces ateliers permettent de les engager dans une démarche de prévention volontaire, en particulier parce qu'ils apprécient ces moments, qui leur permettent un temps de répit, ou de lien social, ce qui les motive à faire perdurer leur participation. Les outils utilisés en step 2 (jeu de cartes symbolisant les émotions) encouragent le dialogue et l'introspection, qui permettent une prise de conscience de la part des usagers (de leurs difficultés ou de l'importance de les prendre en charge).

L'engagement des séniors dans leur suivi est facilité par l'envoi d'un compte rendu (au sénior et à son médecin traitant) qui permet un suivi des actions à mettre en place.

En dehors des ateliers, les modifications des pratiques dans le quotidien se font à la marge. Certains des séniors interrogés sur place en viennent toutefois à modifier leurs habitudes de vie parce que les liens noués lors des ateliers leur permettent de poursuivre les activités proposées dans leur quotidien (activité physique par exemple).

Conclusion

La FCCIS a su consolider une équipe ressource essentielle au déploiement du projet, à la formation des acteurs et à la sensibilisation d'ICOPE. Elle s'est appuyée pour le déploiement du projet sur des structures de soins primaires existantes sur son territoire ainsi que des journées de dépistage pour dépister les séniors et les accompagner au mieux dans leur parcours de prévention et de soins si nécessaire.

Pour faciliter la mise en œuvre du programme ICOPE, des outils de communication personnalisables ont été mis à disposition des équipes. Cela inclut des courriers type pour informer les médecins traitants, des flyers, des affiches, et des outils de communication interne comme une adresse mail générique et un canal Slack.

La FCCIS a opté pour la création d'un système d'information (SI) régional dédié, permettant une gestion centralisée des étapes du parcours ICOPE et facilitant la communication entre professionnels. En complément, des outils métiers ont été développés pour aider à l'adoption et à l'implémentation de la démarche ICOPE, tels que des cartographies de ressources, des mémos imprimables, des algorithmes d'aide, et des tutoriels.

Les actions de dépistage et les partenariats établis ont permis d'atteindre une partie significative de la population cible, tout en mettant en lumière les besoins d'amélioration continue et d'optimisation des ressources pour maximiser l'impact du programme.

Annexe 15 – Fiche de poste de l'IDE faisant partie de l'équipe ressource

Fiche de poste : IDE temps plein au sein de l'équipe régionale ressource ICOPE

La Fédération Corse pour la Coordination et l'Innovation en Santé (FCCIS), association loi 1901 recrute pour constituer une équipe régionale ressource sur le projet ICOPE :

Contexte :

Le programme ICOPE (Integrated Care for Older PEople) est un programme de prévention développé par l'OMS qui a pour objectif de prévenir la survenue d'une perte d'autonomie chez les seniors (60 ans et plus) en favorisant l'expression de leurs potentialités (empowerment). Il vise à détecter des fragilités de capacités fonctionnelles dans 6 grands domaines (état nutritionnel, locomotion, vision, audition, santé mentale et cognition), à les évaluer de manière plus approfondie pour proposer ensuite un plan de prévention ciblé et un suivi.

Une expérimentation de la démarche a été prévue par la stratégie « Vieillir en bonne santé » 2020-2022, en vue d'adapter le programme OMS au contexte français, tester les organisations innovantes possibles et définir un modèle de financement. En 2020, le projet Corse, porté par la FCCIS en collaboration avec le centre mémoire et fragilité du CH de Bastia, a été sélectionné lors d'un Appel à Manifestation d'Intérêt pour :

- Construire le cahier des charges national dans le cadre d'une expérimentation article 51⁶³ (année 2021)
- Mettre en œuvre le programme à partir de 2022 pour une durée de 3 ans

Le projet ICOPE Corse repose sur une organisation qui implique :

- 4 équipes territoriales ICOPE (Balagne, Ouest Corse, Grand Bastia et Plaine) basées sur des équipes de professionnels de santé de soins primaires en exercice coordonné (Equipes de Soins Primaires, Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) et pouvant associer d'autres professionnels de santé volontaires de ces territoires.
- Une équipe régionale ressource qui pilote le projet, accompagne les équipes territoriales (formation, appui et recours), structure les partenariats, supervise et valorise les données de la cohorte régionale. Cette équipe est financée par la Collectivité de Corse dans le cadre de son schéma directeur de l'autonomie 2022-2026.
- De nombreux partenaires en région

La présente fiche de poste concerne un poste infirmier au sein de l'équipe régionale ressource.

Nb : plus d'infos sur le projet via [ce lien](#)

Liaisons hiérarchiques :

Sous l'autorité administrative du Président de la FCCIS et sous la hiérarchie du directeur de la FCCIS

Liaisons fonctionnelles :

- Avec les autres membres de l'équipe ressource régionale ICOPE
- Avec les membres des 4 équipes territoriales ICOPE

⁶³ Les dispositifs article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2018 visent à expérimenter des organisations innovantes faisant appel à des modes de financements et d'organisation inédits permettant de décroiser le système de santé français et d'inciter à la coopération entre les acteurs. Ces expérimentations ont également un objectif d'efficacité et de meilleure prise en compte de la prévention et de la qualité des soins.

- Avec l'ensemble des partenaires du projet ICOPE

Descriptif des missions :

1) Missions vers les équipes territoriales

Accompagnement et support :

- Compagnonnage initial puis substitution ponctuelle pour les évaluations si besoin
- Supervision, recours expertise métier
- Remontées des difficultés vers l'équipe régionale
- Aide à l'organisation des journées de dépistage
- Aide à la structuration des partenariats

Formation

- Participation à la conception des formations
- Participation à l'animation des formations

2) Missions vers les porteurs d'ateliers de prévention

- Aide à l'élaboration d'ateliers répondant au cahier des charges ICOPE
- Participation à la formation d'animateurs si besoin

3) Missions en lien avec la cohorte ICOPE

- Participation au data management de la base de la cohorte ICOPE régionale
- Participation à l'élaboration et à la mise en œuvre de projets de recherche
- Participation à l'élaboration des rapports d'activité en lien avec l'expérimentation article 51

Compétences et aptitudes :

- Formations, expériences

- Formation requise : Diplôme d'Etat d'Infirmier
- Formations et/ou expériences souhaitées dans les champs de la prévention, de la personne âgée, de l'éducation thérapeutique du patient (et/ou entretien motivationnel) et de la formation professionnelle.
- Bonne connaissance des dispositifs de santé et du social

- Compétences attendues :

- Maîtriser les tests et outils de dépistage et d'évaluation ICOPE
- Animer des groupes de travail, des formations ou des réunions
- Maîtriser les logiciels bureautiques et tableaux de bord
- Participer à des travaux de recherche

- Aptitudes personnelles :

- Aptitude à travailler en collaboration avec une équipe pluriprofessionnelle et en partenariat
- Sens de l'organisation et de la rigueur professionnelle
- Capacités d'adaptation au changement
- Esprit d'initiative, de créativité et autonomie professionnelle dans le respect des missions
- Sens relationnel, écoute et capacité au dialogue
- Sens de l'éthique et du secret professionnel

Annexe 16 – Flyer destiné aux professionnels de santé



Déroulement du test :



Annexe 17 – Flyer a destination du public des ateliers de prévention

Vous êtes?

- Volontaire
- Sénior de 60 ans ou plus
- Autonome
- Habitant du territoire ICOPE

Prêt pour la première étape du dépistage ICOPE!!!

Contactez nous:

06 09 20 79 76
icopecorse@fccis.fr
www.fccis.fr

60 ans et plus?
Prenez soin de votre forme

Venez évaluer votre capital santé

ICOPE
Integrated Care for Older People

Centre Hospitalier de Bastia
CLUNETIMIA di CORSICA
COLLECTIVITÀ di CORSE
FCCIS
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
ars
l'Assurance Maladie

Le dépistage ICOPE

Pour qui?
Tous les séniors de 60 ans et + autonomes!

Comment?
Il est effectué par des équipes de professionnels de santé formés.

Où?
Lors des journées de dépistage organisée près de chez vous.

1ère étape ou STEP 1

Un questionnaire d'environ 10 minutes vous est proposé, sur votre quotidien et votre ressenti concernant les thématiques suivantes:

MOBILITÉ
ALIMENTATION
VISION
AUDITION
COGNITION
HUMEUR

Et après ...
Selon vos réponses

Bilan de suivi annuel

Nous vous recontacterons pour répondre à nouveau à ce même questionnaire dans 6 mois / 1an.

Sinon, on continue ...

Évaluation approfondie proposée c'est le STEP 2

Vous serez contacté par un infirmier pour programmer cette évaluation dans les 15 jours qui suivent le dépistage.

Pour terminer...

Ateliers de prévention

L'orientation vers ceux ci est réalisée en fonction des actions de prévention nécessaires et révélées lors des deux précédentes étapes.

ICOPE
Integrated Care for Older People

Annexe 18 – Courrier type envoyé au médecin traitant du sénior après la réalisation du step 1 par un professionnel



Cher Confrère,

Votre patient, M. Mme a bénéficié d'un dépistage dans le cadre des recommandations ICOPE pour un vieillissement en bonne santé.

Le programme ICOPE (Integrated Care for Older People) est un programme de l'OMS qui propose une démarche de prévention aux séniors (60 ans et plus) dans le but de prévenir l'apparition d'une perte d'autonomie. La démarche est structurée par le recours à des tests standardisés et des outils numériques supports. Elle est constituée des étapes suivantes :

Etape 1 : Repérage des diminutions des aptitudes fonctionnelles dans 6 grands domaines (alimentation, mobilité, vision, audition, cognition et thymie).

Etape 2 : Evaluation approfondie et ciblée sur le(s) domaine(s) défaillant(s)

Etape 3 : Elaboration d'un plan de prévention

Etape 4 : Mise en œuvre du plan de prévention

Ce dépistage a mis en évidence une baisse d'aptitude dans les domaines suivants :



Nutrition

☐


Mobilité

☐


Humeur

☐


Audition

☐


Vue

☐


Cognition

☐

De ce fait, nous lui avons proposé une évaluation approfondie dans les domaines indiqués en vue de proposer des actions de prévention. Cette évaluation :

☐ Évaluation programmée	☐ Évaluation réalisée
Aura lieu le Et sera menée par un professionnel de santé de l'équipe territoriale ICOPE. La synthèse de l'évaluation vous sera transmise par messagerie sécurisée, accompagnée d'une proposition d'action de prévention que nous soumettrons à votre patient avec votre accord.	A eu lieu le Et a été mené par un professionnel de santé de l'équipe territoriale ICOPE. Veuillez trouver ci-jointe, la synthèse de l'évaluation, accompagnée d'une proposition d'action de prévention que nous soumettrons à votre patient avec votre accord.

Nous sommes à votre disposition au pour échanger sur le plan de soins proposé et plus d'informations sur le programme ICOPE.

Confraternellement.

Mme/M.

Annexe 19 – Cartographie à disposition des professionnels pour l'orientation des séniors (exemple Balagne)



Annexe 20 – Questionnaire pour évaluer le niveau de mise en œuvre d'ICOPE (ICOPE implementation scorecard)

Integrate health and social care services		STAGE OF IMPLEMENTATION (check one, weighted score)			SUBTOTAL SCORE
		NONE TO MINIMAL	INITIATING	SUSTAINING	
ENGAGE AND EMPOWER PEOPLE AND COMMUNITIES					
1	Actively engage older people, their families and caregivers and civil society in service delivery*	☐ (0)	☐ (2)	☐ (3)	
2	Offer caregivers support and training*	☐ (0)	☐ (2)	☐ (3)	
SUBTOTAL FOR SERVICE ACTIONS 1 AND 2					☐ /6
SUPPORT THE COORDINATION OF SERVICES DELIVERED BY MULTIDISCIPLINARY PROVIDERS					
3	Actively seek and identify older people in need of care in the community	☐ (0)	☐ (1)	☐ (2)	
4	Undertake comprehensive assessments when older people enter health or social care services and a decline in intrinsic capacity is suspected or observed*	☐ (0)	☐ (2)	☐ (3)	
5	Support appropriately trained health and social care workers to develop comprehensive care plans for older people that are feasible, practical and target intrinsic capacity and functional ability*	☐ (0)	☐ (2)	☐ (3)	
6	Establish networks of health and social care providers to enable timely referral and service provision*	☐ (0)	☐ (2)	☐ (3)	
SUBTOTAL FOR SERVICE ACTIONS 3-6					☐ /11
ORIENT SERVICES TOWARDS COMMUNITY-BASED CARE					
7	Deliver care through a community-based workforce, supported by community-based services*	☐ (0)	☐ (2)	☐ (3)	
8	Make available the infrastructure (e.g. physical space, transport, telecommunications) that is needed to support safe and effective care delivery in the community*	☐ (0)	☐ (2)	☐ (3)	
9	Deliver care (with assistive products when needed) that is acceptable to older people, effective and targets functional ability*	☐ (0)	☐ (2)	☐ (3)	
SUBTOTAL FOR SERVICE ACTIONS 7-9					☐ /9
*Essential					SERVICES ☐ /26

Align care systems to support integrated care

STAGE OF IMPLEMENTATION

(check one, weighted score)

NONE TO MINIMAL INITIATING SUSTAINING

SUBTOTAL
SCORE

STRENGTHEN GOVERNANCE AND ACCOUNTABILITY SYSTEMS		NONE TO MINIMAL	INITIATING	SUSTAINING	
10	Support the active engagement of older people and their families or caregivers, civil society and local service providers in policy and service development*	☐ (0)	☐ (2)	☐ (3)	
11	Create or update policy and regulatory frameworks to support integrated care and to protect against elder abuse*	☐ (0)	☐ (2)	☐ (3)	
12	Implement quality assurance and improvement processes for health and social care services*	☐ (0)	☐ (2)	☐ (3)	
13	Regularly review the capacity to deliver care equitably*	☐ (0)	☐ (2)	☐ (3)	
SUBTOTAL FOR SYSTEM ACTIONS 10-13					0/12

ENABLE SYSTEM-LEVEL STRENGTHENING		NONE TO MINIMAL	INITIATING	SUSTAINING	
14	Develop capacity in the current and emerging workforce (paid and unpaid) to deliver integrated care*	☐ (0)	☐ (2)	☐ (3)	
15	Structure financing mechanisms to support integrated health and social care for older people*	☐ (0)	☐ (2)	☐ (3)	
16	Establish equitable human resource management processes to support the paid and unpaid workforce	☐ (0)	☐ (1)	☐ (2)	
17	Use health information and communication technologies to facilitate communication and information exchange	☐ (0)	☐ (1)	☐ (2)	
18	Collect and report data on the intrinsic capacity and functional ability of older adults within existing health information systems	☐ (0)	☐ (1)	☐ (2)	
19	Use digital technologies to support older people's self-management	☐ (0)	☐ (1)	☐ (2)	
SUBTOTAL FOR SYSTEM ACTIONS 14-19					0/14

SYSTEMS 0/26

TOTAL SCORE 0/52
FOR SERVICES AND SYSTEMS IMPLEMENTATION OF ICOPE

Overall levels of implementation

NO TO MINIMAL IMPLEMENTATION INITIATING IMPLEMENTATION SUSTAINING IMPLEMENTATION

SERVICES	0-10	11-18	19-26
SYSTEMS	0-10	11-18	19-26
OVERALL	0-20	22-36	38-52