

Arrêté du 28 décembre 2021 publié au JO le 6 janvier 2021, NOR : SSAS2138665A

CAHIER DES CHARGES

Expérimentation d'un programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge

(« ICOPE »)

NOM DU PORTEUR : Ministère des solidarités et de la santé – Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Direction générale de l'organisation des soins (DGOS)

PERSONNES CONTACT : DGS : Eliane VANHECKE – eliane.vanhecke@sante.gouv.fr – 04 40 56 58 24 ; DGCS : Emmanuelle CLEMENT – emmanuelle.clement@social.gouv.fr – 01 40 56 70 49 ; Françoise JAY-RAYON – francoise.jay-rayon@social.gouv.fr – 01 40 56 86 79 ; DGOS : Anne-Noëlle MACHU – anne-noelle.machu@sante.gouv.fr – 01 40 56 45 97 – Marie-Gabrielle RIETSCH – marie-gabrielle.rietsch@sante.gouv.fr – 01 40 56 40 92

Résumé du projet

Les soins aux seniors sont encore trop centrés sur l'identification des maladies et leur traitement et ne prennent pas suffisamment en compte la prévention et l'approche fonctionnelle.

Le programme ICOPE de l'OMS préconise des parcours de soins intégrés pour les seniors reposant sur une démarche de prévention structurée. L'approche est fonctionnelle, déterminée par l'évaluation et le suivi des capacités intrinsèques (locomotion, état nutritionnel, santé mentale, cognition, audition, vision). 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. Ce cahier des charges est issu de travaux de co-construction menés avec des acteurs de terrain dans les suites d'un appel à manifestation d'intérêt.

Le modèle organisationnel défini vise la population des seniors de 60 ans et plus, en amont de la perte d'autonomie, avec une priorisation sur les seniors en situation de vulnérabilité. La démarche est structurée par le recours à des tests standardisés et des outils numériques support. Elle recherche la participation active des seniors. Le déploiement s'appuie sur des organisations pluri professionnelles d'acteurs de soins primaires et leur capacité à établir les collaborations requises dans une approche communautaire coordonnée. Le modèle économique repose sur le financement des actions innovantes de la démarche.

L'objet de l'expérimentation est de vérifier la faisabilité du modèle en vie réelle et dans différents contextes territoriaux, d'identifier les caractéristiques des différents modes d'approche, les freins et les leviers déterminants dans la réussite de la démarche.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	
National	×

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

	Cocher la case
Organisation innovante	
<i>Financement innovant</i>	×
Pertinence des produits de santé	

Renseigner le tableau en annexe 2

Description du porteur

Le projet est porté par les directions d'administration centrale du ministère des solidarités et de la santé : 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).

Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Les coordonnées du porteur national et des porteurs expérimentateurs, sont renseignées en Annexe 1.

Table des matières

I.	Contexte et Constats	0
II.	Objet de l'expérimentation	1
III.	Objectifs	2
3.1	Objectifs stratégiques.....	2
3.2	Objectifs opérationnels	3
IV.	Description de l'expérimentation.....	4
1.	Population Cible	4
2.	Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils).....	5
2.1	Modèle organisationnel du parcours expérimental ICOPE	5
2.2	Les outils numériques support d'ICOPE et leur inclusion dans l'environnement numérique existant et à venir	12
2.3	Communication et formation adossées à la démarche ICOPE :	13
2.4	Information sur les protocoles de coopération entre professionnels de santé.....	14
3.	Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation.....	15
4.	Terrains d'expérimentation.....	16
V.	Effets attendus et évaluation	16
1.	Effets attendus	16
2.	Evaluation de l'expérimentation proposée.....	19
VI.	Conditions d'expérimentation	23
1.	Catégorie de l'expérimentation	23
2.	Champ d'application territoriale	24
3.	Durée et calendrier de l'expérimentation.....	25
4.	Nature et traitement des données.....	26
5.	Systèmes d'information	26
	Principes posés dans le cadre de l'expérimentation :	27
	Modalités de mise en œuvre :	27

6.	Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel	27
7.	Gouvernance de l'expérimentation	28
8.	Modalités de révision annuelle du cahier des charges	29
VII.	Critères et modalités de candidature.....	30
VIII.	Financement de l'expérimentation.....	31
1.	Modèle économique	31
2.	Modalité de financement de la prise en charge proposée	32
a.	Prestations dérogatoires	32
b.	Crédits d'amorçage et d'ingénierie	38
c.	Volumétrie pour l'expérimentation	40
3.	Besoin de financement.....	41
IX.	Liens d'intérêts	43
X.	Éléments bibliographiques / expériences étrangères.....	43
	Annexes	46
	PLAN D' ACTIONS	Erreur ! Signet non défini.

I. Contexte et Constats

Une offre de prévention en santé à renforcer en soins primaires

La prévention et la promotion de la santé constituent une priorité de la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 révélée plus précisément dans son premier axe.¹ Ainsi, depuis 2018, une politique volontariste de prévention s'est engagée avec le lancement du plan national de santé publique « Priorité prévention ».²

Le développement de la prévention chez les offreurs de soins constitue un des défis de la SNS, avec la nécessité d'un « virage préventif » souligné par le Haut conseil de santé publique (HCSP) dans son rapport préliminaire à l'élaboration de la SNS, de même que l'intégration de la prévention intégrée en routine aux soins primaires portée par le Haut conseil de l'Assurance maladie dans son avis du 28 juin 2017.³

Les modalités et le contenu de financement constituent notamment un des principaux freins au développement de la prévention par ceux-ci.⁴ Le HCSP souligne également l'absence d'un système d'information comportant les données individuelles nécessaires à la prise en charge préventive et au suivi des patients.

Une offre à renforcer spécifiquement pour les seniors

L'approche sanitaire des seniors est encore trop centrée sur l'identification des maladies et leur traitement. Les travaux sur le concept de fragilité et les démarches de repérage de la fragilité ont permis d'évoluer vers une approche préventive, en amont de la perte d'autonomie. Cependant, la fragilité reste un concept aux limites incertaines, mal appréhendé en soins primaires et ciblant une population restreinte à un profil à risque particulier.

Le contexte épidémique à Covid-19 et le confinement des seniors mettent par ailleurs en lumière le besoin de renforcer la prévention à leur intention ainsi que leurs capacités à se l'approprier. Les mesures imposées par l'épidémie ont en effet rapidement soulevé les effets délétères du confinement, parmi lesquels la sédentarité et l'inactivité physique ainsi que les troubles de santé psychique liés à l'isolement et le poids des inégalités sociales sur la santé. Ces facteurs impactent particulièrement les seniors en majorant notablement les risques de perte d'autonomie. Ce contexte souligne également l'importance d'anticiper les besoins des seniors dans une démarche proactive d'« aller vers ».

Une offre de prévention se développe dans les territoires à travers les conférences de financeurs de prévention de la perte d'autonomie créées par la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, dans lesquelles figurent notamment les caisses de protection sociale et les collectivités. Les Contrats locaux de santé (CLS) à l'échelle des communes proposent également des interventions dans les domaines de la prévention en santé, en faveur de publics âgés ou isolés à l'échelon territorial au plus près des habitants. Le déploiement des CLS sur l'ensemble du territoire national est attendu début 2022. Ces offres encore récentes méritent d'être mieux exploitées, optimisées et articulées avec le secteur des soins primaires.

¹ [La stratégie nationale de santé 2018-2022](#)

² [Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie](#)

³ HCAAM Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé

⁴ [HCSP. La place des offreurs de soins dans la prévention. Juillet 2018](#)

Le programme ICOPE de l'OMS

L'OMS promeut un programme de dépistage multidimensionnel dit « ICOPE » (pour « Integrated Care for Older People »). Ces Soins Intégrés pour les Personnes Agées constituent une approche communautaire qui permet aux professionnels de santé, incluant notamment les services sociaux, de favoriser une démarche personnalisée et intégrée pour prévenir la perte des fonctions et la perte d'autonomie des personnes avançant en âge. Ce programme s'appuie sur l'évaluation de six grandes fonctions déterminantes pour l'autonomie des personnes (fonctions dénommées « capacités intrinsèques ») : la locomotion, l'état nutritionnel, la santé mentale, la cognition, l'audition et la vision, en intégrant la dimension sociale.

Le programme de l'OMS est conçu à destination du public des 60 ans et plus, pour une réalisation en soins primaires. Il propose des modèles préétablis d'évaluation et de prise en soins de la capacité intrinsèque, en complément de l'approche clinique traditionnelle.

La première étape de dépistage est envisagée pour une exécution rapide, ne nécessitant pas ou peu de compétences spécifiques et réalisables en autogestion. En cas d'anomalie, lui succède l'étape d'évaluation qui relève d'abord des soins primaires. Le programme ICOPE insiste sur la prise en compte des valeurs, des priorités et du contexte social du senior et le soutien du senior dans le maintien de son autonomie.

Cette nouvelle approche préventive structurée du déclin fonctionnel offre l'opportunité de développer les pratiques préventives à destination de l'ensemble des seniors et en amont même de la fragilité.

Ainsi, la stratégie nationale globale pour prévenir la perte d'autonomie 2020-2022 « Vieillir en bonne santé » prévoit une expérimentation de ce programme de dépistage partant du modèle ICOPE de l'OMS pour renforcer la prévention à destination de ce public et vient en soutien d'un « changement des mentalités et des représentations, d'une révolution culturelle dans notre pays ».

Le ministère des solidarités et de la santé et la Caisse nationale d'assurance maladie ont lancé conjointement en 2020 un appel à manifestation d'intérêt (AMI) en vue de sélectionner des porteurs de projets organisationnels innovants répondant aux objectifs du programme ICOPE de l'OMS et sur la base desquels un nouveau mode de financement pourrait être expérimenté. Le gérontopôle de Toulouse, centre collaborateur de l'OMS, ayant lancé une initiative locale avec l'appui de l'ARS Occitanie depuis 2019, a contribué au développement du programme ICOPE. Ce cahier des charges résulte de travaux de co construction conduits depuis janvier 2021 avec les porteurs expérimentateurs présélectionnés à l'appel à manifestation d'intérêt et la contribution spécifique du gérontopôle de Toulouse.

II. Objet de l'expérimentation

L'expérimentation d'un dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge a pour objet de mener dans plusieurs territoires une démarche de prévention structurée du déficit fonctionnel lié à l'âge, selon la démarche « ICOPE » de l'OMS, en outillant les acteurs de soins primaires et en évaluant

1

Expérimentation d'un programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel liés à l'âge – Ministère des solidarités et de la santé

Arrêté du 28 décembre 2021 publié au JO le 6 janvier 2021, NOR : SSAS2138665A

l'implémentation de cette démarche en vie réelle (conditions de faisabilité et d'adaptation au système de santé français).

Cette démarche expérimentale s'adresse à la population à partir de 60 ans et plus, dès en amont de la fragilité et de la survenue de la dépendance et porte un ciblage prioritaire sur les seniors les plus vulnérables. Elle cherche l'implication active des seniors.

Sa mise en œuvre nécessite la convergence et la coordination des organisations, des professionnels et des dispositifs existants sur un territoire dans une approche et réponse intégrée.

Les enjeux sont de développer les démarches de ciblage des populations, en particulier les plus à risque de perte d'autonomie et de mobiliser les différents acteurs des soins primaires avec et en appui des médecins traitants. Cela nécessite l'évolution des pratiques professionnelles, la mise en œuvre de nouvelles organisations et de nouveaux modes de financement.

III. Objectifs

3.1 Objectifs stratégiques

Objectifs stratégiques prioritaires

- Améliorer chez les seniors la précocité du diagnostic et de la prise en soins⁵ du déclin des capacités fonctionnelles en prévention de la perte d'autonomie
- Intégrer dans les pratiques des communautés d'acteurs des soins primaires des actions de repérage/dépistage et de prise en soin du déclin fonctionnel
- Renforcer les capacités des seniors à entretenir leur santé fonctionnelle
- Repérer prioritairement les pertes de capacité fonctionnelle chez les seniors les plus à risques du fait d'une situation de vulnérabilité (précarité socio-économique, isolement social, éloignement géographique, éloignement des soins, statut d'aidant).

Objectifs stratégiques secondaires

- Renforcer la coordination, l'organisation des services de santé communautaires et le développement du numérique en santé dans le champ de la prévention

⁵ La notion de soins est utilisée ici au sens du « care », incluant les soins sanitaires, médico-sociaux et l'accompagnement social.

- Orienter l'accès à l'offre de prévention des territoires vers les populations des seniors qui en ont le plus besoin.

3.2 Objectifs opérationnels

Objectifs opérationnels

- 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 OMS adapté au contexte français)
- S'appuyer sur des compétences à l'approche motivationnelle pour accompagner les seniors aux changements de comportements dans le respect de leurs priorités
- Structurer une organisation locale des acteurs pour la réalisation des différentes étapes de la démarche ICOPE
- 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.
- 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
- Impliquer les seniors dans l'auto suivi de leur santé fonctionnelle par la mise à disposition d'un outil simple d'utilisation
- 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
- S'appuyer sur des outils numériques.

Leviers d'action

- Recours à un système numérique support en lien avec les outils régionaux e-parcours
- Articulation avec les programmes de prévention développés par les différents membres des conférences de financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
- Appui pour les territoires qui en disposent sur les Contrats locaux/territoriaux de santé et les structures de soins coordonnées.

IV. Description de l'expérimentation

1. Population Cible

L'expérimentation s'adresse aux seniors âgés de 60 ans et plus, à domicile et autonomes, d'un territoire en incluant une priorisation à destination des personnes les plus à risque de perte d'autonomie.

a. Critères d'inclusion

Les seniors de 60 ans et plus, autonomes - robustes, préfragiles, 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 ; seniors sans pathologie chronique moins bien suivis médicalement et plus à risque d'échapper à une approche médicale préventive.

La démarche d'« *aller vers* » les seniors en situation de vulnérabilité est inhérente à la conduite de l'expérimentation et son organisation doit être spécifiquement décrite pour chaque porteur expérimentateur.

b. Critères d'exclusion

Les seniors en situation de perte d'autonomie (GIR 1 à 4) à domicile ou en établissement ou service médicosocial (ESMS) et ceux bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie) (APA;

Les seniors hospitalisés au long cours (USLD, psychiatrie, autres services) ;

Les seniors en situation de handicap hébergés ;

Les seniors bénéficiant de prestations d'aides à la toilette, l'habillement, la prise des repas, les transferts ou les déplacements.

c. Effectifs concernés par l'expérimentation

4

Expérimentation d'un programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel liés à l'âge – Ministère des solidarités et de la santé

Arrêté du 28 décembre 2021 publié au JO le 6 janvier 2021, NOR : SSAS2138665A

L'effectif de la population à atteindre dans le cadre de l'expérimentation est défini par territoire. La population est circonscrite selon les capacités de mise en œuvre de la démarche pour chaque porteur expérimentateur et s'inscrit dans l'effectif global cible défini au niveau national pour répondre aux besoins de l'évaluation.

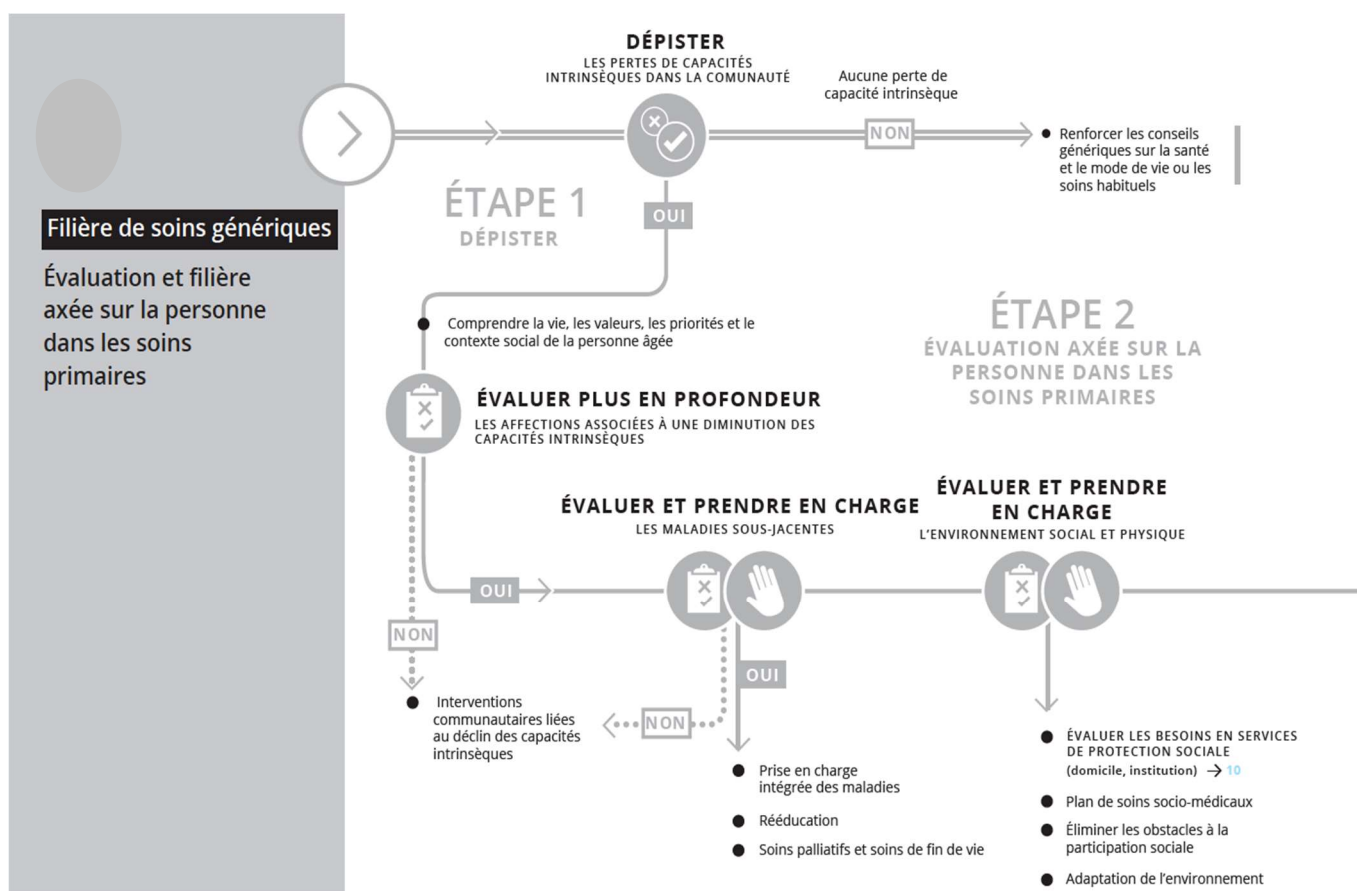
Le tableau, ci-dessous, détaille les effectifs par porteur expérimentateur retenus dans le cadre de l'AMI ICOPE 2020 et ayant confirmé leur participation à l'expérimentation soit un **total de 40 227 seniors**.

Région	Porteur expérimentateur	Nombre de seniors par porteur
Auvergne Rhône-Alpes	HCL	4 855
Corse	FFCIS	1 819
Occitanie	Filieris	3 469
	Gérontopôle de Toulouse	10 000
	PTA46	1 200
PACA	MF PACA	738
	URPS PACA	4 613
Pays de Loire	InterURPS	13 533

L'effectif global de l'expérimentation pourra être porté jusqu'à 55 227 seniors inclus au total, soit un complément de 15 000 seniors, par appel à candidature secondaire pour 3 porteurs expérimentateurs.

2. Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils)

2.1 Modèle organisationnel du parcours expérimental ICOPE



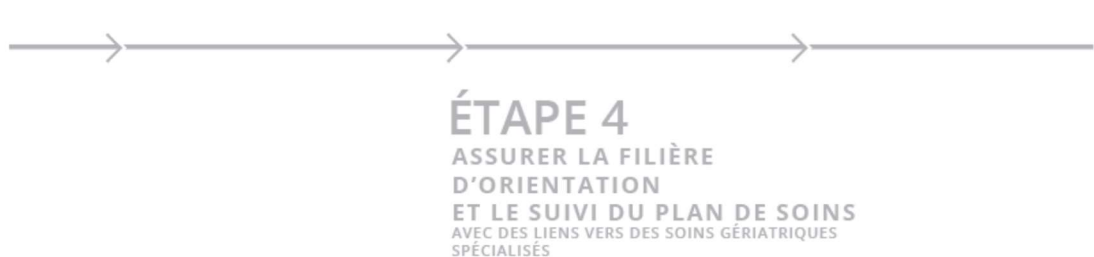
ÉTAPE 3

ÉLABORER UN PLAN DE SOINS PERSONNALISÉS

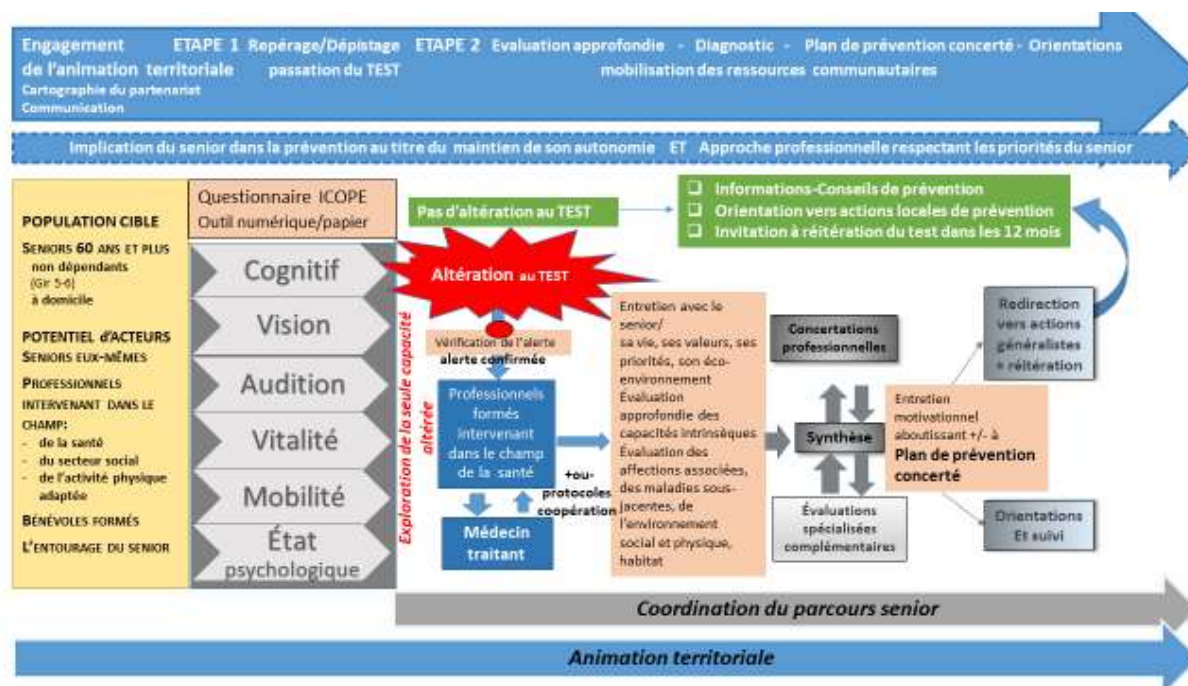
- d'établissement d'objectifs axés sur la personne
- Équipe pluridisciplinaire
- Concevoir un plan de soins comprenant des interventions à composantes multiples, la prise en charge des maladies sous-jacentes, l'autoprise en charge, ainsi que les soins socio-médicaux

ÉTAPE 5

MOBILISER LES COMMUNAUTÉS ET SOUTENIR LES AIDANTS



Sur cette base, la mise en œuvre de l'expérimentation co construite avec les porteurs de projets repose sur le schéma organisationnel d'ensemble suivant :



L'expérimentation porte sur les premières étapes, qui constituent en France les étapes innovantes de la démarche ICOPE :

- une stratégie continue « d'aller vers » et de mobilisation des partenariats, d'organisation des parcours
- l'étape 1 de dépistage reposant sur la démarche « d'aller vers »
- l'étape 2 d'évaluation, incluant
 - la gestion et la vérification des alertes,
 - l'entretien sur la vie, les valeurs, les priorités, le contexte social et l'environnement du senior,
 - la réalisation du ou des tests d'évaluation approfondie,
 - l'articulation avec le médecin traitant si ce n'est pas lui qui engage cette étape,
 - l'élaboration d'un projet de plan de prévention,
 - la discussion de projet de plan avec le senior sous la forme d'un entretien motivationnel pour aboutir à un plan de prévention,
 - le renseignement du dossier « patient ».

Plus précisément, la démarche repose sur la mise en œuvre suivante :

La mobilisation, la structuration et l'entretien d'un partenariat spécifique est indissociable de la démarche. **Une animation territoriale** doit être engagée au lancement du programme pour la mobilisation et la construction de partenariats locaux afin de définir et coordonner **une démarche proactive « d'aller vers »** et faciliter l'inclusion prioritaire des seniors en situation de vulnérabilité. Elle comprend les actions de communication à destination des différents acteurs du ou des territoires pouvant contribuer au repérage/dépistage et les modalités d'articulation à construire entre l'écosystème des seniors des territoires et l'équipe locale projet ICOPE.

Ainsi, elle vise à élargir le repérage et la passation des tests de l'étape 1 au-delà de l'intervention des professionnels de soins primaires en incluant notamment les acteurs sociaux des territoires, tels que les assistants sociaux, les collectivités locales, les caisses de sécurité sociale et de retraite, des organismes caritatifs (cf. description ci-dessous de l'étape 1).

Les établissements de santé des territoires concernés peuvent également repérer des seniors en sortie d'hospitalisation ou lors d'un passage aux urgences, leur recommander le test en auto-dépistage ou les orienter vers la réalisation du test.

La démarche peut inclure de manière spécifique le SAMU (ou le service d'accès aux soins (SAS)) si le territoire comporte une expérimentation dont c'est l'objet. Ces services sont souvent sollicités pour intervenir auprès de personnes âgées autonomes à domicile sur demande de soins non programmés ou suite à une chute donnant lieu à des interventions à domicile sans passage aux urgences. Une information pourrait 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.

Cette étape de mobilisation du partenariat permet en outre d'articuler la démarche avec les actions de prévention des territoires et l'offre d'aval nécessaire aux parcours de soins.

L'animation territoriale est à poursuivre dans le temps pour entretenir, évaluer et renouveler ce partenariat.

L'étape 1 comprend la réalisation du test de dépistage, simple et rapide conduit selon les six capacités intrinsèques : locomotion, vitalité, santé psychique, cognition, audition, vision⁶. Elle repose sur une série de questions et de tests permettant d'identifier ou non une altération fonctionnelle.

Ce test dure 8 à 10 minutes en moyenne. Il peut être réalisé en autotest ou avec l'assistance d'un intervenant, sous format papier ou support numérique. Le format numérique sera la modalité de réalisation privilégiée (cf. infra : support numérique).

Cette étape consiste pour les professionnels intervenants à présenter le programme ICOPE au senior, l'informer et le sensibiliser à l'intérêt d'évaluer ses capacités fonctionnelles par ce test, l'inviter à s'autoévaluer ou l'assister dans la passation du test.

⁶ D'après la littérature scientifique, ces six capacités intrinsèques sont déterminantes dans le maintien de l'autonomie des seniors.

Elle repose sur la contribution d'un panel d'acteurs potentiellement large, acteurs qui peuvent ne pas être issus du secteur sanitaire mais également du champ social ou associatif, pour orienter le senior vers l'autotest ou vers d'autres acteurs pour l'assister dans la passation du test.

La rémunération dérogatoire mentionnée au VIII-2 des différents acteurs assistant le senior dans la passation du test concerne les professionnels de santé⁷ et tous professionnels des établissements et services de santé.

En effet, outre la place qui pourra être donnée au secteur associatif, cette étape 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, par exemple :

- les assistants sociaux travaillant au sein de structures publiques ou reconnues d'utilité publique,
- les évaluateurs des caisses de retraite (CARSAT, CCMSA...),
- les professionnels de centres de santé (Agirc-Arcco ...),
- les animateurs d'actions de prévention ou les intervenants en éducation activité physique adaptée (EAPA hors structure de soins).

Cette liste n'est pas exhaustive et n'exclut pas de faire appel à d'autres acteurs dont la participation apparaîtrait pertinente (comme évoqué avec la construction du partenariat pour la démarche d'aller vers).

L'assistance à la passation du test repose sur une formation des professionnels concernés.

Une part des seniors pourra réaliser elle-même les tests en auto-évaluation, pour ceux qui seront en capacité de le faire.

Une réitération est à organiser à minima tous les ans et pourra être adaptée selon le besoin spécifique évalué par le clinicien (besoin de réitération plus rapprochée).

L'étape 2 repose sur la réalisation d'une évaluation approfondie de la capacité ou des capacités intrinsèque(s) altérée(s) par des tests complémentaires. Le passage à cette étape 2 nécessite dans certains cas une vérification préalable par un professionnel de santé de l'altération détectée de la ou des capacités intrinsèques si le test de dépistage a été réalisé par le senior seul ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel de santé. Dans toutes les situations, un échange est établi avec le médecin traitant afin de valider l'engagement de cette évaluation approfondie.

Cette étape fait exclusivement appel à des professionnels de santé formés (cf. chapitre IV.3 du cahier des charges).

- Des missions de **gestion et de coordination techniques** sont nécessaires pour le suivi et le traitement des résultats des tests. Il s'agit d'assurer la gestion des flux d'information entre

⁷ relevant du code de la santé publique ou professionnels dont les interventions sont prévues par ce code

l'étape 1 et l'étape 2 pour l'identification des tests nécessitant une évaluation approfondie (« alerte »), une éventuelle validation préalable (« vérification ») et l'organisation de l'évaluation lorsqu'elle est nécessaire.

- Une **évaluation approfondie** de la (les) capacité(s) intrinsèque(s) atteinte(s) sera réalisée par un professionnel de santé formé à la démarche.

Cette évaluation consiste à confirmer et préciser le niveau de l'altération de la capacité atteinte en s'appuyant sur les schémas établis par l'OMS concernant le déroulé de l'étape 2 dans chacune des filières de soins correspondant à l'altération de la ou des capacités à explorer ; cette évaluation intègre notamment d'autres outils spécifiques. Elle s'inscrit dans un entretien avec le senior considérant ses conditions de vie, ses valeurs, son contexte social, ses priorités et ses motivations. Seront recueillis à cette étape des critères soulignant une vulnérabilité sociale.

Si cette évaluation approfondie n'est pas réalisée par le médecin traitant, celui-ci assurera l'évaluation médicale complémentaire dans les conditions classiques de droit commun. Cette consultation permet de prendre en compte les affections associées, des maladies sous-jacentes, leurs prises en charge ainsi que les besoins sociaux ou d'adaptation de l'environnement et le besoin d'orientation vers d'autres professionnels spécialisés. Les échanges entre le professionnel de santé chargé de l'évaluation et le médecin traitant donnent lieu à une **synthèse** et la mise en place d'un projet de **plan de prévention** par le médecin traitant ou le professionnel qui a conduit l'évaluation en lien avec le senior et le médecin.

- Sur cette base, un nouvel entretien, désigné ici « **entretien motivationnel** », sera organisé avec le senior, hormis les cas pour lesquels il n'apparaîtrait pas nécessaire, par le même professionnel qui a conduit l'évaluation approfondie. Ce temps spécifique permettra un ajustement du plan de prévention selon les priorités du senior par une démarche capable de renforcer la motivation et l'engagement du senior dans le maintien de son autonomie et d'assurer la mise en œuvre de décisions concertées. Seront recherchées avec le senior des solutions de proximité permettant son engagement. Cet entretien aboutira à la finalisation du plan de prévention.

Le professionnel de santé pourra solliciter des évaluations complémentaires selon le cas et l'organisation locale. Ces évaluations complémentaires s'appuieront sur les financements de droit commun, existants ou d'autres financements spécifiques.

Cette étape 2 s'appuie sur :

- Un professionnel de santé chargé de la coordination du parcours en lien avec le médecin traitant lorsque celui-ci ne réalise pas l'évaluation approfondie
- La mobilisation du réseau partenarial nécessaire aux orientations. Le recours à la télémédecine et les circuits courts d'orientation spécialisée pourront être mobilisés. Les porteurs expérimentateurs devront actionner des partenariats, voire établir des conventions,

interroger les acteurs de prévention du territoire pour étudier les modalités d'actions complémentaires à l'issue de l'étape 2.

Pour les seniors sans médecin traitant, l'organisation mise en œuvre doit pouvoir proposer une offre pour l'accès à un médecin.

L'orientation vers les services adéquats devra être prévue pour lever les obstacles sociaux ou environnementaux qui auraient été mis en évidence lors de l'entretien avec le senior.

Cette démarche suppose tout au long du parcours la recherche de l'implication du senior et une approche motivationnelle respectant les choix du senior et ses priorités.

Les étapes suivantes déroulent le parcours de soins et d'orientation vers des actions de prévention ou de soins. Elles s'appuient sur l'offre sanitaire et sociale des territoires ainsi que sur la coordination des acteurs en vue d'une réponse intégrée en mobilisant les dispositifs, outils ou démarches en cours de déploiement sur le territoire telles 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 pluridisciplinaires ou des centres de santé présents sur les territoires selon une logique de responsabilité populationnelle.

2.2 Les outils numériques support d'ICOPE et leur inclusion dans l'environnement numérique existant et à venir

La réalisation du test de dépistage de l'étape 1 pourra s'appuyer :

- soit sur l'outil numérique « ICOPE monitor » mis à disposition par le gérontopôle de Toulouse, et sous réserve de sa mise en conformité réglementaire et au regard de la doctrine technique du numérique en santé⁸, sachant que cet outil est accessible en application mobile ou en chatbot et donne accès à deux profils : les professionnels ou les seniors ;
- soit sur un outil de même contenu déployé par le GRADES sous pilotage de l'ARS.

Le recueil de données des tests de l'étape 1 sera articulé aux outils de coordination régionaux pour la suite du parcours.

L'homogénéité du questionnaire « test » de l'étape 1 entre tous les territoires expérimentateurs sera assurée par une gouvernance nationale (cf. Infra) avec l'appui d'une commission d'harmonisation des outils et des pratiques en veillant à maintenir la philosophie du programme OMS et le respect des fondements scientifiques.

⁸ En particulier : intégration de l'identité national de santé et de la base RPPS+

En matière de e-santé, chaque ARS mettra en œuvre le schéma de fonctionnement qui correspond le mieux à son organisation locale et à ses choix stratégiques. Deux grandes options sont envisagées pour ce schéma :

- duplication du test développé par le gérontopôle de Toulouse en reprenant ses spécifications (cf. annexe 6) ;
- utilisation de l'outil développé au gérontopôle de Toulouse par contractualisation avec le CHU précisant les conditions d'usage et dans une gouvernance commune des utilisateurs sur les évolutions techniques et fonctionnelles et leurs financements (commission d'harmonisation des outils et des pratiques).

Dans le respect des règles du RGPD, les données collectées dans le cadre de l'expérimentation peuvent être utilisées à des fins de recherche: il appartient à chaque ARS de définir sa stratégie sur le sujet en lien avec les acteurs concernés en région. Au choix des acteurs, ces données peuvent être ou non transmises au gérontopôle de Toulouse. Dans tous les cas, il sera souhaitable qu'elles puissent être transmises au Health Data Hub.

Les résultats aux questionnaires test de l'étape 1 pourraient être intégrés à terme dans l'espace numérique santé (ENS) des personnes.

2.3 Communication et formation adossées à la démarche ICOPE :

La mise en place de ce programme expérimental nécessite des actions de communication et de formation spécifiques à la démarche ICOPE. Ces actions constituent une garantie pour accompagner l'évolution des pratiques professionnelles.

4 niveaux sont identifiés :

- une information globale sur la présentation généraliste du programme et de ses modalités de déclinaison locale vers les professionnels et les usagers,
- une formation à l'étape 1 d'accompagnement à la passation du test, destinée aux acteurs chargés de la réalisation de cette étape, concernant un large panel d'acteurs,
- une formation à la gestion des alertes, concernant un nombre restreint d'acteurs, dépendant du choix d'échelle organisationnelle par les porteurs expérimentateurs (niveau CPTS, MSP...),
- une formation à l'évaluation (étape 2), réservée aux professionnels de santé identifiés pour assurer cette étape en lien avec le médecin traitant.

L'expérience pédagogique et les outils de formation à distance élaborés par les porteurs de projets constituent des ressources utiles à la formation des acteurs à mobiliser. Une commission de la gouvernance nationale sera en charge de valider l'harmonisation et l'adaptation de ces livrables avant diffusion aux porteurs expérimentateurs (cf. infra).

Les porteurs de projet mettront à disposition de la commission des outils et des pratiques les outils qu'ils auront pu élaborer. Il est dès à présent acté que le CHU de Toulouse, pionnier sur le déploiement

d'ICOPE, puisse mettre à disposition les outils de formation de l'étape 1 et de l'étape 2 qu'il a déjà produits. Il sera financé pour adapter les outils sélectionnés par la commission d'harmonisation des outils et des pratiques et les rendre opérationnels pour chaque porteur expérimentateur en vue de diffusion par la gouvernance nationale.

Les besoins de formation spécifique à l'étape 2 concernent la réalisation et l'interprétation des tests d'évaluation ainsi que leur mise en pratique. Pour un déploiement efficace du programme, les professionnels de santé identifiés pour assurer l'étape 2 devront également disposer ou développer des compétences à l'entretien motivationnel. Pour l'expérimentation, les acteurs non formés bénéficieront *a minima* d'une sensibilisation leur donnant des clés de bonne posture. Pour une formation approfondie, les organismes de formation seront sollicités par le recours au DPC et d'autres fonds de formation. Cette approche sera en effet déterminante dans la prise en compte des priorités du senior et le soutien de son implication active dans l'adoption de comportements adaptés à ses besoins de santé et pour le renfort de son implication dans le maintien de son autonomie.

Les formations transversales et interprofessionnelles seront privilégiées pour favoriser les partenariats territoriaux et la consolidation des articulations nécessaires au parcours des seniors.

2.4 Information sur les protocoles de coopération entre professionnels de santé

La démarche peut être mise en œuvre sans délégation d'acte médical à des auxiliaires médicaux.

Une délégation de tâches entre IDE et médecins généralistes peut être envisagée si besoin au choix des équipes en s'appuyant sur le protocole de coopération interprofessionnels « fragilité »⁹.

Des délégations d'actes peuvent favoriser la démarche d'évaluation spécialisée des troubles sensoriels chez les seniors :

- bilans visuels par des orthoptistes :
des travaux sont en cours au niveau national pour proposer et définir les conditions de réalisation de bilans visuels par les orthoptistes à destination des seniors en coopération avec les ophtalmologistes ; les expérimentateurs pourront s'appuyer sur le ou les protocoles nationaux qui seront établis.
- audiométries diagnostiques :

⁹ Arrêté du 1er mars 2021 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Intervention d'infirmières libérales à domicile afin de diagnostiquer et d'initier la prise en charge de la fragilité du sujet âgé » : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043205193>

la place des médecins généralistes dans le diagnostic de la presbycousie, autorisée à certaines conditions, sera encouragée par les équipes expérimentatrices^{10,11,12}; des délégations de l'audiométrie à des professionnels paramédicaux comme les infirmiers peuvent faire l'objet de protocoles de coopération locaux¹³ établis par les équipes avec les ARS.

3. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Un grand nombre de professionnels est susceptible d'être mobilisé selon les différentes étapes du programme ICOPE.

Pour l'étape 1, l'ensemble des professionnels et acteurs des champs de la santé, social, médico-psycho-social ou sportif présents sur les territoires expérimentateurs sont potentiellement concernés.

Les candidats devront identifier la part des professionnels de santé¹⁴ ou tous professionnels d'établissements et de services de santé (rémunérés) et celle des professionnels relevant du champ du social et médico-social (hors champ de rémunération dérogatoire).

Leur aide à la réalisation du test sera soumise à la formation socle de la démarche ICOPE.

Pour l'étape 2, les professionnels pouvant être mobilisés sont les professionnels de santé¹⁵. L'objectif du projet est une mobilisation des professionnels de soins primaires.

Un professionnel formé à cet effet sera désigné comme l'acteur clé du déroulement de l'étape 2 du parcours ICOPE pour chacun des seniors en appui du médecin traitant si ce n'est pas celui-ci qui initie l'étape 2. La profession infirmière est particulièrement désignée pour ce rôle mais d'autres professionnels peuvent y être affectés dans le cadre du projet de territoire. La mobilisation des autres

¹⁰ Arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037615111>

¹¹ Instruction n° DSS/SD1C/2019/265 du 20 décembre 2019 relative à la prise en charge des aides auditives dans le cadre de la réforme "100% santé" :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_mg_primo-prescriptionv3.pdf

¹² Instruction n° DSS/SD1C/2020/125 du 22 juillet 2020 relative à la prise en charge des aides auditives dans le cadre de la réforme "100% santé" :

<https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45151>

¹³ Instruction n° DSS/1B/DGOS/RH2/CNAM/2021/19 du 18 janvier 2021 relative à la mise en œuvre des protocoles de coopération des soins non programmés :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_commune_2021_04.pdf

¹⁴ relevant du code de la santé publique ou professionnels dont les interventions sont prévues par ce code

¹⁵ relevant du code de la santé publique ou professionnels dont les interventions sont prévues par ce code

professionnels de santé que les infirmiers sera plutôt proportionnelle aux besoins identifiés à la spécificité de leur action en fonction des terrains d'expérimentation.

Si le territoire d'expérimentation a besoin d'un délai de quelques mois pour organiser la mise en place du suivi au sein des structures de soins primaires, il pourrait temporairement avoir recours à du personnel hospitalier, dans l'attente de la prise de relai dans les structures d'exercice coordonné de soins primaires du territoire.

4. Terrains d'expérimentation

Au-delà de leur adéquation aux principes de la démarche, les projets retenus permettent de diversifier les conditions de mise en œuvre en prenant en compte :

- les contextes territoriaux : zones rurales, zones urbaines sensibles, vieillissement de la population
- les conditions d'exercice des professionnels de santé : CPTS, MSP, associations, centres de santé.

5 régions sont concernées : Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire.

L'expérimentation concerne au sein de ces régions les territoires suivants :

- Auvergne-Rhône-Alpes : le département du Rhône ;
- Corse : un déploiement sur les deux départements ;
- Occitanie : les départements de la Haute-Garonne, de l'Ariège et du Gers, le Lot, le Gard et Tarn ;
- Provence-Alpes-Côte d'Azur : les départements des Alpes de Hautes Provence, Alpes Maritimes, Bouches du Rhône, Vaucluse ;
- Pays de la Loire : les départements de Vendée, du Maine et Loire et de Loire Atlantique.

V. Effets attendus et évaluation

1. Effets attendus

a. Effets en termes de service rendu pour le public

Les effets attendus en termes de résultats de santé concernent :

- l'amélioration de la précocité du diagnostic et de la prise en charge du déclin des capacités intrinsèques en évitant le surdiagnostic
- le renforcement des capacités des seniors à entretenir leur santé fonctionnelle
- une contribution à leur qualité de vie et à la prévention de la perte d'autonomie
- l'amélioration de l'accès aux soins dans le cadre de la réduction des inégalités sociales de santé par une inclusion prioritaire des seniors en situation de vulnérabilité.

b. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

L'impact attendu en termes d'organisations et des pratiques professionnelles vise :

- l'impulsion d'une démarche de prévention centrée sur la santé fonctionnelle dans les pratiques des acteurs de soins primaires
- un appui au développement par les équipes de soins primaires d'une approche de type « responsabilité populationnelle », à travers la mise en œuvre d'une démarche d'« aller vers » les seniors en situations de vulnérabilité
- une contribution au renforcement de la coordination en prévention avec l'organisation des services de santé communautaires dans ce champ de la prévention
- une aide à l'optimisation de l'offre de prévention des territoires en direction des seniors qui en ont besoin, notamment par l'articulation avec les conférences de financeurs de la prévention de la perte d'autonomie
- une contribution au développement du numérique en santé dans le champ de la prévention.

c. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé

Il est attendu que la démarche contribue à :

- La limitation du coût de la dépendance des seniors en retardant la survenue ou l'évolution vers une perte d'autonomie. Les six capacités fonctionnelles du modèle ICOPE OMS sont en effet des déterminants essentiels de la perte d'autonomie (2).
- La réduction des coûts des soins de ville et des soins hospitaliers liés aux conséquences des déficits fonctionnels, comme par exemple des coûts évités liés au déficit auditif non appareillé ou aux chutes :
 - La fréquence des chutes est importante ; une personne sur 5 de 55 à 85 ans fait une chute dans l'année. Les chutes constituent le premier motif de recours aux

urgences des seniors. Elles peuvent avoir des conséquences graves, comme des fractures de l'extrémité supérieure du fémur (près de 70 000 séjours hospitaliers en 2019) et une évolution possible vers la perte d'autonomie. Or, le bénéfice d'une activité physique sur leur prévention est démontré (7,8). Une optimisation des interventions en activité physique adaptée (APA) pour les seniors dans le cadre de cette expérimentation suite à l'exploration systématique de la mobilité, ainsi que la prise en charge précoce des troubles visuels et de la dénutrition, devrait permettre une réduction potentiellement conséquente de ces chutes donc des coûts afférents. La CNAM estimait en 2015 le coût des séjours hospitaliers pour fractures chez les plus de 50 ans à 1,1 milliard d'euros.¹⁶

- Des études ont démontré un sur-risque d'hospitalisation en cas de déficit auditif non corrigé (6). Ceci pourrait être lié pour partie à une mauvaise observance médicamenteuse liée aux difficultés de communication. Une intervention précoce visant à corriger les hypoacusies liées à l'âge par exploration systématique de l'audition pourrait limiter ce sur-risque et des coûts liés. Chez les personnes de plus de 65 ans, une perte d'audition est associée à un déclin cognitif (altération de la mémoire, des capacités d'attention ou encore de l'utilisation de certains éléments de langage).
- La dépression est associée à un impact fonctionnel majeur ainsi qu'à un sur-risque d'hospitalisation, dénutrition, d'aggravation des comorbidités et de mortalité. La moitié des dépressions des seniors ne sont cependant pas diagnostiquées (9).
- Les interventions multi domaines combinant activité physique, alimentation équilibrée (12), stimulation cognitive, sont porteuses d'espoir pour la prévention des troubles neurocognitifs. L'étude FINGER a plus particulièrement montré une amélioration des tests cognitifs. Plusieurs études mettent en avant des économies potentielles considérables (10).
- L'état de santé des bénéficiaires du minimum vieillesse est beaucoup plus dégradé que celui de la population générale du même âge (11). Un ciblage prioritaire sur les seniors en situation de vulnérabilité sociale permet donc de projeter, une réduction des coûts de soins par la mise en place d'une prise en charge préventive en amont.

La durée de l'expérimentation, limitée à 3 ans, ne permettra pas de juger de ces impacts économiques de moyen et de long terme. Les résultats sur la précocité du diagnostic de la perte des capacités

¹⁶ https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2015-07_rapport-propositions-pour-2016_assurance-maladie_0.pdf

intrinsèques et sur l'adhésion des seniors aux actions de prévention prescrites permettront de les présumer indirectement.

2. Evaluation de l'expérimentation proposée

a. Objectifs de l'expérimentation

- Vérifier la faisabilité de la démarche

L'objectif premier est de vérifier la faisabilité de la démarche en vie réelle, d'une manière générale et dans les différents contextes territoriaux.

- Identifier les freins et les leviers

Il est attendu en second lieu que l'évaluation permette de juger des conditions de mise en œuvre les plus appropriées. Cette étape s'appuiera sur la comparaison des différents modèles organisationnels déployés localement. Il s'agira d'identifier les caractéristiques, les freins et les leviers qui apparaîtraient déterminants dans la réussite de la démarche.

b. Questions pour l'évaluation

L'évaluation s'attachera à répondre particulièrement aux questions suivantes :

- Ciblage populationnel selon l'âge et les situations de vulnérabilité

Questions : Quel niveau de participation des seniors selon l'âge et selon les critères de vulnérabilité ? Quel degré de résultats selon les tranches d'âge (résultats de dépistage mais aussi avis des usagers sur l'approche préventive) ?

- Modalités de repérage

Questions : Des modalités particulières de repérage apparaissent-elles plus performantes ? Quelle efficacité d'inclusion de seniors en situation de vulnérabilité ? Quelle pertinence des tests en vie réelle et limitation du surdiagnostic ? Les tests de dépistage sont-ils suffisamment performants ? Quelle influence de la qualité du « testeur » ? Quelle influence de la rémunération ou non du testeur ? Quelle place pour des intervenants non professionnels de santé ? Atouts et difficultés pour l'intervention de ces professionnels ? Quelle appropriation des

autotests ? Quel rythme de réitération ? Quelle praticabilité des outils et systèmes numériques ? Quel coût-efficacité ?

- Modalités d'évaluation approfondie et d'entretien motivationnel

Questions : Quels acteurs pour les tests d'évaluation ? Quelle place du médecin traitant ? Quelles articulations ? Quelle appropriation des plans de prévention ?

- Adhésion et satisfaction des seniors et des intervenants mobilisés

Questions : Quel degré de participation des acteurs, seniors et professionnels ? Quelle part de perdus de vue entre l'étape 1 et l'étape 2 ? Quelle appréciation de la démarche ICOPE par les différents acteurs ? Quels motifs de refus de participation au test, à la consultation d'évaluation ou d'entretien motivationnel ?

- Conditions de gouvernance-animation territoriale et influence des contextes

Questions : Freins et leviers dans les différents territoires ? Pertinence des CPTS comme levier de mise en œuvre ? Impact des modalités de formation ? Quelle articulation avec les conférences de financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et les actions de prévention des territoires ?

c. Indicateurs proposés

Moyens

- Part de l'utilisation du budget annuel
- Part de contribution éventuelle des ARS et autres acteurs
- Déploiement du système d'information
- Ecart entre interventions réalisées et interventions planifiées

Processus

- Taux de participation de la population ciblée*
- Taux de refus des seniors et taux de perdus de vue *
- Part des seniors en situation de vulnérabilité **

- Nombre d'acteurs et d'organisations impliqués et part d'acteurs formés **
- Répartition des acteurs impliqués selon leur qualité et leur statut **

* globalement et selon l'âge et la vulnérabilité si possible

** par territoire d'expérimentation

Résultats

- Taux d'anomalies au dépistage (test de l'étape 1) *, **
- Taux d'anomalies au dépistage infirmées par la vérification d'un professionnel de santé ?
- Taux d'anomalies au dépistage ayant fait l'objet d'une évaluation (étape 2) *, **
- Taux d'anomalies par personne confirmées/infirmées à l'évaluation de l'étape 2 * et selon la qualité du « testeur » à l'étape 1 ?
- Taux de prise en charge des déficits identifiés *
- Taux de plans de prévention
- Données de satisfaction et de retour d'expérience des seniors, des professionnels de santé et des partenaires (dont l'impact sur la désignation de médecins traitants)

d. Sources de données

Données de processus	Sources
Nombre de seniors inclus à l'étape 1 (ayant passé le test)	Bases régionales de données des outils numériques ICOPE selon le schéma régional retenu
Nombre de seniors évalués à l'étape 2	Données issues des outils de coordination mis en œuvre pour l'expérimentation (dossier régional partagé)

Nombre de tests réitérés à l'étape 1 et de seniors concernés	Bases régionales de données des outils numériques ICOPE selon le schéma régional retenu
Qualité des « testeurs » à l'étape 1	Bases régionales de données des outils numériques ICOPE selon le schéma régional retenu
Qualité des « évaluateurs » à l'étape 2	Données issues des outils de coordination mis en œuvre pour l'expérimentation (dossier régional partagé)
Répartition des tests réalisés à l'étape 2 selon les capacités évaluées (globalement et par senior)	Données issues des outils de coordination mis en œuvre pour l'expérimentation (dossier régional partagé)
Nombre et qualité des acteurs formés	Recueil ad hoc par les équipes

Données de résultats	Sources
Age des personnes incluses à l'étape 1	Bases régionales de données des outils numériques ICOPE selon le schéma régional retenu
Age des personnes évaluées à l'étape 2	Données issues des outils de coordination mis en œuvre pour l'expérimentation (dossier régional partagé)
Critères de vulnérabilité : précarité incluant l'isolement	Alternative : adressage par un partenaire « social », absence de mutuelle, bénéficiaire de minima sociaux
Critères de vulnérabilité : situation d'aidant	Données issues des outils de coordination mis en œuvre pour l'expérimentation (dossier régional partagé)
Critères de vulnérabilité : éloignement du système de soins (absence de médecin	SNDS (appariement par le NIR ou données d'identification nominative)

traitant et/ou de consultation médicale depuis 1 an)	
Critères de vulnérabilité : éloignement géographique (code postal)	Bases régionales de données des outils numériques ICOPE selon le schéma régional retenu
Résultats des tests de l'étape 1 : nombre de tests anormaux, répartition globale et par senior des types d'anomalies	Bases régionales de données des outils numériques ICOPE selon le schéma régional retenu
Nombre de tests anormaux infirmés après vérification par un professionnel de santé (si étape intermédiaire) – Répartition par capacité des anomalies infirmées	Bases régionales de données des outils numériques ICOPE selon le schéma régional retenu
Résultats des tests d'évaluation : part de tests identifiant un déficit (capacité altérée), répartition globale et par senior des déficits	Données issues des outils de coordination mis en œuvre pour l'expérimentation (dossier régional partagé)
Prises en soins dans les suites (consultations..., appareillages...)	SNDS (appariement par le NIR ou données d'identification nominative)
Avis des seniors et des professionnels	Enquêtes

VI. Conditions d'expérimentation

1. Catégorie de l'expérimentation

Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

L'expérimentation ne déroge pas au champ de missions des professionnels de santé.

a. Aux règles de financement de droit commun prévu par l'article L162-31-1-II-1°

Les prestations dérogatoires sont des prestations non couvertes par l'assurance maladie.

Elles concernent la rémunération de nouvelles prestations réalisées par des professionnels relevant du code de la santé publique ou dont les interventions sont prévues par ce code :

- la création d'une enveloppe « animation territoriale », destinée à rémunérer la mobilisation et l'entretien du partenariat (mission de santé publique communautaire pour les CPTS ou autres groupements de professionnels)
- la création d'une enveloppe « repérage » populationnelle permettant la rémunération de l'accompagnement à la réalisation du test ICOPE dans la stratégie d' « aller vers » (étape 1)
- la création des forfaits « gestion des alertes », « évaluation », « entretien motivationnel » (étape 2)
- l'indemnisation des frais de déplacements kilométriques.

Cette démarche s'appuie par ailleurs sur des financements de droit commun : consultations de médecine générale, actions des collectivités territoriales, des caisses de régime de retraite et d'autres structures publiques.

Elle peut faire appel à des co-financements des collectivités territoriales et des ARS dans le cadre du FIR, notamment sur les systèmes d'information, protocoles de coopérations ou développement d'actions de prévention et de coordination des plans de soins.

b. Aux règles d'organisation de l'offre de soins

Le modèle ne nécessite pas de dérogation organisationnelle.

2. Champ d'application territoriale

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial et observations éventuelles
Local		
Régional		
National	OUI	Le projet d'expérimentation ICOPE est d'initiative nationale. Il s'appuie sur des porteurs expérimentateurs répartis sur plusieurs régions du territoire.

24

Expérimentation d'un programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel liés à l'âge – Ministère des solidarités et de la santé

Arrêté du 28 décembre 2021 publié au JO le 6 janvier 2021, NOR : SSAS2138665A

3. Durée et calendrier de l'expérimentation

L'expérimentation sera menée sur une période de 3 ans.

Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation :

L'expérimentation inclut l'adaptation de l'organisation de la démarche ICOPE sur les territoires à la phase de montée en charge progressive de l'expérimentation.

Une première phase d'une durée maximale de 6 mois permet la structuration de l'organisation et la préparation du lancement local des premières inclusions.

Elle inclut :

- la programmation de la mise en œuvre de l'expérimentation,
- l'établissement du partenariat,
- la mobilisation des moyens nécessaires à la mise en œuvre des différentes étapes,
- la mise en place des conditions du suivi de l'expérimentation (avec l'appui des outils numériques de coordination),
- la structuration de la formation des acteurs et le lancement des premières formations,
- la communication sur l'expérimentation sur le territoire auprès des personnes et des acteurs de santé,
- la mise en place des modalités de recueil et de restitution des données.

Pour assurer le déploiement de cette phase un budget (appelé crédits d'amorçage) est alloué au groupement expérimentateur de chaque territoire (cf. partie modalités de financement de l'accompagnement de l'expérimentation). Les porteurs expérimentateurs s'appuieront sur les outils de formation et de communication adaptés par le gérontopôle de Toulouse conformément aux travaux de la commission.

Cette phase permettra notamment l'élaboration d'une feuille de route transmise au porteur national dans un délai de 4 mois suite à la publication du cahier des charges permettant de préciser le plan d'action territorial qui sera mis en place (Cf. VII et annexe 4).

Suite à cette phase préparatoire, l'organisation de l'expérimentation se déploie.

Cette phase :

- consiste en l'inclusion des seniors selon une montée en charge fonction de la programmation sur les territoires,
- poursuit la formation des acteurs au fur et à mesure de la montée en charge.

Elle inclut une animation territoriale continue et un suivi régulier du déroulement de l'expérimentation avec un bilan intermédiaire à l'issue de la première année.

L'évaluation de l'expérimentation se déroulera sur tout le temps du projet.

Les porteurs expérimentateurs qui le souhaitent pourront démarrer les inclusions dès la publication du cahier des charges et en application de celui-ci sous réserve d'un financement par le Fonds d'Intervention Régional. Le FISS (Fonds pour l'Innovation du Système de Santé) pourra prendre le relais dès les circuits de facturation et de données définis par les conventions passées avec la CNAM.

4. Nature et traitement des données

Le projet s'appuie sur un recueil de données personnelles incluant des données de santé nécessaires au suivi des résultats des tests (étapes 1 et 2) et aux suites données (plan de prévention). Ce recueil repose sur des outils numériques en santé (décrits dans le chapitre suivant) développés en région en lien avec les GRADES ou par le CHU de Toulouse.

Les traitements de données à caractère personnel et de santé doivent être réalisés dans le respect du RGPD.

5. Systèmes d'information

La démarche suppose de répondre à différents besoins au fil du parcours de la personne et en lien avec la mise en œuvre de l'expérimentation :

- **un outil de dépistage** utilisable par le senior en autonomie ou avec l'assistance d'un tiers, ce dernier devant être identifié et authentifié dans le respect des règles nationales¹⁷ ; de même, l'identité du senior doit être recueillie conformément aux règles en matière d'identité nationale de santé¹⁸.
- **un outil de suivi de la mise en œuvre du parcours du senior** (pilotage, suivi des actions et des dossiers, orientation vers les professionnels) ;
- **un dossier de coordination** permettant de stocker les résultats et de suivre les actions en cours, accessibles aux professionnels concernés par le dossier et partagés avec ceux-ci ; un accès du senior sera prévu selon les stratégies régionales ; ce dossier peut comprendre des informations administratives et sociales complémentaires concernant la situation de la personne si celles-ci sont pertinentes au vu de la situation ;
- **une base de données** en vue de l'évaluation et de la facturation.

¹⁷ Enregistrement du professionnel et authentification par le biais de Pro Santé Connect

¹⁸ Recueil des 5 traits d'identité et qualification de l'INS au travers du télé service INS lors de l'enregistrement des données

Principes posés dans le cadre de l'expérimentation :

- **Questionnaire (étape 1) :** Le questionnaire de dépistage est homogène et standardisé sur les territoires participant à l'expérimentation. Il s'appuie sur la traduction du questionnaire OMS d'ores et déjà réalisée et mise à disposition par le gérontopôle de Toulouse, assortie d'éventuelles modifications discutées en commission au niveau de la gouvernance nationale chargée de valider l'harmonisation et l'adaptation des outils et des pratiques. Afin d'assurer l'efficacité de la maintenance des outils et du questionnaire, le choix concernant les modalités d'intégration de chaque outil ainsi standardisé doit être fait, en région, sous l'égide de l'ARS et du GRADeS pour l'ensemble des groupements expérimentateurs de la région.
- **Étapes ultérieures :** suite à la passation du test de repérage, les étapes ultérieures se réalisent préférentiellement dans les outils régionaux de coordination. Tout autre choix d'un groupement doit être réalisé avec l'aval de l'ARS et du GRADeS afin d'assurer une cohérence avec l'écosystème régional et la conformité au cadre national de la e-santé.

Modalités de mise en œuvre :

Le projet s'appuie sur les outils proposés par l'OMS, dont des modifications éventuelles en cours d'expérimentation et à la marge pourront être proposées pour validation par la commission d'harmonisation des outils et des pratiques.

Toute proposition d'évolution de ce questionnaire doit être soumise à la concertation de la commission d'harmonisation des outils et des pratiques évoquée plus haut, rattachée à la gouvernance nationale.

Points d'attention :

Le système d'information global (depuis l'outil supportant le questionnaire de dépistage jusqu'à la prise en charge des éventuelles étapes ultérieures) doit permettre de répondre aux besoins de données en vue de l'évaluation de l'expérimentation.

6. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

Le système d'information de l'expérimentation devra respecter :

- les critères posés par la doctrine technique du numérique en santé, notamment concernant l'identification et l'authentification des professionnels accédant aux données de santé conservées et l'identité des seniors (conforme à l'identité nationale de santé), ainsi que

- l'adossé aux référentiels et outils socles nationaux ;
- le RGPD ;
- les contraintes réglementaires concernant la sécurité des systèmes d'information et l'hébergement des données de santé.

7. Gouvernance de l'expérimentation

La mise en œuvre pendant 3 ans de l'expérimentation ICOPE telle que présentée nécessite au regard de sa complexité de mettre en place une gouvernance structurée à trois niveaux dont les missions sont les suivantes :

- ✓ **au niveau national** : un comité national de suivi sera chargé de l'animation et du pilotage stratégique de l'expérimentation. Il réunira les directions d'administrations centrales du Ministère des solidarités et de la santé, les représentants de chacun des porteurs expérimentateurs sélectionnés, un représentant de la cellule évaluation article 51 CNAM/DREES, un représentant de l'équipe nationale d'appui à la rapporteure du dispositif article 51, de la CNAM, des représentants de seniors, représentants des ARS concernées des régions des porteurs expérimentateurs ainsi que la CNSA. Il sera co-piloté par la DGS et la DGCS et appuyé par une équipe opérationnelle restreinte composée des directions d'administration centrale (DGS, DGCS, DGOS). Ses missions sont notamment d'accompagner les acteurs participant à l'expérimentation, faciliter les retours d'expérience de façon à réajuster régulièrement leur investissement dans le projet et communiquer sur l'évolution des dispositifs nationaux existants utiles au bon déroulé des parcours.

Ce comité mettra en place une commission d'harmonisation des outils et des pratiques nécessaires à l'expérimentation : tests de l'étape 1 et 2 ; contenu des socles de formation ; outils de communication et système d'information. La composition, ouverte aux porteurs expérimentateurs et aux ARS concernées et à des experts, est déterminée en fonction des objets traités.

Le gérontopôle de Toulouse, en tant que centre collaborateur OMS ICOPE, participera au comité de pilotage national ainsi qu'à la commission scientifique d'harmonisation.

- ✓ **au niveau régional** : un comité de suivi régional de l'expérimentation pourra être organisé par l'ARS, associant les porteurs de projets de la région et les conseils départementaux concernés, représentants de seniors, voire certaines communautés d'agglomération selon les situations. Il permettrait notamment de lever les freins à la mise en œuvre d'ICOPE.
- ✓ **au niveau de chaque porteur expérimentateur**, un comité territorial de suivi devra être constitué, réunissant les partenaires de la démarche et représentants de seniors sur le ou les territoires. Il sera chargé *a minima* d'assurer la coordination et l'animation du projet, la communication en interne et en direction du réseau partenarial, l'organisation des formations et la gestion du recueil des données nécessaires au suivi et/ou l'évaluation. Il identifiera les difficultés et les bonnes

pratiques et les besoins d'arbitrages le cas échéant, à remonter au comité de suivi en région et au comité national.

Chaque porteur expérimentateur retenu identifie un temps de chefferie de projet.

8. Modalités de révision annuelle du cahier des charges

Le cahier des charges est susceptible de faire l'objet de mises à jour en cours d'expérimentation. Toute modification doit être soumise au comité national de suivi de l'innovation pour republication de l'arrêté.

VII. Critères et modalités de candidature

La candidature et la participation à l'expérimentation sont volontaires.

- Les porteurs de projets locaux mentionnés dans ce cahier des charges sont ceux retenus dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt initial, ayant participé à l'élaboration du cahier des charges et ayant confirmé leur participation sur la base du présent cahier des charges.
- Ces porteurs expérimentateurs s'engagent à transmettre une feuille de route dans un délai de 4 mois à compter de l'autorisation du projet à : icope@sante.gouv.fr (cf. annexe 4 – modèle de feuille de route en cours de stabilisation)
- Des acteurs n'ayant pas participé à l'élaboration du cahier des charges ou n'ayant pas pu s'engager à l'issue de l'élaboration du cahier des charges et souhaitant mener l'expérimentation, pourront répondre à l'appel à candidatures annexé au présent cahier des charges, à l'appui du dossier prévu à cet effet. La sélection des projets sera réalisée sur la base d'une analyse du dossier réalisé au niveau régional et national. Les modalités précises (contenu du dossier de demande, calendrier, procédure de sélection, critères d'éligibilité...) sont précisées dans l'appel à candidatures annexés.
- Une convention de financement des rémunérations dérogatoires sera signée entre chaque porteur expérimentateur et la CNAM. Ce document formalisera le ou les circuits de facturation. Des conventions seront à établir entre les porteurs expérimentateurs et les intervenants de l'expérimentation ICOPE percevant une rémunération dérogatoire par leur intermédiaire. Les crédits d'ingénierie feront l'objet d'une autre convention spécifique. Le conventionnement avec le CHU de Toulouse inclura le financement de son appui d'expert à l'expérimentation nationale.

Critères d'éligibilité à l'expérimentation ICOPE :

Les porteurs de projets locaux représentent des **collectifs d'acteurs pluriprofessionnels**, reposant sur des professionnels de santé incluant des médecins et des professionnels paramédicaux, des secteurs ambulatoires et hospitaliers, et sur des professionnels du secteur médicosocial voire sportif (EAPA) intervenant auprès des personnes de 60 ans et plus à domicile.

Ce collectif permet de couvrir les différentes dimensions et les étapes essentielles du programme ICOPE, d'assurer le recours spécialisé et les prises en soins nécessaires.

Si possible, ce collectif associe des représentants des seniors eux-mêmes.

Ce collectif peut être constitué **autour d'une ou plusieurs organisations et équipes de soins primaires structurées** (CPTS, maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé, associations de professionnels de soins primaires) comportant des médecins généralistes et des infirmiers.

Une entité ou personne est identifiée. Il est l'interlocuteur privilégié de l'équipe nationale, de la CNAM et des ARS. Le porteur de projet local sera le représentant du collectif d'acteurs.

Les porteurs de projets locaux ont identifié **un territoire d'intervention et/ou une population cible** et éventuellement un projet de déploiement progressif auprès de la population cible.

Ils offrent des garanties quant à leur expérience à mobiliser le panel d'acteurs requis pour le déploiement local de la démarche, à animer le partenariat indispensable à sa bonne mise en œuvre, à dérouler l'ensemble du parcours dans toutes ses dimensions, du dépistage de premier niveau au suivi en passant par les évaluations et les prises en soins nécessaires et en respectant la place centrale des médecins généralistes.

Le dimensionnement des équipes et de la population couverte, les particularités du contexte environnemental (milieu rural par exemple), la solidité du partenariat, l'intérêt du projet constituent des critères particulièrement déterminants de sélection.

VIII. Financement de l'expérimentation

1. Modèle économique

L'expérimentation ICOPE, selon son modèle organisationnel défini au chapitre IV et la volumétrie prévue, s'appuie sur le modèle économique présenté ci-dessous. Ce modèle a pour objet de financer les étapes innovantes de la démarche pour son implémentation dans les soins primaires.

Il repose sur :

- **une enveloppe « animation territoriale »** attribuée dès le lancement du programme (étape 1), rémunérant les actions de mobilisation et d'entretien du partenariat local (définition de la stratégie et son suivi, planification d'interventions, accompagnement des partenaires dans leur implication...) pouvant s'inscrire à terme dans les actions de responsabilité populationnelle des CPTS et plus précisément dans leurs enveloppes relatives aux missions de développement d'actions territoriales de prévention ;
- **une enveloppe « repérage »** attachée à l'étape 1, destinée à rémunérer les professionnels des structures de soins primaires (professionnels de santé libéraux ou salariés de centres de santé) effectuant le repérage ;

La contribution innovante des acteurs hors du champ de la santé reposera 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 prévoit de rémunérer les professionnels de santé et d'encourager par ailleurs le recours aux autotests et l'implication des acteurs sociaux et médicosociaux.

- **trois types de forfaits** attachés à 3 des sous-étapes de l'étape 2 :

- un forfait par senior pour le traitement des tests dont les résultats nécessitent a priori une évaluation (« alertes ») et la coordination administrative
- des forfaits par senior pour la réalisation des évaluations
- un forfait par senior pour les entretiens motivationnels

Ces forfaits sont calculés sur la base de temps infirmier. Ils peuvent cependant servir à rémunérer des professionnels du secteur sanitaire autres qu'infirmier (médecins et autres professionnels paramédicaux).

NB : les consultations médicales nécessaires pour réaliser ou compléter l'étape 2 d'évaluation relèvent du droit commun.

- **une enveloppe frais de déplacement** complète les forfaits de l'étape 2, afin d'indemniser les frais de déplacements associés.

Cette enveloppe a pour objectif de répondre aux besoins d'évaluation approfondie à domicile, en particulier pour les seniors éprouvant des difficultés d'accès au cabinet médical (isolés socialement ou géographiquement).

2. Modalité de financement de la prise en charge proposée

a. Prestations dérogatoires

Le taux de tests à vérifier et le taux d'évaluations nécessaires en étape 2 suite aux tests de l'étape 1 ont été estimés selon les premiers retours d'expérience menée par le gérontopôle de Toulouse en région Occitanie. Le taux observé par l'équipe du gérontopôle de Toulouse de 20% d'évaluations nécessaires est relevé à 25% pour l'expérimentation, en raison de la priorisation donnée à une population de seniors vulnérables, pour laquelle une majoration du risque d'altération de capacité fonctionnelle est supposée.

Enveloppe animation territoriale :

L'animation territoriale, reposant prioritairement sur un professionnel intervenant du champ de la santé, est rémunérée à hauteur de 0,2 à 0,35 ETP par CPTS ou équivalent pour l'expérimentation, sur la base d'un coût annuel de 56 000 euros. L'enveloppe est modulée selon la taille des CPTS (cf. tableau ci-dessous). En l'absence de CPTS impliquées, le porteur expérimentateur s'appuiera sur des structures de soins primaires coordonnées (MSP, centres de santé, ...) ou associations de professionnels qui pourraient constituer ou intégrer de futures CPTS.

En phase de généralisation, les conditions de pérennisation de ce temps pourraient être revues selon les évolutions des dispositifs liés aux CPTS.

32

Expérimentation d'un programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel liés à l'âge – Ministère des solidarités et de la santé

Arrêté du 28 décembre 2021 publié au JO le 6 janvier 2021, NOR : SSAS2138665A

Enveloppe repérage de l'étape 1:

La réalisation des tests de l'étape 1 par un professionnel de santé¹⁹ ou un professionnel d'établissement ou service de santé est rémunérée sur la base d'une durée de 30 minutes et d'un coût horaire de 35 euros, soit 18 euros par test.

La part des tests rémunérés est fixée à 60% de l'ensemble des tests initiaux (« primodépistage »). Les tests non rémunérés sont réalisés en autotest ou par des partenaires (cf. supra).

Il est attendu que l'information des seniors lors de leur inclusion initiale conduise à une participation accrue des seniors en autotest en phase de réitération. Néanmoins, le premier retour d'expérience toulousaine amène à estimer à 50% la part des tests rémunérés en réitération.

La réitération de tests par des professionnels est envisagée à un rythme variable entre 6 mois et 1 an. Tenant compte de la durée de l'expérimentation et d'une part de perdus de vue ou arrêt de suivi (20%), le taux de réitération des tests est envisagé à 120% sur la durée de l'expérimentation.

Forfait traitement de l'alerte et coordination administrative de l'étape 2:

L'ensemble des forfaits de l'étape 2 sont calculés sur la base d'une réalisation par un infirmier formé au programme ICOPE et d'un coût horaire de 42 euros.

La gestion et la vérification des alertes sont estimées nécessaires pour 50% des tests réalisés.

Ce temps est rémunéré sur la base d'une durée moyenne de 15 minutes par test et d'un coût horaire de 42 euros, soit 11 euros par test.

Forfait évaluation approfondie de l'étape 2 :

Le temps d'évaluation approfondie sera variable selon le nombre de capacités altérées.

Chaque partenaire choisit la modalité de forfait qu'il souhaite évaluer parmi deux options :

- un forfait unique établi sur la base d'un temps moyen de 75 minutes et d'un coût horaire de 42 euros, soit 53 euros par évaluation
- 3 montants de forfaits gradués selon le nombre de capacités à évaluer: 20 euros pour l'évaluation d'une seule capacité, 40 euros pour deux capacités et 60 euros pour trois ou plus.

La part des seniors dépistés à l'étape 1 nécessitant une évaluation approfondie est estimée à 25%.

Forfait entretien motivationnel de l'étape 2 :

La réalisation de l'entretien motivationnel concluant l'étape 2 est rémunérée sur la base d'une durée moyenne de 30 minutes et d'un coût horaire de 42 euros, soit 21 euros par entretien.

Enveloppe déplacement :

¹⁹ relevant du code de la santé publique ou professionnels dont les interventions sont prévues par ce code

Cette enveloppe est destinée à indemniser les frais de déplacements nécessaires pour les évaluations de l'étape 2 à mener à domicile. Deux visites sont requises : temps d'évaluation initiale et temps d'entretien motivationnel. Le forfait est établi sur la base du taux d'indemnisation kilométriques de 0,35 euros par kilomètre en plaine et de 0,50 euros par kilomètre en montagne. La volumétrie des déplacements est estimée en prenant en compte la part des territoires ruraux dans les projets, les caractéristiques de ces territoires (plaine ou montagne), les distances moyennes de déplacement propres aux territoires, le regroupement de 2 visites dans un périmètre réduit et une même tournée.

Le tableau ci-joint synthétise l'ensemble de ces informations.

Le contenu détaillé des services attendus selon le forfait est décrit dans la présentation du modèle organisationnel au chapitre 2.1.

Etape 1	Enveloppe repérage								
	Intitulé de l'action	Description de l'action	Intervenants	Temps ETP par CPTS* et volume populationnel	Coût annuel brut chargé	Montant du forfait annuel par CPTS		Conditions de paiement	
	Animation territoriale	Définition et coordination de la stratégie d'"aller vers", planification d'interventions, information et soutien des partenaires...	Professionnel de CPTS (ou équivalent)	0,2 à 0,35	56 000 €	CPTS de taille 1 : 11 200 euros CPTS de taille 2 : 14 000 euros CPTS de taille 3 : 16 800 euros CPTS de taille 4 : 19 600 euros		Enveloppe annuelle	
	Intitulé de l'action	Description de l'action	Intervenants	Durée moy en min	Coût horaire brut chargé	Montant du forfait par senior	Part de la population concernée	Indicateur déclenchant le paiement du forfait	
	Réalisation du TEST initial	<u>Autotest</u>	<u>Senior seul</u> , +/- aidant même si quelqu'un doit lui expliquer en amont le principe						Enveloppe annuelle de rémunération des tests ou paiement mensuel sur services faits
		<u>Réalisation du test avec la personne:</u> présentation de la démarche, du TEST, recherche consentement, aide à passation du test	<u>Intervenants à rémunérer</u> (libéraux et salariés de structures de soins + démarche repérage innovante) <u>Professionnels issus de structures publiques ou reconnues d'utilité publique</u> intervenant habituellement dans leurs missions auprès de seniors	30'	35	18 €	60% des tests rémunérés	60%	
Réitération du TEST tous les ans voire tous les 6 mois ou moins selon évaluation clinicien	<u>Autotest</u> : 50% en réitération						50% des 120% de réitérations	50%	
	<u>Aide à la réitération</u> par un intervenant à rémunérer: 50%		30'	35	18 €	50% des 120% de réitérations avec aide financée	50%		

* CPTS de taille 1 : > 40 000 habitants ; CPTS de taille 2 : de 40 000 à 80 000 habitants ; CPTS de taille 3 : de 80 000 à 175 000 habitants ; CPTS de taille 4 : > 175 000 habitants

Expérimentation d'un programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel liés à l'âge – Ministère des solidarités et de la santé

Arrêté du 28 décembre 2021 publié au JO le 6 janvier 2021, NOR : SSAS2138665A

Etape 2	Intitulé de l'action	Description de l'action	Intervenants	Durée moyenne en min	Coût horaire brut chargé	Montant du forfait par senior	Part de la population concernée	Conditions de paiement
	Forfait A : Traitement de l'alerte et coordination administrative							
	Gestion et vérification des alertes	Suivi des alertes, analyse des résultats, appel des seniors, organisation des RDV d'évaluation	IDE ou autre professionnel paramédical en binôme avec médecin traitant	15'	42	11 €	50% des seniors dépistés	Enveloppe annuelle de rémunération des tests ou paiement mensuel sur services faits
	Forfait B : Evaluation approfondie							
	Evaluation approfondie	Présentation de la démarche, réalisation du ou des tests d'évaluation approfondie et questionnements complémentaires (antécédents, projet, médicaments, contexte social et environnement,...), analyse et orientation vers des bilans complémentaires, articulation avec le médecin traitant et les autres professionnels si il y a lieu, renseignement du dossier "patient", synthèse avec le médecin traitant et orientations de suites	IDE ou autre professionnel paramédical <u>formés</u> en articulation avec le médecin traitant	75'	42	53 € ou forfait modulé : 20 € / 1 capacité 40 € / 2 capacités 60 € / 3 capacités ou plus	25% des seniors dépistés	Paiement mensuel sur services faits
			forfait déplacement	Vol retenue*IK plaine ou montagne*nb moyen km			propre à chaque porteur de projet	
			Consultation de droit commun Médecin traitant				25% des seniors dépistés	
Forfait C : Entretien motivationnel								
Entretien conclusif et motivationnel	<u>Proposition au senior d'un plan de prévention concerté</u> avec le médecin traitant, entretien motivationnel, décision partagée, orientation	IDE ou autre professionnel paramédical (même professionnel que l'évaluation approfondie)	30'	42	21 €	25% des seniors dépistés	Paiement mensuel sur services faits	

Répartition des CPTS ou équivalents en fonction de leur taille et des enveloppes animations territoriales:

	CPTS de taille 1		CPTS de taille 2		CPTS de taille 3		CPTS de taille 4		Total des CPTS		
	Nombre	Coût annuel	Nombre	Coût annuel	Nombre	Coût annuel	Nombre	Coût annuel	Nombre	Coût annuel	Coût sur 3 ans
MF PACA		0 €	1	14 000 €		0 €		0 €	1	14 000 €	42 000 €
PTA46		0 €	2	28 000 €		0 €		0 €	2	28 000 €	84 000 €
Corse		0 €	2	28 000 €		0 €		0 €	2	28 000 €	84 000 €
Filieris	1	11 200 €		0 €	1	16 800 €		0 €	2	28 000 €	84 000 €
URPS PACA	1	11 200 €	1	14 000 €	2	33 600 €		0 €	4	58 800 €	176 400 €
HCL	1	11 200 €	3	42 000 €	1	16 800 €	0	0 €	5	70 000 €	210 000 €
URPS PDL		0 €	2	28 000 €	4	67 200 €	1	19 600 €	7	114 800 €	344 400 €
Toulouse	3	33 600 €	2	28 000 €	3	50 400 €	1	19 600 €	9	131 600 €	394 800 €
Total	6	67 200 €	13	182 000 €	11	184 800 €	2	39 200 €	32	473 200 €	1 419 600 €

b. Crédits d'amorçage et d'ingénierie

Besoins

Des crédits d'ingénierie sont plus particulièrement nécessaires au pilotage du projet, à la participation à la gouvernance nationale, régionale le cas échéant et la mise en place d'une gouvernance territoriale, à la communication et à l'organisation de la formation des acteurs.

Cette approche nécessite du temps de chefferie de projet pour la mise en œuvre globale du projet et le soutien initial à l'animation territoriale du programme (aide à l'organisation locale d'un programme nouveau et à la mobilisation du partenariat, à l'organisation de la formation, au lancement des inclusions en N1, des tests de suivi en N2, à la collecte des données nécessaires au suivi du projet et à l'évaluation en N3, gestion des circuits de financement).

Les crédits d'ingénierie sont également destinés à la formation des professionnels pour les aspects qui ne sont pas pris en compte par le DPC ou par d'autres organismes de formation continue des professionnels de santé. En phase de généralisation, elle serait à intégrer dans les programmes de formation nationaux.

Le gérontopôle de Toulouse contribuera spécifiquement au déploiement de l'expérimentation par un transfert d'expertise en lien avec la commission d'harmonisation.

Modes de calcul

Les couts d'ingénierie ont été estimés et pourront être fongibles entre les trois motifs de dépense et années exposés ci-dessous :

Gouvernance :

Une enveloppe globale de 907 600 euros permet de rémunérer un temps de chefferie de projet et de gestion administrative sur la base d'un coût annuel de 56 000 euros pour la chefferie de projet et d'un coût annuel de 36 000 euros pour la gestion administrative, pour un total équivalent temps plein des deux postes sur les trois ans de l'expérimentation de 1,2 à 3,2 selon le dimensionnement des projets, réparti sur les trois années.

	Répartition annuelle du temps de chefferie de projet				Répartition annuelle du temps de gestion administrative			
	Sur 3 ans	N1	N2	N3	Sur 3 ans	N1	N2	N3
MF PACA	0,9	0,5	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1
PTA46	0,9	0,5	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1
Corse	0,9	0,5	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	0,1
Filieris	1,8	0,8	0,5	0,5	0,6	0,2	0,2	0,2
URPS PACA	2	1	0,5	0,5	0,6	0,2	0,2	0,2
HCL	2	1	0,5	0,5	0,6	0,2	0,2	0,2
URPS PDL	2,6	1	0,8	0,8	0,6	0,2	0,2	0,2
Toulouse	2,6	1	0,8	0,8	0,6	0,2	0,2	0,2
Total	13,7	6,3	3,7	3,7	3,9	1,3	1,3	1,3

Unité = ETP (équivalent temps plein)

Formation :

La formation au test de l'étape 1 peut être assurée par une demi-journée réalisable en e-learning plus une demi-journée de communication sur les principes et l'organisation par la chefferie de projet. Ce temps de communication relève de la gouvernance du projet.

Les frais de formation concernent l'étape 2 d'évaluation. La formation sur les tests est réalisable en une demi-journée par e-learning. La rémunération des frais de formation est estimée sur la base de 1 jour complémentaire de formation pour la mise en pratique de l'évaluation dans l'organisation locale avec sensibilisation aux principes éthiques et à l'approche motivationnelle, selon les critères de l'ANDPC : rémunération du coût formateur médecins en distanciel (95€/h), avec indemnisation du temps de présence de 15 professionnels libéraux par session (mixte de médecins et IDE à raison d'une indemnisation horaire de 22,5€ pour les médecins et de 16,88€ pour les IDE), plus une demi-journée de « retex » de 3h (coût formateur sans indemnisation des professionnels), soit un coût de formation pour 15 professionnels estimé à 3 000€.

Les professionnels sont incités à recourir au DPC pour une formation à l'entretien motivationnel.

Une enveloppe globale de 160 000€ permet sur cette base de financer 53 journées de formation pour 795 professionnels, à concentrer principalement sur la première année et pour partie sur la deuxième année.

La formation aux tests d'évaluation et leur mise en pratique est amenée à être intégrée dans le DPC en situation de généralisation.

Communication et équipement :

Des temps d'animation et de communication et d'équipements en tablettes ont été estimés selon le dimensionnement des expérimentations (nombre de seniors) avec trois tranches : 10 000, 20 000 ou 30 000 euros.

Expertise du gérontopôle de Toulouse :

L'expertise du gérontopôle est attendue pour l'adaptation et la mise à disposition d'outils de communication (fascicules, vidéos) et de formation (documents, outils d'e-learning ou webinaires), ainsi qu'à la mise à disposition et l'adaptation des spécifications des outils numériques. Cette contribution d'accompagnement sera principalement active sur la première année pour permettre le démarrage de l'expérimentation et l'adaptation des outils avec les retours de terrain. La rémunération de cet apport d'expert est prévue à hauteur de 131 000 euros sur les trois années.

Tableau récapitulatif des crédits d'ingénierie

	Formation				Communication				Apport spécifique Toulouse				Gestion de projet				Total des crédits
	N1	N2	N3	Total	N1	N2	N3	Total	N1	N2	N3	Total	N1	N2	N3	Total	
MF PACA	2 713 €	285 €	0 €	2 998 €	10 000 €	0 €	0 €	10 000 €					31 600 €	14 800 €	14 800 €	61 200 €	74 198 €
PTA46	8 138 €	855 €	0 €	8 993 €	10 000 €	0 €	0 €	10 000 €					31 600 €	14 800 €	14 800 €	61 200 €	80 193 €
Corse	10 851 €	1 140 €	0 €	11 991 €	10 000 €	0 €	0 €	10 000 €					31 600 €	14 800 €	14 800 €	61 200 €	83 191 €
Filiaris	13 564 €	1 425 €	0 €	14 989 €	20 000 €	0 €	0 €	20 000 €					52 000 €	35 200 €	35 200 €	122 400 €	157 389 €
URPS PACA	21 702 €	2 280 €	0 €	23 982 €	20 000 €	0 €	0 €	20 000 €					63 200 €	35 200 €	35 200 €	133 600 €	177 582 €
HCL	21 702 €	2 280 €	0 €	23 982 €	20 000 €	0 €	0 €	20 000 €					63 200 €	35 200 €	35 200 €	133 600 €	177 582 €
URPS PDL	37 979 €	3 990 €	0 €	41 969 €	30 000 €	0 €	0 €	30 000 €					63 200 €	52 000 €	52 000 €	167 200 €	239 169 €
Toulouse	27 128 €	2 850 €	0 €	29 978 €	30 000 €	0 €	0 €	30 000 €	118 000 €	7 000 €	6 000 €	131 000 €	63 200 €	52 000 €	52 000 €	167 200 €	358 178 €
Total	143 777 €	15 105 €	0 €	158 882 €	150 000 €	0 €	0 €	150 000 €	118 000 €	7 000 €	6 000 €	131 000 €	399 600 €	254 000 €	254 000 €	907 600 €	1 347 482 €

c. Volumétrie pour l'expérimentation

Les différents porteurs expérimentateurs contribuent en moyenne à l'expérimentation à hauteur d'environ 5% de la population cible des territoires (60 ans et plus). Ces capacités sont modulées selon les propositions des porteurs tenant compte de leurs capacités de mise en œuvre de la démarche (cf. effectifs listés dans le chapitre IV.c).

La part des tests en réitération est estimée à 120% des tests initiaux sur la durée de l'expérimentation

3. Besoin de financement

Les montants sont proposés par année à titre indicatif.

a. Synthèse du besoin de financement pour les porteurs expérimentateurs issus de l'AMI

	Montant	Tests	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de séniors inclus et premiers tests		40227	10 057	24 136	6 034	40 227
Nb de tests en réitération		48272	2 011	20 114	26 148	48 272
Etape 1						
Animation territoriale			473 200 €	473 200 €	473 200 €	1 419 600 €
Test	18 €	60%	108 613 €	260 671 €	65 168 €	434 452 €
Réitération du test	18 €	50%	18 102 €	181 022 €	235 328 €	434 452 €
Total dotation étape 1			599 915 €	914 892 €	773 696 €	2 288 503 €
Etape 2						
Forfait traitement de l'alerte et coordination administrative	11 €	50%	66 375 €	243 373 €	176 999 €	486 747 €
Forfait évaluation approfondie	53 €	25%	159 902 €	586 309 €	426 406 €	1 172 617 €
Forfait entretien motivationnel	21 €	25%	63 358 €	232 311 €	168 953 €	464 622 €
Total forfaits étape 2			289 634 €	1 061 993 €	772 358 €	2 123 986 €
Dotation frais kilométrique			7 767 €	28 480 €	20 713 €	56 960 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)	- €		897 317 €	2 005 365 €	1 566 767 €	4 469 449 €
TOTAL CAI (FISS)			811 377 €	276 105 €	260 000 €	1 347 482 €
TOTAL expérimentation (FISS)			1 708 694 €	2 281 470 €	1 826 767 €	5 816 931 €

NB : Les projections relatives au forfait évaluation approfondie sont calculées sur la base du forfait moyen de 53 euros. Le découpage des dépenses par année dans ce tableau est mentionné à titre indicatif.

Les tableaux détaillés par porteur expérimentateur sont disponible en Annexe 3.

b. Projection du besoin de financement pour 3 porteurs expérimentateurs qui seraient retenus à l'appel à candidatures

L'appel à candidature annexé au cahier des charges, vise à sélectionner trois nouveaux porteurs de projet expérimentateur et à cibler une volumétrie additionnelle de 15 000 seniors. Il a été ainsi estimé, en reprenant les mêmes conditions de financement (CAI et forfait dérogatoires) que celles décrites dans ce cahier des charges, le budget prévisionnel additionnel suivant (CAI + forfaits dérogatoires) :

	Montant	Tests	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de seniors inclus et premiers tests		15000	1 500	10 500	3 000	15 000
Nb de tests en rééducation		18000	-	8 250	9 750	18 000
Etape 1						
Animation territoriale			182 000 €	182 000 €	182 000 €	546 000 €
Test	18 €	60%	16 200 €	113 400 €	32 400 €	162 000 €
Réitération du test	18 €	50%	- €	74 250 €	87 750 €	162 000 €
Total dotation étape 1			198 200 €	369 650 €	302 150 €	870 000 €
Etape 2						
Forfait traitement de l'alerte et coordination administrative	11 €	50%	8 250 €	103 125 €	70 125 €	181 500 €
Forfait évaluation approfondie	53 €	25%	19 875 €	248 438 €	168 938 €	437 250 €
Forfait entretien motivationnel	21 €	25%	7 875 €	98 438 €	66 938 €	173 250 €
Total forfaits étape 2			36 000 €	450 000 €	306 000 €	792 000 €
Dotation frais kilométrique			545 €	6 818 €	4 636 €	12 000 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)		- €	234 745 €	826 468 €	612 786 €	1 674 000 €
TOTAL CAI (FISS)			264 306 €	112 440 €	105 600 €	482 346 €
TOTAL expérimentation (FISS)			499 051 €	938 908 €	718 386 €	2 156 346 €

c. Synthèse du besoin de financement pour l'ensemble de l'expérimentation

	Montant	Tests	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de seniors inclus et premiers tests		55227	11 557	34 636	9 034	55 227
Nb de tests en rééducation		66272	2 011	20 435	35 898	58 343
Etape 1						
Animation territoriale			655 200 €	655 200 €	655 200 €	1 965 600
Test	18 €	60%	124 813 €	374 071 €	97 568 €	596 452
Réitération du test	18 €	50%	18 102 €	255 272 €	323 078 €	596 452
Total dotation étape 1			798 115 €	1 284 542 €	1 075 846 €	3 158 503 €
Etape 2						
Forfait traitement de l'alerte et coordination administrative	11 €	50%	74 625 €	346 498 €	247 124 €	668 247 €
Forfait évaluation approfondie	53 €	25%	179 777 €	834 746 €	595 344 €	1 609 867 €
Forfait entretien motivationnel	21 €	25%	71 233 €	330 748 €	235 891 €	637 872 €
Total forfaits étape 2			325 634 €	1 511 993 €	1 078 358 €	2 915 986 €
Dotation frais kilométrique			8 313 €	35 298 €	25 349 €	68 960 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)		- €	1 132 062 €	2 831 833 €	2 179 553 €	6 143 449 €
TOTAL CAI (FISS)			1 075 683 €	388 545 €	365 600 €	1 829 828 €
TOTAL expérimentation (FISS)			2 207 745 €	3 220 378 €	2 545 153 €	7 973 277 €

En cours d'expérimentation, les porteurs expérimentateurs qui déploieraient le programme plus rapidement que le calendrier prévu par le présent cahier des charges pourront faire l'objet d'un financement complémentaire pour des territoires expérimentateurs non précisés dans le cahier des charges (qui seraient à définir) après analyse des résultats intermédiaires d'évaluation et avis du comité technique de l'innovation en santé dans la limite de l'enveloppe globale initiale FISS dédiée à cette expérimentation.

IX. Liens d'intérêts

L'expérimentation ne porte pas sur le recours à des produits de santé ou dispositifs médicaux et ne soulève pas de risque particulier de lien d'intérêt dans ce champ.

X. Éléments bibliographiques / expériences étrangères

1. OMS. Integrated Care for Older PEople.

<https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/en/>

2. OMS. ICOPE Evidence Resource Centre

<https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/evidence-centre/en/>

3. John R Beard, M.B.B.S, Ph.D, Yafei Si, M.A, Zhixin Liu, Ph.D, Lynn Chenoweth, Ph.D, Katja Hanewald, Ph.D, Intrinsic Capacity: Validation of a New WHO Concept for Healthy Ageing in a Longitudinal Chinese Study, *The Journals of Gerontology: Series A*, 2021;, glab226,

<https://academic.oup.com/biomedgerontology/advance-article-abstract/doi/10.1093/gerona/glab226/6338147?redirectedFrom=fulltextHAS>.

4. Nutrition de la personne âgée

Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus Recommandations de bonnes pratiques

5. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdfHAS. Vision

Diagnostic et prise en charge de l'hypertonie oculaire et du glaucome primitif à angle ouvert.
Recommandation de bonne pratique (Travaux en cours)

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/reco350_note_cadrage_rbp_glaucome_coi_2019_11_14_v0_-_mel.pdf

Dégénérescence maculaire liée à l'âge. Fiche mémo (Travaux en cours)

6. HAS. Activité physique

Prescription d'activité physique et sportive. Les personnes âgées. Organisation des parcours.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_248_ref_aps_pa_vf.pdf

7. Reed NS, Altan A, Deal JA, et al. Trends in Health Care Costs and Utilization Associated With Untreated Hearing Loss Over 10 Years. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2019;145(1):27-34. doi:10.1001/jamaoto.2018.2875

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6439810/>

8. Santé publique France. Etudes et enquêtes. Chutes des personnes âgées à domicile. Octobre 2020

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute/documents/enquetes-etudes/chutes-des-personnes-agees-a-domicile.-caracteristiques-des-chuteurs-et-des-circonstances-de-la-chute.-volet-hospitalisation-de-l-enquete-chupadom>

9. INSERM. Expertise collective. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees>

10. Tayaa S. et al. Diagnostic et prise en charge de la dépression chez le sujet âgé. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, John Libbey Eurotext, 2020, 18 (1), pp.88-96. ff10.1684/pnv.2019.0833ff. ffinserm-02881423

<https://www.hal.inserm.fr/inserm-02881423/document>

11. Haut Conseil de la santé publique. Prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. 2018

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=645>

12. DREES. Bénéficiaires des minima sociaux : un état de santé général et psychologique dégradé. Juin 2021

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-06/ER1194.pdf>

13. Haut Conseil de la santé publique. Repères alimentaires pour les personnes âgées. 2021

[https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20210518_rvisidesreprealimepourle
spersoge.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20210518_rvisidesreprealimepourle
spersoge.pdf)

Annexes

Expérimentation d'un programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel liés à l'âge – Ministère des solidarités et de la santé

Arrêté du 28 décembre 2021 publié au JO le 6 janvier 2021, NOR : SSAS2138665A

Annexe1. Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone
Porteur coordinateur national	Ministère des solidarités et de la santé – Direction générale de la santé (DGS) ; Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Direction générale de l'organisation des soins (DGOS)	DGS : Eliane VANHECKE – eliane.vanhecke@sante.gouv.fr 04 40 56 58 24 DGCS : Louise Cadin louise.cadin@social.gouv.fr Emmanuelle CLEMENT emmanuelle.clement@social.gouv.fr 01 40 56 70 49 Françoise JAY-RAYON francoise.jay-rayon@social.gouv.fr 01 40 56 86 79 DGOS : Anne-Noëlle MACHU anne-noelle.machu@sante.gouv.fr 01 40 56 45 97 Marie-Gabrielle RIETSCH marie-gabrielle.rietsch@sante.gouv.fr 01 40 56 40 92
Porteurs expérimentateurs	Région Occitanie	
	CHU de Toulouse 2 rue Viguerie, 31059 Toulouse	Pr Fati NOURHASHEMI nourhashemi.f@chu-toulouse.fr Dr Neda TAVASSOLI tavassoli.n@chu-toulouse.fr Justine DE KERIMEL dekerimel.j@chu-toulouse.fr 05 61 77 70 13 / 05 61 77 70 12
	FILIERIS SUD 34 Avenue du Général de Gaulle, 30100 ALES	Dr Alain DEVALLEZ alain.devallez@filieris.fr Nathalie HALLART nathalie.hallart@filieris.fr Julien COMBETTES julien.combettes@filieris.fr 06 09 30 59 01
	Plateforme territoriale d'appui du Lot (PTA 46)	Alison GERANTON coordination2@pta46.fr

47

Expérimentation d'un programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel liés à l'âge – Ministère des solidarités et de la santé

Arrêté du 28 décembre 2021 publié au JO le 6 janvier 2021, NOR : SSAS2138665A

	Association ICARE 46 loi 1901 162 rue du Président Wilson, 46000 Cahors	Christelle MAZEYRIE direction@pta46.fr 05 65 367 387
	ARS Occitanie	Cendrine BLAZY Sophie CHABRIERES Laurence GOMEZ Christophe BONNIER ars-oc-art51@ars.sante.fr
	Région Pays de Loire	
	InterURPS Pays de la Loire Association loi 1901 La Maison des URPS, 5 boulevard Vincent Gâche, 44000 Nantes	David GUILLET president@urps-idel-paysdelaloire.fr 02 40 69 19 75
	ARS Pays de la Loire	Vincent MICHELET Jean-Loïc RETAUD Laure MAUFRAIS (GRADeS) ars-pdl-art51@ars.sante.fr
	Région PACA	
	URPS IDE PACA Association loi 1901 1 montée de Saint Menet, bât A, 13011 Marseille	Lucienne CLAUSTRES presidence@urps-infirmiere-paca.fr 06 12 24 17 20 Olivier RIT (gérontopôle) o.rit@gerontopolesud.fr
	Mutualité française PACA Lotissement Langesse, 1581 avenue Paul Jullien, 13100 Le Tholonet	Dr Christine D'Arnoux c.darnoux@lamut.fr 06 15 84 34 77 Florian ANDRE flw.andre@gmail.com Davide POMATO d.pomato@lamut.fr
	ARS PACA	Sylvianne CAILLAT Céline MANSOUR ars-paca-art51@ars.sante.fr
	Région Auvergne Rhône Alpes	

	Hospices civils de Lyon CHU de Lyon 3 quai des Célestins, 69002 Lyon	Dr Sofia PERROTIN (CPTS de Vénissieux) sofia.perrotin@univ-lyon1.fr 04 78 86 15 81 Pr Pierre KROLAK-SALMON pierre.krolak-salmon@chu-lyon.fr 04 72 43 20 50 Pr Marc BONNEFOY marc.bonnefoy@chu-lyon.fr 04 72 16 20 80
	ARS ARA	Dr Thierry RUSTERHOLTZ ars-ara-art51@ars.sante.fr
	Région Corse	
	Fédération Corse pour la Coordination et l'Innovation en Santé (FCCIS) Association loi 1901 Espace médical A Madonuccia, rue Noël Franchini, 20090 Ajaccio	Dr Marie-Pierre PANCRAZI marie-pierre.pancrazi@ch-bastia.fr 04 95 59 11 05 / 06 16 40 87 76 Igor GUSTI direction@fccis.fr 06 86 42 90 63 Dr Dominique BONNET ZAMPONI dominique.zamponi@fccis.fr 06 63 05 76 93
	ARS Corse	Dr Marie-Hélène PIETRI-ZANI ars-corse-art51@ars.sante.gouv

Annexe 2. Catégories d'expérimentations

A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ? Il est possible de combiner les catégories.

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	x	
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins		
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	x	Organisation interprofessionnelle locale pour - l'animation du partenariat déterminant la démarche d' « aller vers » - la gestion des résultats aux tests
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social		
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	x	Outil numérique spécifique à articuler aux outils locaux e-parcours

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) ²⁰ :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé,		

²⁰ Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

Annexe 3. Tableau détaillé du financement demandé

Prestations dérogatoires et crédits d'amorçage et d'ingénierie par porteurs :

MF PACA	Montant	Tests	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de séniors inclus et premiers tests		738	185	443	111	738
Nb de tests en rééducation		886	37	369	480	886
Etape 1						
Animation territoriale			14 000 €	14 000 €	14 000 €	42 000 €
Test	18 €	60%	1 993 €	4 782 €	1 196 €	7 970 €
Réitération du test	18 €	50%	332 €	3 321 €	4 317 €	7 970 €
Total dotation étape 1			16 325 €	22 103 €	19 513 €	57 941 €
Etape 2						
Forfait traitement de l'alerte et coordination administrative	11 €	50%	1 218 €	4 465 €	3 247 €	8 930 €
Forfait évaluation approfondie	53 €	25%	2 934 €	10 756 €	7 823 €	21 513 €
Forfait entretien motivationnel	21 €	25%	1 162 €	4 262 €	3 100 €	8 524 €
Total forfaits étape 2			5 314 €	19 483 €	14 170 €	38 966 €
Dotation frais kilométrique			277 €	1 015 €	738 €	2 030 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)		- €	21 915 €	42 601 €	34 421 €	98 937 €
TOTAL CAI (FISS)			44 313 €	15 085 €	14 800 €	74 198 €
TOTAL expérimentation (FISS)						173 135 €

PTA46	Montant	Tests	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de séniors inclus et premiers tests		1200	300	720	180	1 200
Nb de tests en rééducation		1440	60	600	780	1 440
Etape 1						
Animation territoriale			28 000 €	28 000 €	28 000 €	84 000 €
Test	18 €	60%	3 240 €	7 776 €	1 944 €	12 960 €
Réitération du test	18 €	50%	540 €	5 400 €	7 020 €	12 960 €
Total dotation étape 1			31 780 €	41 176 €	36 964 €	109 920 €
Etape 2						
Forfait traitement de l'alerte et coordination administrative	11 €	50%	1 980 €	7 260 €	5 280 €	14 520 €
Forfait évaluation approfondie	53 €	25%	4 770 €	17 490 €	12 720 €	34 980 €
Forfait entretien motivationnel	21 €	25%	1 890 €	6 930 €	5 040 €	13 860 €
Total forfaits étape 2			8 640 €	31 680 €	23 040 €	63 360 €
Dotation frais kilométrique			540 €	1 980 €	1 440 €	3 960 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)		- €	40 960 €	74 836 €	61 444 €	177 240 €
TOTAL CAI (FISS)			49 738 €	15 655 €	14 800 €	80 193 €
TOTAL expérimentation (FISS)						257 433 €

FCCIS Corse	Montant	Tests	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de séniors inclus et premiers tests		1819	455	1 091	273	1 819
Nb de tests en rééducation		2183	91	910	1 182	2 183
Etape 1						
Animation territoriale			28 000 €	28 000 €	28 000 €	84 000 €
Test	18 €	60%	4 911 €	11 787 €	2 947 €	19 645 €
Réitération du test	18 €	50%	819 €	8 186 €	10 641 €	19 645 €
Total dotation étape 1			33 730 €	47 973 €	41 588 €	123 290 €
Etape 2						
Forfait traitement de l'alerte et coordination administrative	11 €	50%	3 001 €	11 005 €	8 004 €	22 010 €
Forfait évaluation approfondie	53 €	25%	7 231 €	26 512 €	19 281 €	53 024 €
Forfait entretien motivationnel	21 €	25%	2 865 €	10 505 €	7 640 €	21 009 €
Total forfaits étape 2			13 097 €	48 022 €	34 925 €	96 043 €
Dotation frais kilométrique			682 €	2 501 €	1 819 €	5 002 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)		- €	47 509 €	98 495 €	78 332 €	224 336 €
TOTAL CAI (FISS)			52 451 €	15 940 €	14 800 €	83 191 €
TOTAL expérimentation (FISS)						307 527 €

Filières	Montant	Tests	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de séniors inclus et premiers tests		3469	867	2 081	520	3 469
Nb de tests en rééducation		4163	173	1 735	2 255	4 163
Etape 1						
Animation territoriale			28 000 €	28 000 €	28 000 €	84 000 €
Test	18 €	60%	9 366 €	22 479 €	5 620 €	37 465 €
Réitération du test	18 €	50%	1 561 €	15 611 €	20 294 €	37 465 €
Total dotation étape 1			38 927 €	66 090 €	53 913 €	158 930 €
Etape 2						
Forfait traitement de l'alerte et coordination administrative	11 €	50%	5 724 €	20 987 €	15 264 €	41 975 €
Forfait évaluation approfondie	53 €	25%	13 789 €	50 561 €	36 771 €	101 121 €
Forfait entretien motivationnel	21 €	25%	5 464 €	20 033 €	14 570 €	40 067 €
Total forfaits étape 2			24 977 €	91 582 €	66 605 €	183 163 €
Dotation frais kilométrique			447 €	1 639 €	1 192 €	3 278 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)		- €	64 351 €	159 310 €	121 710 €	345 372 €
TOTAL CAI (FISS)			85 564 €	36 625 €	35 200 €	157 389 €
TOTAL expérimentation (FISS)						502 761 €

URPS PACA	Montant	Tests	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de séniors inclus et premiers tests		4613	1 153	2 768	692	4 613
Nb de tests en rééducation		5536	231	2 307	2 998	5 536
Etape 1						
Animation territoriale			58 800 €	58 800 €	58 800 €	176 400 €
Test	18 €	60%	12 455 €	29 892 €	7 473 €	49 820 €
Réitération du test	18 €	50%	2 076 €	20 759 €	26 986 €	49 820 €
Total dotation étape 1			73 331 €	109 451 €	93 259 €	276 041 €
Etape 2						
Forfait traitement de l'alerte et coordination administrative	11 €	50%	7 611 €	27 909 €	20 297 €	55 817 €
Forfait évaluation approfondie	53 €	25%	18 337 €	67 234 €	48 898 €	134 469 €
Forfait entretien motivationnel	21 €	25%	7 265 €	26 640 €	19 375 €	53 280 €
Total forfaits étape 2			33 214 €	121 783 €	88 570 €	243 566 €
Dotation frais kilométrique			545 €	1 998 €	1 453 €	3 996 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)		- €	107 089 €	233 232 €	183 282 €	523 603 €
TOTAL CAI (FISS)			104 902 €	37 480 €	35 200 €	177 582 €
TOTAL expérimentation (FISS)						701 185 €

HCL	Montant	Tests	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de séniors inclus et premiers tests		4855	1 214	2 913	728	4 855
Nb de tests en rééducation		5826	243	2 428	3 156	5 826
Etape 1						
Animation territoriale			70 000 €	70 000 €	70 000 €	210 000 €
Test	18 €	60%	13 109 €	31 460 €	7 865 €	52 434 €
Réitération du test	18 €	50%	2 185 €	21 848 €	28 402 €	52 434 €
Total dotation étape 1			85 293 €	123 308 €	106 267 €	314 868 €
Etape 2						
Forfait traitement de l'alerte et coordination administrative	11 €	50%	8 011 €	29 373 €	21 362 €	58 746 €
Forfait évaluation approfondie	53 €	25%	19 299 €	70 762 €	51 463 €	141 523 €
Forfait entretien motivationnel	21 €	25%	7 647 €	28 038 €	20 391 €	56 075 €
Total forfaits étape 2			34 956 €	128 172 €	93 216 €	256 344 €
Dotation frais kilométrique			298 €	1 093 €	795 €	2 185 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)		- €	120 547 €	252 572 €	200 277 €	573 397 €
TOTAL CAI (FISS)			104 902 €	37 480 €	35 200 €	177 582 €
TOTAL expérimentation (FISS)						750 979 €

URPS PDL	Montant	Tests	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de séniors inclus et premiers tests		13533	3 383	8 120	2 030	13 533
Nb de tests en rééducation		16240	677	6 767	8 796	16 240
Etape 1						
Animation territoriale			114 800 €	114 800 €	114 800 €	344 400 €
Test	18 €	60%	36 539 €	87 694 €	21 923 €	146 156 €
Réitération du test	18 €	50%	6 090 €	60 899 €	79 168 €	146 156 €
Total dotation étape 1			157 429 €	263 392 €	215 892 €	636 713 €
Etape 2						
Forfait traitement de l'alerte et coordination administrative	11 €	50%	22 329 €	81 875 €	59 545 €	163 749 €
Forfait évaluation approfondie	53 €	25%	53 794 €	197 243 €	143 450 €	394 487 €
Forfait entretien motivationnel	21 €	25%	21 314 €	78 153 €	56 839 €	156 306 €
Total forfaits étape 2			97 438 €	357 271 €	259 834 €	714 542 €
Dotation frais kilométrique			3 066 €	11 242 €	8 176 €	22 484 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)	- €		257 933 €	631 906 €	483 901 €	1 373 739 €
TOTAL CAI (FISS)			131 179 €	55 990 €	52 000 €	239 169 €
TOTAL expérimentation (FISS)						1 612 908 €

Gérontopôle de Toulouse	Montant	Tests	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Nb de séniors inclus et premiers tests		10000	2 500	6 000	1 500	10 000
Nb de tests en rééducation		12000	500	5 000	6 500	12 000
Etape 1						
Animation territoriale			131 600 €	131 600 €	131 600 €	394 800 €
Test	18 €	60%	27 000 €	64 800 €	16 200 €	108 000 €
Réitération du test	18 €	50%	4 500 €	45 000 €	58 500 €	108 000 €
Total dotation étape 1			163 100 €	241 400 €	206 300 €	610 800 €
Etape 2						
Forfait traitement de l'alerte et coordination administrative	11 €	50%	16 500 €	60 500 €	44 000 €	121 000 €
Forfait évaluation approfondie	53 €	25%	39 750 €	145 750 €	106 000 €	291 500 €
Forfait entretien motivationnel	21 €	25%	15 750 €	57 750 €	42 000 €	115 500 €
Total forfaits étape 2			72 000 €	264 000 €	192 000 €	528 000 €
Dotation frais kilométrique			1 913 €	7 013 €	5 100 €	14 025 €
TOTAL prestation dérogatoire (FISS)	- €		237 013 €	512 413 €	403 400 €	1 152 825 €
TOTAL CAI (FISS)			238 328 €	61 850 €	58 000 €	358 178 €
TOTAL expérimentation (FISS)						1 511 003 €

Annexe 4 : Modèle de feuille de route



Expérimentation nationale article 51 « ICOPE »

*Expérimentation nationale d'un programme de prévention
de la perte d'autonomie axé sur le dépistage
multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge*

**PLAN D' ACTIONS A DECLINER PAR
CHAQUE PORTEUR EXPERIMENTATEUR**

Les objectifs de ce document sont de

- Mesurer le niveau d'engagement local des actions préparatoires nécessaires au recrutement de seniors dans l'expérimentation
- Identifier les éventuelles difficultés
- Repérer des initiatives qui pourraient être partagées.

Plan d'actions à compléter et à renvoyer dans les 4 mois suivant l'autorisation de l'expérimentation à l'adresse mail suivante : icope@sante.gouv.fr

I. Identification

1. Identification du porteur expérimentateur

Nom du porteur :

- Numéro FINESS juridique et géographique le cas échéant :
- Raison sociale :
- Statut juridique :
- Date de création :
- Adresse :
- Région :

2. Coordonnateur de l'équipe expérimentatrice (personne contact)

- Nom et Prénom :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

II. Modalités de gouvernance

3. Gouvernance territoriale

Modalités prévues : composition, articulation avec les CPTS, ARS, CD, communes et communautés de communes ... et niveau de constitution, différents niveaux éventuels...

III. Stratégie d'intervention définie/prévue

4. Qualité et rôle des acteurs				
	Repérage	Test de dépistage	Gestion et vérification des alertes	Evaluation
Qualité des acteurs				
<i>Exemple : Personnel d'accueil des CCAS</i>	X			
<i>Exemple : Personnel d'accueil des CLIC</i>	X	X		
<i>Exemple : Agents CARSAT</i>	X	X		
<i>Exemple : IDE libéraux</i>	X	X	X	X
<i>Exemple : Personnel d'Accueil des MDPH</i>	X			

5. Modalités de repérage des seniors en situation de vulnérabilité	
Situation de vulnérabilité	Précisions sur les modalités d'intervention
Précarité sociale	
Isolement social	
Eloignement géographique	
Eloignement des soins et/ou sans suivi régulier	
Aidants	

IV. Actions réalisées en phase préparatoire

6. Etat des lieux des ressources

Etat d'avancement de la liste des ressources locales, points forts et points faibles...

7. Système d'information

Modalités de mise en œuvre, projections et état d'avancement, points d'alerte éventuels...

8. Actions de communication

Public cible, modalités, résultats...

9. Partenaires impliqués dans la mise en œuvre

Intitulé de l'institution/organisme	Coordonnées du contact référent	Nature du partenariat / Rôle ou contribution dans le projet d'expérimentation (<i>moyen humain, financier, logistique...</i>)	Commentaires et précisions

4

Expérimentation d'un programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel liés à l'âge – Ministère des solidarités et de la santé

Arrêté du 28 décembre 2021 publié au JO le 6 janvier 2021, NOR : SSAS2138665A

10. Formation

Prévisions et données de suivi du nombre et de la qualité des acteurs formés...

V. Etat de préparation

11. Prévision de démarrage

Premier senior inclus le : (date effective de première inclusion)

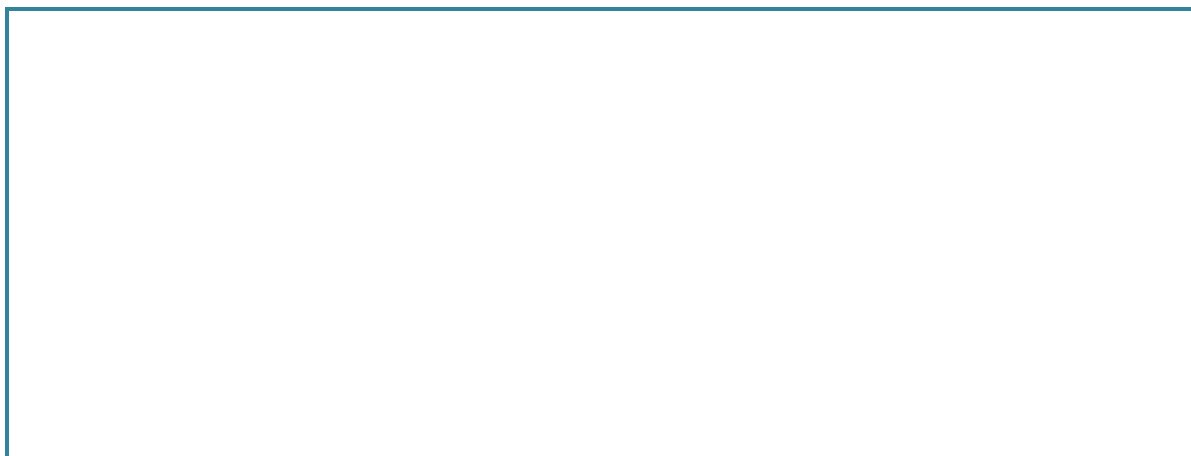
Nombre de seniors déjà inclus (si connu) :

OU

Date prévisionnelle de première inclusion :

VI. Autres informations

12. Informations et commentaires libres



Appel à candidatures

Expérimentation d'un programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin

Le programme ICOPE de l'OMS préconise des parcours de soins intégrés pour les seniors reposant sur une démarche de prévention structurée. L'approche est fonctionnelle, déterminée par l'évaluation et le suivi des capacités intrinsèques (locomotion, état nutritionnels, santé mentale, cognition, audition, vision). Dans le cadre du dispositif des expérimentations pour l'innovation en santé de l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2018, le Ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) ont lancé conjointement un appel à manifestation d'intérêt qui a permis de présélectionner 9 candidats en décembre 2020 et de construire avec eux le cahier des charges de l'expérimentation. Le modèle organisationnel défini vise la population des seniors de 60 ans et plus, en amont de la perte d'autonomie, avec une priorisation sur les seniors en situation de vulnérabilité. La démarche est structurée par le recours à des tests standardisés et des outils numériques support. Elle recherche la participation active des seniors. Le déploiement s'appuie sur des organisations pluri professionnelles d'acteurs de soins primaires. Le modèle économique repose sur le financement des actions innovantes de la démarche.

Le présent **appel à candidatures** vise à sélectionner un panel complémentaire jusqu'à 3 candidats (population maximum total additionnelle ciblée ICOPE : 15 000 seniors), pour participer à l'expérimentation durant une période d'environ 2 ans.

Les candidats sont invités à renseigner le dossier de candidature ci-joint et à le transmettre par voie électronique au plus tard le 12 mars 2022 à l'adresse icope@sante.gouv.fr ainsi qu'à leur ARS (voir adresses en annexe).

Table des matières

I.	ENGAGEMENT DES CANDIDATS RETENUS	3
II.	MODALITES DE CANDIDATURE ET DE SELECTION	3
2.1.	Dossier de candidature	3
2.2.	Critères de recevabilité et de sélection.....	4
2.3.	Modalités de dépôts des candidatures	6
2.4.	Procédure de sélection des candidatures et calendrier.....	6
ANNEXE 1		7
Dossier de candidature		7
ANNEXE 2		17
Contacts régionaux (ARS)		17

I. ENGAGEMENT DES CANDIDATS RETENUS

Les candidats retenus s'engagent à participer activement à l'expérimentation sur la base de son cahier des charges et son calendrier et à contribuer à la transmission des informations nécessaires au suivi et à l'évaluation nationale de l'expérimentation. La date de fin d'expérimentation sera identique pour tous les expérimentateurs quel que soit la date de leur démarrage.

Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il est également demandé d'élaborer un plan d'actions opérationnel avec un calendrier indicatif comme indiqué dans le cahier des charges de l'expérimentation. Cette feuille de route sera transmise à l'équipe-projet nationale dans les 4 mois.

Des conventions seront signées entre chaque porteur expérimentateur du projet et la CNAM (Caisse nationale de l'Assurance maladie) : ces documents formaliseront les circuits de facturation et préciseront les engagements des différentes parties. Les prestations dérogatoires pourront être versées à des structures concentratrices désignées par les porteurs.

II. MODALITES DE CANDIDATURE ET DE SELECTION

2.1. Dossier de candidature

Les équipes peuvent candidater en renseignant le dossier annexé.

Les éléments portés au dossier de candidature doivent permettre d'apprécier la correspondance du projet avec les critères de recevabilité et de sélection décrits plus loin.

Ils doivent notamment **démontrer l'adéquation entre le projet et les conditions de mise en œuvre décrites dans le cahier des charges.**

Ils doivent par ailleurs clairement **mettre en évidence les apports nouveaux proposés** à l'expérimentation en se référant aux critères de sélection précisés ci-dessous.

2.2. Critères de recevabilité et de sélection

Critères de recevabilité

L'équipe nationale appréciera, avec l'avis des ARS et les directions de la coordination de la gestion du risque du réseau de l'Assurance-maladie (DCGDR) concernées, la recevabilité des candidatures au regard des critères suivants :

Respect de la procédure

- Respect des délais de transmission
- Complétude du dossier
- Adéquation du projet avec les objectifs du projet ICOPE

Correspondance au profil attendu

- Projet reposant sur un collectif d'acteurs pluri professionnels constitué avec un ancrage en soins primaires en lien avec une ou plusieurs CPTS (ou projets de CPTS ou structures d'exercice coordonné en l'absence de CPTS)
- Un porteur identifié
- Un territoire d'intervention défini et un effectif prévisionnel d'inclusion de seniors
- Le ciblage d'une population de seniors sur le temps de l'expérimentation

Adéquation du projet au cahier des charges de l'expérimentation

- Conformité aux prévisions de déroulement des étapes innovantes de la démarche
- Cohérence avec la population cible (en amont de la perte d'autonomie) avec priorisation des seniors dits « en situation de vulnérabilité » selon les critères précisés dans le cahier des charges
- Adéquation du profil des acteurs prévus (dont les médecins généralistes et infirmiers), du partenariat du projet et des articulations

Critères de sélection

La sélection des candidatures s'appuiera sur les critères suivants dans l'optique de compléter le panel des participants pour une représentation diversifiée et équilibrée des modèles d'organisation et des contextes territoriaux :

Maturité du projet et capacité d'engagement rapide dans l'expérimentation

- Pré existence d'un partenariat sanitaire et social facilitant le démarrage et la démarche d'« aller vers »
- Conduite du projet territorial organisée et décrite
- Maturité du contexte numérique permettant d'intégrer rapidement un outil numérique support en lien avec les outils e-parcours régionaux

Apport complémentaire du contexte ou du projet territorial

- Région apportant des éléments de territoire complémentaires, avec une attention particulière pour l'Outremer (la sélection de territoires d'Outremer constituera le critère de sélection prioritaire)
- Complémentarité supplémentaire
 - sur le plan numérique (intégration ou articulation avec d'autres outils de prévention pré existants)
 - sur la stratégie d' «aller vers » (en mobilisant par exemple les services de secours)
 - sur la mobilisation des ressources d'aval (par exemple dans l'articulation avec les programmes des conférences de financeurs de la prévention de la perte d'autonomie)

Avec l'avis des ARS et des DCGDR concernées, l'équipe projet nationale examinera l'opportunité des dossiers recevables et transmettra une proposition sur les candidatures au comité technique de l'innovation en santé. Celui-ci émettra un avis sur les candidatures dans les conditions prévues par le décret n°2018-125² qu'il transmettra aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les candidatures alors retenues feront l'objet d'un arrêté ministériel.

Les candidatures non retenues recevront une notification de la décision.

² <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036635859>

2.3. Modalités de dépôts des candidatures

Chaque équipe souhaitant candidater devra renseigner le dossier de candidature joint.

Les dossiers seront déposés par voie électronique aux deux adresses suivantes : icope@sante.gouv.fr ainsi qu'aux adresses mails de leur agence régionale de santé indiquées en annexe, en mentionnant en objet : « Appel à candidature ICOPE - candidature ».

Des demandes d'information et de précision peuvent être transmises à la même adresse icope@sante.gouv.fr en mentionnant en objet : « Appel à candidature ICOPE – demande d'information ».

Toute candidature reçue hors délais ne sera pas considérée comme recevable.

2.4. Procédure de sélection des candidatures et calendrier

Décembre 2021	⇒ Publication du cahier des charges et de l'appel à candidatures
Jusqu' au 12 mars 2022	⇒ Les équipes remplissant les critères de recevabilité ci-dessus et d'éligibilité figurant dans le cahier des charges (VII), peuvent candidater, par voie électronique , aux adresses dédiées de leur agence régionale de santé indiquées en annexe 2 ainsi qu'à l'adresse suivante: icope@sante.gouv.fr en mentionnant en objet : « Appel à candidature ICOPE – candidature »
Du 12 mars 2022 à Avril 2022	⇒ Instruction des candidatures conjointement par l'équipe-projet nationale et les ARS concernées (des compléments d'information pourront être demandés aux porteurs de projet) ⇒ Sélection des candidats retenus ⇒ Validation par le comité technique de l'innovation en santé
Avril-mai 2022	⇒ Communication des résultats de l'instruction des dossiers aux équipes ⇒ Arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale et publication de la liste des projets retenus sur les sites internet du Ministère des solidarités et de la santé, et de l'Assurance Maladie
A partir de mai ou juin 2022	⇒ Conduite des expérimentations (mise en œuvre, suivi, démarche évaluative)

ANNEXE 1

Dossier de candidature

Dossier de candidature à compléter et à renvoyer avant le 13 mars 2022 :

- Aux adresses mails de votre Agence régionale de santé figurant en annexe 2
- Et à l'adresse suivante : icope@sante.gouv.fr

Mentionner en objet du message : « Appel à candidature ICOPE – candidature »

DOSSIER DE CANDIDATURE

Nature de la structure porteuse du projet

- Dénomination de la structure :
- Raison sociale :
- Statut juridique :
- Numéro FINESS juridique et géographique :
- Adresse :
- Région :

Contact(s)

Il s'agit ici du ou des principaux interlocuteurs (plusieurs contacts possibles)

Contact 1

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :
- Signature :

Contact 2

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :
- Signature :

Coordonnées des partenaires

Structure

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

Structure

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

Structure

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

Structure

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

Description des éléments du contexte territorial utiles au projet :

Description synthétique de la structure porteuse (et de la CPTS ou des CPTS partenaires si elles ne sont pas la structure porteuse) :

Historique, lieu(x) d'implantation, typologie de la population, volume populationnel de la ou des CPTS dont le volume de la population des 60 ans et plus...

Description du projet de mise en œuvre de l'expérimentation :

Territoire(s) d'intervention, volume populationnel, effectif prévisionnel d'inclusions :

Acteurs des différentes étapes :

Projet de stratégie d' »aller vers » :

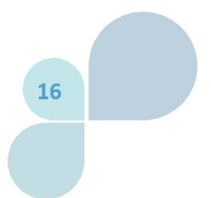
Partenariat d'aval :

Contexte numérique :

Attentes envers l'expérimentation et cohérence avec le projet de santé mis en œuvre par le porteur, justifiant le souhait de participer à la mise en œuvre de l'expérimentation

Gouvernance envisagée pour permettre la mise en œuvre et le suivi du projet

Eventuels partenaires financiers



Commentaires libres

ANNEXE 2

Contacts ARS

ARS Auvergne Rhône-Alpes	ARS-ARA-ART51@ars.sante.fr
ARS Bourgogne-Franche-Comté	ARS-BFC-ART51@ars.sante.fr
ARS Bretagne	ARS-BRETAGNE-ART51@ars.sante.fr
ARS Centre-Val de Loire	ARS-CVL-ART51@ars.sante.fr
ARS Corse	ARS-CORSE-ART51@ars.sante.fr
ARS Grand-Est	ARS-GRANDEST-ART51@ars.sante.fr
ARS Guadeloupe	ARS-GUADELOUPE-ART51@ars.sante.fr
ARS Guyane	ARS-GUYANE-ART51@ars.sante.fr
ARS Hauts-de-France	ARS-HDF-ART51@ars.sante.fr
ARS Île-de-France	ARS-IDF-ART51@ars.sante.fr
ARS Martinique	ARS-MARTINIQUE-ART51@ars.sante.fr
ARS Normandie	ARS-NORMANDIE-ART51@ars.sante.fr
ARS Nouvelle Aquitaine	ARS-NA-ART51@ars.sante.fr
ARS Occitanie	ARS-OC-ART51@ars.sante.fr
ARS Océan Indien	ARS-OI-ART51@ars.sante.fr
ARS Pays de la Loire	ARS-PDL-ART51@ars.sante.fr
ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur	ARS-PACA-ART51@ars.sante.fr

Annexe 6

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

Pas de déclin

Déclin de la capacité intrinsèque



RÉSULTATS

- 1. Cognition: Normal ✓
- 2. Nutrition: Normal ✓
- 3. Vision: Normal ✓
- 4. Audition: Normal ✓
- 5. Psychologie: Normal ✓
- 6. Mobilité: Normal ✓



RÉSULTATS

- 1. Cognition: Normal ✓
- 2. Nutrition: Une évaluation complémentaire est recommandée
- 3. Vision: Normal ✓
- 4. Audition: Normal ✓
- 5. Psychologie: Normal ✓
- 6. Mobilité: Une évaluation complémentaire est recommandée



Cette vue synthétique est préférablement complétée d'une restitution globale (ici, version pour les professionnels)

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

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 ?
Non

☐1 Oui

☐0

Si la somme des réponses 2 et 3 $\geq 1 \rightarrow$ 🚨 **Alerte** $\rightarrow$ 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 $< 3 \rightarrow$ 🚨 **Alerte** $\rightarrow$ 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) $\rightarrow$ Posez cette question :

2. Avez-vous consulté un ophtalmologue durant les 12 derniers mois ? ☐0 Oui ☐1 Non

Si la réponse 2 = 1 (Non) $\rightarrow$ 🚨 **Alerte** $\rightarrow$ 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.

Pas de déclin

Déclin de la capacité intrinsèque

80% 14:00

PREMIERE EVALUATION

RÉSULTATS

1.Cognition: Normal
2.Nutrition: Normal
3.Vision: Normal
4.Audition: Normal
5.Psychologie: Normal
6.Mobilité: Normal

← →

80% 14:00

EVALUATION DE SUIVI

RÉSULTATS

1.Cognition: Normal
2.Nutrition: Une évaluation complémentaire est recommandée
3.Vision: Normal
4.Audition: Normal
5.Psychologie: Normal
6.Mobilité: Une évaluation complémentaire est recommandée

← →

Cette vue synthétique est préférablement complétée d'une restitution globale (ici, version en autotest)

« 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