



Guide pratique

« démarche ICOPE »

Destiné aux professionnels de santé
et du médico-social en Nouvelle-Aquitaine

Sommaire

01	Quel est le contexte ?	3
	À l'échelle nationale	3
	À l'échelle régionale	4
	Rôle du Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine	4
02	De quoi parle-t-on ? ICOPE, c'est quoi ?	5
	Une démarche en 5 étapes	5
	Quelle est la cible ? À qui s'adresse-t-on ?	6
03	En tant que professionnel, je souhaite participer, m'impliquer dans la démarche ICOPE	7
	LES QUESTIONS À SE POSER ?	7
	Y-a-t-il déjà des actions engagées sur mon département ?	7
	À quelles étapes je peux intervenir ?	8
	Comment me former à la démarche ?	8
04	Des acteurs sur mon département sont engagés dans la démarche ICOPE mais mon territoire de proximité n'est pas couvert. Comment je peux m'impliquer ?	9
	LES PHASES POUR METTRE EN PLACE UNE ACTION COORDONNÉE ICOPE SUR SON TERRITOIRE	9
	Phase préalable 1 : réaliser un diagnostic du territoire visé	9
	Phase préalable 2 : Avoir un promoteur de la démarche bien identifié sur le territoire	10
	Phase opérationnelle : mise en oeuvre de la démarche ICOPE pas à pas	11
	Mise en pratique de l'étape 1 à l'étape 4	14
05	Quels financements possibles pour accompagner la démarche ICOPE sur mon territoire ?	24
06	Comment évaluer la démarche globale mise en œuvre sur mon territoire ?	25
	LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE L'ÉVALUATION	25
	FOCUS SUR LES ÉTAPES DE CADRAGE ET DE STRUCTURATION	26
	Cadrer la démarche d'évaluation	26
	Structurer la démarche d'évaluation	27
07	L'essentiel à retenir	29
08	Contacts des délégations départementales de l'ARS Nouvelle-Aquitaine	30

Quel est le contexte ?

À l'échelle nationale

- **Mars 2019**

Concertation Grand âge et autonomie ([Rapport Libault, mars 2019](#)) : ►
Se fixer un objectif ambitieux d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité en déployant en France l'approche de l'OMS.



- **Janvier 2020**

Stratégie « vieillir en bonne santé » (2020-2022) : diffusion d'un programme de dépistage des fragilités des personnes âgées selon la démarche ICOPE de l'OMS, à partir de territoires expérimentateurs.

Septembre 2020 et décembre 2021

Lancement de **deux AMI nationales expérimentation « article 51 »** à l'issue desquels **9 régions** sont concernées : Auvergne-Rhône-Alpes (Rhône), Corse, Occitanie (Haute-Garonne, Ariège, Gers, Lot, Gard et Tarn), Provence-Alpes-Côte d'Azur (Alpes de Haute-Provence, Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Vaucluse), Pays de la Loire (Vendée, Maine-et-Loire et Loire-Atlantique), Centre-Val de Loire (Indre-et-Loire ; Loir-et-Cher), Grand Est (Haut-Rhin), **Nouvelle-Aquitaine (Charente-Maritime, Haute Corrèze)**, La Réunion.

- **2022**

Lancement du « **plan antichute des personnes âgées** » visant à réduire d'ici 2024 le nombre de chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ce plan intègre des actions de prévention de la fragilité.

- **Novembre 2023**

Proposition de loi « **Bâtir une société du bien vieillir** »

- **8 Avril 2024**

Loi portant mesures pour [bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie](#) ►



À l'échelle régionale

- **2018-2023**

Schéma régional de santé 2018-2023 : axe 1.2.5 « prévention de la perte d'autonomie liée à l'âge » qui prévoit un renforcement et l'outillage du repérage de la fragilité des personnes âgées.

- **Fin 2019**

Mise en place par l'ARS Nouvelle-Aquitaine d'un comité de pilotage régional réunissant l'ensemble des partenaires concernés : élaboration d'un **projet de cahier des charges pour le déploiement de la démarche ICOPE de l'OMS en Nouvelle-Aquitaine**.

- **Juin 2020**

Dans le cadre du plan de soutien au domicile en contexte COVID, **amorçage d'une dynamique de repérage des fragilités** : 32 actions de repérage des fragilités financées par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, portées par des SSIAD/SPASAD, des EHPAD pôles ressources de proximité ou des DAC/PTA (16,17, 86).

- **Septembre 2023**

L'ARS Nouvelle-Aquitaine octroie des fonds FIR (Fonds d'intervention régional) afin de soutenir le **déploiement de la démarche ICOPE** dans la région. Les délégations départementales de l'ARS Nouvelle-Aquitaine sont sollicitées pour faire remonter les projets de leur département qui permettront d'impulser, coordonner et animer une dynamique de repérage des fragilités fondée sur la démarche ICOPE de l'OMS, en lien et en cohérence avec ses partenaires (conseils départementaux, conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA), caisses de retraite...).

Rôle du Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine

Le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine a été chargé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine d'accélérer la dynamique de repérage des fragilités et d'amplifier le déploiement d'une démarche de prévention structurée selon la démarche ICOPE. Plus spécifiquement, ses missions consistent à accompagner les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) porteurs du projet ICOPE sur certains territoires. Une communauté d'échange de pratiques/d'expérience a également, été animée pendant 2 ans. Le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine est un centre de ressources et d'information sur la démarche ICOPE.

De quoi parle-t-on ? ICOPE, c'est quoi ?

ICOPE = **Integrated care for older people** (OMS, octobre 2019)

Il s'agit d'une approche globale et coordonnée, élaborée par l'OMS, des soins primaires, visant à prévenir, ralentir ou inverser la diminution des capacités fonctionnelles. Ces capacités sont définies comme l'interaction entre les capacités intrinsèques (c'est-à-dire les capacités mentales, physiques et psychosociales nécessaires pour fonctionner au quotidien) et les caractéristiques de l'environnement (comme le domicile, le logement, et les relations sociales au sens large).

Ce programme de prévention de la dépendance commence par une surveillance régulière (dépistage) des six fonctions essentielles pour un vieillissement en bonne santé, jusqu'à leur mise en œuvre et au suivi d'un plan de prévention personnalisé en 5 étapes.

Une démarche en 5 étapes

ÉTAPE 01 ▶

Dépistage des 6 capacités intrinsèques : *mobilité, audition, vision, état psychologique, nutrition et mémoire/ cognition* via une grille simple disponible sous forme d'application *ICOPE Monitor* et via un ordinateur (robot conversationnel) *ICOPE Bot*.

ÉTAPE 02 ▶

Évaluation approfondie sur la ou les fonctions ayant été repérées comme « fragile(s) » ou « altérée(s) » et ayant générées une alerte.

ÉTAPE 03 ▶

Élaboration d'un **plan personnalisé de coordination et de soins (PPCS)** et conduite d'un **entretien motivationnel**.

ÉTAPE 04 ▶

Mise en œuvre et suivi périodique du PPCS (sécurisation du parcours).

ÉTAPE 05 .

Développement d'une **offre de prévention et de soutien aux aidants** en proximité avec l'appui des politiques publiques et des acteurs du territoire.



À toutes les étapes, on recherche une participation active du senior (« self management »).



Quelle est la cible ? À qui s'adresse-t-on ?

De façon générique, la démarche ICOPE s'adresse à **tous les seniors autonomes de 60 ans et plus.**

Mais **pour un territoire donné, il est important de définir « sa » population cible en utilisant des critères d'inclusion ;** par exemple : seniors de 60 ans et plus, GIR 5 et 6, vivant à domicile, en situation de vulnérabilité (économique, sociale, géographique, aidant, maladies chroniques, ...) ... **et des critères d'exclusion** : seniors GIR 1 à 4 bénéficiaires de l'APA, ...

En Nouvelle-Aquitaine, l'ARS Nouvelle-Aquitaine s'est fixée comme cible prioritaire les personnes de 60 à 75 ans.

Une fois la cible définie, il faudra **élaborer un plan d'action pour « aller vers » ce public.**

En tant que professionnel, je souhaite participer, m'impliquer dans la démarche ICOPE

I LES QUESTIONS À SE POSER ?

Y-a-t-il déjà des actions engagées sur mon département ?

Ci-dessous la liste des contacts ressources ICOPE pour les départements de Nouvelle-Aquitaine.

DÉPARTEMENT	RÉFÉRENT ICOPE	ADRESSE MAIL
16 Charente	DAC 16 Elsa Touillet - <i>coordinatrice ICOPE</i>	elsa.touillet@dac-16.fr
17 Charente-Maritime	DAC 17 Emilie Lourdelle - <i>référente fragilité</i>	emilie.lourdelle@dac-17.fr
19 Corrèze	CPTS Haute Corrèze Ventadour Nathalie Faucher - <i>coordinatrice</i>	cptsventadour@gmail.com
23 Creuse	DAC 87-23 <i>projet à venir</i> - Violaine Veyriras	violaine.veyriras@dac-23-87.fr
24 Dordogne	Centre Ressources EHPAD-CH Périgueux Corinne Lachaud - <i>coordinatrice cheffe de projet</i>	ehpad.ressources@ch-perigueux.fr
33 Gironde	DAC 33 Laurent Petit - <i>référent ICOPE</i>	laurent.petit@dac-33.fr
40 Landes	DAC 40 Karen Le Bourhis - <i>référente ICOPE</i>	karen.lebourhis@dac-40.fr
47 Lot-et-Garonne	DAC 47 Céline de Marchi - <i>pilote projet</i>	c.demarchi@dac-47.fr
64 Pyrénées-Atlantique	DAC 64 <i>projet à venir contacter DAC 64</i>	contactbayonne@dac-64.fr
79 Deux-Sèvres	DAC 79 Capucine Teinturier - <i>référente ICOPE</i>	icope@dac-79.fr
86 Vienne	DAC 86 Chloé Coulais - <i>pilote projet</i>	chloe.coulais@dac-86.fr
87 Haute-Vienne (sud) Haute-Vienne (Nord)	DAC 87-23 <i>projet à venir</i> - Violaine Veyriras CPTS Confluence Karen Rudelle CPTS l'occitanie Marion Boissou	violaine.veyriras@dac-23-87.fr cptsconfluence@gmail.com cpts.occitane@gmail.com

À quelles étapes je peux intervenir ?

01 • DÉPISTAGE

► Qui ?

Tous les professionnels de santé (médecins traitants, infirmiers diplômés d'État, pharmaciens, etc.) et des aides à domicile formés aux outils ICOPE

► Pour quoi faire ?

- Réaliser le test de dépistage avec ICOPE MONITOR ou ICOPEBOT ou questionnaire papier.
- Assister la personne dans la réalisation du test.

 *Durée environ 10 min*

02 • ÉVALUATION

► Qui ?

Professionnels de santé formés

► Pour quoi faire ?

Réaliser une évaluation approfondie à la suite d'une alerte en étape.

 *Durée environ 1h30 (entretien et tests) + 1h d'analyse*

03 • PLAN PERSONNALISÉ DE SOINS = PPS

► Qui ?

Professionnels de santé ayant réalisé l'évaluation en lien avec le médecin traitant

► Pour quoi faire ?

Élaborer la proposition de PPS suite à une discussion avec la personne évaluée (entretien motivationnel) pour appréhender ses motivations, ses centres d'intérêts.

04 • MISE EN ŒUVRE ET SUIVI DU PPS

► Qui ?

Professionnels de santé impliqués dans l'étape 2 et/ou 3 ou DAC

► Pour quoi faire ?

- Lien entre le PPS proposé et les ressources disponibles sur le territoire (en proximité de la personne).
- Suivi du parcours de soins et de la réitération des étapes 1 et/ou 2.

05 • DYNAMIQUE TERRITORIALE

► Qui ?

Animation : DAC, CPTS, Pôle ressources

► Pour quoi faire ?

- Implication des collectivités, des associations, soutien aux aidants,...

Comment me former à la démarche ?

Le Gérontopôle de Toulouse propose **des formations gratuites en e-learning** à la démarche ICOPE et aux outils ([ICOPE MONITOR](#) et [ICOPEBOT](#)).



4

Des acteurs sur mon département sont engagés dans la démarche ICOPE mais mon territoire de proximité n'est pas couvert.

Comment je peux m'impliquer ?

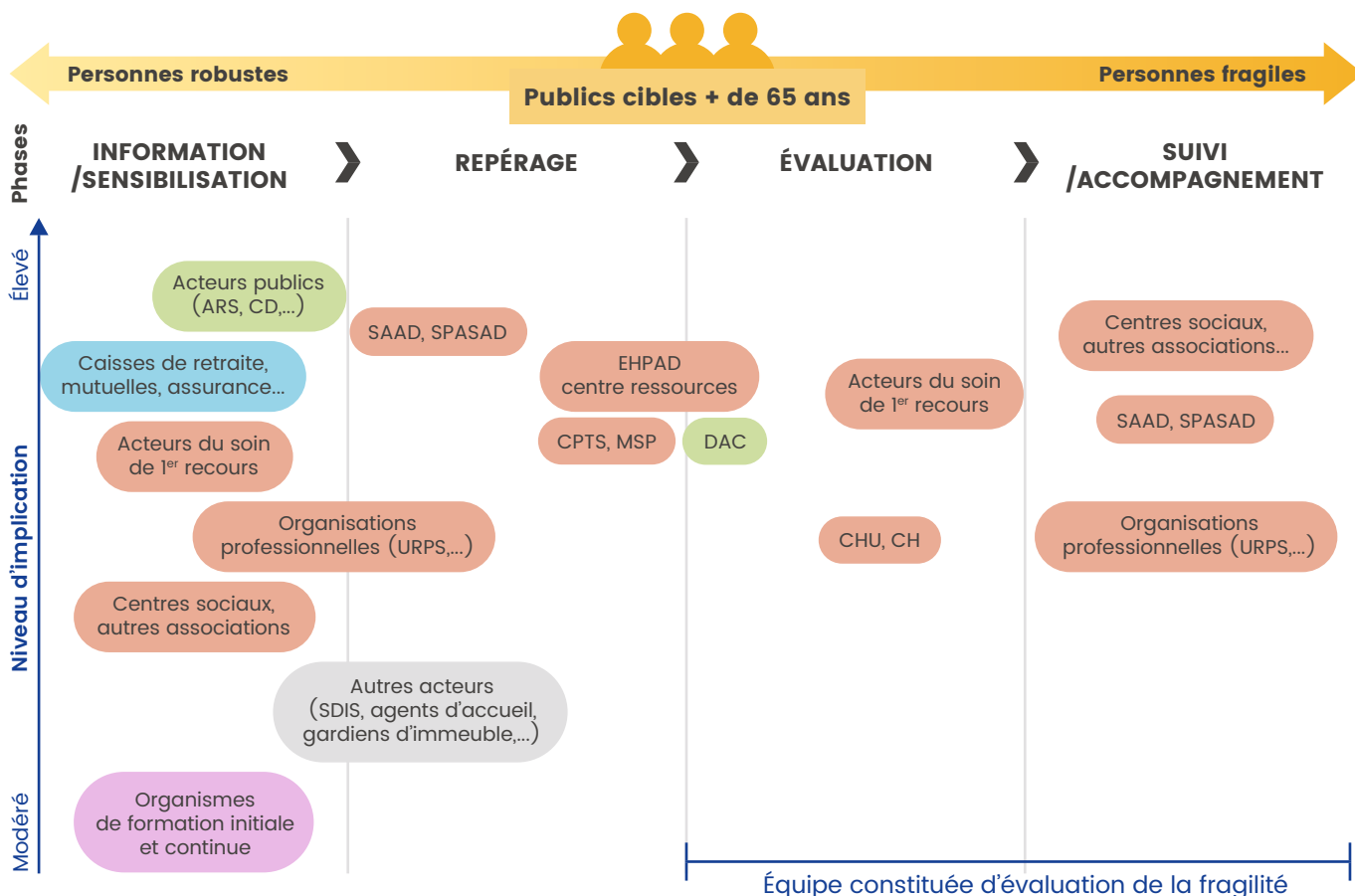
LES PHASES POUR METTRE EN PLACE UNE ACTION COORDONNÉE ICOPE SUR SON TERRITOIRE

Phase préalable 1 : réaliser un diagnostic du territoire visé

Avant de s'engager dans la démarche ICOPE, il est indispensable de contacter le référent identifié (voir tableau p8) sur son département afin de valider avec lui la mise en place d'une nouvelle action coordonnée qui permettra de mieux couvrir le département.

Une fois validé, il est indispensable de **réaliser un diagnostic du territoire ciblé**. Cela permettra d'avoir une bonne connaissance des acteurs (santé, médico-sociaux, associations, ...) et des actions de prévention déjà mises en œuvre sur le terrain. L'objectif est de dresser **une cartographie des acteurs et des actions** de prévention du secteur retenu. Cette première phase préalable est l'occasion de commencer à sensibiliser les professionnels concernés à la démarche afin de les impliquer davantage par la suite.

Les acteurs impliqués dans les phases de prévention de la fragilité



Les parties prenantes :

acteurs sanitaire, social et médico-social

acteurs de la formation

acteurs publics

acteurs medico-éco

autres

Phase préalable 2 : avoir un promoteur de la démarche bien identifié sur le territoire

Le promoteur doit être perçu comme légitime par les autres acteurs de son territoire, que ce soit à l'échelle d'une CPTS, d'un pays, d'un département, ou selon d'autres découpages. Les notions de **proximité** et de **maillage territorial** sont des éléments clés. Le promoteur doit être déjà reconnu comme un acteur travaillant en coordination. Il (structure porteuse) aura besoin d'avoir en temps partiel un **coordonnateur de projet/animateur de territoire** pour mener à bien les missions suivantes :

• Son rôle/ ses missions :

- ▶ **Fédérer** les acteurs sur le territoire et centraliser les informations :
 - favoriser l'interconnaissance et la connaissance auprès du grand public et des professionnels
 - recenser collectivement les ressources locales qui permettront d'enrichir le plan de prévention
 - se coordonner avec les partenaires impliqués dans le parcours « fragilité »
- ▶ **Construire une gouvernance** : créer des partenariats avec les Délégations Départementales de l'ARS et ou le DAC, le Conseil Départemental, les CTPS, les MSP (Maison santé pluriprofessionnelle) et autres acteurs pour constituer un comité de pilotage.
- ▶ **Apporter un appui** aux professionnels : élaborer et coconstruire le process du parcours de « prévention des fragilités » en harmonisant les pratiques, les outils et en permettant à chaque acteur de connaître sa place, son rôle dans le parcours. C'est aussi avoir différents rôles parmi lesquels on peut citer : l'information, la recherche de financement et la sollicitation d'autres partenaires/acteurs, l'appui au déploiement de la démarche,...
- ▶ **Communiquer**, sensibiliser, informer les différents acteurs du territoire (citoyens, professionnels et institutionnels) avec des outils de communication qui soient harmonisés, avec un vocabulaire adapté en fonction des cibles (grand public ou professionnels).
- ▶ Être un **observatoire** : réaliser **une veille** sur la thématique et sur de nouveaux acteurs potentiels.

• Les compétences nécessaires :



Gestion/pilotage de projet



Communication



Coordination des partenaires et des acteurs



Connaissance des politiques de santé publique et des dispositifs du territoire

Phase opérationnelle : mise en œuvre de la démarche ICOPE pas à pas

00. ÉTAPE 0 SENSIBILISATION, INFORMATION DU PUBLIC CIBLE : CE QUI EST BIEN PERÇU / CE QU'IL FAUT ÉVITER

Avant d'entrer dans la description des process pour chacune des 5 étapes (ou steps) d'ICOPE, il est important de réaliser ce que nous appellerons **l'étape 0 : l'étape de sensibilisation/information et de formation**.


L'étape 0 va cibler **2 types de public cible** :

- ▶ **les professionnels de santé et du médico-social** soit les acteurs de terrain
- ▶ **les personnes de + de 60 ans** correspondant à la cible

Cette étape est indispensable pour expliquer la démarche et en montrer l'intérêt. C'est aussi un moyen de « recruter » les acteurs de terrain pour qu'ils s'impliquent dans la démarche.

Avant d'**aller vers** les personnes pour proposer un dépistage, les professionnels doivent suivre **la formation à la démarche ICOPE et aux outils** (ICOPE MONITOR et ICOPEBOT), accessible gratuitement en e-learning via le [lien suivant](#).





La démarche ICOPE est une action de prévention qui s'adresse prioritairement à un public de jeunes seniors qui, pour la plupart d'entre eux, ne se sentent pas concernés.

Ex. de verbatim : «La prévention c'est pour les autres», «c'est intéressant mais je ne suis pas fragile, ça ne me concerne pas»....

C'est pourquoi, les actions de communication/sensibilisation doivent être bien réfléchies et adaptées au public visé.

Vous trouverez ci-dessous quelques préconisations pour élaborer votre **plan de communication «Prévention ICOPE»**.

• **Comment faire pour communiquer et motiver les personnes ?**

MÉTHODES

- **Répéter** : informer régulièrement.
- Rassurer les publics : prendre le temps d'échanger pour **connaître les attentes** en retour.
- « **Aller vers...** » en s'appuyant sur les mairies par ex. qui invitent leur population.
- Argumenter la démarche : **informer sur l'utilisation des données**, participation à une démarche de recherche pour faire progresser la santé de tous.
- **Poser des questions** : « c'est quoi la prévention pour vous ? »...
- **Coconstruire les supports de communication** avec les acteurs y compris les personnes cibles.
- **Tester les outils de communication** avant leur diffusion auprès du public cible.
- **Identifier les acteurs de la prévention** (annuaire utile pour les steps 3 et 4).
- Avoir un **suivi des actions** pour savoir ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas.
- ...

OUTILS

- Utiliser des **mots positifs**.
- Avoir un **vocabulaire adapté** au public cible pour que les + de 60 ans se sentent concernés.
- Utiliser un vocabulaire simple / une **communication simple** (où aller ? vers qui ? mobilité ?...).
- **Faire appel à des témoignages** notamment à destination des aidants.
- Une **communication désintéressée** et appropriable par les autres acteurs de terrain.
- ...



ACTIONS

- **Créer des moments conviviaux** qui mobilisent les personnes.
Ex. : une pièce de théâtre
- Imaginer des **formats différents**.
- **S'associer à d'autres évènements**.
- **Créer des partenariats** avec certains acteurs, notamment les associations pour essayer d'atteindre les publics plus vulnérables.
- **Travailler en réseau** avec les collectivités locales, les caisses de retraite, les mutuelles, les assurances, les professionnels de santé libéraux...
- **Organiser des rencontres ouvertes** entre partenaires.
- **Diffuser l'information** en utilisant différents **médias** : radio, presse, réseaux sociaux...
- **Diffuser les messages** sur des **supports connus** type « calendrier de la poste » en indiquant un N° de contact.
- Avoir une **communication vers les entreprises** qui peuvent relayer à leurs salariés.
- ...

POINTS DE VIGILANCE

- Bien communiquer sur la **gratuité de la démarche**, en précisant qu'elle est financée et mentionner les financeurs afin de renforcer la crédibilité de l'initiative.
- **Être identifié sur son territoire** : créer une identité pour l'action et/ou pour le point d'entrée.
- Avoir une communication qui s'adresse à tous (ne pas cibler une tranche âge).
- ...

• En résumé :

► Ce qui est bien perçu / ce qui fonctionne

- S'appuyer sur d'autres actions culturelles
- Faire appel à des ambassadeurs tels que des prescripteurs, des proches, des familles, ou des pairs aidants.
- Le bouche à oreille
- Ne pas trop standardiser
- Utiliser un langage simple

► À éviter / à ne pas faire

- Utiliser les mots : patient, âgé, dépistage
- Utiliser un vocabulaire trop curatif, médical
- Des photos avec des blouses blanches

Assurez-vous que des supports de communication ne sont pas déjà disponibles dans votre département. Dans ce cas, il vous suffira de vous les approprier. Vous pouvez également trouver des modèles d'outils de communication sur [l'outil ICOPE](#).



Mise en pratique de l'étape 1 à l'étape 4

ÉTAPE 01 ▶

DÉPISTAGE

- Outil simple et rapide, utilisable par tout professionnel formé
- Auto-évaluation par le senior ou son aidant après apprentissage

ÉTAPE 02 ▶

ÉVALUATION

Si une capacité est altérée au Step1: Exploration des différents domaines, des pathologies associées et des besoins sociaux et environnementaux

ÉTAPE 03 ▶

PLAN PERSONNALISÉ DE SOIN

- Centré sur la personne, en fonction de ses envies et motivations
- Interventions pluridisciplinaires

ÉTAPE 04 ▶

SUIVI PARCOURS DE SOIN

Fléchage du parcours de soin pour les cas complexes en lien avec les spécialités de gériatrie

05.

IMPLICATION DES COLLECTIVITÉS ET SOUTIEN AUX AIDANTS

Il est important de **différencier les outils de dépistage et d'évaluation** (grilles, questionnaires, applications, ...) des **moyens/supports techniques de gestion**, suivi et coordination de la démarche.

Les prérequis à la mise en place d'un système de gestion et de suivi de la démarche sont :

- Faire un état des lieux des outils (logiciels, supports techniques) utilisés par les professionnels concernés du territoire
- Avoir un système d'information pour partager et sécuriser les données
- Avoir un hébergeur de données agréé pour stocker les données
- Avoir une personne ressource pour traiter et suivre les alertes

Vous trouverez dans les tableaux à suivre les outils de dépistage et d'évaluation préconisés ainsi que les moyens et supports techniques de gestion utilisés par différents professionnels.

01. ÉTAPE 1 = STEP 1 = DÉPISTAGE / REPÉRAGE DES FRAGILITÉS

Le repérage permet, à l'aide de quelques questions et épreuves simples, d'évaluer en une dizaine de minutes, les **six fonctions essentielles au maintien de l'autonomie** (nutrition, mobilité, cognition, état psychologique, vision et audition) et d'identifier d'éventuelles anomalies à prendre en charge. Il est proposé de réitérer ce repérage tous les 6 mois. (Voir « figure a »)

OUTILS UTILISÉS

- Grille ICOPE step 1 (format papier)
- Application ICOPE MONITOR
- ICOPEBOT (robot conversationnel)

POUR QUELLES FONCTIONNALITÉS ?

Repérage par les professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social, mais aussi l'auto-repérage par les seniors eux-mêmes (dans l'objectif de rester acteur de sa santé)

Planning des réunions d'information /sensibilisation

Information pour aller à la rencontre des gens et les accompagner dans le test

MOYENS/SUPPORTS TECHNIQUES

- Base de données (Gérontopôle de Toulouse) pour la gestion des alertes
- Tableaux excel
- Paaco-Globule
- DOMILINK, Weda, Livia care, DxCare
- Courrier
- Téléphone

POUR QUELLES FONCTIONNALITÉS ?

- Remontées des alertes lors de repérages ou d'auto-repérages
- Gestion : statistiques, stockage de dossier (traçabilité) et harmonisation des pratiques
- Hébergement des données administratives du patient et de son STEPI
- Recueils des données de l'entretien initial
- Recueil d'auto-questionnaires et gestion des demandes de consultation directe
- Suivi des consultations : suivi statistique des fragilités repérées et des modalités de découverte de la consultation
- Planification des réunions d'information et suivi des bilans de réunions
- Prise de rendez-vous pour les consultations d'évaluation et suivi des convocations
- Planification des rendez-vous initiaux en interne
- Transfert d'informations, gestion des données et transmission
- Analyse des données et prise d'informations

Figure a ▶



ICOPE MONITOR STEP 1 DE L'OMS

Date du test :

Evaluation initiale Suivi – monitoring

Nom et prénom :

Date et ville de naissance :

Téléphone Portable:

Adresse mail:

Nom et ville du médecin traitant :

Je certifie avoir obtenu l'accord du sujet Le :

Signature:

Fonctions	Tests	Résultats
Cognition	1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous constaté une aggravation de ces troubles ces 4 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	3. Apprentissage de 3 mots : Citron, clé, ballon	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	4. Orientation temporo-spatiale : <i>Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?</i>	
	- Année	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Jour de la semaine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Jour du mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nutrition	1. Perte de poids : Avez-vous perdu involontairement au moins 3kg au cours des 3 derniers mois ?	Poids actuel : Kg <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cognition	Rappel des trois mots: Mot 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Mot 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Mot 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vision	Avez-vous des problèmes avec vos yeux ? difficultés en vision de loin, à lire, pathologie oculaire ou médicament (ex diabète, HTA)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Audition	Test de Whisper (test de chuchotement)* :	
	- Oreille droite capable de répéter 3 mots - Oreille gauche capable de répéter 3 mots	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Psychologie	Au cours des deux dernières semaines:	
	1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ? 2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou une perte de plaisir à faire les choses ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mobilité	Test de lever de chaise** :	Temps en sec.....
	1. Réalisation des cinq levers?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Si non, combien de levers de chaise réalisés?	
	3. Si aucun, le patient est-il capable de se lever d'une chaise en s'aidant des bras mais sans aide d'autrui ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

02 . ÉTAPE 2 = STEP 2 = ÉVALUATION GLOBALE ET APPROFONDIE PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ

L'évaluation approfondie intervient lorsque l'on observe **le déclin d'une ou de plusieurs fonctions lors de l'étape 1**. Dans ce cas, un **professionnel de santé spécifiquement formé** réalise une exploration des différents domaines touchés, recherche les pathologies associées et évalue les besoins sociaux et environnementaux de la personne.

Ci-dessous un tableau des outils qui peuvent être utilisés :

OUTILS UTILISÉS	POUR QUELLES FONCTIONNALITÉS ?
Grilles d'évaluation gériatrique standardisées, échelles de mesure...	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation par un professionnel de santé formé aux outils afin d'objectiver l'évaluation de la situation de fragilité et/ou son évolution • Effectuer une vigilance • Détecter les changements, les difficultés, et problématiques

• Exemple de grilles d'évaluation

- Domaine mobilité** ▶ SPPB, Critères de Fried, ADL, IADL, échelle de douleurs, SARC-F
- Domaine sensoriel** ▶ Test OMS pour la vision et l'audition, Grille Amsler, tension artérielle
- Domaine cognitif** ▶ MMSE, CAM
- Domaine nutritionnel** ▶ Variations du poids, IMC, MNA, OHAT
- Domaine psychologie** ▶ PHQ-9

MOYENS/SUPPORTS TECHNIQUES

- Tableau Excel
- Base de données (Gérontopôle de Toulouse)
- Dossier papier dématérialisé
- Paaco-Globule
- Messagerie sécurisée en santé
- Weda, DxCare, Livia care
- Courrier sous pli
- Entretien téléphonique

POUR QUELLES FONCTIONNALITÉS ?

- Gestion : tableau de bord mensuel d'activité des IDE
- Pilotage d'équipe et veille organisationnelle : relevé des freins/opportunités, partage et valorisation des pratiques
- Planification des rendez-vous et suivi des consultations
- Gestion : statistiques, stockage des dossiers, outil recommandé, harmonisation des pratiques
- Hébergement des données du STEP 2
- Passage au STEP 2/ 3
- Coordination du parcours post-repérage
- Information / communication avec de l'équipe de soins, dont le médecin traitant
- Traçabilité et suivi des différentes actions mises en place
- Suivi : listing des patients en attente d'un STEP 2
- Gestion des données et transmission
- Lien avec l'utilisateur : envoi d'une nouvelle synthèse de l'entretien par courrier
- Transmission de la fiche synthèse au médecin traitant avec l'accord de l'utilisateur

03 . ÉTAPE 3 = STEP 3 = ENTRETIEN MOTIVATIONNEL ET PROPOSITION DU PLAN PERSONNALISÉ DE SOIN

L'entretien motivationnel doit se dérouler dans une atmosphère empathique et valorisante. Il fait appel à des compétences et à un savoir-faire qui consiste à :

- ▶ poser des questions ouvertes ;
- ▶ valoriser la personne ;
- ▶ avoir une écoute réflexive ;
- ▶ résumer les propos de la personne ;
- ▶ l'informer et la conseiller tout en garantissant son autonomie de décision.

Le **plan de soins personnalisé** est **centré sur la personne**, il prend en considération **ses préférences et ses motivations**. Les actions préconisées correspondent aux fonctions altérées et tiennent compte, pour chaque fonction, de l'importance de l'altération constatée afin de hiérarchiser les actions correctives. Dans la mesure du possible, **l'intervention s'appuie sur les ressources de proximité**, ce qui implique de la part des professionnels de santé qu'ils en aient une bonne connaissance. Idéalement, le plan de soin devrait être élaboré de façon pluridisciplinaire, en raison de l'interaction existant entre les différentes fonctions. C'est pourquoi, la démarche ICOPE s'inscrit bien dans le cadre de l'exercice coordonné.

Ci-dessous un tableau des outils qui peuvent être utilisés :

OUTILS UTILISÉS	POUR QUELLES FONCTIONNALITÉS ?
<ul style="list-style-type: none"> • ICOPE Step 2 • Grille d'entretien • Questionnaire d'évaluation de la consultation 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les objectifs communs • Recueillir l'avis du patient sur le dispositif • Rechercher le consentement du bénéficiaire
Plan personnalisé de coordination et de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Dresser le compte-rendu de l'entretien motivationnel • Définir les objectifs communs d'aide et de soins mis en place • Assurer un suivi
Fiche Synthèse avec recommandations et actions correctives à mettre en place	<ul style="list-style-type: none"> • Remise de la synthèse détaillée au patient évalué • Proposition d'actions et orientations • Courriers types pour les envois au médecin traitant et patient • Traçabilité et harmonisation des pratiques
Entretien (téléphonique)	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher des ateliers de prévention pertinents (actions correctives) selon les fragilités de chacun • Informer le médecin traitant sur l'approfondissement • Veille téléphonique des bénéficiaires

MOYENS/SUPPORTS TECHNIQUES

- Paaco-Globule
- Messagerie sécurisée en santé
- Base de données (Gérontopôle de Toulouse)
- Excel / Word
- DxCare
- Livia Care
- Weda
- Courrier sous pli
- Téléphone

POUR QUELLES FONCTIONNALITÉS ?

- Coordination du parcours post-repérage
- Identification des patients en attente d'un STEP 3 parmi les autres
- Intégration des PDF dans Paco-Globule comme outil de coordination entre les professionnels de la santé
- Suivi : partage des conclusions du STEP 3 avec l'équipe de soin (médecin traitant, soignants)
- Création et impression des comptes rendus d'entretiens motivationnels, de la lettre de suivi au médecin généraliste
- Information et communication avec de l'équipe de soins, dont le médecin traitant
- Traçabilité et suivi des différentes actions mises en place
- Suivi : entretien motivationnel
- Hébergement des données du STEP 3
- Traçabilité, suivi, observation de l'évolution et réajustements
- Inscriptions des personnes dans les ateliers de prévention à la santé en fonction de leurs alertes (cognition, mobilité, gestion du stress...)
- Évaluation par le patient du dispositif
- Gestion des données et transmission
- Recherche du consentement du bénéficiaire et information du médecin traitant sur l'approfondissement
- Entretien et veille téléphonique

04 . ÉTAPE 4 = STEP 4 = MISE EN ŒUVRE ET SUIVI OU STEP 1 DE MONITORING

La mise en œuvre et le suivi du parcours de soin sont généralement effectués par les professionnels de santé impliqués dans les étapes 2 et/ou 3, une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ou un Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)

Il s'agit de **vérifier si le PPS proposé est bien suivi ou pas**, d'échanger avec la personne sur les difficultés rencontrées et les côtés positifs qu'elle y trouve. Ce suivi peut être réalisé pour évaluer les progrès au bout d'un mois de pratique pour pouvoir ajuster le PPS à **3 ou 6 mois**. Ce suivi est fait sur la base d'un questionnaire qui peut être administré en face à face ou par téléphone.

Dans tous les cas, une **consultation annuelle (bilan) est préconisée pour réévaluer les capacités fonctionnelles de la personne.**

OUTILS UTILISÉS	POUR QUELLES FONCTIONNALITÉS ?
Grille d'évaluation de consultation de suivi ICOPE	Suivi personnalisé (données sur les outils métier)
Courrier sous pli	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher le consentement du bénéficiaire • Informer le médecin traitant sur l'état de santé général de l'utilisateur à plus de 12 mois
Entretien de suivi (ICOPE step1 + mini Zarit)	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour du plan personnalisé de soin • Évaluation quantitative (ICOPE step1 et mini Zarit), évaluation qualitative
Proposition de réévaluation à 1 an ou 6 mois	

MOYENS/SUPPORTS TECHNIQUES

- Paaco-Globule
- Agenda Paaco
- Messagerie sécurisée en santé
- Tableau Excel des rappels
- DxCare
- DOMILINK
- Weda
- Bases de données
- Courrier sous pli
- Agenda personnel
- Téléphone

POUR QUELLES FONCTIONNALITÉS ?

- Partage des conclusions du STEP de suivi avec l'équipe de soin
- Suivi : statistiques, stockage de dossier et harmonisation des pratiques
- Coordination du parcours post-repérage
- Information et communication avec de l'équipe de soins, dont le médecin traitant
- Traçabilité et suivi des différentes actions mises en place
- Suivi personnalisé : gestion des données sur les outils métier et grille d'évaluation de consultation de suivi
- Planification des rendez-vous de suivi en interne, suivi des consultations. traçabilité et enregistrement des données
- Gestion des données et transmission
- Traçabilité et enregistrement des données
- Coordination avec les autres acteurs du réseau
- Hébergement les données du participant et des résultats précédents
- Gestion de la synthèse de suivi et relever les alertes
- Liste des participants qui doivent être monitorés
- Programmation de mails de rappel pour les auto-évaluations (ICOPE MONITOR)
- Recueil du consentement du bénéficiaire et information du médecin traitant sur l'état de santé générale de l'utilisateur à plus de 12 mois



05 . ÉTAPE 5 = STEP 5 = IMPLICATION DES COLLECTIVITÉS ET SOUTIEN AUX AIDANTS

Cette étape **transversale doit être initiée dès le démarrage** d'une démarche de prévention des fragilités sur un territoire donné et doit **être animée au long court**.

Il est important d'identifier clairement **les forces en présence** sur le territoire, de **valoriser leurs actions de prévention et de partager avec elles leurs engagements dans un projet de « prévention des fragilités : démarche ICOPE »**.

Ces acteurs seront des **relais et des ressources pour de multiples actions** :

- ▶ la diffusion d'informations (sur le bien vieillir, les aides et recours disponibles etc) ;
- ▶ les offres de services (ateliers collectifs, prestations individuelles) ;
- ▶ l'aménagement de l'espace public et des transports ;
- ▶ le développement de l'aide à domicile ;
- ▶ l'encouragement au bénévolat en favorisant la contribution des personnes âgées par le biais des associations ; ...



5 Quels financements possibles pour accompagner la démarche Icope sur mon territoire ?

1

Un **modèle d'organisation et de financement est en cours d'expérimentation** dans le cadre du dispositif d'innovations en santé issu de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. En Nouvelle-Aquitaine, les territoires concernés par cette expérimentation sont : la Charente-Maritime (DAC 17) et une partie de la Corrèze, de la Creuse et de la Haute Vienne (Inter CTPS : CTPS Ventadour-CTPS Occitane et CTPS Confluence).

Ces territoires bénéficient **d'un budget** pour :

- ▶ l'animation territoriale
- ▶ le repérage (étape 1 = step 1) destinée à rémunérer les professionnels des structures de soins primaires
- ▶ 3 types de forfaits pour l'étape 2 (step 2) :
 - Un forfait par senior pour le traitement des alertes et la coordination administrative
 - Des forfaits par senior pour les évaluations
 - Un forfait par senior pour les entretiens motivationnels
- ▶ Les frais de déplacement
- ▶ La gouvernance, la formation et la communication

2

Pour les expérimentations hors AMI national, un soutien financier de l'ARS Nouvelle-Aquitaine par le FIR est possible pour :

- ▶ l'animation territoriale/ingénierie de projet;
- ▶ la formation/communication/déplacement;
- ▶ l'indemnisation des professionnels de santé libéraux et/ou des DAC (pour les actes ne pouvant être financés dans le cadre du droit commun).

 ▶ *Cf Contact des Délégations départementales de l'ARS Nouvelle-Aquitaine*

3

La CFPPA (Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie) peut financer des actions ICOPE sous l'angle repérage/ ciblage des publics adaptés en vue de les ramener vers des actions collectives de prévention en cohérence avec l'enrichissement de l'utilisation des fonds sur l'axe 5 «actions collectives de prévention».

Comment évaluer la démarche globale mise en œuvre sur mon territoire ?

L'évaluation est un outil multidimensionnel :

- ▶ **d'aide à la décision** (état des lieux, diagnostic, recommandations,...)
- ▶ **de transparence** (rendre compte, informer,...)
- ▶ **d'apprentissage** (amélioration, bonnes pratiques,...)

Un des propos de l'évaluation est d'**anticiper, suivre et analyser les effets d'un programme** (projet, mesure, politique publique, etc.) et de **porter un jugement**. Ce jugement s'articule autour d'une palette de 6 critères de référence : pertinence, efficacité, cohérence, impact, efficacité et durabilité (viabilité, pérennité) pour un cadre d'analyse global.

I LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE L'ÉVALUATION



1

Cadrer

- Objectifs et questions évaluatives
- Destinataires
- Périmètres
- Temporalité
- Ressources



2

Structurer

- Critères et indicateurs
- Modalités de reporting (format, fréquence,...)
- Sources
- etc.

Réflexion/Préparation



3

Collecter

- Observations
- Entretiens
- Questionnaires
- Tableau de suivi
- etc.



4

Analyser

- Traitement des données
- Interprétation
- Formulation d'une synthèse
- etc.



5

Utiliser les résultats

- Communication interne et externe
- Prendre des décisions

Mise en œuvre

FOCUS SUR LES ÉTAPES DE CADRAGE ET DE STRUCTURATION

Idéalement, cette réflexion sur l'évaluation du projet doit être réalisée en amont de la mise en œuvre sur le terrain de la démarche afin d'être clair sur les objectifs visés à court, moyen et long terme.

Cadrer la démarche d'évaluation

Il s'agit de répondre aux questions suivantes :

- ▶ **Quels sont les objectifs de l'évaluation de la démarche ICOPE que vous allez mettre en place ? En fonction des objectifs fixés, quelles sont les questions évaluatives ?**

Ci-dessous certains des objectifs qui peuvent être identifiés :

- Rendre compte aux financeurs
- Mesurer l'efficacité : coût/efficacité
- Objectiver les limites/les freins et les leviers/ les points forts
- Valider ou pas l'efficacité du programme
- Objectiver le pourcentage de personnes concernées
- Pouvoir adapter le programme d'actions
- Faire évoluer la démarche, préciser à l'échelle du territoire (diagnostic orientation/accès aux soins)
- Prendre en compte l'avis des parties prenantes
- Évaluer la place de la démarche dans les territoires – impact sur l'organisation des acteurs dans les territoires
- Évaluer la reproductibilité
-

Une fois les objectifs clarifiés, il faut les classer, les regrouper et les prioriser pour **n'en conserver que 2 ou 3. C'est sur ceux-ci, qu'il faudra s'interroger sur les questions évaluatives.**

Structurer la démarche d'évaluation

Pour chacune des questions évaluatives, il faut **définir des critères** et en fonction de ces critères définir des indicateurs, leurs sources et les modalités de reporting.

Un **bon indicateur doit être** :

- ▶ Spécifique
- ▶ Mesurable
- ▶ Atteignable
- ▶ Réaliste
- ▶ Inscrit dans le temps
- ▶ Utile
- ▶ Disponible
- ▶ Acceptable
- ▶ Fiable
- ▶ Comparable

Ex. de question évaluative : «*Est-ce que le public cible a été atteint?*»

CRITÈRES	INDICATEURS
Tranches d'âges et sexes	Âge En activité ou retraités Nombre d'hommes/femmes
Nombre d'adhésions par les professionnels de santé	Nombre de refus Nombre d'adhésions
Typologie de la personne (vulnérabilité)	Nombre d'actions vers les publics vulnérables

Les **3 catégories d'indicateurs** retenus dans le cahier des charges de l'expérimentation art.51 sont des indicateurs de **moyens**, de **processus** et de **résultats**.



Indicateurs de moyens

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



Indicateurs de 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



Indicateurs de 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)

L'essentiel à retenir

La démarche ICOPE est avant tout une **démarche de prévention** en direction des **seniors de plus de 60 ans**.

Pour que cette action de prévention permette aux seniors de conserver, préserver leur santé et leur autonomie, il est important que tous les acteurs en comprennent les enjeux.

C'est pourquoi nous souhaitons mettre en avant les points de vigilance suivant :

- ▶ **Informier et former les acteurs** professionnels
- ▶ Avoir une **communication différenciée** vers les publics cibles (seniors et professionnels)
- ▶ **Définir les rôles** de chacune des parties prenantes
- ▶ Penser et organiser les **outils de coordination et de suivi** en amont de la mise en œuvre
- ▶ Se doter des **moyens humains et financiers**

C'est une **démarche collaborative** qui permet de créer, sur le territoire, une dynamique entre les acteurs des soins primaires et plus largement avec le tissu associatif et les collectivités territoriales. Cette approche partagée de la prévention favorise l'accompagnement de nos aînés.

Contact

Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine :

Marie-Pierre Janalhiac
mp-janalhiac@gerontopole-na.fr

Contacts des délégations départementales de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

- ▶ **ARS-DD16-PARCOURS-VIE** • ARS-DD16-PARCOURS-VIE@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD16-PPS** • ars-dd16-pps@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD17-POLE-TERRITORIAL** • ars-dd17-pole-territorial@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD17-PPS** • ars-dd17-pps@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD19-POLE-TERRITORIAL-PARCOURS** • ars-dd19-pole-territorial-parcours@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD19-SANTE-PUBLIQUE** • ars-dd19-sante-publique@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD23-POLE-TERRITORIAL-PARCOURS** • ars-dd23-pole-territorial-parcours@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD23-SANTE-PUBLIQUE** • ars-dd23-sante-publique@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD24-POLE-TERRITORIAL-PARCOURS** • ars-dd24-pole-territorial-parcours@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD24-SANTE-PUBLIQUE** • ars-dd24-sante-publique@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD33-POLES-TERRITORIAUX** • ars-dd33-poles-territoriaux@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD33-SANTE-PUBLIQUE** • ars-dd33-sante-publique@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD40-PPSA** • ars-dd40-ppsa@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD40-SANTE-PUBLIQUE** • ars-dd40-sante-publique@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD47-POLE-TERRITORIAL-PARCOURS** • ars-dd47-pole-territorial-parcours@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD47-PPS** • ars-dd47-pps@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD64-POLE-TERRITORIAL-PARCOURS** • ars-dd64-pole-territorial-parcours@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD64-PROJETS-PPS** • ars-dd64-projets-pps@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD64-SANTE-PUBLIQUE** • ars-dd64-sante-publique@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD79-POLE-TERRITORIAL** • ars-dd79-pole-territorial@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD79-PPS** • ars-dd79-pps@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD86-POLE-TERRITORIAL-PAR** • ars-dd86-pole-territorial-par@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD86-PPS** • ars-dd86-pps@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD87-POLE-TERRITORIAL-PAR** • ars-dd87-pole-territorial-par@ars.sante.fr
- ▶ **ARS-DD87-SANTE-PUBLIQUE** • ars-dd87-sante-publique@ars.sante.fr

