

**Avis actualisé du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet  
d'expérimentation  
« Programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage  
multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge, ICOPE »**

**Juin 2022**

A l'initiative de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et de la Direction générale de la santé (DGS), le comité technique de l'innovation en santé est saisi pour avis le 16 mai 2022 sur la modification du cahier des charges relatif à l'expérimentation dénommée « Programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel liés à l'âge – ICOPE (Integrated Care for Older People) » concernant l'ajout de nouveaux porteurs expérimentateurs à la liste des entités déployant le programme. A la suite d'un processus de sélection par appel à projets, dont les critères d'éligibilité et de sélection avaient été précisés dans le cahier des charges initial de l'expérimentation, le comité de sélection constitué a proposé le soutien de cinq nouveaux porteurs expérimentateurs. La liste actualisée des porteurs expérimentateurs et le nouveau budget global de l'expérimentation ont été présentés au comité technique de l'innovation en santé en séance du 19 avril 2022. Celui-ci a rendu son avis le 9 juin 2022 sur la version actualisée du cahier des charges.

Le ministère des Solidarités et de la santé et la Caisse nationale d'assurance maladie ont lancé conjointement en juillet 2020 un Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) en vue de sélectionner des candidats porteurs de projets organisationnels innovants répondant aux objectifs du programme ICOPE de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et d'envisager son adaptation à l'ensemble du territoire, en s'assurant de sa faisabilité. A l'issue de cet AMI, les Directions générales de la Cohésion Sociale (DGCS), de la santé (DGS) et de la Direction Générale de l'Offre de Soins, ont co-construit le cahier des charges avec neuf porteurs de projets sélectionnés<sup>1</sup>. Les discussions ont été enrichies par les retours d'expérience d'un projet pré existant mené depuis 2019 par le CHU de Toulouse et soutenu par l'ARS Occitanie. Le projet a bénéficié des séances d'accélérateur du 12 octobre et du 23 novembre 2021. A la suite des séances du 12 octobre et 23 novembre 2021, le comité technique de l'innovation en santé a rendu un avis favorable sur une première version du cahier des charges rendue publique le 6 janvier 2022 après publication au Journal officiel de l'arrêté d'autorisation de l'expérimentation<sup>2</sup>.

Le programme ICOPE est une démarche structurée qui vise à développer les pratiques préventives chez les seniors en amont de la dépendance sur la base de l'évaluation de six capacités fonctionnelles qui sont des déterminants essentiels de la perte d'autonomie. Cette expérimentation s'inscrit dans la stratégie globale de prévention de la perte d'autonomie 2020-2022 « Vieillir en bonne santé ».

---

<sup>1</sup> Trois en région Occitane (Filières sud ; Gérontopôle du CHU de Toulouse et la Plateforme territoriale d'appui du Lot) ; deux en régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (URPS IDE PACA; Mutualité Française PACA); deux en région Auvergne Rhône Alpes (Hospices civils de Lyon et la CPTS du bassin de santé de Mauriac) ; un en région Pays de la Loire (Inter URPS des Pays de la Loire) et un en Corse (Fédération Corse pour la Coordination et l'Innovation en Santé)

<sup>2</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=il7L6DDjuWDhtOjFnMDdcfqlgdOONnYNPWtkBckf3o=>

## **Objet de l'expérimentation**

L'expérimentation a pour objet de mettre en place, dans plusieurs territoires, la démarche « ICOPE » de l'OMS, en outillant les acteurs de soins primaires et en évaluant l'implémentation de cette démarche en vie réelle.

L'expérimentation porte sur les étapes, qui constituent en France les étapes innovantes de la démarche ICOPE, en complémentarité de l'approche clinique traditionnelle et en articulation avec le médecin traitant : repérage de l'altération des capacités fonctionnelles notamment par une démarche « d'aller vers », étape d'évaluation approfondie, entretien motivationnel et élaboration d'un plan de prévention.

Elle s'adresse à la population à partir de 60 ans non dépendante avec un ciblage prioritaire sur les seniors les plus vulnérables. Elle cherche l'implication active des seniors.

## **Recevabilité du projet au titre de l'article 51**

### *Finalité organisationnelle*

Le projet soumis est recevable en ce qu'il propose un modèle d'organisation et de financement innovant tourné vers la prévention et centré sur une population de sénior en amont de l'installation d'une dépendance. Sa mise en œuvre repose sur des nouvelles pratiques professionnelles de repérage et d'autoévaluation des séniors, sur la mise en place d'une organisation territoriale permettant une approche de repérage et de réponse intégrée en soins primaires. Il vise ainsi une meilleure coordination des parcours de santé et une amélioration de la qualité de vie des séniors.

### *Dérogations*

Le projet soumis est recevable en ce qu'il modifie les règles de prise en charge ou de remboursement d'acte ou prestation (article L.162-1-7 du CSS) ; le paiement des honoraires directement par le malade (article L.162-2 du CSS) ; et prévoit les versements dérogatoires incluant des prestations non remboursées (dérogation au 1° de l'article L160-8 du CSS. Il déroge également aux conventions prévues aux articles L162-14-1, L.162-16-1, L.162-9, L.162-12-2, L.162-12-9, L162-32-1, L162-26 et permet selon les organisations mises en place un partage d'honoraires entre professionnels (dérogation à l'article L. 4113-5 du CSP).

## **Détermination de la portée de l'expérimentation proposée**

Le champ d'application de l'expérimentation est national et concerne neuf régions : Auvergne-Rhône-Alpes (Rhône) ; Corse (deux départements) ; 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.

## **Modalités de financement du projet**

Le modèle de financement est complémentaire au droit commun (consultations de médecine générale, actions des collectivités territoriales, des caisses de régime de retraite ou FIR des agences régionales de santé).

L'expérimentation prévoit :

- une enveloppe « animation territoriale » dimensionnée en fonction de la taille de la population ;
- la rémunération de l'accompagnement des seniors sur la base de 18 euros par test ;
- un forfait attaché au traitement de l'alerte et à la coordination administrative sur la base de 11 euros par test ;

- un forfait dédié à la réalisation de l'évaluation à hauteur de 53 euros par évaluation (solution alternative de gradation de la rémunération selon le nombre de capacités affectées : 20 euros pour une capacité, 40 euros pour deux capacités et 60 euros pour trois capacités ou plus) ;
- un troisième forfait rémunérant chaque entretien motivationnel à hauteur de 21 euros.

Le besoin de financement, pour les treize porteurs expérimentateurs identifiés dans le cahier des charges, au titre de la prise en charge par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) s'élève à **8 077 070 euros pour cibler une population totale de seniors de 54 538 sur la durée de l'expérimentation**, soit : 2 244 695 euros en année 1, 3 284 671 euros en année 2 et 2 547 703 euros en année 3. Les prestations dérogatoires directement liées aux parcours s'élèvent à une valeur maximale de 6 068 588 euros et les coûts d'amorçage et d'ingénierie (CAI) à 2 008 482 euros (formation, communication, chefferie de projet).

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

## Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est prévue pour une durée de 3 ans à compter du 6 janvier 2022.

## Modalités d'évaluation

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM. La durée de l'expérimentation, prévue sur 3 ans, est suffisante pour observer les éventuels impacts à court terme du nouveau modèle d'organisation et de financement proposé dans cette expérimentation. Toutefois, la durée de l'expérimentation ne permettra pas de juger des impacts à moyen – long terme.

L'évaluation cherchera à observer comment le dispositif se met en place, sa capacité à atteindre les objectifs définis dans le cahier des charges et les possibilités de son déploiement à une plus grande échelle.

L'évaluation devra être attentive à la capacité des groupements à s'inscrire dans un cahier des charges commun (principe de l'appel à manifestation d'intérêt). Elle devra également s'attacher à comparer les choix organisationnels et les résultats obtenus des différents groupements pour identifier les caractéristiques, leurs efficacités, les freins et les leviers, qui apparaîtraient déterminants dans la réussite de la démarche « ICOPE », au-delà du temps de l'expérimentation.

L'évaluation permettra notamment d'éclairer les éléments suivants :

Concernant l'opérationnalité du dispositif :

- La bonne information des acteurs locaux (professionnels de soins primaires, acteurs sociaux des territoires, collectivités locales, caisses de sécurité sociale et de retraite, organismes caritatifs, établissements de santé, SAMU, etc.) et leur adhésion aux objectifs du dispositif ;
- La capacité du dispositif à recruter sa population cible, via l'organisation d'une démarche « d'aller vers » permettant une inclusion prioritaire des seniors en situation de vulnérabilité ;
- La bonne articulation de l'outil de dépistage déployé avec les autres outils de coordination régionaux pour la suite du parcours et leur bonne appropriation par les professionnels de santé ;
- La faisabilité en autonomie par les seniors du test de dépistage et leur adhésion au dispositif, tant par leur participation active que par leur maintien dans le dispositif entre l'étape 1 et l'étape 2 et/ou dans la réitération annuelle du test de dépistage (limiter les perdus de vue) ;
- La coordination entre les différents professionnels au sein du parcours de soins, tant dans la gestion des flux d'information entre l'étape 1 et l'étape 2 que dans l'articulation avec le médecin traitant s'il n'est pas à l'initiative de l'étape 2 ;
- L'adéquation des différents parcours de formation prévus aux prérequis du dispositif.

Concernant l'efficacité et l'efficience :

- L'amélioration de la précocité du repérage et de la prise en soins du déclin des capacités fonctionnelles en prévention de la perte d'autonomie, en évitant le surdiagnostic ;
- L'amélioration de la qualité de vie des seniors via la prévention de la perte d'autonomie et le renforcement de leur capacité à entretenir leur santé fonctionnelle ;
- La réduction des inégalités sociales de santé par une inclusion prioritaire des seniors en situation de vulnérabilité ;
- L'amélioration de la coordination des communautés d'acteurs des soins primaires et le développement du numérique en santé dans le champ de la prévention de l'autonomie des seniors ;
- L'articulation de l'expérimentation avec les programmes de prévention développés par les différents membres des conférences de financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ;
- La satisfaction des seniors, professionnels de santé et partenaires impliqués dans le parcours ;
- La montée en compétences des professionnels sur le repérage et l'évaluation du déficit des capacités fonctionnelles et l'évolution des pratiques professionnelles en matière de coordination en prévention.

Concernant la reproductibilité du dispositif :

- Les forces et faiblesses des différentes structures – notamment des CPTS – dans la mise en œuvre de l'expérimentation ;
- La mise en évidence des bonnes pratiques à promouvoir et des écueils à éviter à partir des expériences de chaque groupement participant à l'expérimentation ICOPE ;
- La reproductibilité du système numérique support utilisé pour l'expérimentation et sa compatibilité avec les outils régionaux e-parcours ;
- L'impact budgétaire d'une généralisation du dispositif.

### **Avis sur le projet d'expérimentation :**

- *Faisabilité opérationnelle* : compte tenu du profil des porteurs expérimentateurs sélectionnés par AMI, de leur implication dans la construction du cahier des charges et du fait qu'ils bénéficient des retours d'expérience du projet occitan mené par le CHU de Toulouse, l'expérimentation apparaît opérationnelle dans les délais impartis ; ceux retenus par appel à projets ont été retenus selon un critère de maturité opérationnelle.

- *Caractère efficient* : la démarche cherche à limiter le coût de la dépendance des personnes âgées en retardant la survenue ou l'évolution vers une perte d'autonomie. La CNAM estime pour 2015 le coût des séjours hospitaliers pour fractures chez les plus de 50 ans à 1,1 milliard d'euros. 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. 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). Des études ont démontré un sur-risque d'hospitalisation en cas de déficit auditif non corrigé. L'état de santé des bénéficiaires du minimum vieillesse est beaucoup plus dégradé que celui de la population générale du même âge. Ainsi, un ciblage prioritaire de l'action ICOPE sur les seniors en situation de vulnérabilité sociale permettra une réduction des coûts de soins d'autant plus importante.

- *Caractère innovant* : l'expérimentation permet de tester un modèle de financement d'une démarche de prévention rémunérant les acteurs de soins primaires et la coordination de l'animation territoriale qui pourra s'inscrire à terme dans les actions de responsabilité populationnelle des CPTS et plus précisément dans leurs enveloppes « missions de prévention ».

- *Reproductibilité* : le cadre proposé apporte une description claire des ressources nécessaires, du temps et du rôle des intervenants. L'analyse de la diversité des organisations et stratégies d'application du cahier des charges, de l'hétérogénéité des territoires (ruraux, urbains, ...) permettra de tirer les enseignements nécessaires à la généralisation du programme sur le territoire. Les outils et formations développés et testés seront disponibles.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à l'actualisation du cahier des charges de l'expérimentation autorisée par arrêté du 23 décembre 2021, par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

### **Pour le comité technique**

Natacha Lemaire

Rapporteuse Générale