



**HAL**  
open science

# L'outil ICOPE en Pays de la Loire : expériences, défis et perspectives des professionnels de santé

Lise Lapôtre

## ► To cite this version:

Lise Lapôtre. L'outil ICOPE en Pays de la Loire : expériences, défis et perspectives des professionnels de santé. Médecine humaine et pathologie. 2025. <dumas-05061930>

**HAL Id: dumas-05061930**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05061930v1>**

Submitted on 9 May 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

#### IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

---

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

**NANTES UNIVERSITE**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2025

N°

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Lise LAPÔTRE

---

Présentée et soutenue publiquement le 6 mars 2025

---

**L'outil ICOPE en Pays de la Loire : expériences, défis et perspectives  
des professionnels de santé**

---

Présidente du jury : Madame la Professeure Anne Sophie BOUREAU

Directrice de thèse : Madame la Docteur Hélène BELLANGER URBANCZYK

Membre du jury : Monsieur le Docteur Anthony GOURICHON

## **Remerciements du jury**

Au professeur Anne Sophie BOUREAU, merci de me faire l'honneur de présider ce jury et d'y apporter votre expertise de gériatre. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Au docteur Hélène BELLANGER-URBANCZYK, merci de m'avoir accompagnée durant mon semestre de SASPAS à Brétignolles, de m'avoir formée et de m'avoir encadrée dans ce travail de thèse.

Au docteur Anthony GOURICHON, merci d'avoir accepté de participer à ce jury et d'avoir contribué activement à la recherche des derniers professionnels volontaires pour les entretiens.

A Céline GIRARD, ancienne chargée de mission ICOPE, merci d'avoir été disponible pour répondre à mes questions quand j'en ai eu besoin, toujours avec réactivité et bienveillance.

Et enfin merci aux professionnels de santé qui ont participé à l'étude.

## **Remerciements personnels**

A mon père Christophe, qui m'a permis de devenir la femme que je suis aujourd'hui.

A ma mère Brigitte, à qui je pense chaque jour, et qui aurait été très fière de voir sa fille devenir médecin. Nous ne t'oublions pas.

A mes grands-parents, Mamie Jojo et Papi Daniel, les étés passés chez vous à Olbreuse resteront inoubliables. Vous me manquez terriblement.

A ma tante Christine, à mon oncle Thierry, à mes cousins Benjamin, Jocelyn et Pauline.

A mes grands-tantes Suzanne et Josette, à mes grands-oncles Bernard et Roger.

A Pascale et mes cousines Jeanne, Lucie et Clarisse.

A mes cousins Arthur et Félix.

A ma belle-mère Débora qui m'accueille chaleureusement à chaque fois que je viens lui rendre visite au Brésil. Para minha sogra Débora que sempre me acolheu calorosamente a cada vez que fomos ao Brasil visitá-la.

A mes amies du lycée, Aurélie, Julia, Tatiana, Pauline, Chloé, puis Marion et Anaïs, et tous ceux que je continue de voir de temps de temps.

A mes copains de l'internat et des grandes aventures aux Sables d'Olonne, à Fontenay le Comte ou à Guérande : Adrien, Jean-Marc, Tristan, Clarisse, Wendy, Mylène, Ninon, Maud, Marie Patin, Lénie, et enfin Marie Pinson Berthet, son mari Gabriel et ses enfants Aliénor et Aloïs.

A tous les autres internes que j'ai croisés et avec qui j'ai partagé un petit bout de chemin.

Aux amitiés passées qui m'ont également forgée tout au long de ma vie.

A mes collègues,

A tous les professionnels de la maison de santé de Brétignolles sur Mer où j'aime venir remplacer régulièrement depuis la fin de mon internat.

A tous les professionnels du cabinet médical de Féchain et de la Maison Nord Santé de Cuincy, merci d'avoir rendu mon expérience dans le Nord aussi sympathique en 2024.

A mes anciens maîtres de stage, Dr Arnaud Guillaumet, Dr Mariette Rabaud Pelletier, Dr Thomas Cornillier, Dr Bruno Maestriperi, Dr Hélène Bellanger Urbanczyk.

A tous les professionnels de santé, de toutes professions confondues, qui m'ont accompagnée pendant ces études de médecine, qui m'ont appris le métier et m'ont fait évoluer vers la soignante que je suis aujourd'hui.

A madame Sabrina Yactine, merci de votre accompagnement et de votre soutien tout au long de l'année 2024.

A mon amour, Matheus, merci pour tout ce chemin parcouru à tes côtés. Encore plein de surprises et de bonheurs nous attendent sur la route. Je t'aime.

A mes piliers, à ma sœur et mon frère préférés, à mes meilleurs amis, Adèle et Emile. Le pouvoir des trois nous libérera !

Et enfin, à la petite Lise de 6 ans qui voulait devenir médecin pour regarder dans les oreilles : tu vois nous y sommes arrivées !

## **Liste des abréviations**

APA : Activité Physique Adaptée

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CFS : Clinical Frailty Scale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CPS : Carte de Professionnel de Santé

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DU : Diplôme Universitaire

GCS : Groupement de Coordination Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

ICOPE : Integrated Care For Older People

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MMS : Mini Mental State

MNA : Mini Nutritional Assessment

MoCA : Montreal Cognitive Assessment

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PIB : Produit Intérieur Brut

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gériologie

SPPB : Short Physical Performance Battery

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

# Table des matières

I.	INTRODUCTION .....	9
A.	Les défis du vieillissement de la population .....	9
1.	Epidémiologie du vieillissement .....	9
2.	Qu'est-ce que le vieillissement ? .....	9
a)	Le vieillissement des fonctions de mouvement .....	9
b)	Le vieillissement des fonctions sensorielles.....	10
c)	Le vieillissement des fonctions cognitives.....	10
d)	Le vieillissement et la thymie .....	10
e)	L'impact du vieillissement sur l'état nutritionnel .....	10
B.	Le concept de fragilité : pourquoi et comment la reconnaître ? .....	11
1.	Définition et concept de la fragilité .....	11
2.	Pourquoi est-il important de reconnaître une personne fragile ? Quels sont les enjeux ? 12	
3.	Les différents outils pour reconnaître la fragilité.....	13
a)	Modèle phénotypique (Fried et al 2001).....	13
b)	Modèle global et cumulatif (Rockwood 2005) .....	14
c)	Clinical Frailty Scale.....	14
C.	Présentation d'ICOPE et expérimentations en France et en Pays de la Loire .....	14
1.	Qu'est-ce que le dispositif ICOPE ? .....	14
2.	ICOPE en France : l'exemple de l'expérimentation du Gérontopôle de Toulouse .....	16
3.	Mise en place d'ICOPE au sein de la région Pays de la Loire.....	17
D.	Introduction de la question de recherche.....	17
I.	METHODE.....	19
A.	Type d'étude.....	19
B.	Population et échantillonnage.....	19
C.	Recueil des données.....	19
D.	Analyse des données .....	20
E.	Aspects règlementaires .....	20
II.	RESULTATS .....	22
A.	Recrutement des participants .....	22
B.	Description des participants à l'étude .....	22
C.	Analyse des résultats .....	24
1.	ICOPE, un outil de dépistage .....	24
a)	Une évaluation globale du patient.....	24

b)	Un outil objectif pour confirmer ou infirmer une intuition clinique .....	25
c)	L'intérêt du dépistage précoce des fragilités .....	26
d)	Le dépistage des aidants .....	27
2.	La prévention, un enjeu majeur du vieillissement en bonne santé .....	28
a)	Un système de santé pas suffisamment tourné vers la prévention .....	28
b)	Motiver les patients à être acteurs de leur santé.....	29
c)	Faire évoluer les pratiques professionnelles vers la prévention pour soulager un système de santé en tension .....	30
3.	ICOPE pour mieux utiliser les ressources en santé .....	32
4.	ICOPE est une démarche pluriprofessionnelle .....	33
a)	Favoriser une collaboration interprofessionnelle entre les paramédicaux et le médecin.....	33
b)	Une disparité d'engagement des médecins dans l'utilisation de l'outil.....	35
c)	L'importance de moyens de communication adaptés entre professionnels .....	36
d)	Apprendre à se connaître et à travailler ensemble .....	37
e)	Implication des professionnels du médico-social et du tissu associatif.....	38
f)	Et pourquoi pas ICOPE à l'hôpital ?.....	39
5.	La relation soignant/soigné, un indispensable au bon déroulé du test.....	40
a)	ICOPE pour mieux connaître son patient.....	40
b)	Importance d'une relation soignant-soigné préalable au test.....	40
c)	Place de la pédagogie dans la présentation d'ICOPE au patient .....	41
d)	Adapter son discours et son vocabulaire.....	42
e)	Déramatiser la situation .....	43
f)	Réticence au passage du test .....	43
g)	Rassurer le patient sur son état de santé.....	45
h)	Gérer les attentes des patients .....	45
i)	Résistance au changement des patients.....	46
6.	Mise en œuvre pratique du test ICOPE.....	47
a)	Un contexte démographique favorable .....	47
b)	Le Step 1, un point de départ simple et rapide .....	47
c)	Quelques remarques et biais ressentis sur le Step 1.....	48
d)	Biais de recrutement .....	49
e)	Nécessité de formations, de groupes de pairs.....	50
7.	L'outil numérique, un frein important.....	50
a)	Un criant manque d'ergonomie .....	50
b)	Un outil chronophage.....	52

c)	Une rémunération difficile et plutôt obscure .....	53
d)	Démobilisation des professionnels face aux problèmes techniques .....	55
8.	Les effets d'ICOPE sur la charge de travail des professionnels.....	56
a)	Mise en place de créneaux dédiés .....	56
b)	Faire un test ICOPE à la suite d'un soin .....	57
c)	L'organisation de journées de dépistage collectif .....	58
d)	Faire le test en fin de prise en charge thérapeutique .....	58
9.	Diffuser le test ICOPE à grande échelle, informer .....	59
a)	Utiliser des supports visuels.....	59
b)	Impliquer le maximum de personnes dans le dépistage.....	59
c)	Communications officielles par les institutions.....	60
10.	Impact de l'expérimentation ICOPE sur les pratiques professionnelles .....	60
a)	Enrichissement des pratiques professionnelles .....	60
b)	Vigilance accrue .....	62
c)	S'engager autrement dans le « Bien vieillir ».....	62
d)	L'âgisme dans les soins.....	63
III.	Discussion.....	64
A.	Présentation des résultats .....	64
B.	Validité de l'étude.....	66
1.	Forces .....	66
2.	Limites .....	66
C.	Comparaison à la littérature.....	67
D.	Apports de l'étude et perspectives .....	69
IV.	Conclusion .....	71
V.	Bibliographie.....	72
VI.	Annexes.....	75

# I. INTRODUCTION

---

## A. LES DEFIS DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

### 1. Epidémiologie du vieillissement

De nos jours, et ce pour la première fois dans l'Histoire, la majorité de la population peut espérer vivre jusqu'à 60 ans et au-delà. Selon l'OMS, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler entre 2015 et 2050, **passant de 12% à 22%** (1). En France, **une personne sur cinq a plus de 65 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2025** (2). Selon les projections de l'INSEE, la population des plus de 65 ans devrait continuer d'augmenter fortement dans le pays pour atteindre **une personne sur quatre en 2040** (3).

Cela entraîne un bouleversement inédit sur le plan démographique et nécessite donc une réponse globale en termes de santé publique. En effet, les projections font état de **4 millions de personnes en perte d'autonomie en 2050** (4).

### 2. Qu'est-ce que le vieillissement ?

Sur le plan biologique, le vieillissement est un processus physiologique associé à l'accumulation de **lésions moléculaires et cellulaires** au fil du temps. Ces lésions conduisent à une **réduction progressive des capacités fonctionnelles** de l'individu, à l'augmentation du risque de maladies et, enfin, au décès (4).

Ces altérations ne sont **ni linéaires ni constantes** et ne sont pas étroitement liées au nombre d'années. Certains des mécanismes du vieillissement sont aléatoires, mais d'autres sont **influencés par l'environnement physique, social et les choix de vie** de l'individu.

Enfin, au-delà des changements biologiques, le vieillissement impose souvent d'autres changements significatifs, comme la **modification des rôles** et des positions sociales, devoir faire face à la **perte de ses proches**, l'isolement et la solitude.

#### a) Le vieillissement des fonctions de mouvement

La **masse musculaire** diminue progressivement avec l'âge de manière physiologique. Si cette perte musculaire est associée à une baisse de la force ou des performances physiques, on parle de **sarcopénie** (6).

La **densité osseuse** a aussi tendance à diminuer, en particulier chez les femmes ménopausées. Cela peut progresser jusqu'à l'**ostéoporose**, avec un risque de fracture majorée de manière significative (7).

Le **cartilage articulaire** subit également d'importants changements structuraux et mécaniques avec l'âge. L'articulation devient plus rigide et plus fragile, ce qui peut amener des **douleurs articulaires** et de l'**arthrose** (8).

Ces problèmes entraînent des répercussions sur la fonction musculo squelettique et le mouvement. Cela se traduit notamment par une **diminution de la vitesse de marche** (6).

#### b) Le vieillissement des fonctions sensorielles

Au niveau auditif, la **presbycousie**, perte d'audition due à l'âge, est bilatérale et plus marquée à des fréquences élevées (9). Une déficience auditive invalidante peut entraîner un isolement social, de la solitude, une dépression et un risque de déclin cognitif (10).

Au niveau visuel, la **presbytie**, la diminution de focalisation conduisant à une vision floue de près, apparaît souvent à partir de la quarantaine (11). La **cataracte**, l'opacification progressive du cristallin, est une autre altération du vieillissement. Enfin on peut citer la **dégénérescence maculaire liée à l'âge**, qui provoque des lésions rétiniennes et conduit à une déficience visuelle sévère (12). L'augmentation du risque de mortalité est corrélée avec la gravité de la déficience visuelle (13).

#### c) Le vieillissement des fonctions cognitives

Le vieillissement provoque la **baisse des performances dans les tâches cognitives** qui nécessitent de traiter ou de transformer rapidement des informations pour prendre une décision. Les connaissances cumulatives et les compétences expérientielles sont bien conservées jusqu'à un âge avancé (14). Les maladies liées à l'âge accélèrent le **déclin cognitif**, ce qui diminue les capacités fonctionnelles quotidiennes. Un mode de vie sain permet de réduire ce déclin cognitif.

#### d) Le vieillissement et la thymie

La **prévalence mondiale de la dépression** chez les personnes âgées est estimée à 28,4 %, avec une forte hétérogénéité entre les études. La dépression chez les personnes âgées est associée à une souffrance émotionnelle, des risques de suicide et de mortalité liée à d'autres causes (15). Les études suggèrent un **risque accru de démence** en cas de dépression (16).

#### e) L'impact du vieillissement sur l'état nutritionnel

Les déficiences sensorielles (goût, odorat, vision) provoquées par le vieillissement, une inflammation chronique, des changements hormonaux ou un mauvais état bucco-dentaire peuvent conduire à une **diminution de l'appétit** et à un **risque de malnutrition**.

Des facteurs comme l'isolement, la dépression ou le manque de ressources financières peuvent également avoir des impacts significatifs sur la nutrition.

Le risque de malnutrition chez les personnes âgées vivant en communauté est évalué à 26,5% (17).

Il n'existe pas de personne âgée « type ». Alors que certaines possèdent **de bonnes aptitudes fonctionnelles**, d'autres sont **dépendantes dans les gestes de la vie quotidienne**.

Le vieillissement physiologique, où les capacités fonctionnelles restent globalement performantes, est à distinguer de la **fragilité**, qui est provoquée par un déclin accéléré des réserves physiologiques et dépasse les effets normaux du vieillissement.

## B. LE CONCEPT DE FRAGILITE : POURQUOI ET COMMENT LA RECONNAITRE ?

### 1. Définition et concept de la fragilité

La fragilité est l'une des expressions du vieillissement **les plus problématiques**. Elle peut être définie comme une **vulnérabilité accrue au stress**, due à une diminution des **réserves fonctionnelles** de l'individu, jusqu'à atteindre un **état critique**. Cela peut entraîner des bouleversements majeurs de l'état de santé de la personne pour des événements dits « mineurs ». C'est une situation à fort risque de chute, de confusion, d'hospitalisation prolongée, de perte d'autonomie et de décès (18).

La **Société française de gériatrie et de gérontologie** (SFGG) a adopté la définition suivante de la fragilité : « *La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrit dans un processus potentiellement réversible.* ». Cette définition a été retenue par la **Haute Autorité de Santé publique** (HAS) (19).

La prévalence de la fragilité dépend de la définition utilisée et peut varier énormément selon les études réalisées. **La prévalence moyenne est de 10 %** mais elle peut varier de 5 à 58 % (19). On remarque cependant une convergence des résultats des

différentes études concernant **l'augmentation de la fragilité avec l'âge** et une fragilité plus importante chez les femmes (5) (19).

Le **modèle 1+2+3 de Bouchon** (Figure 1) est un cadre conceptuel souvent utilisé pour aborder la fragilité des personnes âgées (20). Il permet de structurer les interventions en fonction du niveau de risque de progression de la fragilité. Ce modèle part du principe que la fragilité peut être évitée, ralentie ou prise en charge efficacement grâce à des actions adaptées à chaque étape.

- La courbe 1 représente les **effets du vieillissement** sur la capacité fonctionnelle d'un système ou d'un organe. Le vieillissement n'aboutirait jamais à lui seul à la décompensation fonctionnelle de l'organisme.
- La courbe 2 représente **l'effet de maladies chroniques** qui viennent se greffer sur le vieillissement (maladie rénale chronique, coronaropathie ischémique, diabète de type 2...). La maladie chronique, si elle évolue, peut conduire au stade d'insuffisance.
- La courbe 3 représente le **facteur aigu de décompensation** (comme une infection aiguë pulmonaire, un infarctus du myocarde, des effets indésirables graves d'un médicament...) qui vient bousculer les effets du vieillissement ou d'une maladie chronique et atteindre le seuil d'insuffisance.

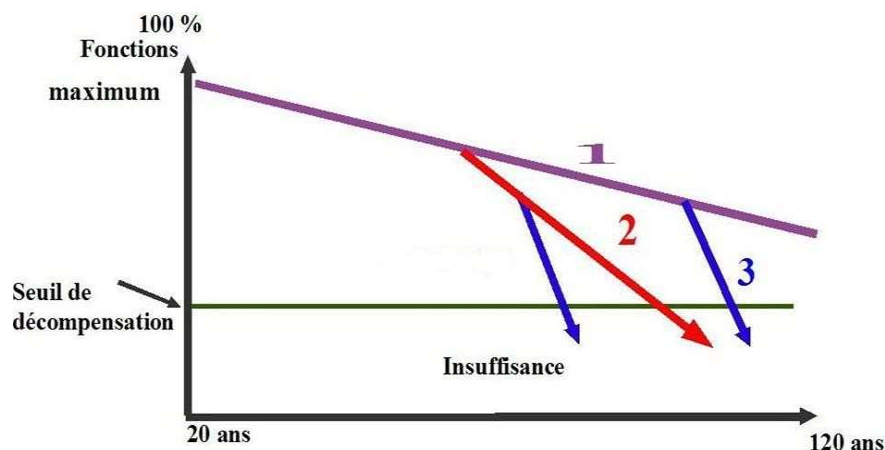


Figure 1 : Modèle 1+2+3 de Bouchon

## 2. Pourquoi est-il important de reconnaître une personne fragile ? Quels sont les enjeux ?

La fragilité est un **signal d'alerte** avant la **perte d'autonomie**. Reconnaître une personne fragile est crucial pour prévenir, ralentir, ou même inverser le **déclin fonctionnel** et **améliorer sa qualité de vie**. La fragilité est un **état réversible** et des

interventions adaptées peuvent permettre d'éviter la survenue **d'évènements indésirables** et de prévenir l'entrée dans la **dépendance** (18).

Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de **perte d'autonomie**, de **chutes**, **d'institutionnalisation**, **d'hospitalisation** et de **décès** chez des personnes âgées de 65 ans ou plus, dans un délai de 1 à 3 ans (19).

Les enjeux associés à la reconnaissance de la fragilité sont nombreux. Avec le vieillissement de la population, la fragilité est devenue un **enjeu majeur de santé publique**. En France, les dépenses liées à l'âge (y compris les retraites) représentent **les trois quarts des dépenses de protection sociale**. Les dépenses bénéficiant aux plus de 60 ans ont déjà augmenté de 6 points de PIB entre 1979 et 2019, et cette tendance est amenée à se poursuivre sans politique de prévention active (21). En évitant les hospitalisations et les soins complexes, la reconnaissance précoce de la fragilité contribue à **diminuer les dépenses de santé** liées aux maladies chroniques et à la dépendance.

Sur le plan individuel, reconnaître la fragilité permet aux patients de **garder leur autonomie** et de **rester à leur domicile** le plus longtemps possible. Une prise en charge adaptée, notamment au moyen de **l'activité physique**, prévient la survenue de chutes (22). La dimension sociale est aussi présente dans la mobilisation de ressources adaptées pour **réduire l'isolement** des personnes et soutenir les **aidants familiaux** (5).

Enfin, une approche centrée sur les besoins des personnes, de leurs préférences et de leurs valeurs permet **d'adapter les interventions de soins** pour éviter des traitements inappropriés ou désorganisés (5).

Le repérage de la fragilité et sa prise en charge nécessitent donc **une meilleure organisation de soins**, dans un système de santé centré sur la prise en charge de problèmes aigus et isolés (5). Une **meilleure coordination** entre les différents acteurs de santé et **l'utilisation d'outils simples**, fiables, valides et précis sont des éléments clés pour repérer efficacement la fragilité et assurer son suivi.

### 3. Les différents outils pour reconnaître la fragilité

Parmi les outils utilisés pour repérer la fragilité, on peut citer l'approche phénotypique de Fried, l'index de fragilité de Rockwood et la Clinical Frailty Scale (CFS).

#### a) Modèle phénotypique (Fried et al 2001)

Cet outil est basé sur 5 critères qui permettent de classer une personne comme **robuste, pré-fragile** ou **fragile** :

- Perte de poids involontaire ( $\geq 4,5$  kilos ou  $\geq 5$  % du poids corporel en un an)
- Faiblesse de la force de préhension
- Manque d'endurance et d'énergie
- Lenteur de la vitesse de marche
- Faible niveau d'activité physique

La personne est considérée comme robuste si elle ne présente aucun de ces critères, pré-fragile si elle en présente 1 ou 2, et fragile si elle en présente 3 ou plus. (23)

#### b) Modèle global et cumulatif (Rockwood 2005)

Ce modèle est basé sur l'**accumulation de déficits** dans différents domaines de la santé (physique, cognitif, social). L'évaluation porte sur un large éventail de facteurs, comme des symptômes, des maladies, des incapacités et des anomalies biologiques. Il aboutit au calcul d'une échelle qui va de 1 (personne robuste) à 7 (personne dépendante dans les actes de la vie quotidienne). (24) (Annexe 1)

#### c) Clinical Frailty Scale

Cette échelle repose sur l'**observation clinique** et une **description narrative** de l'état fonctionnel (à travers le dossier médical, l'interrogatoire, l'examen clinique). Elle classe les individus de 1 (très robuste) à 9 (gravement fragilisé ou en fin de vie). (Annexe 2)

Le choix de l'outil dépend de l'objectif (dépistage ou diagnostic), des ressources disponibles et des compétences du professionnel. Le programme **ICOPE (Integrated Care for Older People)** de l'**Organisation mondiale de la santé (OMS)** se distingue des autres outils d'évaluation de la fragilité par son approche holistique, simple et orientée vers la prévention active.

## C. PRESENTATION D'ICOPE ET EXPERIMENTATIONS EN FRANCE ET EN PAYS DE LA LOIRE

### 1. Qu'est-ce que le dispositif ICOPE ?

Le dispositif **ICOPE (Integrated Care for Older People)** est une approche développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2017 pour répondre aux défis du vieillissement et promouvoir un vieillissement en bonne santé (25).

Les objectifs de ce dispositif sont de **prévenir la dépendance** des personnes âgées en identifiant et en traitant précocement les déficiences liées à l'âge, ainsi que de **maintenir leurs capacités fonctionnelles**. Il favorise une **prise en charge intégrée** et centrée sur la personne et améliore la **coordination des soins**.

ICOPE repose sur une évaluation multidimensionnelle des **capacités intrinsèques**, c'est-à-dire les fonctions physiques et mentales nécessaires pour vivre de manière autonome. Ces capacités sont au nombre de 6 et incluent : la **mobilité**, la **cognition**, la **vision**, l'**audition**, la **santé mentale** et la **nutrition**.

ICOPE est organisé en plusieurs étapes, dites « Steps », pour garantir un parcours de soins continu et adapté.

- Le dépistage (Step 1) : il permet d'identifier précocement les pertes des capacités fonctionnelles. Il se présente sous la forme de questions ou de tests simples à réaliser en soins ambulatoires, d'une durée de passage d'environ dix minutes. (Annexes 3 et 4)
- L'évaluation approfondie (Step 2) : il s'agit d'un examen approfondi par un professionnel de santé pour comprendre les causes des déficiences identifiées lors du Step 1 (Annexe 5).
- Le plan de soins personnalisé (Step 3) : il consiste à réaliser des actions ciblées et de mettre en place des interventions adaptées aux besoins évalués de chaque individu.
- Le suivi et la réévaluation (Step 4) : il s'agit d'assurer une surveillance régulière des capacités fonctionnelles pour ajuster les interventions.
- La coordination des soins (Step 5) : il est concomitant des étapes précédentes et représente la collaboration entre les professionnels de santé pour favoriser une prise en charge intégrée et interdisciplinaire.

Plusieurs études ont été menées à l'international pour **valider** ou non cet outil de dépistage. Il a été jugé utile en 2020 en Chine pour **identifier les fragilités** et aider à **ralentir le déclin fonctionnel** (26). Une autre étude transversale de 2022 a montré que l'outil ICOPE est « un instrument sensible pour détecter une déficience intrinsèque des capacités chez les personnes âgées vivant en communauté et ne nécessite pas une main-d'œuvre importante ; **son utilisation mérite d'être soutenue** » (27).

L'expérience menée par le Gérontopôle de Toulouse, qui regroupe un nombre élevé de participants, suggère que **la mise en œuvre de ICOPE à grande échelle est réalisable**. Il a également été démontré que le programme est capable de cibler les individus qui présentent un risque accru de perte fonctionnelle (28).

## 2. ICOPE en France : l'exemple de l'expérimentation du Gériatopôle de Toulouse

Le projet **INSPIRE ICOPE CARE**, initié par le **Gériatopôle de Toulouse**, s'inscrit dans la mise en œuvre du dispositif ICOPE développé par l'OMS. Ce projet vise à déployer et évaluer le programme ICOPE à grande échelle (29).

Les objectifs du projet sont multiples :

- **Tester et déployer le programme ICOPE** dans la population générale âgée de 60 ans et plus en région Occitanie.
- **Créer un modèle organisationnel reproductible** pour la détection, le suivi et la prise en charge des personnes fragiles, à l'échelle nationale et internationale.
- **Développer des outils numériques innovants** pour faciliter l'évaluation et le suivi des capacités fonctionnelles des personnes âgées.
- **Collecter des données épidémiologiques** pour mieux comprendre le vieillissement et la fragilité dans la population.

Le projet INSPIRE ICOPE CARE repose sur **l'évaluation des 6 capacités intrinsèques** définies par l'OMS et citées plus haut. Il intègre également des outils technologiques innovants, comme **l'application ICOPE Monitor**, le **robot conversationnel BOTFRAIL**, la création de **dossiers partagés** qui facilitent la communication et la coordination des différents intervenants, ainsi que des capteurs et des **appareils connectés** pour monitorer des paramètres de santé en temps réel.

Le **dépistage est continu** et les patients inclus dans l'expérimentation sont invités à faire une réévaluation du Step 1 tous les 4 à 6 mois, si ce dernier est normal. Si le Step 1 détecte une anomalie alors se déclenche le parcours de soins avec le Step 2 et le Plan Personnalisé de Soins (Step 3).

Les actions de santé sont **coordonnées au niveau local** pour impliquer les professionnels de santé, les aidants familiaux, les associations et les institutions locales.

Le programme INSPIRE ICOPE-CARE est en plein accord avec le projet national « **Ma santé 2022** » dans lequel le Ministère de la Santé met l'accent sur la réorganisation des soins centrée sur le patient et la collaboration interprofessionnelle (30).

En 2022, le Gériatopôle de Toulouse avait inclus **plus de 20 000 sujets âgés** dans le programme INSPIRE ICOPE-CARE. L'objectif en 2025 sera d'inclure 60 000 personnes de 60 ans et plus. A l'heure actuelle, **7 régions françaises** sont désormais impliquées dans le déploiement du programme (31).

### 3. Mise en place d'ICOPE au sein de la région Pays de la Loire

L'expérimentation **ICOPE Pays de la Loire** est portée par l'inter-URPS des Pays de la Loire, regroupant les 10 URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) ligériennes (32). Un consortium a été créé en intégrant le **Gérontopôle Pays de la Loire** et les Groupements Hospitaliers Territoriaux de la Loire Atlantique et du Maine-et-Loire.

Le déploiement de cette expérimentation se fait sur **7 CPTS** (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) engagées dans le projet. Tous les professionnels de santé libéraux disposant d'une URPS peuvent se former à ICOPE (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, chirurgiens-dentistes).

Ce projet porte sur les **deux premières étapes d'ICOPE**, le dépistage (Step 1) et l'évaluation (Step 2). Les inclusions de patients ont démarré en **janvier 2023** et se sont terminées en **décembre 2024**. L'objectif initial était d'inclure **13550 patients** à l'étude et de former **210 professionnels** de santé libéraux.

Les professionnels de santé impliqués reçoivent une **formation spécifique** et gratuite pour mener à bien les étapes de dépistage et d'évaluation, dont une partie en **e-learning**. Un outil numérique élaboré par le GCS e-Santé comprend un **logiciel** et une **application mobile**, pour faciliter la collecte et le suivi des données. Une **indemnisation** est prévue pour les actes réalisés.

#### D. INTRODUCTION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Malgré le potentiel d'ICOPE et son intérêt démontré, sa mise en œuvre en Pays de la Loire s'est avérée compliquée. A mi-parcours soit en février 2024, **environ 1200 patients** ont été inclus à l'étude pour **210 professionnels formés**, ce qui est bien en deçà des objectifs initiaux. Cela met en évidence une motivation initiale des professionnels pour le projet mais ceux-ci ont probablement rencontré des difficultés dans le parcours.

Une enquête a été réalisée en février 2024 par les URPS auprès des professionnels de santé mais son taux de réponse reste insuffisant (33). Les principaux éléments retenus par les professionnels qui ont répondu sont la **difficulté de l'outil informatique** qui en a découragé certains, avec un **besoin formulé de formation** à cet outil, **l'absence de retour des médecins** traitants, le **manque de temps** des professionnels.

Par ailleurs, une revue de la littérature **examine l'adoption mondiale** de ICOPE (34). Sur 29 études analysées, 18 équipes ont exploré ou mis en œuvre ICOPE, révélant plusieurs défis :

- **Intégration communautaire** : difficulté à impliquer les communautés locales et les acteurs de terrain pour un déploiement efficace.

- **Complexité technologique** : problèmes d'adoption des outils numériques pour le dépistage et le suivi.
- **Manque de ressources** : insuffisance de temps, de personnel formé et de financement.
- **Adaptation locale** : nécessité d'ajuster l'outil ICOPE aux contextes culturels, économiques et organisationnels d'un territoire.

Dans ce contexte, comprendre **l'expérience des professionnels de santé** utilisant l'outil ICOPE devient essentiel pour **identifier les atouts perçus**, les **freins rencontrés**, les **stratégies d'adaptation** mises en œuvre et les **perspectives envisagées** pour améliorer son adoption et son efficacité. Cette étude propose d'analyser ces différents aspects afin de contribuer à une optimisation du déploiement du programme ICOPE en Pays de la Loire et au-delà.

# I. METHODE

---

## A. TYPE D'ETUDE

L'étude menée est une étude de type **qualitative**, inspirée de la **théorisation ancrée**. Elle étudie l'utilisation de l'outil ICOPE chez les professionnels de santé dans la région Pays de la Loire.

Cette méthode est utile lorsque l'objectif est de comprendre en profondeur une expérience, d'identifier des processus sous-jacents et de construire une théorie enracinée dans les réalités des participants. Dans le cadre de l'étude d'ICOPE, elle offre une méthode intéressante pour analyser et synthétiser les retours des professionnels de santé.

## B. POPULATION ET ECHANTILLONNAGE

La population de l'étude est constituée de **professionnels de santé** ayant suivi la **formation à l'outil ICOPE** et ayant effectué **au moins une inclusion de patient au sein du Step 1**. Tous exercent dans la région Pays de la Loire, au sein de l'une des CPTS qui s'est portée volontaire pour l'expérimentation.

Les 7 CPTS engagées dans l'expérimentation ICOPE Pays de la Loire sont la CPTS Centre Vendée, CPTS Grand Saumurois, CPTS Littoral Vendéen, CPTS Pays Blanc, CPTS Pays de Retz, CPTS Sèvre et Loire et CPTS Sud Loire Vignoble.

L'échantillonnage est **raisonné et théorique**.

Les professionnels de santé ont été informés de l'étude par les coordinateurs de leurs CPTS respectives ainsi que par Céline Girard, ancienne chargée de mission d'ICOPE Pays de la Loire, via le mailing list des personnes concernées. Les professionnels de santé ont répondu soit par mail soit par téléphone, ou ont mentionné leur accord pour être contactés. Ils tous bénéficié d'un contact téléphonique préalable ainsi que de la transmission d'une note de renseignements expliquant l'étude (Annexe 6).

## C. RECUEIL DES DONNEES

Les entretiens ont été réalisés sous la forme **d'entretiens individuels semi-dirigés, en visio-conférence** via Zoom. Chaque entretien a été réalisé par l'investigatrice

et enregistré par l'intermédiaire de l'ordinateur sous format audio et vidéo. Ils ont été **retranscrits intégralement** et **anonymisés**.

L'élaboration du guide d'entretien a permis la création de quelques questions ouvertes pour initier ou relancer le discours du professionnel. Il a été ensuite suivi librement. Le guide d'entretien est disponible en annexe. (Annexe 7)

La visioconférence a été choisie du fait de contraintes géographiques et d'une meilleure praticité d'emploi du temps pour les professionnels de santé. Le choix des entretiens individuels permet une meilleure expression de l'expérience vécue.

Les entretiens ont été réalisés entre le **1<sup>er</sup> mai 2024** et le **15 janvier 2025**.

## D. ANALYSE DES DONNEES

Les données enregistrées lors des entretiens ont été retranscrites intégralement à l'écrit sur un **fichier Word** à l'aide de l'outil transcription. Les entretiens sont **pseudonymisés** afin d'empêcher l'identification du professionnel à la lecture du verbatim et les noms d'autres personnes ou de communes sont effacés.

Le recueil et l'analyse de données ont été faits par **itération** en vue de la construction de théories. L'analyse est réalisée par **comparaison constante**, chaque nouvel entretien étant analysé à la lumière du précédent.

L'analyse a été faite en 3 étapes :

- L'analyse ouverte qui permet l'émergence de catégories caractérisées par leurs propriétés. Elle est conduite après chaque entretien avant de réaliser le suivant.
- L'analyse axiale qui consiste à articuler entre elles les propriétés et les catégories issues des différents entretiens autour des axes les plus porteurs de sens.
- L'analyse sélective, qui fait émerger un modèle explicatif intégrant différents axes.

Les entretiens ont été menés jusqu'à **suffisance des données**.

Aucun logiciel d'aide à l'analyse n'a été utilisé.

## E. ASPECTS REGLEMENTAIRES

L'objet de la recherche n'impliquant par la personne humaine, elle a été classée **hors loi Jardé de 2016**. Elle entre dans le cadre de la charte MR-004.

Le consentement éclairé oral des professionnels a été recueilli après explication du déroulement de l'étude à l'oral et par écrit. Leur liberté de participation et leur droit de retrait a été exposé.

Les transcriptions des entretiens ont été conservées sur le Cloud de Nantes Université.

La retranscription des entretiens a été pseudonymisée : chaque participant est désigné par la lettre P pour Professionnel associé à un numéro d'entretien par ordre chronologique. Les communes d'exercice ainsi que les noms des autres professionnels cités au décours des entretiens n'apparaissent pas.

Tous les enregistrements audio et vidéo d'entretiens seront détruits au moment de la publication de cette thèse.

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement.

## II. RESULTATS

---

### A. RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

Le projet de thèse a été diffusé par les coordinateurs de toutes les CPTS concernées par l'étude ainsi par Mme Céline Girard, ancienne chargée de mission ICOPE Pays de la Loire, à tous les professionnels ayant suivi la formation à l'outil.

Sur les 210 formés, 14 professionnels ont répondu directement par courriel ou téléphone ou ont acceptés d'être contactés. Les rendez-vous ont été fixés par téléphone après la réalisation de l'entretien précédent.

1 personne n'a finalement pas participé à l'entretien à la suite de la conversation téléphonique de présentation du projet. 1 autre personne avait été formée mais n'avait pas réalisé de Step 1 et donc n'a pas pu être incluse dans l'étude. 2 personnes n'ont finalement pas été contactées, la suffisance des données ayant été jugée atteinte.

Au total 10 entretiens ont été réalisés. Les professionnels interrogés exercent dans 4 CPTS différentes sur les 7 engagées.

### B. DESCRIPTION DES PARTICIPANTS A L'ETUDE

Les participants à cette étude sont des professionnels ayant suivi la formation à ICOPE et ayant réalisé au moins un Step 1 ICOPE entre janvier 2023 et décembre 2024.

Les différents profils de patients sont détaillés dans le tableau ci-dessous (Figure 2) :

	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10
Tranche d'âge	45-50 ans	35-40 ans	55-60 ans	40-45 ans	60-65 ans	30-35 ans	30-35 ans	30-35 ans	60-65 ans	45-50 ans
Sexe	M	M	F	F	F	M	F	F	F	F
Profession	Masseur Kinésithérapeute Rural	Infirmier libéral Urbain	Pédicure Podologue Rural	Infirmière libérale Rural	Masseur Kinésithérapeute Semi-rural	Masseur Kinésithérapeute Urbain	Médecin généraliste Semi-rural	Pédicure Podologue Semi-rural	Infirmière libérale Semi-rural	Masseur Kinésithérapeute Semi-rural
Lieu d'exercice										
Outil utilisé	PC	Application	PC	Application	Application et out. Parcours	Application	PC	PC	Application	PC
Compétences particulières en lien avec l'étude	Gériatrie DU Gériatrie Mémoire sur ICOPE				Gériatrie à comité Référénte URPS Parkinson Conseillère municipale « Bien vieillir »	Coordonnateur ICOPE de sa CPTS Exercice mixte libéral et hospitalier en gériatrie	A suivi un DU Médecine de la personne âgée	Référénte ICOPE de sa CPTS		

Figure 2 : Tableau des caractéristiques des professionnels

## C. ANALYSE DES RESULTATS

### 1. ICOPE, un outil de dépistage

#### a) Une évaluation globale du patient

Les professionnels de santé soulignent les limites d'une **approche unidimensionnelle** dans la prise en charge des patients âgés. Une attention exclusive à un problème donné peut occulter d'autres **problèmes sous-jacents**, et empêcher **l'identification et la gestion de causes profondes**. Cela fait ressortir la nécessité d'une **approche pluridisciplinaire** et d'une **coordination** entre plusieurs professionnels.

*« Même si en tant que kiné on s'occupe beaucoup du moteur, en fait si on s'occupe pas du reste, on peut pas prendre en charge la personne correctement parce qu'en fait on peut être bloqué sur des questions motrices alors qu'en fait c'est pas ça le problème et il vient d'ailleurs. » P06*

L'outil ICOPE permet une **évaluation complète et globale** des patients. Il contribue à une approche plus **personnalisée et holistique**, et ne se contente pas des aspects les plus évidents de la santé du patient. Cela permet d'éviter de réaliser des soins de manière **fragmentée** ou **partielle**. En effet, les problèmes de santé traités de manière isolée peuvent mener à des **soins inefficaces** et à un **manque de cohérence** de la prise en charge. Au contraire, l'approche ICOPE apporte une **vision d'ensemble** nécessaire pour mieux comprendre les **besoins du patient**.

*« Pour les patients, la plus grande plus-value en fait, c'est de mettre le doigt sur ce que tout le monde voit et que peu de monde évalue. Par manque de temps, par manque de ressources sur le territoire. Ça permet vraiment qu'on prenne le temps avec le patient, et qu'il soit évalué sur toutes ses capacités. Et qu'on regarde vraiment le patient dans sa globalité et pas un petit point par-ci, un petit point par-là, faire un petit peu du patchwork médical. Soigner au coup par coup. Voilà, ça c'est vraiment une grosse plus-value pour le patient, qu'il soit réellement bien évalué sur toutes ses capacités. » P01*

Pour les patients qui sont déjà identifiés comme fragiles, ICOPE est employé comme **outil complémentaire** pour dépister des **fragilités sous-jacentes** et élargir l'évaluation.

*« En fait j'ai beaucoup d'inclusions biaisées. Ce sont des gens que je vois en rééducation, donc qui sont déjà repérés fragiles sur un point, mais je ne me prive pas d'utiliser ICOPE pour démontrer des fragilités sur d'autres points qui n'ont pas été relevées. » P01*

L'évaluation ICOPE ne se résume pas qu'à la détection de problèmes. C'est une approche de **soins centrée sur le patient** qui permet aussi de s'intéresser aux **impacts sociaux** d'un problème de santé donné, par exemple lors de ses interactions familiales.

« Alors lui, il avait un petit problème plus auditif. Mais ce qui m'a intéressée là-dedans, c'était au-delà du petit souci auditif. Parce que voilà, avec notre test de voix chuchotée, on va dire, c'est un premier pas, mais ce qui m'a vraiment intéressée là-dedans, c'est de pouvoir échanger avec lui et de dire. 'Oui mais quand vous êtes en famille justement ? Les conversations, est-ce que vous profitez bien de tout ou est-ce que...' – 'Ah non, non, non, ça m'énerve. Ah et puis avec les enfants, ça crie trop'. Et je me suis dit, ce petit souci qu'on a repéré, eh bien, ça serait peut-être bien d'investiguer, qu'il revoie avec son médecin et ça serait bien d'investiguer un petit peu plus parce qu'il y a peut-être un risque de perte de lien social. » P05

Cela révèle une volonté de comprendre comment les problèmes de santé peuvent influencer la **qualité de vie** du patient et d'explorer les **dimensions sociales et émotionnelles**.

b) Un outil objectif pour confirmer ou infirmer une intuition clinique

Les **impressions initiales** du praticien concernant l'état de santé du patient sont mieux **validées** grâce à des **outils fiables** comme ICOPE. Cela permet de **réduire l'incertitude clinique** et **d'augmenter la confiance** dans les décisions prises et les orientations proposées.

« Et puis pour le praticien, bah l'avantage c'est que souvent on voit des choses où on se dit 'Ah y a un truc' et en fait avec ICOPE du coup on a des tests fiables pour dire 'Bah oui, y a un truc'. » P08

Le test ICOPE, par son caractère **multidimensionnel** et **structuré**, peut aussi dépister des **problèmes inattendus** chez certains patients, et d'aller **au-delà des hypothèses initiales** du praticien basées sur des signes apparents.

« Enfin, j'ai en tête une patiente. En fait je faisais le ICOPE parce que je pensais qu'elle avait des troubles de la marche et en fait pas du tout, ça a pas du tout allumé de ce côté-là, mais par contre c'était sur un syndrome dépressif où elle avait des idées noires. Et ce que je n'avais pas du tout soupçonné du coup avant. » P02

« Les plus-values, euh... eh ben... De dépister des choses qu'on n'aurait pas forcément pensé en consultation. » P07

« Le test ICOPE, moi je le faisais vraiment à la fin parce que je savais que souvent les assis/debout ils y arriveraient pas parce qu'il y avait une problématique motrice. Donc forcément si je fais le test c'est un peu biaisé. Donc je faisais vraiment à la fin, mais je découvrais qu'à la fin... Ah bah en fait l'audition c'était pas top. La mémoire, bon c'est un peu limite. » P06

L'évaluation permet alors un **élargissement de la perspective clinique** et une **réorientation de l'approche thérapeutique** du patient.

c) L'intérêt du dépistage précoce des fragilités

Le **repérage précoce** des problématiques permet de **déclencher un point de vigilance** et d'entamer un **suivi à long terme**.

« *Les plus-values de ICOPE c'est quand on parle de repérage, la plus-value, c'est peut-être plus à long terme. De déclencher en fait un point de vigilance.* » P05

« *En matière de prévention, l'avantage, c'est la possibilité de détecter des 'pseudos déficiences', des alertes et d'agir sur la réversibilité.* » P09

Il permet de repérer de **faibles signes d'alerte** et d'évaluer des **aspects invisibles ou négligés** de la santé du patient.

« *Bah pour les patients ce serait eux aussi dépister des anomalies auxquelles ils ont pas forcément conscience.* » P07

« *Ben ça permet de repérer des choses que lui il se dit 'Ah bah c'est normal'. Voilà* » P08

« *Au patient c'est quand même le bien vieillir et prendre conscience que très vite il peut avoir des incapacités qu'il avait pas vraiment évalué.* » P10

L'identification précoce de ces signes de déclin permet **d'anticiper les problèmes, d'éviter des complications** avant qu'elles ne se manifestent et de **détecter des besoins émergents** du patient. L'objectif est d'éviter le **déclin des capacités** fonctionnelles et de **maintenir l'autonomie** du patient.

« *Ben après y a vieillir en bonne santé hein. Enfin la plus-value d'ICOPE, ça serait ça.* » P07

« *D'agir en amont, c'est tout l'objet de la prévention en fait. Et c'est un superbe outil.* » P09

L'absence de détection précoce des fragilités peut entraîner des **conséquences dramatiques**, qui peuvent **mettre la vie du patient en danger** si elles ne sont pas prises en charge.

« *Alors mon dernier Step 1, ça s'est bien passé, donc c'était avec un Monsieur. Je pense que c'est avec lui. Et ben c'est un monsieur diabétique donc on a trouvé pas mal de points qui n'allaient pas. Ben il s'est avéré qu'une semaine plus tard, ce Monsieur s'est retrouvé perdu dans la campagne, il a failli en mourir. [...] Il est tombé en panne avec sa voiture dans la nuit. C'est passé aux infos. Et en fait, il a voulu rejoindre un endroit à pied, il est tombé dans la boue, et puis il a pas pu se relever quoi.* » P08

Parfois la **limite d'âge** dans la mise en œuvre d'ICOPE crée une tension avec le besoin d'une évaluation précoce, suggérant qu'une **révision des critères d'âge** pourrait permettre de mieux répondre aux besoins des patients plus jeunes.

« Euh bah le frein, c'est peut-être d'avoir mis une limite d'âge. Parce que même si elle a été mise parce qu'il y a un intérêt sur les données, je pense que parfois ce serait bien de le faire avant. » P08

d) Le dépistage des aidants

L'idée d'une **approche globale de la santé** englobe non seulement les patients, mais aussi ceux qui les entourent. L'intervention des professionnels est parfois **étendue au cercle familial**. L'**identification** des proches aidants permet de réaliser une **évaluation proactive**, même si cette personne est autonome.

« Alors oui, je crois que c'était, oui oui ! C'était une dame. C'était oui. Je sais, je m'en souviens, c'est la femme d'un de mes patients qui lui était en très mauvais état général. Elle était autonome à domicile et c'est à elle que j'ai fait le Step 1. » P07

« J'ai identifié par exemple des aidants. Des membres de l'entourage de patients que l'on voit puisque nous, on voit les 20% des patients les plus fragiles, donc des patients chroniques qui ont des pathologies avérées. Mais l'œil de l'infirmière derrière la porte des maisons, elle est essentielle dans l'environnement et l'entourage et elle permet de proposer aux membres de l'entourage de faire ce test ICOPE, cette première marche. » P09

**Offrir un moment dédié** à l'aidant permet à celui-ci de se sentir **soutenu** et **écouté**, de **renforcer les liens** avec le professionnel de santé et **d'améliorer la qualité des soins** amenés au patient aidé. Intégrer l'aidant dans l'évaluation ICOPE permet de **reconnaître son rôle** fondamental dans le parcours de soins.

« ICOPE permet aussi de s'occuper de l'aidant, d'avoir un temps avec l'aidant qui est très apprécié. On ne s'occupe pas que du patient, enfin que de l'aidé. Qui a déjà tous les intervenants à domicile. Voilà donc c'est un petit temps quand même, un petit temps pour l'aidant, c'est apprécié ça. » P05

Les aidants **négligent souvent leur santé** car ils sont concentrés sur les besoins de la personne qu'ils accompagnent. L'évaluation ICOPE est une opportunité pour eux de **se recentrer sur eux-mêmes** et de **prendre conscience de leur état de santé**. Cette évaluation devient alors un **outil de révélation** et leur permet de prendre les mesures nécessaires pour éviter les **risques d'épuisement** et de **dégradation de leur santé**, ce qui pourrait nuire à leur capacité à continuer de s'occuper de la personne malade.

« Parce que le test ICOPE c'est aussi voilà pour les aidants. Parce que les aidants ils ne prennent pas forcément soin d'eux. C'est peut-être le moment de faire un stop en disant 'Bah Attendez, on va faire un petit bilan pour voir comment vous, vous allez bien'. Et ben c'est chez les aidants, souvent qu'on a le plus de... c'est eux qui luttent. C'est eux qui pensent aller bien, parce qu'ils aident leur conjoint ou leur conjointe. Et souvent, c'est eux qui ont le plus besoin. Moi, le pire test ICOPE, c'était une de mes patientes. [...] Voilà, y

*avait tout qui était catastrophique parce qu'en fait, ça faisait 3 ans qu'elle prenait plus soin d'elle au niveau santé, elle faisait tout pour son mari qu'avait Alzheimer. Et là le fait de lui montrer, de lui prouver, bah ça a été aussi un peu un déclencheur. Et puis quand vous leur dites que en fait là si vous prenez pas soin de vous, ce que vous essayez d'éviter avec votre mari qu'il soit institutionnalisé, ben en fait c'est vous qui craquez. » P06*

*« Et donc ils sont tellement polarisés sur l'aide ou le prendre soin de leur entourage, de leur patient, enfin de leur proche chronique, qu'ils en oublient de prendre soin d'eux. » P09*

## 2. La prévention, un enjeu majeur du vieillissement en bonne santé

### a) Un système de santé pas suffisamment tourné vers la prévention

Le système de soins actuel est dominé par la culture de **l'approche curative**. Il privilégie des interventions en réponse à des urgences ou des problèmes aigus, au détriment de la prévention. Il s'agit d'un modèle plus **réactif** que **proactif**. Cela se ressent également dans la **mentalité réactive** des patients, qui se préoccupent de leur santé en cas de besoin immédiat.

*« Parce que la culture de la prévention en France, elle est très récente. Elle est inscrite dans la loi depuis 2008, donc la loi Bachelot qui l'a inscrite en filigrane. Mais on est dans une culture du 'cure' et pas du 'care'. » P09*

*« Le monde médical, on est quand même dans l'aigu, plus que dans la prévention, et les gens aussi, en fait, sont plus dans l'aigu que dans la prévention et ça me donne un peu cette impression-là. » P06*

Il existe un **manque d'éducation** et de sensibilisation à la prévention. De plus la **peur du diagnostic** d'un problème de santé potentiel freine les initiatives préventives. Les avantages de la détection précoce peuvent être rappelés aux patients pour abaisser ces craintes, mais un **changement culturel** autour de la prévention est nécessaire.

*« Mais voilà après c'est pas ancré dans la population, tout ce qui est prévention c'est pas encore vraiment bien mis dans la tête. Donc je pense qu'aujourd'hui les gens ça leur fait peur et ils préfèrent attendre un diagnostic, plutôt que d'apprendre qu'il y a un petit problème, même si finalement on le fait tôt et qu'on pourra peut-être anticiper... Et empêcher que ce soit pire. » P06*

Les pratiques préventives et l'idée de responsabilité individuelle en santé sont encore insuffisamment intégrées dans la société. Les patients présentent encore une **dépendance aux professionnels de santé**, d'où la **faible appropriation d'autotests** comme ICOPE.

« Il y a tellement de gens qui attendent de nous, professionnels de santé, tout. Pour qu'on leur dise exactement à chaque fois ce qu'il faut faire. Je pense qu'on est pas encore dans vraiment cette démarche d'autotest comme le prévoit en fait ICOPE à la base. Enfin le but aussi c'est ça, c'est de s'auto-tester. Mais, c'est pas trop trop ancré dans la population, donc non. » P06

Le **manque d'autonomie** des patients dans le suivi de leur santé et **l'attente implicite de la validation par le professionnel** de santé rendent l'implantation d'un programme comme ICOPE plus difficile.

« Si le professionnel de santé, ne le dit pas, c'est que tout va bien et puis bah voilà » P06

#### b) Motiver les patients à être acteurs de leur santé

Le test ICOPE peut **confirmer des préoccupations** préexistantes d'une personne concernant sa santé. Il transforme alors ces préoccupations subjectives en **réalité objective**. Il agit alors comme **levier pour inciter** les personnes à entreprendre des actions concrètes.

« Après, il y en avait beaucoup par contre qui savaient, mais qui n'ont rien fait. Et de faire ce test, ça leur a permis de dire Ah bah oui en fait maintenant c'est concret donc je vais aller faire ce qu'il faut. [...] Ah bon bah là c'est sûr il y a quelque chose. C'est pas seulement ce que je pense donc je vais faire en sorte que... De résoudre le problème, en partie. » P06

« Ils s'étaient déjà rendu compte qu'il y avait un souci et le fait de l'évoquer, ils étaient quand même intéressés par le fait d'être pris en charge en fait. » P10

La prise de conscience de **négligences accumulées** associées à **l'incitation du soignant** permet au patient à **changer de priorités** en matière de santé.

« Et puis d'autres personnes qui laissent un peu aller, par exemple au niveau de la surdité. 'Ah oui, il faut que je m'en occupe. Les lunettes, oui, il faut que je m'en occupe.'. Et puis bon, ça met un coup de boost en leur disant oui non mais là faut y aller et généralement ils le font après. » P03

Le **suivi régulier** par un professionnel de santé agit comme levier de motivation en créant une forme **d'obligation implicite** et de **responsabilité** des patients vis-à-vis de leur état de santé.

« Moi je vois les gens assez régulièrement donc c'est facile pour moi, ils vont se faire botter les fesses hein. S'ils font pas ce qu'il faut derrière. Donc il y en a qui rentrent en se disant 'Ah, je vais me faire disputer aujourd'hui', voilà. Mais donc voilà, le fait aussi qu'ils reviennent, je pense que ça les oblige à... 'Oui bon cette fois-ci je prends le téléphone et je m'occupe de l'ophtalmo ou de la surdité' quoi. » P03

L'accent est mis sur la volonté de **responsabiliser les patients sur leur santé individuelle** dans un système de santé qui ne propose pas suffisamment d'actions de prévention. Cela inclut également un **changement de paradigme dans la relation soignant-soigné**, qui devrait passer d'une approche verticale et passive des patients à une **approche plus collaborative**.

*« Alors clairement moi je trouve que dans notre pays on fait pas suffisamment de prévention sur à peu près tout. Donc moi j'aimerais vraiment axer ma pratique professionnelle sur la prévention, sur les médecines naturelles. Mais avant tout ça, il faut qu'on responsabilise les personnes. Avec leur façon de vivre, de manger, d'être, de... Voilà qu'on me dise pas 'Bonjour, vous êtes le médecin, l'infirmière, prenez soin de moi', quoi. » P04*

*« Le problème c'est que ben il faudrait rabâcher tout le temps, revenir leur redire pour changer des choses quoi. » P10*

L'évaluation ICOPE permet **d'ouvrir le dialogue** en créant un espace où les patients réfléchissent à leur santé globale. Cela renforce la **sensibilisation** et **l'engagement** des individus à prendre soins d'eux-mêmes.

*« Ce qui était chouette, c'était de leur retransmettre le message c'est, vous êtes responsable de votre santé, il est important d'en prendre soin, c'est d'avoir un T0 en fait pour tous ces gens de 60 ans qui sont encore actifs et qui vont plutôt grosso modo bien, mais qui sont dans la vie active et qui font pas de point sur leur santé. [...] C'était plutôt ça, c'était plutôt un rappel sur où est-ce que vous en êtes sur votre santé ? Parce que finalement, des Step 2, il y en a pas tant que ça, mais ça ouvre le dialogue sur le prendre soin de soi. » P04*

c) Faire évoluer les pratiques professionnelles vers la prévention pour soulager un système de santé en tension

Certains professionnels manifestent un **engagement fort** en faveur d'un changement de paradigme et souhaitent donner la **priorité à la prévention**. Celle-ci est alors considérée comme **levier principal d'amélioration de la santé publique**.

*« Moi, si je pouvais faire que de la prévention, je ferais que de la prévention. Et je me dis que c'est bien la meilleure des solutions qu'on a pour essayer de résoudre nos problèmes de santé. » P06*

D'autres professionnels au contraire se sentent déjà **débordés par leur charge de travail** actuelle et voient l'introduction d'un dispositif supplémentaire tel qu'ICOPE comme une **source de surcharge**. Il existe un **dilemme entre soins immédiats et prévention à long terme**, dans un contexte où le système de santé est déjà saturé. Il est nécessaire d'avoir une **vision à long terme** et **d'anticiper** pour éviter une crise encore plus grave à l'avenir et réduire la pression sur le système de soins.

« Et je me rappelle d'une intervention d'un médecin en disant, 'mais en gros, avec votre truc, vous allez nous ramener encore des gens au cabinet. Déjà qu'on a du mal à soigner tout le monde, vous vous rendez pas compte ? Nous on est sous l'eau.' [...] Mais je dis le problème, c'est que notre système de santé, il est déjà au bord du gouffre, [...] donc si on anticipe pas les problèmes qui peuvent se résoudre facilement, ben en fait on aura que des cas critiques et ce sera encore plus compliqué. » P06

« (en parlant de la prévention ndlr) Ça, c'est pas facile parce qu'on considère que c'est pas de l'urgence non plus et que c'est pas du vital. Mais enfin, entre guillemets, parce que, au final, quand on voit les conséquences plusieurs années après, c'est pourtant très, très important. » P10

A l'inverse, une prise en charge préventive avec une identification précoce des besoins a un **impact positif sur la charge de travail** du professionnel de santé à long terme. L'intervention rapide du professionnel suite à cette identification permet **d'éviter le déclin rapide des capacités fonctionnelles** du patient. Il est nécessaire de sensibiliser les équipes soignantes à ce changement de point de vue.

« C'est sûr qu'à l'EHPAD on me dit souvent non mais t'inquiète pas, t'as pas besoin de le voir, lui, il va très bien, il se débrouille. Et quand je fais des bilans je me dis Bah ouais mais en fait il y a ça, il y a ça, c'est ça qui va pas. Aujourd'hui ça va mais si je le prends pas en charge, dans 2 mois il aura perdu et après il va perdre quelque chose que je vais mettre beaucoup de temps à récupérer. Donc je préfère le voir pour qu'il continue à aller bien plutôt que ne pas le voir et qu'en fait au bout de 2 mois on dise bah faudra aller le voir parce qu'en fait ça va plus. [...] J'ai mis quand même 5 ans à faire comprendre que je n'allais pas prendre que du patient grabataire où je pourrais rien faire en fait, ne pas faire évoluer. Mais par contre des patients qui vont bien mais on sent qu'ils perdent un peu. Et là par contre on peut faire des choses pour que justement ils restent bien le plus longtemps possible. » P06

« Et puis aussi, je pense qu'il y a un gros travail d'acculturation, euh, des professionnels. Essayer de les convaincre, parce que c'est pareil, on est victime de la culture dans laquelle on vit. Dans un système de santé basé sur le soin. L'effectif, euh, les pathologies. On n'est pas dans une culture de prévention, donc il y a tout ce travail à faire. Au près de tous les professionnels de santé, hein. » P09

Les professionnels ont également une **vision stratégique** du soin préventif. En effet, anticiper les pathologies permet de réaliser des **économies potentielles** pour notre système de soins, sous réserve d'une vision à long terme.

« Alors que là, ça permet de déployer, de promouvoir toute la dimension préventive des professionnels de santé. Et plus on fera de prévention dans notre pays, moins on fera de soins. Et plus ça fera d'économies. » P09

« A long terme il y aura des économies. On évitera les ruptures de parcours, on évitera la décompensation de certaines pathologies sous-jacentes qu'on aurait pu détecter plus tôt. » P09

### 3. ICOPE pour mieux utiliser les ressources en santé

Les résultats du dépistage ICOPE sont utiles pour définir un **plan d'action de soins ciblé**. Cela permet **l'optimisation de l'impact** des interventions pour améliorer la qualité de vie des patients. Il est indispensable **d'adapter cette prise charge aux ressources de santé disponibles**.

*« Et derrière, en fonction des ressources qu'on a bien évidemment, mais qu'il soit quand même orienté vers une prise en charge adaptée à ses déficits au niveau d'une des capacités qui s'allume. » P01*

*« Mais là, on cible beaucoup plus sur, justement, est-ce qu'il y a besoin d'une prise en charge ? » P10*

Parfois, face à une situation critique, le dépistage permet une **prise en charge rapide et adaptée** avant que la situation ne se détériore davantage. Cela permet de **minimiser les risques** et d'optimiser la **prise en charge des besoins urgents**.

*« L'autre jour on a fait un repérage ICOPE dans un forum et là il y avait quelqu'un qui était vraiment très très affaibli, il fallait... et c'est le CCAS qui nous l'a emmené hein donc là ça rigolait pas, mais on s'est retrouvé tout de suite à devoir faire les choses en grand quoi avec le CCAS et tout. Donc là ils ont complètement été pris en charge le couple d'ailleurs. Des gens très âgés mais ça, c'est ça s'est fait même tout de suite, à tout niveau. » P03*

L'évaluation ICOPE permet aussi de toucher un **public vulnérable et isolé socialement**. Il s'agit de personnes qui n'ont **pas de suivi médical régulier** et constituent donc un **public prioritaire** aux actions de dépistage et de prévention. Il est important d'offrir un **temps d'écoute** et une **orientation vers les structures adaptées** à ce public **difficile à atteindre**.

*« Et puis de toucher aussi les personnes qui sont ultra isolées. [...] Moi j'ai été percutée par l'alcool, par la violence. Et du coup peut-être aussi offrir ce temps de parole pour orienter. Pour tu vois, c'était aussi une manière de faire de la prévention un peu différente parce que face à un professionnel de santé, les personnes se confient. Et de prendre ce temps-là pour rediriger et cetera, je trouve ça chouette. » P04*

*« C'est des gens un peu... pas exclus de la société mais qui n'ont pas forcément les moyens ou les possibilités de se tester, de faire des choses ou alors que ça vient pas d'eux-mêmes. Bah c'est je pense plus eux qu'en ont besoin. Nous ici, on a presque 10 000 personnes sans médecin traitant. En fait c'est eux qu'il faut toucher, c'est pas les plus simples mais en fait c'est eux qu'il faudrait toucher, c'est eux qu'il faut aller voir, parce que c'est eux, en fait, qui ont besoin. » P06*

*« Mais c'est aussi un outil qui permet de détecter des incapacités avérées chez des gens qui n'ont pas forcément accès aux soins ou qui n'ont pas la culture de la prévention. » P09*

Le dépistage ICOPE, bien que crucial, a un **impact limité sans intervention** adaptée et ne modifie pas la trajectoire de santé du patient. Il faut donc **assurer la continuité** entre la phase de dépistage et celle d'intervention.

« Et puis c'est surtout que... en fait je me disais bah c'est bien beau de dépister mais si on fait rien derrière ça sert à rien. » P08

« C'est bien de dépister, mais c'est la suite, c'est toujours le souci de rééchanger entre nous, d'orienter, et ça c'est pas facile je trouve, c'est un peu plus compliqué. » P10

Pour améliorer cet impact, il est fondamental de **favoriser les échanges d'information** dans le cadre d'une **coordination interprofessionnelle** pour optimiser les actions post dépistage.

« Ben qu'il y ait vraiment une communication qui soit faite correctement au médecin et surtout qu'on nous dise quoi faire après. » P08

Le **manque de capacités locales** pour initier et maintenir des programmes innovants comme ICOPE **limitent l'implantation et la diffusion** de celui-ci.

« A priori la CPTS Vendée Sud ils ont même pas essayé ICOPE parce qu'ils sont en tel désert médical que c'est pas possible. » P03

« Et non on n'a pas créé de de réseau derrière comme tout est déjà tendu. » P08

#### 4. ICOPE est une démarche pluriprofessionnelle

##### a) Favoriser une collaboration interprofessionnelle entre les paramédicaux et le médecin

Grâce à ICOPE, les professionnels paramédicaux peuvent réaliser une évaluation globale du patient, même sans être médecin. ICOPE est alors perçu comme un **outil de légitimation** qui offre une **reconnaissance professionnelle**. Cela apporte aussi une **complémentarité** entre les professionnels, avec une **reconnaissance mutuelle** des rôles de chacun.

« La grosse plus-value justement, c'est que comme je ne suis pas médecin, je n'ai pas cette capacité à faire du diagnostic, de l'évaluation du patient dans sa globalité. Et là pour le coup, ça m'offre cette possibilité que pour un patient qui est traité pour X ou Y raison, je puisse l'évaluer sur toute sa globalité et ses 6 capacités. Et ça me donne, on va dire, une certaine légitimité ou pas en fonction du médecin que j'ai en face de moi. Mais ça me ça donne quand même une certaine légitimité à le faire. » P01

« Mais pouvoir bénéficier de toute l'analyse socio-économique environnementale que l'œil de l'infirmière a derrière la porte des maisons, ça donne des clés. Et ça donne des

*clés justement pour promouvoir et pour analyser, hein, pour faire toute cette démarche préventive, c'est des clés supplémentaires que l'on n'a pas au cabinet. » P09*

Il existe parfois une **tension interprofessionnelle** entre les paramédicaux et les médecins, ces derniers présentant une certaine **résistance à la complémentarité**, et ce malgré les **compétences avérées** des paramédicaux dans la prise en charge des patients.

*« Et après je pense que y en a pour qui paramédicaux, ça reste paramédicaux. Je veux bien le croire, mais pour certaines choses, les paramédicaux, ils ont quand même des connaissances qui sont intéressantes, quoi. Et y a certains médecins qui ne voient pas la complémentarité. » P08*

Certains paramédicaux peuvent être perçus comme **interférant dans le domaine médical**, ce qui peut engendrer un **sentiment de méfiance** de la part des médecins. Cela met en lumière l'importance d'une **communication interprofessionnelle** attentive et respectueuse.

*« Il y avait une femme, un médecin qui avait pas du tout apprécié cette démarche d'ICOPE. Ouais parce qu'en fait, mais je crois que c'est aussi à nous d'être attentifs dans notre communication, je pense qu'elle l'avait pris comme si elle connaissait pas le patient. Et que le petit auxiliaire médical, il disait 'Bah tiens, moi j'ai vu ça, ça, ça.' [...] Je pense que ça dépend un peu de notre posture à tous. À tous, au médecin comme à nous. Et de plutôt voir plus une complémentarité que attends, je vais te dire ce qu'a ton patient. » P05*

L'interaction entre le médecin et le paramédical est aussi bien souvent marquée par des **échanges constructifs**. Ces échanges permettent une **dynamique de suivi et d'ajustement** de la prise en charge du patient.

*« Et là justement récemment avec la CPTS on a communiqué, on a échangé avec 2 médecins qui sont sur ma commune d'exercice. Et puis ensuite, lorsque je leur ai envoyé des bilans patients, je leur ai dit, tiens ben Madame Untel, on l'avait vue en repérage sur une après-midi et j'ai une médecin, qui m'a dit ça serait bien que vous lui refassiez justement, ça m'intéresse. Voilà. Donc ça a été bien accueilli. » P05*

*« J'avais fait un Step 1 à une patiente qui avait des troubles cognitifs. Enfin je trouvais que ses troubles cognitifs se majoraient. Donc j'avais fait un Step 1, qui avait effectivement relevé quelque chose qui était pas terrible. Donc je voulais programmer un MMS. J'avais envoyé un message au médecin traitant qui m'a répondu en me disant, 'Ah Ben écoutez, elle est suivie aussi par notre infirmière Asalée qui lui avait fait un MMS il y a 8 mois. Mais si vous me dites que ça se dégrade, je reprévois un rendez-vous et c'est nous qui allons faire le MMS.' Donc voilà, donc j'ai pas fait mon Step 2, mais du coup ça a fait une petite alerte au médecin généraliste aussi. » P02*

La **valorisation par le médecin du travail paramédical** renforce la légitimité de celui-ci et **encourage** les professionnels à continuer de proposer des outils comme ICOPE.

« Et c'est aussi ça qui va m'encourager à le proposer. Le fait que les gens soient enfin, que les médecins accueillent bien ça comme... vraiment comme vigilance. » P05

« On a des professionnels et surtout des médecins autour de nous qui sont beaucoup dans l'échange. [...] Ils considèrent que travailler ensemble, c'est très, très important. » P10

La **relation de confiance** entre médecins et paramédicaux conduit à une collaboration harmonieuse. Certains médecins sont tout simplement **fermés à la collaboration interprofessionnelle**, ce qui **limite l'impact** de ICOPE.

« C'est à dire que quand on a une bonne relation avec le médecin, Ben ça ne change pas, voilà. On va avoir le retour qu'il faut sur ICOPE et après ben par contre ceux avec qui on n'a pas de relation de toute façon ils ont pas envie de communiquer avec personne. Bah ça changera rien du tout. » P01

La **situation géographique** et la présence ou non d'une **organisation locale** influencent également la collaboration interprofessionnelle, créant des **inégalités territoriales**. Certaines **barrières administratives et humaines**, comme des secrétaires médicales, peuvent également entraver une communication fluide.

« Selon les professionnels autour de nous, il y en a qui travaillent très facilement en pluridisciplinaire, qui communiquent énormément, et d'autres non, malheureusement. A \*\*\*\*, nous avons 2 médecins supers. Mais en termes de communication interprofessionnelle, c'est pas génial. Et en plus on a pas mal de secrétaires qui sont des cerbères et qui font bloc. Eh oui, ça passe pas toujours facilement. Ouais ouais ça par contre bon, ça dépend du territoire où on est. » P03

#### b) Une disparité d'engagement des médecins dans l'utilisation de l'outil

**L'absence de retour** de la part des médecins après l'envoi des résultats du Step 1 entraîne un **défaut de suivi**, pourtant crucial assurer la prise en charge continue. **L'engagement variable** des médecins peut nuire à l'efficacité du programme ICOPE et entraîner une **frustration des professionnels** de santé qui ont réalisé l'évaluation.

« La difficulté, c'est dans le suivi aussi, on fait un Step 1, on envoie au médecin traitant et on n'a pas forcément de retour s'il y a des choses qui vont pas. [...] Alors ça peut arriver, mais c'est pas systématique en fait, c'est... Malheureusement, les médecins ne participent pas tous à l'expérimentation. On en a un nombre assez réduit en fait sur l'expérimentation. Donc ceux qui participent globalement répondent enfin nous envoient un petit message, ceux qui participent pas, pas systématiquement. Donc c'est un peu dommage en fait, on fait quelque chose, on met en place quelque chose et en fait on n'a pas de d'action derrière. » P02

La **réceptivité limitée** à la démarche ICOPE de la part de certains médecins crée une **perte d'opportunité thérapeutique**, en limitant la possibilité d'interventions préventives ou thérapeutiques.

*« J'ai une patiente qui m'a dit 'Ah ouais là elle l'a lu mais elle m'a dit qu'elle connaissait pas. Donc on ferait pas.' Voilà je dis 'Ben oui mais sur vos questionnements que vous aviez, qu'est-ce qu'elle a dit ?'. 'Oh ben rien', voilà. Après, chacun son caractère. » P08*

L'efficacité du programme ICOPE **dépend de la réaction du médecin.**

*« On sait que quoi qu'il arrive, il y a une consultation chez le médecin pour vérifier qu'il y a rien, rien d'autre qui se cache derrière. Voilà mais bon, il faut que le médecin le fasse. Et pas qu'il nous dise 'Ah bah c'est juste qu'il est vieux', voilà, merci. » P08*

c) L'importance de moyens de communication adaptés entre professionnels

La communication entre les professionnels de santé est entravée de **problèmes d'accessibilité** et **d'inefficacité** liés à la **messagerie sécurisée**. Il existe une **inadéquation** entre le système de messagerie sécurisé, considéré comme **lent et peu réactif**, et les besoins des professionnels de santé.

*« Je trouve aussi que la transmission de l'info au médecin traitant uniquement par messagerie sécurisée... C'est chiant aussi parce que je pense qu'il y a quand même beaucoup de médecins traitants qui ne lisent pas leur messagerie sécurisée, très clairement. Ben là pareil hein, c'est parce qu'on a les mêmes soucis, c'est chiant de se connecter souvent à la messagerie sécurisée. [...] Donc c'est vraiment un frein ça. Faut bien le dire hein, c'est un frein. » P01*

*« Et puis pour transmettre, c'était quand même très très compliqué. Alors la première fois j'ai bien tout fait pour transmettre au médecin [...]. Mais je trouvais ça très compliqué parce qu'il fallait prendre l'adresse Mailiz. » P10*

Il existe alors une **tension entre les règles de sécurité et les besoins du quotidien**, pouvant amener le professionnel de santé à préférer utiliser des **canaux informels de communication**, malgré les risques encourus pour la **confidentialité**.

*« Très clairement si je le fais par messagerie sécurisée, je pense que j'ai jamais eu de réponse. Après quand je le fais par les canaux habituels, c'est à dire mail non sécurisé, WhatsApp, voilà, là oui, oui. Parce qu'on est dans notre routine quotidienne de communication, qu'on utilise nos canaux. Alors je sais, hein, quand j'en discute avec le GCS, que moi j'envoie les résultats de ICOPE via WhatsApp, ils ont les cheveux qui se dressent sur la tête, mais bon, on le fait tous, hein ? Ah c'est tout hein. On le fait tous, on le fait tous parce que leurs moyens de com qu'ils nous proposent ils sont nuls quoi. » P01*

La mention de solutions numériques sécurisées comme Globule pourrait être intéressante mais la **multiplicité des outils** nuit à l'**harmonisation** des méthodes de communication et à la **transmission efficace** de l'information.

*« Alors il y a des solutions numériques de communication qui fonctionnent, qui sont sécurisées comme Globule. Je sais pas si t'en as entendu parler, mais le problème c'est que c'est encore une solution en plus et il faudrait que tous les professionnels adoptent cet outil. Je pense que c'est pas possible sur un territoire c'est pas possible. » P01*

d) Apprendre à se connaître et à travailler ensemble

Plusieurs professionnels mentionnent l'**impact positif** des **réunions collectives** et des **collaborations interprofessionnelles** dans la pratique de la prévention. Travailler avec d'autres libéraux est une **source de motivation** et de **dynamisme**, dans un environnement où les professionnels se retrouvent souvent isolés.

*« En fait si tu veux on est hyper boosté quand on en fait à plusieurs. Quand on fait des réunions à plusieurs c'est hyper motivant. [...] Des vraies, des vraies journées prévention. Avec d'autres personnes, avec d'autres libéraux avec lesquels tu peux échanger ça, je trouve qu'à chaque fois c'est sympa et ça me rebooste. » P04*

De même, l'expérience ICOPE et la collaboration interprofessionnelle qui en découle permet de **valoriser des interactions entre professions** qui se méconnaissaient au départ. Ces interactions permettent de **développer une vision partagée du rôle de chacun** dans l'accompagnement des patients et dans le parcours global de soins.

*« Ça m'a vraiment fait rencontrer les orthophonistes, qui sont une profession... Il se trouve qu'on a un petit peu le même regard. [...] Donc ça m'a fait vraiment mettre en avant aussi cette profession, et on a l'habitude d'intervenir ensemble. » P05*

La participation à l'expérimentation ICOPE met en lumière un **alignement** entre les principes de la démarche et les **convictions personnelles** déjà établies. L'expérience antérieure en milieu pluriprofessionnel permet de valider l'idée que la prise en charge des personnes âgées doit être **globale et intégrée**.

*« J'ai pareil, une expérience, une grosse expérience en hôpital de jour gériatrique à l'hôpital. Donc pareil en fait j'ai l'habitude de voir vraiment la personne âgée en pluripro et vraiment toutes les composantes qu'il peut y avoir. Donc moi ça n'a fait que renforcer ce que je pensais, hein. Je pense que ce qu'on fait là pour la personne gériatrique en tout cas, c'est ce qu'il faut faire. Ça m'a renforcé dans cette idée-là. » P06*

La **limitation des compétences** professionnelles de chacun peut être dépassée par une approche collaborative, en mettant en place des **partenariats** avec différents **acteurs spécialisés** comme les centres d'audition.

« Et moi je me dis que l'audition finalement on n'a pas d'audiogramme, et moi avec mon statut d'infirmière je vais pas aller regarder s'il y a des bouchons dans les oreilles ou quoi que ce soit. Mais en tout cas il y a quelque chose à soulever. [...] Pourquoi pas travailler avec je sais pas, tu sais des centres là Audika où Ecouter Voir ou je sais pas quoi après ? Créer un partenariat et... et hop, il y a un problème d'audition, hop, on les envoie directement. » P04

e) Implication des professionnels du médico-social et du tissu associatif

La collaboration qui inclut les **acteurs sanitaires et médicosociaux** est essentielle dans le parcours de soin du patient. La **complémentarité des rôles** est mise en avant, et la valorisation de la **formation interprofessionnelle** permet d'assurer une prise en charge complète et efficace, ainsi que de diffuser l'approche ICOPE à d'autres publics.

« Cette plus-value aussi, c'est d'être pluriprofessionnel sanitaire et médico-social progressivement. Moi, je sais que les coordinatrices du CLIC sur notre secteur sont formées depuis un an et elles ont réalisé [...] 9 Step 1. [...] Voilà donc moi je suis assez sensible en fait au pluri professionnel, je vais dire peut-être une bêtise parce qu'enfin certains aiment pas que je dise ça, mais pour moi le parcours de soins il est aussi médico-social quoi. Parcours de soin, c'est aussi l'auxiliaire de vie, c'est tout le monde, donc si ICOPE peut être... au départ, en fait, réalisé par tous ces acteurs en amont. Et c'est là aussi où j'y vois une plus-value. » P05

Il en est de même avec les **associations locales**, qui **s'approprient l'outil ICOPE** et deviennent autonomes dans le passage du test. Il existe un **engagement communautaire** dans le **dépistage massif** contribuant à la **pérennisation du programme**.

« Maintenant nous justement l'Espace Entourage [...] s'est carrément approprié en fait ICOPE et fait passer des tests régulièrement à tous ses adhérents. Donc le but c'était ça hein, c'est qu'ils puissent se l'approprier et que ça se lance tout seul maintenant sans nous. On a fait un test de dépistage massif chez eux, on a eu je crois 40 personnes. Et maintenant ils s'auto-gèrent tout seuls avec les tests et voilà. Donc c'est bien. » P06

La **mobilisation des ressources locales** sert aussi à **organiser le réseau d'aval** et de proposer des solutions adaptées.

« Faire de la pub auprès des associations seniors pour dire voilà, on est dans le repérage et puis c'est ensuite avec le tissu associatif, proposer. On sait qu'il y a des randos santé pour des gens qui se sont par exemple un peu déconditionnés au moment du COVID. Bon c'est un peu loin maintenant, mais quand même. On a toujours des gens qui se sont pas tout à fait reconditionnés ou pas tout à fait repris confiance dans leurs déplacements. Bon bah ces gens-là c'est l'occasion de les remettre un peu sur les rails. » P05

« Nous ici, on a ce qu'on appelle l'Espace Entourage. Qui du coup, justement, aide, fait beaucoup d'ateliers en fait, sur tous ces problèmes, toutes ces problématiques de mémoire, donc c'était de les rapprocher de toutes ces structures qui pouvaient les aider pareil, à anticiper d'anticiper en fait. » P06

« J'ai envoyé beaucoup de personnes vers le CLIC aussi. Oui, voilà, y en a énormément qui n'avaient pas de logement adapté. » P08

La **volonté personnelle** de certains acteurs du médico-social traduit **l'engagement des institutions locales**. L'influence des **relations humaines** peut conditionner la réussite de la collaboration.

« Et puis alors par contre c'est pareil, le CCAS par contre c'est super. On a \*\*\*\*, qui est géniale, qu'on espère pouvoir former en amont. Elle est vraiment volontaire. Bon voilà, après il y a des histoires de personnes. » P03

« Enfin c'est moi qui avais pris contact avec elle (la directrice d'une résidence pour personnes âgées ndlr) parce que j'interviens régulièrement au sein de la résidence donc on se connaît bien. Et du coup elle avait suivi la formation Step 1 pour les acteurs du médico-social. Donc elle était très intéressée aussi par le fait de mettre ça en place dans sa résidence. » P02

La collaboration avec le monde médicosocial n'est pas toujours un succès. Le **manque d'implication** de certains acteurs d'amont comme les auxiliaires de vie peuvent constituer une **opportunité manquée** pour toucher un maximum de personnes.

« Après je vois que par exemple il y a eu les gens de l'amont qui ont été formés hein. Tout ce qui est auxiliaire de vie. Bah ça je me rends compte que ça n'a pas du tout du tout fonctionné hein. J'ai jamais eu un retour d'une aide-soignante, d'une auxiliaire de vie. Sur la réalisation de notre test, voilà, il y a des, il y a des choses qui ont manqué. » P06

f) Et pourquoi pas ICOPE à l'hôpital ?

Il existe parfois des **tensions** entre les soins de ville et l'hôpital. Eviter que l'implémentation d'ICOPE se limite à un seul secteur, hospitalier ou libéral, permettrait à celui-ci de devenir un **outil transversal** et de **partager les responsabilités**. En reconnaissant le rôle unique de chaque secteur, touchant des populations différentes, cette complémentarité est essentielle pour majorer l'impact du programme.

« Du coup, ICOPE, qu'est-ce que ça va être ? Est-ce que ça va être libéral ? Est-ce que ça va être hospitalier ? Est-ce que ça va être tout le monde ? Moi, je vis un peu dans toutes mes semaines le quotidien du conflit hôpital libéral. Alors que y a pas de raison d'avoir de conflit. Mais comme un peu, c'est toujours cette guéguerre de savoir qui fait quoi. Je fais mieux que vous, on peut pas compter sur vous, vous faites n'importe quoi. [...] Enfin c'est toujours un peu compliqué et je pense pas qu'il faut qu'on rajoute ICOPE en disant c'est que pour le libéral c'est que pour l'hôpital faut vraiment que tout le monde en fait l'utilise.

*J'espère que ce sera pour tout le monde et sans limite de dire Ah bah non, c'est qu'eux qui le font quoi. Parce qu'on touche des gens des fois en libéral, qu'on touche pas à l'hôpital et inversement, hein ? » P06*

## 5. La relation soignant/soigné, un indispensable au bon déroulé du test

### a) ICOPE pour mieux connaître son patient

Il est important d'avoir un **temps dédié** pour discuter des capacités fondamentales des patients, mais ce temps n'est pas intégré dans les **actes techniques courants**. Les consultations **rapides et orientées** laissent peu de place pour aborder des problématiques de prévention. L'évaluation ICOPE permet **d'allonger le temps d'interaction** entre le patient et son praticien, favorisant un **suivi plus personnalisé**.

*« Mais c'est quand même toujours chouette d'avoir un temps imparti pour se poser et discuter sur ces axes fondamentaux quand même. Parce qu'en fait, quand tu fais une prise de sang, tu ne prends pas le temps de parler de l'audition, de la mémoire, de je sais pas quoi... » P04*

Le **renforcement de la relation soignant-soigné** permet au patient **d'exprimer des préoccupations** plus globales.

*« Voilà, souvent on a des patients qui débordent hein, on prévoit 1/4 d'heure 20 minutes, puis en fait les patients ils ont envie de parler, donc du coup bah on commence à parler de quelque chose, de mobilité. 'Ah oui moi vous savez ma fille', voilà. Globalement, c'est bien reçu quand même. » P02*

*« J'ai trouvé ça très intéressant et des choses qu'ils n'avaient pas forcément évoqué en séance alors que pourtant ils avaient évoqué déjà beaucoup de choses. » P10*

Le **suivi longitudinal** des patients favorise **l'observation de changements** dans leur état de santé et de s'adapter aux nouveaux besoins.

*« Et puis il y a beaucoup de patients qu'on suit de manière régulière, soit tous les jours, soit une fois par semaine. Donc il y a des gens qu'on voit évoluer au fil du temps. » P02*

### b) Importance d'une relation soignant-soigné préalable au test

Une **relation préexistante** entre le soignant et son patient permet de gagner du temps dans la réalisation de l'intervention ICOPE. La **relation de confiance** établie facilite les échanges et accélère le processus d'inclusion. Au contraire, il faut davantage de temps pour **investir la relation** avec un nouveau patient et lui présenter la démarche.

« Nous, on le fait principalement auprès de nos patients chroniques, enfin les gens qu'on connaît bien à domicile. C'est difficile à présenter à un patient que tu vois juste une fois ponctuellement ou alors vraiment c'est qu'il a des grosses difficultés et qu'il nous en parle. » P02

« Voilà, ça peut être un petit peu plus chronophage si on est avec un patient qu'on ne connaît pas. Pour mes anciens patients, pas de problème hein, on se connaît tellement bien que ça a été très rapide. » P01

La **méconnaissance du soignant** peut entraîner un **sentiment de méfiance** de la part du patient, surtout s'il existe des points sensibles comme la **collecte de données personnelles**.

« Et puis y en a d'autres qui ont été plus méfiants quand on a demandé les numéros de sécurité sociale. Comme c'étaient des gens qu'on ne connaissait pas, ils ont été méfiants. » P01

La **perception du patient** diffère également selon le rôle du professionnel de santé. Les paramédicaux doivent fournir une **explication supplémentaire** alors que le médecin peut naturellement légitimer l'évaluation auprès des patients.

« Après il faut prendre un petit peu de temps aussi pour expliquer aux patients pourquoi on fait ça. Autant le médecin, je pense qu'il a aucun problème à expliquer à son patient pourquoi il l'évalue, d'ailleurs, le patient, je pense qu'il se posera même pas la question sur pourquoi il fait ça ; autant le paramédical a quand même une petite explication supplémentaire à donner. » P01

« Il dit 'mais vous n'auriez jamais dû dire que vous étiez pédicure podologue, ça m'a complètement perdu. Parce que pourquoi une pédicure podologue me rappelle pour ça ?' » P08

### c) Place de la pédagogie dans la présentation d'ICOPE au patient

Les professionnels rencontrent parfois des **difficultés à introduire ICOPE** auprès des patients et expriment le **besoin de formation complémentaire**. Cependant ils mentionnent qu'une fois l'introduction réalisée, la mise en œuvre est **facilitée**.

« Refaire un peu de formation sur la manière de l'amener au patient. C'est ça qui est je trouve, qui est le premier frein. En fait, c'est le tout début et une fois qu'on est lancé, finalement ça va. Ce qui est difficile, c'est de l'amener au patient, de dire 'Ah, on pourrait faire ça si vous voulez'. Voilà, c'est ça que je trouve pas toujours évident. » P02

Donner une **explication claire et adaptée** sur la **simplicité du test** et son **objectif de prévention** permet de **rassurer** le patient. Il est important de maintenir une **approche positive** sur l'importance de l'anticipation de problèmes pas forcément graves.

« Fallait beaucoup, vraiment, souvent les rassurer pour vraiment leur expliquer. Mais voilà c'est des mini tests, vous allez voir, c'est rapide, c'est des questions très simples. Puis c'est pas parce qu'on trouve quelque chose que c'est vraiment très grave. Je leur expliquais bien qu'il y avait après une autre étape avec des tests plus approfondis pour vraiment voir s'il y a des difficultés. Je leur disais aussi que le but de ça c'est d'anticiper et que si on trouve quelque chose, bah vaut mieux qu'on le trouve maintenant que dans 10 ans et que dans 10 ans ce sera trop tard et qu'on pourra plus rien faire. » P06

#### d) Adapter son discours et son vocabulaire

Pour réussir à introduire l'évaluation au patient, **l'adaptation du vocabulaire** du professionnel est perçue comme un moyen de **rendre l'évaluation moins intimidante** pour les patients.

« Ce que j'ai appris au début, j'avais du mal à amener. C'est parce que j'utilisais le mot test, test de prévention. Et ça, ça effrayait les gens. Maintenant je dis questionnaire de prévention. » P03

Il existe un **impact générationnel** de l'utilisation d'une **terminologie anglaise** pour l'évaluation, qui est **perçue négativement** par les personnes âgées.

« Bah ICOPE, déjà, ça sonne anglophone, ça sonne anglais. Donc les patients de plus de 60 ans, bon 60 ans ça va encore, enfin et encore. Mais ils se disent, 'qu'est-ce que c'est que ce truc ?' » P08

Il est important de **personnaliser le discours** en fonction du patient, **d'adapter les mots et le ton** pour faciliter l'acceptation des patients au programme ICOPE.

« C'est un peu comme être commercial pour pouvoir faire accepter ça auprès des patients. Il faut trouver le bon langage pour que ça passe bien. À chaque praticien de trouver les mots. Les mots qui vont être les plus fluides pour que les patients intègrent ICOPE. » P03

Il est nécessaire d'adopter une **posture bienveillante et non intrusive** afin que le test ne soit pas perçu comme un **jugement**.

« Je me suis dit on est dans le repérage, mais comment le rendre attractif déjà, comment rendre ICOPE attractif, comment donner envie aux gens ? Sans les... voilà ! Leur dire que c'est dans le sens positif et qu'on n'est pas là pour juger. 'Ah, vous entendez moins' ou 'Vous voyez moins, votre équilibre c'est pas top' et cetera. » P05

Une **approche empathique**, qui tient compte de l'état d'esprit du patient, permet d'introduire le test de **manière progressive**. Il est parfois nécessaire **d'attendre le bon moment** pour proposer le test.

« Enfin, comme faut toujours s'adapter à son patient, la bonne communication, ça permet aussi de voir comment il était dans sa réflexion par rapport à ce sujet-là et de savoir

*comment lui annoncer la petite possibilité de faire le test on va dire. Pour pas les brusquer. Parce que c'est aussi ce qui était important. » P06*

*« Et puis j'essaierai pourquoi pas de l'accrocher un petit peu. Parce que je vois énormément de gens comme eux quoi, dont on se dit 'Ah là y a un petit, il y a une petite faille, ça serait peut-être pas mal.' Mais c'est pas le moment d'en parler, on essaiera peut-être à un autre moment d'accrocher quoi. » P05*

Le professionnel peut aussi utiliser une **démarche opportuniste** à la suite d'une question spontanée du patient pour introduire le dépistage.

*« Mais un jour, elle m'a posé des questions en fait sur la nutrition. Moi, je suis pas... je connais les bases on va dire sur la question, mais pas plein de choses. Et j'ai dit si du coup vous avez un doute, si on fait le test ICOPE avec toutes ces questions, si on voit qu'il y a un doute sur la nutrition, bah du coup après on pourra aller sur un test un peu plus approfondi. Donc j'avais un peu profité de sa question pour pouvoir lui faire passer le test qui pour moi pouvait aussi montrer d'autres choses. » P06*

Parfois, un refus immédiat du patient peut être surmonté avec un peu de **temps et de persévérance**, ce qui montre l'importance de **donner de l'espace au patient** pour réfléchir.

*« Des refus j'en ai eu on va dire en immédiat mais finalement 2-3 séances après bon allez ok, on fait votre test on voit ce que ça donne et voilà, des fois faut que ça mûrisse un peu dans leur tête. » P06*

#### e) Dédramatiser la situation

Parfois, pour dédramatiser une situation potentiellement stressante pour le patient, le professionnel peut utiliser **l'humour**. Cela introduit un **climat de détente et de décontraction** et **apaise les tensions**. Le **discours ludique est adapté** en fonction des caractéristiques ou de l'humeur du patient pour mieux l'engager.

*« Voilà, et il y a même des fois où pour dédramatiser, quand je sens les gens tendus, il y a des tonnes de raisons pour se marrer, genre j'adore sur le questionnaire, 'quel est votre sexe : féminin, masculin, indéterminé ?' Donc ça je peux les faire rire à ce niveau-là. Au niveau des mots qu'on choisit pour la surdité, si c'est un Monsieur un peu bourru, j'utilise le mot Ricard, ça marche beaucoup. On peut s'amuser avec le choix des mots. Et c'est pareil pour la mise en place sur le fauteuil. Alors si c'est une femme, je fais 'vous faites Néfertiti', si c'est un homme, 'vous faites Toutankhamon'. Et voilà quoi ce genre de choses un peu bêtes mais qui fonctionnent toujours. » P03*

#### f) Réticence au passage du test

Malgré les efforts de présentation du test ICOPE, les patients peuvent montrer des **difficultés d'adhésion initiale** au test, surtout s'ils estiment que tout va bien. Ils ont alors une **perception d'inutilité** du test, et ne prennent pas tout de suite conscience de la **valeur ajoutée** d'ICOPE. En revanche leur **perception évolue** après le passage du test et les patients comprennent mieux l'intérêt du processus, ce qui facilite des échanges plus ouverts.

*« Enfin c'est pas toujours facile de leur faire entendre l'intérêt, on est un peu en difficulté avec ça, de leur faire entendre l'intérêt d'ICOPE parce que 'bah moi tout va bien, j'ai pas besoin. Qu'est-ce que c'est votre truc ?' Après, quand on leur fait, ils comprennent bien et c'est vrai que ça permet aussi d'engager la conversation sur certains sujets. » P02*

D'autres patients refusent de passer le test ICOPE dans un contexte de **déni de leur état de santé**, et préfèrent **éviter la réalité**, bien qu'ils soient conscients de problèmes de santé.

*« Voilà donc je pense qu'il y en a certains c'était 'je sais que ça va pas bien mais j'ai surtout pas envie de mettre une évaluation là-dessus'. Voilà, il ne faut pas le savoir en fait, on va mettre les œillères. » P01*

*« Ben il y en a, ils sont en demande de savoir en fait si tout va bien, il y en a ça leur fait peur. Voilà, ils préfèrent penser que tout va bien et un peu fermer les yeux là-dessus » P06*

Les patients ont tendance à **minimiser leurs problèmes** de santé et accompagnent leur refus par des **commentaires rassurants mais peu réalistes** sur la situation. L'utilisation de **l'humour** et des **moqueries** auprès de leur entourage peut être un **mécanisme de défense**.

*« Alors déjà premier point, c'était un couple qui était assis et alors ça, c'était amusant parce que c'était pour le Monsieur et surtout la dame m'a dit, 'Ah, c'est pas pour moi. Moi, je vais bien.' J'aime bien ces petites remarques, voilà. C'est un petit peu comme quand on dit à une personne : 'Votre équilibre-là, c'est pas génial, génial' ou 'vos tapis c'est pas génial génial' – 'Non non mais je tombe jamais en fait hein, je suis jamais tombée.' Donc voilà, ça m'a accrochée ce truc-là. » P05*

Il existe des **différences de genre** dans l'acceptation de ICOPE. Alors que les **femmes se montrent plus proactives** et motivées dans le passage des tests, les hommes préfèrent minimiser les problèmes de santé et semblent plus réticents.

*« Et pareil entre hommes et femmes, c'est pas pareil hein, c'est... Les hommes laissent un peu aller, 'Non, c'est pas grave, ça va encore'. Par contre les femmes sont un peu plus proactives justement par rapport à ça. Et je pense que dans les tous les patients que j'ai faits, il y a quand même eu plus de femmes qui ont accepté que d'hommes. » P06*

Enfin, certains éléments du test ICOPE peuvent se révéler bloquants, comme l'approche des **questions sur l'humeur** qui peut déclencher des **réactions contrastées**.

« Ensuite, parfois, quand on explique les différentes parties qu'on va questionner, l'aspect humeur ça peut parfois bloquer. Ça dépend y en a qui justement, ça va leur faire du bien et d'autres qui vont pas vouloir. » P08

g) Rassurer le patient sur son état de santé

L'évaluation du Step 1 ICOPE permet de **rassurer les patients** inquiets de leur état de santé et a un **impact émotionnel positif**.

« Il y a des gens qui arrivent déjà avec des craintes, ça les rassure. Ça les rassure de voir que finalement c'est pas si mal. » P03

Le test permet de **confirmer objectivement** que la personne est en bonne santé, et donc de **diminuer son anxiété**. De plus il permet une **validation** de l'approche que les patients ont concernant leur santé.

« Bon au final aucun problème, tout va bien et il y a ce qu'il faut. Mais voilà, elle en tout cas ça l'a rassurée, de savoir que ce qu'elle faisait, c'était bien et que par rapport au test qu'on pouvait faire par rapport à ça tout était bon. » P06

« Là où je trouvais ça intéressant, moi, c'est pour les patients qui avaient déjà mis pas mal de choses en place, c'est bien et où du coup ça les a renforcés dans l'idée de continuer de corriger certaines petites choses ». P10

La **mémoire** fait partie des **préoccupations fréquentes** des personnes âgées. Il s'agit surtout de la **crainte des maladies neurodégénératives** comme la maladie d'Alzheimer qui est une source majeure de stress. Une évaluation par un **outil objectif clair** comme le Step 2 mémoire, le MMS, permet de dissiper les craintes.

« Maintenant voilà, c'est surtout [...] rassurer pour les certaines personnes qui sont inquiètes, notamment au niveau de la mémoire. [...] Voilà en fait ce qui est drôle là je pense à une petite dame en particulier, elle a fait 'Oh la la' et j'ai vraiment senti l'inquiétude et on a fait un Step 2, donc le Step 2 mémoire. Et en fait bon bien sûr elle avait une petite défaillance mais son score était tout à fait honorable et du coup elle est vraiment sortie de là, mais on la sentait plus légère quoi, ça c'est vraiment... Et j'ai trouvé ça plutôt sympa, ouais. » P03

« Une des patientes s'était mise en panique pendant 15 jours, pendant les 15 jours d'attente en fait entre les 2 Steps. Et vraiment, elle était... Elle avait peur du résultat, de la peur de l'Alzheimer, de la peur des maladies comme ça, vraiment, voilà qui leur fait vraiment eux peur en fait. » P06

h) Gérer les attentes des patients

Après le passage du Step 1, certains patients attendent des **solutions concrètes** ou des **réponses immédiates**. Le professionnel de santé doit alors **clarifier** la finalité du test et les étapes suivantes afin de ne pas provoquer **d'incompréhension**.

« *Donc on réalise le Step 1 et des fois le patient attend plus 'Ben là j'ai un problème, qu'est-ce que je fais ?'. Voilà donc nos patients nous demandent des solutions donc on lui dit 'Bah on va en parler avec votre médecin traitant', voilà et puis après on propose le Step 2 s'il y a besoin.* » P02

Les patients peuvent parfois avoir des **attentes erronées** par rapport à ce qu'ICOPE peut leur offrir, ce qui génère de la **frustration**. Il est essentiel que le professionnel rappelle le cadre dans lequel il intervient, à savoir la prévention et non le diagnostic médical.

« *Après l'expérience que j'ai eue, qui m'a un petit peu refroidie, c'est une dame très en colère, pas entendue par son médecin traitant, qui venait chercher des réponses, qui était très insistante, qui voulait absolument que je lui dise qu'elle est dépressive, qu'elle a des problèmes de mémoire, qu'elle a des vertiges, et cetera. Ça relevait pas de mon rôle en fait, si tu veux elle attendait quelque chose de ICOPE et du coup la personne qui était en face, en l'occurrence moi, et ça répondait tellement pas à sa demande et elle a pas arrêté de m'appeler. Elle m'a même demandé des conseils médicaux par la suite. Moi je lui ai dit que ça faisait pas partie de mon rôle, qu'on était là dans le cadre de la prévention, mais plutôt très demandeuse en fait, hein ?* » P04

#### i) Résistance au changement des patients

Certains patients montrent une **indifférence totale** envers leur santé. Ils présentent un **désintérêt pour la prévention** et un **manque de motivation évident**. Ils se sentent satisfaits de leur situation actuelle et restent dans cette **mentalité de confort**.

« *Et d'autres vraiment qu'en ont rien à faire, rien à faire du tout, mais c'était pas forcément les gens les plus actifs, voilà donc. Une petite vie pépère, tranquille, bougez pas trop et voilà, laissez-moi où je suis.* » P06

« *Mais y en a beaucoup qui changent quand même pas trop leur fonctionnement et leurs habitudes. Ils voient pas d'intérêt pour la suite quoi.* » P10

Les patients peuvent aussi reconnaître qu'il existe des problèmes, mais minimisent leur importance et ne voient pas l'urgence d'une solution, leur **qualité de vie étant perçue comme peu altérée**. Ils rencontrent une **difficulté d'acceptation de la solution proposée**, en raison de son **inconfort** ou de **l'impact négatif** perçu sur leur quotidien.

« *Après il y a ceux qui disent aussi oui je le sais, mais bon, c'est pas grave, c'est pas grave, j'entends encore, ou je vois encore et que ça me suffit en fait, pour ma vie de tous les*

*jours. [...] Mais souvent ceux qui disent oui mais bon j'ai pas envie de porter des appareils, c'est encombrant, ça m'embête et je veux pas le faire. » P06*

## 6. Mise en œuvre pratique du test ICOPE

### a) Un contexte démographique favorable

Les **caractéristiques démographiques locales** sont favorables à l'implémentation d'ICOPE, par la forte proportion de personnes âgées. Cela crée une **conformité** entre les besoins potentiels de la population et les objectifs d'ICOPE, rendant son **impact potentiel** plus important.

*« Je suis à \*\*\*\*, et donc il y a énormément de retraités. Enfin, je le disais, c'est 70% de personnes au-delà de 65 ans. [...] Voilà, c'est ça, ce qui en fait un beau potentiel pour ICOPE. » P03*

### b) Le Step 1, un point de départ simple et rapide

Le Step 1 ICOPE en lui-même est perçu comme un outil **facile à prendre en main**. La simplicité de ce point de départ favorise l'adoption d'ICOPE et sa mise en œuvre. Il apporte ainsi un certain **confort d'utilisation** pour les professionnels et **réduit les résistances** potentielles.

*« La plus-value pour moi, elle est aussi dans la simplicité comme vous disiez tout à l'heure du point de départ, c'est quelque chose de confortable. On va pas tout de suite être anxiogène ou quoi que ce soit, on reste dans la simplicité. » P05*

La **rapidité** du Step 1 renforce son applicabilité dans le cadre d'un travail quotidien avec les patients. L'adaptation est **flexible** en fonction du temps disponible et des besoins du patient.

*« Donc le test, moi je trouve que le Step 1 il est vraiment réalisable rapidement, après c'est nous qui allons plus ou moins... moi je suis assez bavarde avec les gens donc euh... puis je m'en fiche si j'ai le temps. » P05*

*« Enfin, c'était très, très facile à faire. Sur papier alors moi je faisais pas sur l'ordinateur directement mais sur papier à remplir ça prenait 5-10 minutes. » P10*

L'**aspect ludique** du Step 1 en fait une **activité engageante et légère**. Les questions sont perçues comme **non intrusives**. Cependant, les patients peuvent exprimer une certaine **surprise** quant à cette simplicité, et s'attendaient à un **processus plus exhaustif** ou détaillé.

« C'est presque un peu ludique ce truc là pour eux. On va pas trop loin, on va pas gratter trop loin. Donc pour eux c'est 'Ah bah c'est bien. Voilà on fait le petit tour' et puis il y en a même qui disent 'Ah bah je pensais que vous iriez me demander plus de choses.' » P05

Les professionnels pointent parfois son **absence de profondeur** mais reconnaissent qu'il s'agit d'un **outil de première ligne** dans l'identification des fragilités.

« Et des fois même bon, je trouve ça même parfois succinct. Enfin c'est vraiment du repérage de base, hein, C'est vraiment, je trouve ça très simple. » P03

Pour pallier ce **sentiment d'insuffisance du test**, les professionnels ont recours aux tests proposés par le Step 2 pour **approfondir l'évaluation**, ce qui confirme la flexibilité d'ICOPE dans l'adaptation aux besoins.

« Au niveau de la nutrition, au final tout allait bien parce que les questions sont quand même assez simples hein, est-ce que vous avez perdu du poids ? Est-ce que vous avez perdu l'appétit ? Bon bah du coup non dans ce cas-là, mais ce que je lui ai proposé c'était quand même qu'on le fasse entre nous ce test-là un petit peu du MNA. » P06

« Heureusement qu'il y a le Step 2 par contre, pour approfondir, pour nous, c'était super ça. » P10

### c) Quelques remarques et biais ressentis sur le Step 1

Une des problématiques du Step 1 concerne l'organisation, notamment dans **l'ordre des questions**. Les questions qui portent sur la **mémoire** génèrent de **l'anxiété** chez les patients, qui **craignent mal répondre**, ce qui peut entraîner des **biais liés au stress**.

« Je trouve que le problème du Step 1, c'est de commencer par la mémoire. [...] Il y en a beaucoup qui paniquent, de peur en fait de mal répondre. Et c'est vrai qu'on s'était dit [...] qu'on restait forcément sur le format de la mémoire en premier, mais alors je sais pas s'il y a une raison pour laquelle c'est en premier ou pas, mais je pense que ça pourrait être intéressant, que ça change de place en fait dans le positionnement. [...] On n'hésite pas en fait à arrêter les gens parce qu'on se rend compte qu'ils connaissent les réponses, mais ils paniquent un peu. » P06

La **sensibilité du test de mobilité**, le lever de chaise, est également questionnée dans certains cas. Le professionnel, en fonction de l'état clinique observé et de son intuition, peut **moduler le test** en fonction des besoins et réaliser un Step 2.

« Je vais prendre un exemple, si on prend le lever de chaise, on peut avoir des patients qui font bien le lever de chaise, et que je leur fais quand même passer le SPPB parce que je vois très bien qu'il y a des problèmes d'équilibre et le SPPB est anormal. » P01

De même, le test de mémoire, les 3 mots, est jugé **trop simple** et peut entraîner une **insensibilité du test** pour les troubles cognitifs légers. **L'intuition clinique** et

l'observation du patient jouent alors un rôle clé dans la décision de pousser plus loin l'évaluation.

« Et pour la cognition, je trouve que les 3 mots, pareil, je pense qu'il y en a qui passent à travers. Parce que quand on commence à plus savoir répéter 3 mots, ils sont déjà bien touchés donc je pense que pour les très légers, les débuts de troubles cognitifs, les 3 mots c'est trop facile. Enfin voilà, ils vont passer à travers, ceux-là aussi. » P01

« Bah c'est ce qui était étonnant, c'est qu'on avait pas de dysfonction en mémoire. Sur la cognition, il y avait pas de dysfonction flagrante, mais il aurait quand même fallu... Enfin, j'aurais quand même fait un Step 2 là-dessus parce que j'avais de gros doutes. » P08

Autre point de difficulté relevé, il y a parfois des **difficultés initiales avec le test de surdité**. Cette étape peut prêter à confusion et nécessite une **consigne claire et précise**. Elle nécessite un **apprentissage pratique** et une **familiarisation** préalable.

« Si, lors des tests de surdité, j'ai mis du temps, moi je suis quelqu'un qui parle fort de base et j'ai mis du temps parce que chuchoter, qu'est-ce que ça veut dire chuchoter ? Ouais, je trouve que c'est une notion compliquée. Donc maintenant j'ai réussi à peu près à doser à force d'en faire, de voir mais ça c'est pas évident au départ. » P03

« Parce que tu te rends compte en discutant avec les autres personnes qui en ont fait, on ne fait pas forcément pareil. Tu vois plus quelque chose d'un petit peu plus collégial, uniforme. [...] Eh oui, parce que tu sais les problématiques que tu trouves avec l'audition, chuchoter à 20 cm de l'oreille, j'ai pas la même voix que je sais pas qui. Est-ce que l'impact est le même ? Est-ce que tu fais bien les choses ? » P04

#### d) Biais de recrutement

L'outil ICOPE est parfois utilisé de **man  re stratégique**, dans un but **d'alerter** le médecin traitant. Cela entraîne un **biais de recrutement** et soulève la question de **l'objectivité dans l'utilisation de l'outil**.

« Je ne vais peut-être pas te raconter mon dernier Step 1 ICOPE, parce qu'en fait il était biaisé, je l'ai fait pour alerter le médecin traitant. » P01

Les patients sont parfois **trop dépendants** pour pouvoir passer le Step 1, ce qui pose aussi des **problèmes d'orientation** et de recrutement, et rend le **test peu significatif et peu utile**.

« Donc le seul problème qu'on avait eu un petit peu, c'était des problèmes d'orientation en fait, des gens qui étaient trop dépendants pour un Step 1, parce que c'était la résidence qui s'est chargée de recruter les patients. Et on a vu des patients arriver, on savait qu'ils allaient avoir tout faux partout. » P02

e) Nécessité de formations, de groupes de pairs

La **prise en main** du test ICOPE se fait de **manière progressive**, ce qui conduit à une **meilleure efficacité**. Cela permet **d'améliorer la confiance** du professionnel en ses compétences.

*« Sinon ça c'était bien passé parce qu'on commençait à maîtriser un petit peu les questionnaires, les choses comme ça, donc on est plus à l'aise aussi avec le déroulé du Step 1. » P02*

L'expérience acquise permet de proposer un **recrutement local des professionnels** autour de soi, avec un **rôle d'encadrement et de soutien**. Ce soutien est **bien perçu** par les participants.

*« On avait un peu recruté aussi les professionnels de santé du coin en se disant, on va encadrer, donc si vous avez besoin, on peut aider. Et c'est vrai que ça avait bien plu aux professionnels de santé. » P02*

La **formation initiale** à l'outil est **appréciée**. **L'intervention d'experts** renforce la **crédibilité** de la formation et **suscite de l'intérêt** pour l'outil.

*« C'était bien, les formations, elles étaient bien. En plus, il y a eu un gériatre qui est venu d'Angers nous présenter tout le test. C'était bien, c'était hyper intéressant. » P07*

Cependant, les professionnels regrettent le **manque de suivi** et **d'accompagnement personnalisé** à la suite de cette formation.

*« Et peut-être tu sais le manque aussi de formation. Parce qu'en fait, si tu veux, on a été formé une fois en distanciel, une fois en présentiel, mais on n'a pas été accompagné. Moi j'aurais aimé que quelqu'un soit un peu à côté de moi et me dise, bon ben le premier on le fait ensemble, quoi. » P04*

## 7. L'outil numérique, un frein important

a) Un criant manque d'ergonomie

Bien que le Step 1 soit perçu comme simple et rapide, le **support numérique** qui l'accompagne représente un **obstacle puissant**. Celui-ci est perçu comme un frein majeur à la mise en place d'ICOPE en raison de son **manque d'intuitivité** et de **nombreux bugs**. Cela entraîne une **démobilisation** voire un **abandon** du programme ICOPE.

*« Alors n'y a pas que le passage du Step 1 parce ça va très très vite, ce n'est pas long. En étant habitué j'ai envie de dire même en moins de 10 minutes il est fait. Cependant, à ces 10 minutes, faut rajouter la création du dossier sur l'outil numérique qui n'est vraiment*

*pas intuitif, il n'est pas ergonomique, c'est une catastrophe. Donc voilà parfois en plus il bug on n'arrive pas à s'en dépatouiller. Moi ça m'est arrivé de passer 20 minutes pour créer un dossier. Ce n'est pas possible. Ça arrive une fois ce genre de problème, 2 fois... Au bout de 3 fois j'en connais beaucoup qui ont dit je laisse tomber, je ne fais plus ça, terminé. Voilà donc il y a l'outil numérique qui est vraiment un frein. » P01*

La **complexité des étapes** pour accéder au Step 1, **l'entrée manuelle des données** administratives et **l'absence d'automatisation** de certaines tâches entraînent une frustration liée à la lenteur d'accès au questionnaire.

*« Au niveau informatique, alors lire la carte vitale et devoir remettre le NIR à la main. Enfin bon, je sais pas. Ok, on a beau être professionnel de santé et pas doué en informatique, on se dit ça pourrait se faire quand même automatiquement. Bon ça, OK. Recliquer 3 fois sur le dossier ICOPE, ça oui pareil au niveau informatique et OK on valide le patient, youpi. Et donc je sais plus combien de fois il faut taper sur ICOPE pour arriver au Step 1. Mais voilà, et quand on arrive au questionnaire, youpi ! On y est. » P03*

*« Toutes les infos à rentrer avant là, c'est assez lourd, le patient, le médecin traitant. [...] Donc remplir le médecin traitant tout ça parce que c'est pas automatique. Donc ça c'est dommage. Moi j'ai jamais réussi à lire la carte vitale sur ICOPE. Donc ça, c'était énervant. » P08*

*« L'enregistrement du patient prenait du temps. Une fois qu'il est enregistré, c'était très facile, mais l'enregistrement était quand même pas si facile que ça quoi. » P10*

La **fréquence excessive** et la **complexité du changement des mots de passe**, associée à un **processus bloquant** en cas de non-respect des consignes de sécurité, entraînent une **interruption du flux de travail**. Cette sécurité contraignante est perçue comme excessive voire inutile. Les nombreuses **dysfonctions techniques** rendent l'utilisation du système **peu fiable**.

*« Alors l'outil informatique le premier problème, c'est cette ultra sécurité autour de l'outil qui est absolument abominable. Faut changer son mot de passe tous les 6 mois, faut pas utiliser le même mot de passe. [...] Faut changer ton mot de passe et que c'est bloquant en plus si jamais tu le changes pas. Donc tu retapes un mot de passe. Ah non, vous l'avez déjà utilisé, quoi, 4 fois, enfin bon, voilà. L'ultra sécurité, vraiment, c'est chiant. Souvent avec la CPS ça marche pas parce que le logiciel il est pas à jour. Parce que si parce que ça il y a toujours une bonne raison. Ça marche une fois sur 2. Moi perso j'ai laissé tomber l'authentification par CPS. Voilà donc c'est chiant. L'ultra sécurité est vraiment pénible, vraiment pénible. » P01*

Les **critiques** concernant **l'application mobile** sont nombreuses. **L'absence d'application fonctionnelle** sur certains appareils, le **manque d'information** sur les changements ou suppressions de fonctionnalités entraînent une **désorganisation du travail** face à des **interruptions non anticipées**.

*« Par exemple, moi j'ai un Mac et un iPhone et carrément l'application n'existait plus. Pour les Mac et pour mon téléphone. Du coup ça n'existait plus, ça avait été carrément annulé.*

*Et en fait la problématique c'est qu'ils nous ont pas prévenus. Donc si tu veux, moi je devais faire un parcours ICOPE et je me retrouve devant un patient. Et là, l'application ne fonctionne plus, il y a plus rien qui fonctionne quoi. » P04*

*« Les patients c'est à domicile et donc ça a été une limite dans l'application et l'appropriation de ICOPE puisqu'au départ la solution mobile était défectueuse. » P09*

Les problèmes techniques font craindre aux professionnels de **paraître peu compétents** face au patient et de **perdre leur temps**.

*« Mais je voulais pas non plus perdre aussi de la crédibilité en disant bah je vais vous faire faire un test, bon ben en fait ça fonctionne pas. Et puis bah voilà, perdre du temps en fait par rapport à ça. » P06*

Les professionnels réclament un **outil plus rapide et fluide**, avec une **simplification des démarches administratives**. Ils font **référence à des plateformes** déjà existantes, comme Omnidoc, comme exemple positif.

*« Par exemple, tu vois la plateforme Omnidoc, elle est vachement facile d'utilisation. Bah, ce genre de choses en fait. C'est ça. Ouais voilà et puis t'as fait enfin ça envoie, tu mets pas 50 trucs, tu mets le numéro de sécu, hop ça t'enregistre ton patient. » P07*

*« Je trouve que c'est un bon outil, mais voilà, faut simplifier des choses. » P08*

Des efforts et des **ajustements** ont cependant permis de constater la **résolution des problèmes** techniques.

*« Maintenant, il y a plus de problème, tout fonctionne bien, mais bon, ça s'arrête dans quelques mois. » P06*

#### b) Un outil chronophage

Les dysfonctions techniques rencontrées rendent **l'outil chronophage**, ce qui nécessite des solutions alternatives comme revenir aux **méthodes manuelles**. Cela entraîne une **duplication des tâches de travail** car cette adaptation nécessite de répéter les étapes en passant du papier à l'ordinateur. Cette méthode témoigne d'une **résilience professionnelle** dans le maintien du suivi patient malgré les obstacles technologiques.

*« Il y a une période en fait, je faisais mes Step 1 sur papier parce que l'application c'était vraiment compliqué, ça fonctionnait pas, ça buggait en plein milieu de mon truc. Donc en fait je faisais papier, je revenais à la maison et je saisisais sur informatique du coup ensuite. » P02*

*« Alors écoute, l'application téléphone m'a beaucoup trop créé de problèmes. Donc j'utilise le papier et après je retranscris sur mon ordi. » P04*

« Voilà donc souvent même ça m'arrive aussi de refaire en fait sur papier, c'est pas le top mais parce que c'est un peu chronophage. Mais je vais refaire sur papier et puis ensuite je vais rentrer ça le soir. » P05

« Et quand je vois des collègues qui ont mis 45 minutes pour faire un test de 10 minutes. Bah du coup moi en fait j'ai arrêté, j'ai pas fait tout de suite et j'ai fait par papier aussi. » P06

Le **manque de temps** lié à l'utilisation de l'outil numérique agit comme un **facteur décisif d'abandon** du projet ICOPE.

« Et je pense qu'il y a ces couacs informatiques qui posent des problèmes de temps, de patience. C'est vrai que les médecins, j'ai entendu que des médecins formés ne le font pas parce que pour des histoires, 1 au début informatique et 2 parce qu'ils ont pas le temps, ils ont pas le temps. » P03

Enfin, la nécessité de **contacter le service informatique** à plusieurs reprises **sans résolution efficace du problème** est vécue comme du **temps perdu**. L'inefficacité de la réponse technique et l'absence de solutions aboutissent au **désengagement** du professionnel.

« Donc j'étais obligée de contacter ICOPE, moi ça me prenait un temps fou. Enfin je l'ai fait 2 fois après c'est bon hein. Parce que du coup ils me disaient 'ben si essaye comme ça' j'ai dit 'Bah oui j'ai réessayé ça marche pas'. Et après il fallait les avoir au téléphone, après ils me disaient 'Ben en fait renvoyez nous un mail pour expliquer bien tout ce qui s'est passé pour qu'on résolve le problème'. Et le problème n'était pas résolu, donc. » P08

### c) Une rémunération difficile et plutôt obscure

La **procédure de facturation** est également jugée **complexe** et les étapes nécessaires à sa réalisation **manquent de clarté**.

« Surtout même sur la facturation sur tout ça. En fait, tout, tout, même le reste. Je trouvais que c'est un peu compliqué. [...] Bah ce qu'il fallait faire, si c'était bien facturé ou pas. » P07

**L'absence d'automatisation** dans les démarches est sujette aux **erreurs humaines**. En effet si le professionnel oublie une étape il y a un risque de ne pas envoyer le compte-rendu au médecin et de **ne pas facturer** le soin.

« C'était pour nous, pour notre facturation de soins. Pour la facturation d'ICOPE, c'était très compliqué, fallait qu'on saisisse notre questionnaire, qu'on aille cliquer à un endroit pour que ça envoie une facturation. [...] Ça fait beaucoup de manipulations. Si on oublie de le faire, ben c'est pas envoyé au médecin, c'est pas facturé. Enfin faudrait que ce soit des choses plus automatiques en fait. » P02

La complexité de ces tâches administratives amène parfois le professionnel à utiliser le programme ICOPE **sans compensation financière**.

*« Donc en fait pour la suite, moi je le fais plus pour l'instant, comme ça l'intégrer sans le facturer en fait. Voilà donc je l'intègre au bilan pour le médecin. Mais j'ai pas encore été au-delà, enfin, en ce qui concerne la facturation par exemple. » P05*

*« La facturation alors... je pense qu'il y a plein d'actes que je ne me suis pas fait payer. » P08*

Le **manque de transparence** associé à la facturation crée une **incertitude** chez les professionnels. Le système de paiement est alors perçu comme flou et non fiable. Cette incertitude est aussi liée à un certain **manque d'implication** du professionnel dans le suivi administratif ou une désillusion vis-à-vis du système de paiement.

*« J'ai jamais trop vérifié, il faudrait que je vérifie mais j'ai jamais trop vérifié si j'ai été payée tu vois. [...] Donc oui, j'ai pas trop vérifié mais j'imagine que... J'imagine que oui. Mais oui, avec la CPTS moi pareil, tu vois les paiements j'ai pas de vrai retour. Nombre de Steps, vous avez fait tant de Steps, voilà combien vous avez été rémunérée pour tant de Steps. Je n'en sais rien. » P04*

Il existe des préoccupations sur la **pérennité financière** du programme. Dans un système libéral où les professionnels réalisent déjà beaucoup **d'actes non rémunérés**, l'absence de **valorisation adéquate** dans le cadre d'ICOPE pourrait avoir un **impact significatif sur la motivation** à proposer le test.

*« Après je sais pas trop comment ça va être pérennisé aussi de manière financière parce que ça nous demande quand même un certain temps. Si du jour au lendemain ça devient moins payé ou si ça ne l'est plus du tout, c'est pas sûr qu'on continue à en faire. C'est qu'on a l'habitude nous, les infirmiers, de faire beaucoup d'actes gratuits donc... Tu vois du coup, enfin je fais un aparté, mais on a le droit de prescrire des substituts nicotiques, la pilule, prescrire des vaccinations. Mais tout ça, on n'est pas payé pour. On a pas de cotation en lien donc on fait beaucoup d'actes gratuits donc au bout d'un moment si c'est pas valorisé et que... c'est toujours un peu honnêtement... Ouais, même si on est intéressé, ça m'empêchera pas d'en faire ponctuellement si je trouve qu'il y a un intérêt, mais je le proposerai peut-être moins systématiquement. » P02*

La rémunération des tests est actuellement perçue comme **généreuse** par rapport à d'autres actes de soins. Elle reste cependant **insuffisante à elle seule** pour motiver les professionnels à participer au programme. D'autres aspects sont nécessaires pour inciter plus de professionnels à s'engager.

*« Je pense pareil au niveau rémunération. Enfin c'était pas non plus déraisonnable, bien au contraire hein. Moi je trouve que c'était cher. Enfin pas cher payé mais très généreux. Je veux dire, des fois on se bat pour avoir des centimes nous dans notre métier sur des cotations et là on avait des... 18€, 50€ je dis mais alors c'est incroyable pour des tests comme ça. Donc c'était très attractif, mais donc c'est pas ça qui fera venir plus les gens hein. » P06*

« Et sinon financièrement, le Step 1 était quand même relativement bien rémunéré aussi par rapport au temps passé. » P10

d) Démobilisation des professionnels face aux problèmes techniques

La **perte de motivation** liée aux problèmes rencontrés lors de l'expérimentation ICOPE conduit parfois à un **abandon du projet**. Le projet est alors vécu comme un **échec**.

« J'ai un peu abandonné le projet parce que... Bah parce qu'en fait ça floppe un peu quoi hein, c'est un manque de motivation. » P04

« Ça m'a freiné. J'ai persisté un peu en éditant les différents outils en papier, mais c'est décourageant et j'ai vite renoncé en fait. » P09

Malgré une formation initiale qui suscite l'**enthousiasme**, celui-ci est rapidement remplacé par une **déception** liée aux **freins** à la mise en œuvre du programme. Cette **vision négative** est en grande partie liée à l'outil informatique.

« Moi à chaque fois que je sors d'une formation je ressors hyper boostée. [...] Je sors hyper boostée parce que le projet je le trouve chouette, et cetera. Et puis ben, ça déchante aussitôt parce que je me retrouve avec plein de freins. [...] Ben tu dis que bon, tu sais, on est des libéraux donc on travaille beaucoup donc si tu dois aller te frotter à une appli qui fonctionne pas, tu sais jamais trop si t'es payé, si tu veux, c'est pas fluide. » P04

Il existe un fort contraste entre la **perception positive du projet** ICOPE et la **frustration** liée à l'outil informatique. Les professionnels, malgré un outil jugé utile, cherchent à **optimiser leur temps et leur énergie** dans d'autres tâches jugées plus productives et efficaces.

« Alors en fait l'outil est tellement pas fiable que tu te... le projet est génial, l'outil est pas fiable du coup tu perds pas ton temps quoi. Tu essaies d'optimiser dans d'autres choses. » P04

« Bah, quelque chose qui marche pas de façon optimale, il y a un moment j'arrête. » P08

Le manque de fiabilité et la complexité de l'outil entraînent un **désengagement massif** des professionnels de santé. Il existe une **incompréhension** entre les informaticiens et les utilisateurs sur le terrain, qui n'ont **pas le même niveau de maîtrise technique**. Ces différents facteurs conduisent même à un **rejet d'autres projets innovants** liés au numérique et un **impact négatif sur la collaboration en santé numérique**.

« Oui, de toute façon, on a perdu beaucoup de professionnels à cause de ça, hein. [...] Parce que c'est vrai que les informaticiens nous disaient non mais vous inquiétez pas, c'est pas compliqué, mais eux c'est leur travail. [...] Parce que en fait, là, plus personne

*ne voulait entendre parler du GCS et E-Santé. Et même d'autres CPTS à côté de chez nous ils voulaient même plus faire de projet avec eux tellement c'était compliqué au niveau de l'application ICOPE. Enfin ça a mis vraiment beaucoup de freins et de bâtons dans les roues pour ça hein. » P06*

*« Donc là c'est E-PDL, c'est la E-santé Pays de Loire qui s'est occupé du support informatique. Et ils ont pu voir les informaticiens que le monde de la santé était nul, on ne parle pas du tout la même langue. » P03*

En raison de la **faible participation** et des **résultats insatisfaisants**, le projet ICOPE Pays de la Loire est perçu par certains professionnels comme étant un **échec**. Les résultats obtenus sont inférieurs aux **attentes initiales parfois très élevées** vis-à-vis du programme. L'écart entre la **simplicité apparente** du programme et le **manque d'impact réel** est attribué aux obstacles techniques.

*« Parce que là je sais pas les dernières statistiques, mais forcément elles sont beaucoup moins bonnes que ce qu'on aurait pu espérer. On est loin de l'inclusion. [...] Pour moi c'est un échec, c'est une catastrophe parce que ça représente pas l'impact que peut avoir ICOPE. Et la difficulté de l'outil est vraiment à mettre en avant. » P06*

*« Voilà en fait, moi j'attendais beaucoup de cette expérimentation parce que c'était vraiment notre groupe de travail. Quand c'est arrivé, j'ai dit Ah, c'est super, ça tombe tout cuit dans la bouche, le diagnostic des plus de 60 ans, c'est vraiment bien et en fait, pfiou, voilà. » P08*

## 8. Les effets d'ICOPE sur la charge de travail des professionnels

### a) Mise en place de créneaux dédiés

Pour **intégrer ICOPE à la pratique quotidienne**, ce qui est parfois **difficile**, il est nécessaire de **réorganiser ses consultations**. La mise en place de **créneaux dédiés** est perçue comme une solution efficace pour **éviter la surcharge de travail**.

*« Donc au final dans le meilleur des cas il faut 10 grosses minutes pour passer un Step 1 et dans le pire 20-25 minutes. Donc les deux gros freins c'est vraiment le temps et intégrer ça dans sa pratique. Donc moi j'ai décidé de sortir les Step 1 de mes consultations et je mets réellement des créneaux dédiés à ça. Soit je ne mets pas de rééducation à un moment de la semaine où je fais du ICOPE, soit je fais 1 ou 2 h supplémentaires, on va dire où je vais faire de l'inclusion. » P01*

La principale contrainte dans l'organisation est le **temps consacré à chaque patient** dans sa pratique quotidienne, qui se compose principalement de **soins rapides**. La durée des consultations est **limitée**, ce qui rend difficile l'ajout de tâches

supplémentaires comme le Step 1. L'organisation de créneaux dédiés permet une **meilleure gestion du temps** auprès des patients.

*« C'est pas toujours évident à inclure dans notre pratique quotidienne. Au début j'ai essayé de le faire au décours d'un passage chez un patient, mais nous en tant qu'infirmiers, globalement on a des prises en charge courtes. Enfin c'est des temps courts chez nos patients, c'est une prise de sang, c'est un pansement. Donc en gros on prévoit 10 minutes quoi chez notre patient donc rajouter un Step 1 de 1/4 d'heure 20 minutes à ce moment-là c'est compliqué donc faut vraiment qu'on prenne des temps dédiés. » P02*

*« Alors je les intègre pas moi dans mes prises de sang. Non mais j'ai vraiment pas le temps. Je les intègre pas parce que quand tu es à domicile t'as déjà tellement pas beaucoup de temps que je ne peux pas. Du coup je les fais en plus les après-midis où c'est plus calme. » P04*

#### b) Faire un test ICOPE à la suite d'un soin

Pour d'autres professionnels, les rendez-vous dédiés uniquement à ICOPE génèrent des **retards** et des **échanges prolongés** avec les patients. Cela est souvent dû aux comportements des personnes âgées, qui apprécient **faire la conversation pendant les soins**. Dans ce contexte, l'intégration du Step 1 à la suite d'un soin permet une **meilleure gestion du temps**.

*« Les personnes âgées aiment bien prendre le thé entre guillemets hein. C'est à dire que là ils sont bien, ils sont chez eux, ils sont sur le fauteuil et donc il faut les cadrer pour pas perdre de temps. Pour moi, c'est plus facile de le faire à la suite d'un soin. Parce que tout au début quand j'ai essayé de prendre des rendez-vous que pour ICOPE, alors là ils racontaient leur vie, c'était ingérable, ingérable. Tandis que dans le soin ça passe, mais pour ça faut pas être en retard, voilà faut pas avoir un planning... Moi je prends 3 quarts d'heure par personne ce qui me permet parce que les personnes âgées c'est long au déshabillage, voilà ils voient obligatoirement du monde donc ça parle et tout. Il faut du temps, faut être zen. » P03*

Certains professionnels intègrent une **dimension humaine** dans le soin en organisant **du temps supplémentaire** dans leurs créneaux pour **s'adapter aux besoins du patient**, si les soins ou les conversations sont plus longs que prévu. L'intégration d'ICOPE à ce moment-là permet de **valoriser un temps déjà réservé aux échanges**. Dans ce cadre le test est adapté pour **équilibrer la qualité du soin et la rentabilité**.

*« Enfin moi je vois sur les soins de pédicurie, je prends toujours 3/4 d'heure et régulièrement, en une demi-heure, c'est fini et ça permet en fait sur ce quart d'heure restant de rajouter... Enfin, en fait, je garde toujours ce quart d'heure si le patient a besoin de parler. Si y a des patients ou des soins qui traînent un peu plus. Donc j'ai choisi ça, de pas rentabiliser ce quart d'heure et de le garder au cas où. Et en fait d'avoir ICOPE bah ça*

*me permet, ça permet aux patients d'avoir quand même ce quart d'heure pour discuter. Et puis moi quand même d'être rémunérée pour ça. » P08*

c) L'organisation de journées de dépistage collectif

Dans certains cas les professionnels de santé préfèrent organiser les dépistages sous forme **d'évènements collectifs**. Ce format est jugé **adapté aux contraintes de temps et d'organisation** des professionnels libéraux. Ceux-ci rapportent d'ailleurs une **expérience positive** et sont prêts à **réutiliser ce format** pour des actions futures.

*« Le format qu'on trouvait bien nous c'était les dépistages collectifs comme on a fait une ou 2 fois. Ce format-là, nous semble vraiment adapté. » P02*

*« On fait des dépistages collectifs. [...] Ben là on a fait déjà quand même pas mal dans pas mal de villes. Après forcément quand c'est des jours hospitaliers, je peux pas y aller, mais quand c'est des jours en libéral, j'y vais systématiquement. » P06*

Les **actions de prévention organisée par les CPTS** sont mises en avant car elles offrent un **format bien structuré** et un cadre rassurant. Elles peuvent faire office de **formation continue** sur ICOPE.

*« Mais vraiment, je privilégie les journées prévention de la CPTS. » P04*

d) Faire le test en fin de prise en charge thérapeutique

Une autre utilisation stratégique de l'outil ICOPE consiste à réfléchir sur le **positionnement du Step 1 dans le parcours de soin** du patient. La plupart des professionnels interrogés utilisent le Step 1 au début de leur prise en charge pour établir un **bilan de base**. Cependant, en plaçant l'évaluation à la **fin de la prise en charge**, le professionnel de santé **évite de confronter le patient à ses limitations** dès le début. Cela permet de **montrer les progrès** réalisés à travers l'évaluation, dans une démarche pédagogique.

*« J'avais juste réfléchi à quel moment je le faisais. Au début je me suis dit je vais le mettre dans le bilan de base, mais en fait je me suis vite rendu compte en réfléchissant que c'était pas la bonne idée parce que du coup je vais aller les remettre devant d'autres difficultés alors qu'ils venaient déjà vers moi avec des difficultés. Je vais pas les faire ressortir en disant que, bah effectivement il va falloir faire un peu de rééducation par rapport à leurs problèmes, ça va être un peu long. Puis en même temps qu'en fait l'audition est pas bonne et puis que la vue est pas bonne et donc voilà. J'ai dosé, je l'ai vraiment mis en fait à la fin. [...] Donc j'étais content en fait de le mettre à la fin juste pour simplement leur montrer, vous voyez ? Eh ben ça au début des séances, vous auriez été incapable de le faire. C'était vraiment une capacité qui n'allait pas. » P06*

## 9. Diffuser le test ICOPE à grande échelle, informer

### a) Utiliser des supports visuels

Pour informer les patients de l'existence de ICOPE, les professionnels peuvent agir à leur échelle par la mise à **disposition de plaquettes en salle d'attente**. **L'affichage incitatif** renforce la visibilité en tant que professionnel formé ICOPE et encourage les patients à poser leurs questions. Les **supports éducatifs** suscitent ainsi des **conversations spontanées** sur la santé globale.

*« Maintenant, les plus petites plaquettes ICOPE, je les ai mises dans la salle d'attente, ça fait sur la nutrition avec tous les conseils et tout. Je les ai plastifiées et je les ai mises en salle d'attente donc... ils ont que ça à consulter donc on ne peut pas les louper. Et ils m'en parlent spontanément. Et j'ai mis sur la porte, je sais plus comment j'ai tourné la chose, mais sur la porte, il y a marqué que j'étais un professionnel formé ICOPE et qu'ils n'hésitent pas à poser leurs questions. Qu'ils n'hésitent pas à montrer leur intérêt, voilà ou quelque chose comme ça. » P03*

Les supports d'affichage nécessitent parfois une **adaptation** pour **mieux correspondre aux besoins locaux**. Les supports visuels sont utilisés pour **transmettre des messages clés** et les rendre compréhensibles pour le public cible.

*« Et puis d'ailleurs on avait beaucoup axé notre campagne d'affichage là-dessus aussi, pour rassurer les gens, on avait modifié l'affiche qui était proposée en fait par ICOPE Pays de la Loire pour essayer de l'ajuster un peu justement à nos difficultés. » P06*

### b) Impliquer le maximum de personnes dans le dépistage

Pour favoriser la **démocratisation de ICOPE**, il est indispensable de **recruter un plus grand nombre d'acteurs** qui proposeraient les tests. Le **rôle collectif de la sensibilisation** est un enjeu majeur de la diffusion du test. L'accessibilité du Step 1 doit le rendre encore plus visible et **toucher un large public**.

*« Et c'est aussi le monde impliqué. Qu'il y ait plus de gens en fait, qui proposent de faire passer les tests. Autant pour le Step 2, oui, il faut peut-être en savoir un petit peu plus sur les tests, et encore. Autant pour le Step 1... Enfin, comme c'est censé être le patient qui puisse le faire tout seul, je pense que tout le monde devrait en parler en fait de ce test, et il devrait être beaucoup plus diffusé, même par papier. » P06*

Les **événements communautaires** accueillant le public cible peuvent être une opportunité particulièrement efficace de réaliser des **dépistages massifs**. L'utilisation de ces **cadres sociaux** renforce l'adhésion au programme.

« Enfin je sais que par contre les dépistages qui ont le plus fonctionné chez nous c'est dans tout ce qui était les salons ou les rencontres... Du coup justement prendre soin de sa santé quand on est âgé. Les réunions Bien vieillir, là, ça a très très bien fonctionné. » P06

L'information d'ICOPE passe aussi par la **sensibilisation des professionnels**. La **formation continue** des professionnels joue ici un rôle clé.

« Mais je pense qu'il faut qu'on soit tous plus informés d'ICOPE. Déjà ICOPE, c'était une découverte pour certains professionnels alors que pour moi je connaissais ça depuis ICOPE Monitor avec Toulouse, mais aussi je pense par rapport à mes formations. » P06

### c) Communications officielles par les institutions

La **communication officielle par les institutions** est particulièrement efficace pour sensibiliser le public âgé. Les **régimes de retraite** jouent un rôle de **partenaire institutionnel** d'ICOPE intéressant. Ils offrent une **communication ciblée** envers leurs usagers pour compléter les efforts des professionnels de santé en utilisant leur **réseau déjà existant et opérationnel**.

« La Carsat a communiqué sur ICOPE au niveau des régimes de retraite et j'ai plusieurs patients qui m'ont dit 'Ah oui, on a été prévenu par la Carsat', voilà. » P03

Une **diffusion organisée et structurée** via des **organismes reconnus**, comme l'Assurance Maladie, peut être un moyen de légitimer et de diffuser largement le programme ICOPE. Des **moyens de communication traditionnels** comme le **courrier** et la **télévision** seraient intéressants pour atteindre le public âgé.

« Et puis peut-être faire une campagne, une vraie campagne de diffusion. En fait, à la télévision. (rires) Voilà pour les personnes en fait. Ou un courrier de l'Assurance Maladie bien sérieux. Voilà, en fait, il faut qu'il y ait une communication officielle. » P08

## 10. Impact de l'expérimentation ICOPE sur les pratiques professionnelles

### a) Enrichissement des pratiques professionnelles

L'expérience ICOPE a permis aux professionnels **d'adapter leurs pratiques**. Ils s'approprient les principes du test pour les **ajuster à leurs besoins cliniques**. ICOPE devient un **outil de référence** pour organiser un bilan global et structuré des patients âgés.

« En fait, j'ai calqué mon bilan kiné sur ICOPE. Alors j'ai modifié un petit peu quelques trucs, par exemple le MMSE, je fais pas le MMSE je fais la MOCA qui est plus pertinente pour les troubles de la marche et de l'équilibre qui sont plus dans les fonctions exécutives. Ouais. Donc voilà. Mais sinon franchement, j'ai calqué un petit peu ce bilan général de la personne âgée. Quand je fais un bilan global, c'est franchement bien calqué sur ICOPE. » P01

D'autres professionnels **intègrent tout simplement l'outil ICOPE dans leurs bilans** de manière régulière, soulignant sa pertinence et son utilité dans le suivi des patients.

« Eh bien en fait, j'intègre le Step 2 maintenant dans mes bilans. Donc en fait le Step 2 qui me concerne un peu plus précisément le SPPB là, mais je l'intègre maintenant quasiment... euh... Oui, toutes les semaines. » P05

ICOPE est perçu comme un moyen **d'enrichir son expérience professionnelle** et de **diversifier ses pratiques**. Il peut **redonner de la motivation** professionnelle en **cassant la routine**, surtout chez les professionnels de fin de carrière qui peuvent avoir un sentiment de monotonie.

« Alors pour moi c'est un enrichissement professionnel. Moi, ça fait 34 ans que je fais ce métier. Et où je dis, 'et quand j'appuie là, ça vous fait mal?', 'et c'est quoi, un cor?' et je répète la même chose depuis 34 ans. Parce qu'en plus, j'ai des personnes qui viennent tous les mois, elles ont beau avoir vu 20 pédicures durant toute leur vie elles posent les mêmes questions, elles intègrent pas la réponse et si tu veux il y a une usure de métier au bout d'un moment, comme dans tous les métiers. ICOPE me permet de respirer. » P03

Le programme ICOPE permet aussi **d'élargir son champ d'évaluation** grâce à de nouveaux outils et de **se perfectionner** dans certains domaines, selon ses intérêts.

« Et puis je me suis dit qu'il pourrait m'arriver aussi de faire un Step 2 MNA ou Mini Mental State, etc., parce que c'est vrai que je côtoie pas mal de gens avec des troubles cognitifs. Parce que je suis sur l'URPS du coup moi je suis référente sur Parkinson. Donc ça m'intéresse aussi. » P05

Ces nouveaux outils permettent **l'intégration de nouveaux domaines de prise en charge** en consultation.

« Alors maintenant ouais, le test à la voix chuchotée, ça je faisais pas du tout. Ça, je le fais, je le fais maintenant, mais en fait maintenant, je l'ai plus inclus dans les consultations plutôt que de faire un ICOPE. » P07

Pour certains professionnels non spécialistes, la participation à l'expérimentation permet une **meilleure approche des problématiques gériatriques** et une **amélioration des compétences**.

« Après je sais que pour mes autres collègues, le fait de faire ICOPE quand ils ont pas une notion gériatrique, ça les a, on va dire, ça a amélioré leurs pratiques. » P06

b) Vigilance accrue

La **réactivité des professionnels** est améliorée grâce à ICOPE, ceux-ci ayant une **vigilance accrue** vis-à-vis des signes d'alerte et des risques chez les patients. Cette vigilance permet une **gestion plus préventive** des problèmes de santé.

*« Oui bah c'est plus au niveau justement de la vigilance sur les points d'alerte, c'est que je sais exactement ce qu'il y a dans le questionnaire. Donc je dis 'Oh là mon patient il marche moins bien' ou 'attention, il y a une chute'. Oh ben on va peut-être faire un ICOPE, on va peut-être être vigilant sur ça. Avant, bon, il y aurait eu une chute, j'aurais dit bon ben faut faire attention, voilà, mais je me serais peut-être pas alarmé tout de suite, j'aurais peut-être attendu un petit peu. Maintenant, du coup, on commence à en parler tout de suite. » P02*

c) S'engager autrement dans le « Bien vieillir »

L'adhésion au programme ICOPE renforce la **compréhension des professionnels** de l'importance de la prévention et du vieillissement en bonne santé. Ceci peut être complété par une **formation continue** qui permet une **connaissance approfondie de l'outil**.

*« Ouais voilà exactement après je suis biaisé j'ai fait mon DU et mon mémoire dessus pour ICOPE donc j'avais vraiment parcouru ICOPE, j'ai vraiment compris l'intérêt d'ailleurs sur la prévention, sur le bien vieillir. » P01*

*« Bah alors moi j'étais déjà un peu aussi un adepte d'ICOPE. Je connaissais déjà les questions, c'était parce que forcément je fais beaucoup de gériatrie et forcément c'est des questions qui peuvent revenir. » P06*

Les **thématiques** portées par l'expérimentation ICOPE peuvent **inspirer des formations** et des **axes de communication** locaux, dans des structures qui favorisent la **collaboration interprofessionnelle** comme les Maisons de Santé Pluridisciplinaires.

*« Après là, nous, on est en train de créer une MSP, donc ça peut être des thématiques fortes pour des formations ou des axes de communication sur des problématiques. » P04*

Certains professionnels choisissent d'occuper une double fonction, en **s'engageant dans la vie publique au niveau local**, ce qui influence leur approche des problématiques liées aux seniors. Cela permet de faciliter le réseau de collaboration avec les collectivités locales.

*« Ah oui, c'est juste qu'en fait je suis conseillère municipale donc aux solidarités et comme je suis kiné à domicile depuis 30 ans, le maire savait que je faisais des soins à domicile, que je connaissais bien ce public. Donc c'est pour ça qu'il m'a proposé d'être*

*conseillère municipale en charge des seniors en fait. Donc c'est pour ça que je trouve... On a fait cet après-midi de repérage sur la commune. Et ce que je trouve d'intéressant aussi, c'est tout ce maillage avec les collectivités, voilà. » P05*

d) L'âgisme dans les soins

La découverte du programme ICOPE peut entraîner une réflexion personnelle et une remise en question de la **perception des personnes âgées**. Il y a une **prise de conscience de l'âgisme** dans les soins et une **réévaluation des stéréotypes liés à l'âge**. Cela amène une **approche plus respectueuse** et informée de la personne âgée.

*« Ça m'a ouvert les yeux, franchement sur cette... Enfin, sur cette, comment dire, néologie des professionnels de santé, sur l'âge quoi, et sur l'âgisme surtout. J'ai peut-être même eu ce discours un jour dans ma vie professionnelle, 'vous êtes vieux. C'est normal, voilà'. Ben aujourd'hui, depuis que j'ai balayé toute la bibliographie de ICOPE et du bien vieillir et tout ça, j'ai un petit peu honte de cette idée que j'avais dans la tête des vieux. [...] Voilà donc par contre bah c'est plutôt positif, c'est plutôt positif si ça peut ouvrir les yeux sur les vieux justement j'aime bien dire les vieux. (rires) » P01*

Certains patients ne se reconnaissent pas dans les stéréotypes de la société sur le vieillissement. Il est nécessaire de rester vigilant sur **la manière dont les messages de prévention sont formulés et reçus**, car la prévention liée au vieillissement peut être perçue différemment selon les individus.

*« Et puis on a 'Ah bah non, je suis pas vieux'. J'ai un patient qui a été heurté par l'affiche. J'avais mis l'affiche que la CPTS a fait dans la salle d'attente, il me dit, 'Ah y a que des vieillards, des gens avec les cheveux blancs représentés dessus. À 60 ans, le début des déficiences.' Après on en a parlé, mais pour lui, c'est enfin. Enfin c'était compliqué, oui. » P08*

### III. DISCUSSION

---

#### A. PRESENTATION DES RESULTATS

Au vu des résultats précédemment cités, on peut résumer les principaux aspects liés à l'implémentation du programme **ICOPE** en Pays de la Loire en mettant en lumière les **avantages perçus**, les **obstacles rencontrés**, les **adaptations réalisées** et les **perspectives** pour son développement (Figure 3).

ICOPE est reconnu pour **son approche multidisciplinaire et centrée sur le patient et son entourage**, permettant un dépistage précoce des fragilités et une personnalisation des parcours de soins. **Ses bénéfices pour les professionnels de santé** sont la réduction de l'incertitude clinique, le renforcement des relations interprofessionnelles et soignant-soigné, ainsi que l'enrichissement des pratiques. **La simplicité et l'accessibilité de certains outils**, comme le Step 1, et une rémunération attractive, contribuent aussi à donner aux professionnels une vision positive d'ICOPE.

Cependant, plusieurs freins ont été identifiés. Des **limites structurelles** sont soulignées, notamment un système de santé axé sur le curatif et un manque de ressources locales pour accompagner les interventions après le dépistage. La **résistance de certains patients** est mise en avant, liées à un manque d'adhésion et à une sensibilisation insuffisante. Au niveau technique, **l'outil numérique** qui accompagne le programme est considéré comme le principal frein rencontré par les professionnels. Enfin, au niveau organisationnel certains défis sont également signalés, comme un **manque de suivi des professionnels** après la formation initiale et des **tensions interprofessionnelles** possibles.

Pour surmonter ces obstacles, les professionnels ont procédé à certains ajustements. On peut citer le **travail pédagogique auprès des patients**, en adaptant le discours et en renforçant leur engagement, **l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle** et l'organisation de formations ou de journées de dépistage, ainsi qu'une **adaptation dans l'utilisation des outils et tests**, permettant aux professionnels de mieux intégrer ICOPE dans leur pratique.

Enfin, les professionnels proposent plusieurs leviers pour optimiser le programme. Ils soulignent l'importance d'un **changement des mentalités** en valorisant la prévention comme pilier du vieillissement en bonne santé. Ils expriment aussi la nécessité de **mobiliser tous les acteurs concernés**, afin de sensibiliser le public à grande échelle. Ils souhaitent **renforcer l'organisation du parcours de soins**, avec des réseaux d'aval structurés et des outils numériques adaptés. Et enfin, il est important de continuer à valoriser le travail effectué par une **rémunération attractive et pérenne**, pour motiver les professionnels à continuer de proposer le dépistage.

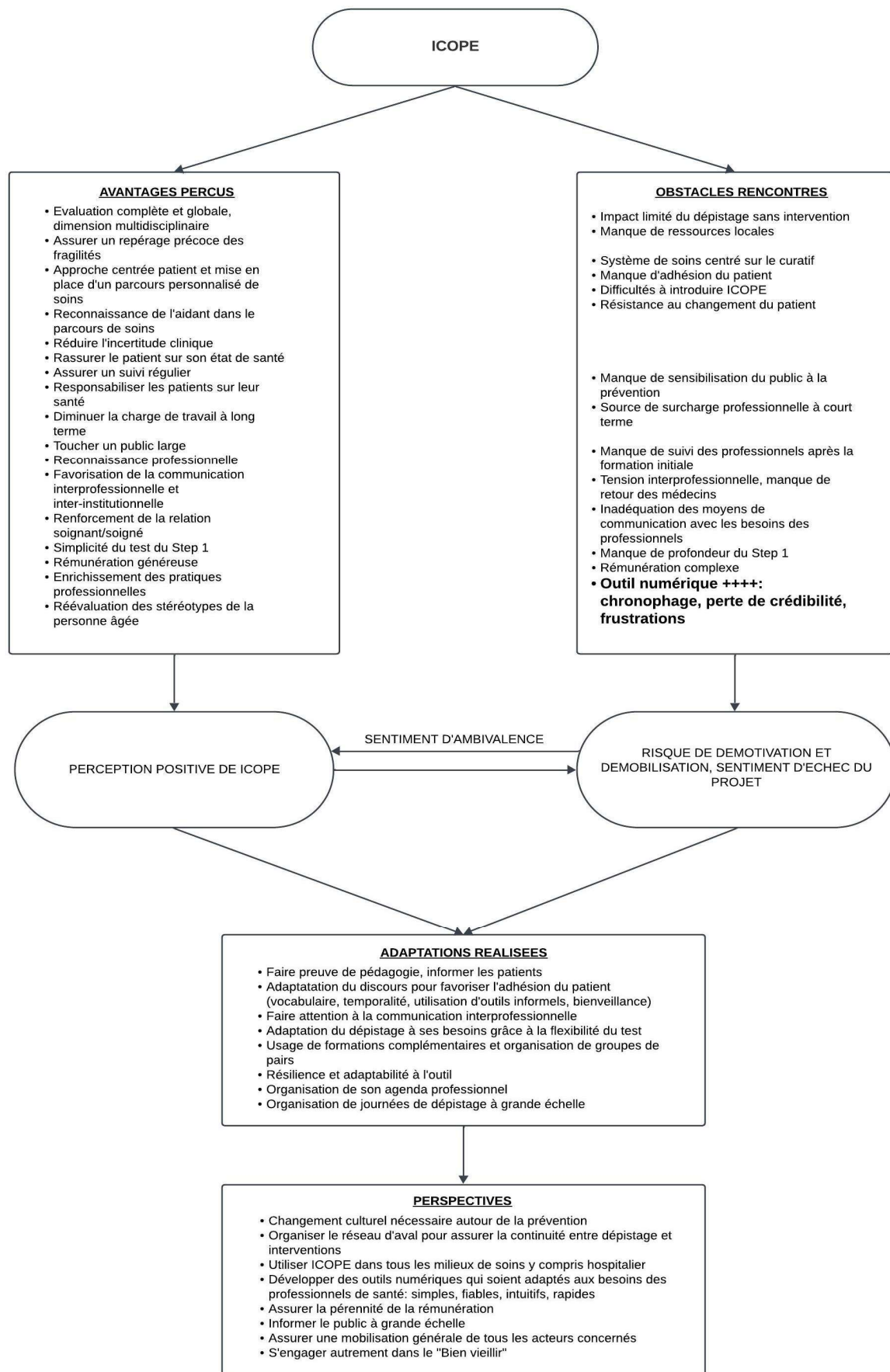


Figure 3 : Avantages et freins du programme ICOPE en Pays de la Loire

## B. VALIDITE DE L'ETUDE

### 1. Forces

L'étude porte sur ICOPE, un **programme innovant et aligné avec les priorités actuelles** de santé publique concernant la prévention et le vieillissement en bonne santé. Elle répond à un **besoin identifié** de comprendre quels sont les besoins des professionnels de santé pour utiliser ces outils innovants et les déployer à grande échelle dans les prochaines années.

Le choix d'une **méthode qualitative inspirée de la théorisation ancrée** permet de générer des théories dans les données collectées plutôt que de partir d'une hypothèse prédéfinie, ce qui est particulièrement adapté pour comprendre des phénomènes comme les succès ou les défis d'un projet tel qu'ICOPE. Cela permet aussi **l'exploration de processus complexes et dynamiques** impliquant des interactions entre les professionnels de santé, leurs patients, les outils numérique et le contexte local dans lequel ils évoluent. Enfin les résultats issus d'une théorisation ancrée fournissent des bases solides pour élaborer des **recommandations concrètes**, adaptées aux besoins réels des acteurs de santé.

La réalisation **d'entretiens semi-dirigés individuels** permet de répondre aux critères méthodologiques de cette approche. L'utilisation d'une majorité de **questions ouvertes** a permis d'encourager le dialogue et l'expression des professionnels.

Les entretiens ont été réalisés dans une **démarche itérative** pour répondre à la rigueur méthodologique des recherches qualitatives. Cela permet de s'assurer que la recherche reste **flexible, ancrée dans les réalités** du terrain et capable de produire des résultats à la fois rigoureux et utiles.

Le nombre d'entretiens réalisés pour cette étude n'avait pas été décidé au préalable. Ils ont été arrêtés après celui de P10, la **suffisance des données** ayant été estimée atteinte à l'issue de l'entretien de P8 et confirmée après deux entretiens supplémentaires, ceux-ci n'apportant pas de données nouvelles. Le phénomène semblait alors **décrit et caractérisé**.

Les participants à l'étude viennent de **disciplines** et de **zones géographiques différentes**, et ont des habitudes de travail différentes même au sein d'une même profession. Cela renforce les données en offrant une **vue d'ensemble**.

### 2. Limites

L'échantillon de professionnels de santé interrogés est **limité**, et toutes les familles de professions impliquées dans ICOPE n'ont pas répondu, ce qui peut limiter la **représentativité** de l'étude.

Le **recrutement des professionnels de santé** a rencontré des obstacles variés liés à leur manque de temps et de disponibilité, une crainte d'être jugés ou évalués sur leurs pratiques, une absence d'intérêt ou de motivation pour le projet d'étude.

Le **niveau d'expérience** de l'investigatrice sur la façon de mener des entretiens semi-dirigés a pu influencer sur la qualité des entretiens et donc sur les données recueillies.

Les entretiens réalisés en **visio-conférence** peuvent entraîner une communication moins riche, une perte d'interactions spontanées et une communication non verbale limitée.

L'analyse qualitative peut être sujette à des **biais subjectifs** concernant l'interprétation des données. **L'absence de triangulation** peut entraîner des biais liés au chercheur et influencer l'interprétation des réponses.

Les résultats d'une étude qualitative sont souvent **spécifiques à un contexte**, un groupe ou une situation donnée. Les résultats pourraient être **difficilement généralisables** au-delà de la région Pays de la Loire, car les freins et leviers peuvent varier selon les régions.

## C. COMPARAISON A LA LITTÉRATURE

Le programme ICOPE a été évalué dans d'autres pays ou régions. Les résultats des données de la littérature font écho à ceux exposés précédemment.

En Chine, une étude contrôlée randomisée démontre **que le programme ICOPE améliore significativement les capacités fonctionnelles** des personnes âgées et **réduit les risques de fragilité**. Cependant plusieurs défis sont associés au déploiement d'ICOPE. Premièrement, des **difficultés d'adhésion des patients** au programme liées à un manque de sensibilisation, des perceptions variées concernant son utilité, et des barrières logistiques comme le transport ou l'accès aux soins. Ensuite, certains **obstacles organisationnels** sont soulignés au niveau local, comme le manque de coordination entre les différents acteurs de santé et des ressources limitées pour soutenir sa mise en œuvre. Les professionnels ont également exprimé le **besoin de formations spécifiques** pour appliquer efficacement le programme ICOPE (35).

A Hong Kong, une étude examinant la préparation à l'implémentation de l'approche ICOPE des services sociaux et des politiques publiques identifie des **lacunes dans l'intégration médico-sociale**, un besoin de **renforcer les compétences** des professionnels, **d'améliorer la coordination** des réseaux, et de sécuriser un **soutien**

**financier.** Les résultats soulignent également l'importance **d'adapter le programme ICOPE au contexte local** pour favoriser son adoption (36).

En Suède, une étude montre que les interventions intégrées et centrées sur la personne **améliorent la qualité de vie, réduisent les hospitalisations** inutiles, et **favorisent l'autonomie** des personnes âgées. Les avantages incluent une **meilleure coordination** des soins et une **approche centrée** sur les besoins individuels. Cependant, les défis incluent des obstacles organisationnels comme le **manque de ressources**, la **coordination insuffisante** entre les acteurs de santé, et la nécessité d'adapter les approches aux contextes locaux. Les adaptations proposées d'ICOPE sont une **formation adaptée** des professionnels, une mise à disposition de **ressources adéquates** au niveau humain et financier, une **coordination renforcée** entre les différents niveaux de soins, une **adaptation des outils** au contexte local, et un **engagement communautaire** fort (37).

A Singapour, les évaluateurs ont trouvé l'outil ICOPE **facile à utiliser** et l'ont apprécié pour son **approche centrée sur la personne**, intégrant des **plans de soins personnalisés**. La mise en œuvre réussie de ICOPE nécessite des interventions de suivi et une coordination efficace entre les soins de santé et les réseaux communautaires. Les ajustements selon eux nécessaires pour le déploiement mondial du programme ICOPE incluent une **adaptation au contexte local**, des **ressources** adéquates au niveau financier et humain, une **formation** des soignants adaptée, une **mobilisation** de tous les acteurs concernés (gouvernements, communautés locales) (38).

En France, les études sur l'implémentation du programme ICOPE concernent surtout la région de Toulouse, qui implique plus de 30 000 participants à ce jour. Les premiers résultats montrent que les professionnels de santé ont globalement exprimé un **avis favorable sur l'outil ICOPE Monitor**, en particulier pour son **utilité** dans le **suivi personnalisé** des personnes âgées. Grâce à cet outil, les professionnels de santé peuvent évaluer les différentes dimensions de la santé des seniors, permettant ainsi une **détection précoce des fragilités**. L'outil favorise un **suivi à distance** et une **intervention rapide**. Cependant, l'engagement des professionnels dans l'utilisation de ICOPE Monitor varie. Certains ont mentionné des obstacles tels que la **surcharge de travail** et le **manque de formation spécifique**. Un engagement plus fort pourrait être favorisé par des **sessions de formation ciblées** et un **meilleur soutien organisationnel** pour intégrer l'outil dans les pratiques quotidiennes. Par ailleurs l'étude met en évidence l'importance d'une **approche multidisciplinaire** et la nécessité **d'améliorer l'engagement des professionnels** pour une meilleure intégration locale (39).

Une thèse réalisée auprès de médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes évalue les pratiques de dépistage et de prise en charge de la fragilité des patients de 60 ans et plus, ainsi que l'utilité de l'outil numérique ICOPE Monitor. Les résultats indiquent que l'outil est perçu positivement, et citent les **bénéfices potentiels d'un dépistage précoce** et d'une **approche centrée sur la personne** pour prévenir la dépendance. L'adoption de cet outil est freinée par un **manque de sensibilisation**, des **contraintes**

**de temps**, et des **défis organisationnels**. L'étude souligne l'importance de former les professionnels et de simplifier l'intégration dans la pratique quotidienne (40).

Enfin une autre thèse réalisée en Lorraine étudie l'acceptabilité et la faisabilité du programme ICOPE au sein d'une MSP, du point de vue des patients. Le programme a **été perçu positivement par les patients** qui ont jugé l'intervention **utile et complémentaire à leur suivi** habituel par le médecin traitant. Ceux-ci confirment l'intention de poursuivre un suivi dans le dépistage tout en exprimant le **besoin d'être accompagnés par un professionnel** de santé dans cette démarche (41).

En résumé, le programme ICOPE a donc montré des résultats positifs dans différents pays, mais son déploiement a rencontré plusieurs défis dont certains ont aussi été retrouvés dans cette étude. En Chine, des barrières logistiques et un soutien organisationnel insuffisant ont été identifiées. En France, l'outil ICOPE Monitor a permis de prévenir la dépendance, mais son adoption par les professionnels reste inégale, nécessitant une formation continue. En Suède, les interventions centrées sur la personne ont amélioré la qualité de vie des seniors, malgré des obstacles organisationnels similaires. À Hong Kong, mieux coordonner les soins est apparu comme nécessaire. Les stratégies pour améliorer l'implémentation incluent l'adaptation aux contextes locaux, la formation continue des soignants, la garantie de ressources humaines ou matérielles suffisantes, une mobilisation communautaire et une amélioration de la coordination des soins.

## D. APPORTS DE L'ETUDE ET PERSPECTIVES

Cette étude, grâce à **l'exploration des perceptions** des professionnels, pourrait enrichir la compréhension des leviers et obstacles pour dans le but d'une mise en œuvre réussie du programme ICOPE. Elle peut éclairer sur **l'acceptabilité** et la **faisabilité** de celui-ci au quotidien.

Les professionnels de santé semblent **convaincus de l'utilité et de l'efficacité** de l'outil ICOPE, appréciant cette **approche globale** de l'état de santé de leur patient. Ils y ont trouvé un **nouveau regard** sur le vieillissement, sans âgisme et sans banaliser les problématiques de santé qui peuvent s'y associer. Ils reconnaissent la place prépondérante que devrait avoir cette **démarche précoce**, comme tout acte de prévention, dans le système de santé, soumis actuellement à de **grands défis**. En effet, ils mettent en avant les retombées positives économiques et organisationnelles d'une **prise en charge précoce** des pathologies du vieillissement, notamment sur **l'accès aux soins**, face au **défi démographique** qui nous attend. Cette vision générale de la place d'ICOPE, ne leur a pas fait oublier l'aspect plus individuel de la démarche, reconnaissant une occasion de **mieux cibler les problématiques** de santé de leur patient dans des domaines pluriels.

Cependant, la nécessité d'une **organisation locale des soins**, visant une **bonne coordination entre professionnels** de santé lors du passage des différents Steps, et un **accès aux soins facilité** localement en cas de repérage d'une fragilité sont des facteurs de réussite incontournables. Les **CPTS** opèrent en ce sens, en lien avec les **établissements de santé de proximité** et le **secteur médico-social**. Ce travail doit continuer pour porter une démarche tel qu'ICOPE. Les **institutions** ont également un rôle de **soutien organisationnel** et de **sensibilisation du public** à jouer.

Les professionnels souhaitent un **accompagnement** tout au long de la démarche, au travers de formations continues. Des **groupes de pairs**, qui peuvent prendre la forme de « journées de repérage de la fragilité », ont apporté satisfaction aux participants, permettant **d'entretenir leur engagement**. Des modules de formations pourraient ainsi être intégrés au programme, notamment sur la **communication entre professions de santé** afin de personnaliser les approches en fonction des profils psycho affectifs des patients. Une **communication générale** plus adaptée aux patients, sur les enjeux du repérage de la fragilité et de la prévention « Bien vieillir », pourrait permettre de les y impliquer plus facilement, surmontant parfois leur **réticence**.

De façon pragmatique, **les outils numériques** doivent être un **soutien** et non un frein comme cette étude l'a révélé. Il est important de repenser l'investissement qu'on y met, il en va du succès de la démarche de prévention qu'est ICOPE.

**L'accès au médecin traitant**, érigé comme **pivot de la coordination des soins** en France, reste une difficulté. Parfois par **rejet du travail en équipe**, mais, bien plus souvent, du fait de **difficultés de communication** entre soignants. Il est primordial d'élaborer des stratégies et d'identifier les pratiques efficaces pour améliorer celle-ci.

Néanmoins, les professionnels de santé se sont bien emparés de certains logiciels de coordination, tel que les **outils de télé expertise**. En effet, les médecins généralistes sont de plus en plus nombreux à utiliser la télé expertise au quotidien. Se baser sur les outils déjà utilisés pourrait être gage de succès, ainsi pourrait-on imaginer une intégration d'ICOPE dans ces solutions numériques, permettant ainsi **de limiter la multiplication des plateformes** tant redoutée, et permettant aux soignants de communiquer aisément entre eux.

## IV. CONCLUSION

---

Cette étude a permis d'explorer le vécu des professionnels de santé sur l'expérimentation ICOPE en Pays de la Loire.

ICOPE est un projet qui est plutôt perçu positivement par les professionnels de santé, qui permet de réaliser une prise en charge globale du patient et centrée sur ses besoins, de détecter précocement des fragilités éventuelles et d'intervenir rapidement et de façon adaptée si nécessaire. C'est un outil facile à proposer au quotidien grâce à la simplicité du Step 1. D'autre part c'est un outil qui, dans sa dimension multidisciplinaire, favorise la collaboration interprofessionnelle et avec différentes ressources locales et institutions. Le projet ICOPE a ainsi permis aux professionnels impliqués d'améliorer leurs pratiques en gériatrie et de mieux se coordonner entre les différents acteurs du parcours de soins des patients.

Les professionnels ont aussi rencontré plusieurs obstacles à la mise en œuvre de ICOPE dans leur pratique quotidienne, surtout au niveau technique. C'est en majeure partie lié à l'outil numérique, jugé peu adapté à la réalité de terrain et dysfonctionnel. D'autres freins ont été identifiés, comme le manque de sensibilisation du public ou des professionnels à la prévention, des contraintes de temps et d'organisation, un besoin de formation complémentaire et d'accompagnement personnalisé dans le programme.

Plusieurs adaptations ont été réalisées pour permettre d'utiliser ICOPE dans la pratique quotidienne, comme une réorganisation de l'agenda professionnel, une approche pédagogique et bienveillante auprès des patients, un renforcement de la collaboration interprofessionnelle et une personnalisation de l'outil ICOPE à ses besoins quotidiens.

Les leviers identifiés pour favoriser la réussite d'un tel programme sont le développement d'un outil numérique fonctionnel, répondant à la pratique des professionnels de santé, un meilleur accompagnement dans le programme et des formations adaptées, une mobilisation de tous les acteurs de soins concernés, une sensibilisation générale à la prévention, une rémunération attractive et garantie.

## V. BIBLIOGRAPHIE

---

1. [En ligne]. World Health Organization : WHO. Vieillesse et santé ; 1 oct 2024. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. [En ligne]. Bilan démographique 2024 – Bilan démographique 2024 | Insee. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8327319?sommaire=8313983#onglet-2>
3. [En ligne]. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée - Insee Première - 1881. Disponible : [https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969#figure5\\_radio2](https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969#figure5_radio2)
4. [En ligne]. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
5. [En ligne]. Ageing and Health (AAH). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé ; 29 sept 2015. Disponible : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241565042>
6. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia : European consensus on definition and diagnosis. Age And Ageing [En ligne]. 13 avr 2010 ; 39(4) : 412-23. Disponible : <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>
7. Inserm [En ligne]. Ostéoporose · Inserm, La science pour la santé. Disponible : <https://www.inserm.fr/dossier/osteoporose>
8. Jørgensen AEM, Kjær M, Heinemeier KM. The Effect of Aging and Mechanical Loading on the Metabolism of Articular Cartilage. The Journal Of Rheumatology [En ligne]. 1 mars 2017 ; 44(4) : 410-7. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28250141/>
9. Yamasoba T, Lin FR, Someya S, Kashio A, Sakamoto T, Kondo K. Current concepts in age-related hearing loss : Epidemiology and mechanistic pathways. Hearing Research [En ligne]. 18 févr 2013 ; 303 : 30-8. Disponible : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3723756/>
10. Olusanya BO, Neumann KJ, Saunders JE. The global burden of disabling hearing impairment : a call to action. Bulletin Of The World Health Organization [En ligne]. 18 févr 2014 ; 92(5) : 367-73. Disponible : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4007124/>
11. Katz JA, Karpecki PM, Dorca A, Chiva-Razavi S, Floyd H, Barnes E, et al. Presbyopia – A Review of Current Treatment Options and Emerging Therapies. Clinical Ophthalmology [En ligne]. 1 mai 2021 ; Volume 15 : 2167-78. Disponible : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8163965/>
12. Marra KV, Wagley S, Kuperwasser MC, Campo R, Arroyo JG. Care of Older Adults : Role of Primary Care Physicians in the Treatment of Cataracts and Macular Degeneration. Journal Of The American Geriatrics Society [En ligne]. 30 janv 2016 ; 64(2) : 369-77. Disponible : <https://doi.org/10.1111/jgs.13927>
13. Ehrlich JR, Ramke J, Macleod D, Burn H, Lee CN, Zhang JH, et al. Association between vision impairment and mortality : a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global Health [En ligne]. 17 févr 2021 ; 9(4) : e418-30. Disponible : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7966688/>
14. Murman D. The Impact of Age on Cognition. Seminars In Hearing [En ligne]. 9 juill 2015 ; 36(03) : 111-21. Disponible : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4906299/>
15. Hu T, Zhao X, Wu M, Li Z, Luo L, Yang C, et al. Prevalence of depression in older adults : A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Research [En ligne]. 16 mars 2022 ; 311 : 114511. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35316691/>
16. Sáiz-Vázquez O, Gracia-García P, Ubillos-Landa S, Puente-Martínez A, Casado-Yusta S, Olaya B, et al. Depression as a Risk Factor for Alzheimer's Disease : A Systematic Review of Longitudinal Meta-Analyses. Journal Of Clinical Medicine [En ligne]. 21 avr 2021 ; 10(9) : 1809. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33919227/>
17. Dent E, Wright ORL, Woo J, Hoogendijk EO. Malnutrition in older adults. The Lancet [En ligne]. 28 janv 2023 ; 401(10380) : 951-66. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36716756/>
18. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. The Lancet [En ligne]. 7 févr 2013 ; 381(9868) : 752-62. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23395245/>

19. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? Disponible : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires)
20. Bouchon JP. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? La Revue du Praticien. 1984 ; 34 : 888-92.
21. [En ligne]. Vieillesse de la société française : réalité et conséquences ; 9 févr 2023. Disponible : <https://www.info.gouv.fr/actualite/vieillesse-de-la-societe-francaise-realite-et-consequences>
22. Inserm [En ligne]. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées · Inserm, La science pour la santé. Disponible : <https://www.inserm.fr/expertise-collective/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees/>
23. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults : Evidence for a Phenotype. The Journals Of Gerontology Series A [En ligne]. 1 mars 2001 ; 56(3) : M146-57. Disponible : <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
24. Rockwood K. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. Canadian Medical Association Journal [En ligne]. 29 août 2005 ; 173(5) : 489-95. Disponible : <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
25. [En ligne]. Ageing and Health (AAH). Integrated care for older people : guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity ; 1 janv 2017. Disponible : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>
26. Ma L, Chhetri JK, Zhang Y, Liu P, Chen Y, Li Y, et al. Integrated Care for Older People Screening Tool for Measuring Intrinsic Capacity : Preliminary Findings From ICOPE Pilot in China. Frontiers In Medicine [En ligne]. 30 nov 2020 ; 7. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33330532/>
27. Leung AYM, Su JJ, Lee ESH, Fung JTS, Molassiotis A. Intrinsic capacity of older people in the community using WHO Integrated Care for Older People (ICOPE) framework : a cross-sectional study. BMC Geriatrics [En ligne]. 8 avr 2022 ; 22(1). Disponible : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8993034/>
28. Tavassoli N, De Souto Barreto P, Berbon C, Mathieu C, De Kerimel J, Lafont C, et al. Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice : a prospective study. The Lancet Healthy Longevity [En ligne]. 1 juin 2022 ; 3(6) : e394-404. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36098317/>
29. Tavassoli N, Piau A, Berbon C, De Kerimel J, Lafont C, De Souto Barreto P, et al. Framework Implementation of the INSPIRE ICOPE-CARE program in collaboration with the World Health Organization (WHO) in the Occitania region. The Journal Of Frailty & Aging [En ligne]. 1 janv 2020 ; 1-7. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33575698/>
30. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [En ligne]. Ma santé 2022 : un engagement collectif – Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles ; 11 juin 2024. Disponible : <https://sante.gouv.fr/archives/masante2022>
31. [En ligne]. CHU de Toulouse. L'un des plus grands programmes de prévention de la perte d'autonomie au monde déployé en Occitanie ; 9 juin 2022. Disponible : <https://www.chu-toulouse.fr/l-un-des-plus-grands-programmes-de-prevention-de#:~:text=ICOPE%20est%20d%C3%A9velopp%C3%A9%20%C3%A0%20Toulouse,personnes%20%C3%A0%20l'horizon%202050.>
32. ICOPE Pays de la Loire [En ligne]. ICOPE PDL. ICOPE Pays de la Loire - ICOPE Pays de la Loire ; 1 févr 2024. Disponible : <https://www.icopepdl.org/>
33. Inter-URPS Pays de la Loire. Résultats de l'enquête ICOPE. févr 2024.
34. Sum G, Lau LK, Jabbar KA, Lun P, George PP, Munro YL, et al. The World Health Organization (WHO) Integrated Care for Older People (ICOPE) Framework : A Narrative Review on Its Adoption Worldwide and Lessons Learnt. International Journal Of Environmental Research And Public Health [En ligne]. 22 déc 2022 ; 20(1) : 154. Disponible : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9819593/#sec4-ijerph-20-00154>
35. Wang NY, Liu X, Kong X, Sumi Y, Chhetri JK, Hu L, et al. Implementation and impact of the World Health Organization integrated care for older people (ICOPE) program in China : a randomised

- controlled trial. *Age And Ageing* [En ligne]. 1 janv 2024 ; 53(1). Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38251736/>
36. Yu R, Leung G, Lai D, Tong C, Tam LY, Cheng C, et al. Assessing the Readiness for Implementing the World Health Organization's ICOPE Approach in Hong Kong : Perspectives from Social Care and Policy Stakeholders. *The Journal Of Frailty & Aging* [En ligne]. 1 janv 2023 ; Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36946709/>
37. Kirvalidze M, Boström A, Liljas A, Doheny M, Hendry A, McCormack B, et al. Effectiveness of integrated person-centered interventions for older people's care : Review of Swedish experiences and experts' perspective. *Journal Of Internal Medicine* [En ligne]. 25 avr 2024 ; 295(6) : 804-24. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38664991/>
38. K CH MA, Chua DQL, Tay L, Teo EWC, Ng WC, Leung AYM. The Feasibility of Implementing the WHO Integrated Care for Older People (ICOPE) Framework in Singapore. *The Journal Of Frailty & Aging* [En ligne]. 1 janv 2024 ; Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39574276/>
39. Vellas B. How to Implement Integrated Care for Older Persons—ICOPE—Massively in Clinical Practice for a Healthy Longevity. *Journal Of Aging Research And Lifestyle* [En ligne]. 1 janv 2023 ; Disponible : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10236447/>
40. Hodebourg Y. Représentations et pratiques des généralistes des Alpes Maritimes en matière de dépistage et prise en charge de la fragilité des patients de 60 ans et plus, soutenues par une présentation de l'outil ICOPE Monitor [Thèse de doctorat, en ligne]. Université Côte d'Azur ; 2022. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03844307v1/file/2022NICEM105.pdf>
41. Aubry JF. Intégration du programme ICOPE (Integrated Care for Older PEople) en soins primaires au sein d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle [Thèse de doctorat, en ligne]. Université de Lorraine ; 2023. Disponible : [https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04517132/file/MED\\_T\\_2023\\_1081\\_AUBRY\\_JEAN\\_FRANCOIS.pdf](https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04517132/file/MED_T_2023_1081_AUBRY_JEAN_FRANCOIS.pdf)

## VI. ANNEXES


### Box 1: The CSHA Clinical Frailty Scale

- 1 *Very fit*—robust, active, energetic, well motivated and fit; these people commonly exercise regularly and are in the most fit group for their age
- 2 *Well*—without active disease, but less fit than people in category 1
- 3 *Well, with treated comorbid disease*—disease symptoms are well controlled compared with those in category 4
- 4 *Apparently vulnerable*—although not frankly dependent, these people commonly complain of being “slowed up” or have disease symptoms
- 5 *Mildly frail*—with limited dependence on others for instrumental activities of daily living
- 6 *Moderately frail*—help is needed with both instrumental and non-instrumental activities of daily living
- 7 *Severely frail*—completely dependent on others for the activities of daily living, or terminally ill

Note: CSHA = Canadian Study of Health and Aging.


Annexe 1 : Echelle de déficits cumulatifs de Rockwood 2005

### Clinical Frailty Scale\*




**1 Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.

---




**2 Well** – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.

---




**3 Managing Well** – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.

---




**4 Vulnerable** – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.

---



**5 Mildly Frail** – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.

---




**6 Moderately Frail** – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



**7 Severely Frail** – Completely dependent for **personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).

---



**8 Very Severely Frail** – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.

---




**9 Terminally Ill** – Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

**Scoring frailty in people with dementia**

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal. In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting. In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

\* 1. Canadian Study on Health & Aging Revised 2008.  
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.

© 2007 2008 Version 1.2 All rights reserved. Canadian Medicine Research, Dalhousie University Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.



Annexe 2 : Clinical Frailty Scale

## ICOPE STEP 1

Date du Test :	<input type="checkbox"/> Evaluation Initiale	<input type="checkbox"/> Suivi	<input type="checkbox"/> Vérification alerte
Nom prénom du patient :	Date et code postal de naissance :		
Téléphone portable ou mail :	Rang de naissance :		
NIR du Patient :			
Nom et ville du médecin traitant :			

### COGNITION 1/2

#### Mémoire

Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation (comme ne pas savoir où l'on est ou quel jour on est ?)  Oui  Non

Test de 3 mots

En fonction du mois actuel, sélectionner une liste de mots à répéter à la personne :

- pour janvier, février, juillet et août : liste 1 : Drapeau, Fleur, Porte
- pour mars, avril, septembre et octobre : liste 2 : Fauteuil, Tulipe, Canard
- pour mai, juin, novembre et décembre : liste 3 : Citron, Clé, Ballon

Consigne : « 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. »

Orientation

« Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? »

Consigne : 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 ? » Les réponses ci-dessous sont :

Réponse "Année"

Correct  Incorrect

Réponse "Mois"

Correct  Incorrect

Réponse "Jour du mois"

Correct  Incorrect

Réponse "Jour de la semaine"

Correct  Incorrect

### NUTRITION

Quel est votre poids actuel ?                      kg

Avez-vous perdu involontairement plus de 3kg au cours de 3 derniers mois ?  Oui  Non

Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?  Oui  Non

### COGNITION 2/2

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

Premier mot  Correct  Incorrect

Deuxième mot  Correct  Incorrect

Troisième mot  Correct  Incorrect

## VISION

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  Oui  Non

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 ?  Oui  Non

## AUDITION

**Consigne :** 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. Lui demander de placer dans un premier temps un doigt sur le tragus de l'oreille gauche pour assourdir le son. Chuchoter 4 mots avec 2 syllabes. La personne a-t-elle pu répéter au moins 3 mots sur 4 ?

Pour l'oreille droite  Oui  Non

**Mettre le doigt sur le tragus de l'oreille droite puis chuchotez 4 mots avec 2 syllabes. La personne a-t-elle pu répéter au moins 3 mots sur 4 ?**

Pour l'oreille gauche  Oui  Non

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 ?  Oui  Non

## PSYCHOLOGIE

Au cours des deux dernières semaines :

Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?  Oui  Non

Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ?  Oui  Non

## LOCOMOTION

**Consigne :** demander au sujet de se lever d'une chaise 5 fois de suite, le plus vite possible, les bras croisés sur la poitrine. Lancer le chronomètre dès que la personne commence l'exercice, puis l'arrêter à la fin de l'exercice.

La personne a-t-elle réalisé les 5 levers de chaise (en 14sec ou moins pour les <80 ans, 16 sec ou moins à partir de 80 ans) ?  Oui  Non

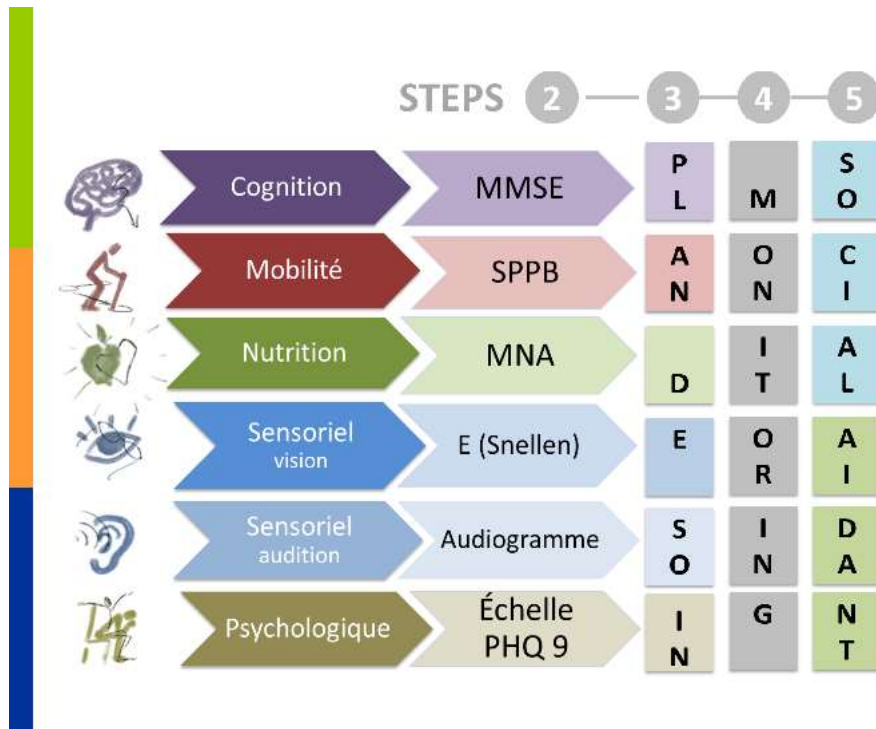
## SYNTHESE

La ou les capacités suivantes présentent une altération :

- Cognition
- Nutrition
- Vision
- Audition
- Psychologie
- Locomotion

Date prochain STEP 1 :

Date STEP 2 :



Annexe 5 : Tests du Step 2

## **Document d'information**

**Directrice de thèse :** Dr Hélène Bellanger-Urbanczyk

**Investigatrice :** Mme Lise Lapôtre

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Mme Lise Lapôtre, interne de médecine générale de l'Université de Nantes.

### **1. Procédure de l'étude**

Vous vous entretendrez avec Mme Lise Lapôtre au cours d'un entretien individuel en visioconférence. Celui-ci vise à faire le point sur votre expérience concernant l'utilisation de ICOPE avec vos patients dans le cadre de l'expérimentation menée en collaboration avec les CPTS volontaires des Pays de la Loire et l'inter-URPS. Il dure environ 25 à 30 minutes.

### **2. Risque potentiel de l'étude**

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

### **3. Bénéfice potentiel de l'étude**

Cette étude donnera plusieurs retours de l'expérience des professionnels qui ont utilisé ICOPE afin d'adapter et d'améliorer cet outil et ses conditions de réalisation pour le rendre accessible au plus grand nombre.

### **4. Participation à l'étude**

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

### **5. Rémunération et indemnisation**

Il n'y a pas de rémunération prévue, la participation est entièrement bénévole.

### **6. Informations complémentaires**

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de l'investigatrice : Mme Lapôtre Lise, par courriel : [liselapotre@hotmail.fr](mailto:liselapotre@hotmail.fr) ou par téléphone : 06.18.59.12.44

A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

### **7. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles**

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle Mme Lapôtre vous propose de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel. Tous les enregistrements audio et vidéo seront détruits au moment de la soutenance de thèse.

Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission des données couvertes par le secret professionnel.

## Annexe 7 : Guide d'entretien

### **Questions :**

Pouvez-vous me raconter votre dernier Step 1 ICOPE ?

Quelles sont pour vous les plus-values de ICOPE, tant pour les patients que pour les professionnels de santé ?

Qu'est-ce que vous identifiez comme frein à la réalisation du Step 1 de ICOPE dans votre pratique ?

Quels seraient pour vous les leviers d'amélioration de l'outil ICOPE pour l'utiliser au quotidien ?

Pensez-vous inclure l'outil ICOPE tel qu'il est présenté actuellement dans votre pratique ?

Avez-vous d'autres choses à ajouter sur ICOPE qu'on n'aurait pas abordé ensemble ?

## **SERMENT MEDICAL**

**Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

**Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.**

**Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.**

**J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.**

**Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.**

**Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.**

**Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.**

**Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.**

**J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.**

**Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.**

**NOM : LAPÔTRE    PRENOM : Lise**

**Titre de Thèse : L’outil ICOPE en Pays de la Loire : expériences, défis et perspectives des professionnels de santé**

---

## **RESUME**

### Introduction

Le vieillissement de la population mondiale entraîne un bouleversement démographique inédit. Le dispositif ICOPE (Integrated Care for Older People) est une approche développée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2017 pour répondre aux défis qui en découlent et promouvoir un vieillissement en bonne santé. L’objectif de cette étude est de comprendre l’expérience des professionnels de santé des Pays de la Loire utilisant l’outil ICOPE pour identifier les atouts perçus, les freins rencontrés, les stratégies d’adaptation mises en œuvre et les perspectives envisagées pour améliorer son adoption et son efficacité.

### Méthode

Il s’agit d’une étude de type qualitative, inspirée de l’approche par théorisation ancrée. Elle a été menée sur des professionnels de santé formés à ICOPE et ayant réalisé au moins un Step 1. L’échantillonnage était raisonné et théorique. Le recueil de données a été réalisé grâce à des entretiens individuels semi-dirigés en visio-conférence.

### Résultats

ICOPE permet de réaliser une prise en charge globale du patient et centrée sur ses besoins, de détecter des fragilités précoces et d’intervenir rapidement et de façon adaptée si nécessaire. Il favorise la collaboration interprofessionnelle et améliore les pratiques en gériatrie. Le Step 1 est rapide et plutôt facile à proposer dans la pratique quotidienne. Plusieurs freins ont été identifiés à la mise en place de ce projet, notamment l’outil numérique, jugé dysfonctionnel et peu adapté aux besoins des professionnels. Les autres freins sont le manque de sensibilisation à la prévention, des contraintes de temps et d’organisation, un besoin de formation complémentaire, un manque de collaboration de certains acteurs et notamment les médecins.

### Discussion et conclusion

ICOPE est un outil perçu positivement par les professionnels de santé et jugé utile. Il nécessite cependant qu’on le soutienne avec des outils numériques fiables et intuitifs, répondant à la pratique des professionnels de santé, un meilleur accompagnement dans le programme et des formations adaptées, une mobilisation de tous les acteurs de soins concernés, une sensibilisation générale à la prévention, une rémunération attractive et garantie.

---

## **MOTS-CLES**

Dépistage, prévention, collaboration interprofessionnelle, recherche qualitative, ICOPE