



## Informations générales :

- Date : 1er décembre 2025
- Horaires : 9h30 – 16h00
- Lieu : Hôtel des Vosges, Strasbourg
- Participants :

Nom	Prénom	Fonction	Structure
BAYARD	Clémence	Chargée de mission	CPTS du Massif vosgien
BROCHAYE	Solène	Coordinatrice	CPTS Reims métropole
CHEVASSU	Justine	Co-Coordinatrice Coordinatrice ICOPE	CPTS Pays des Sources
CROZATIER	Sandrine	IDEL Référente ICOPE	CPTS Moselle Sud
ERBLAND	Christel	Infirmière référente ICOPE	Association les Lys D'argent
GAILLOT	Isabelle	Coordinatrice IPA libérale	CPTS Pays de Sarrebourg - Pays de Phalsbourg
GIAGRANDE	Ilona	Coordinatrice	CPTS du Vouzinois
GRAILLOT	Bérengère	IDEL Référente ICOPE	CPTS Sel et Eau
JACQUOT	Marie	Orthophoniste	CPTS Faience et Cristal
LARDAUX	Karine	Infirmière coordinatrice	RéGéCAP
LE COSSEC	Sébastien	Kinésithérapeute Vice président	URPS Masseuse-Kiné Grand Est
MONTFORT	Denise	Chargé de mission Icope	CPTS Mulhouse Agglomération
PICARD	Marine	Coordinatrice	CPTS Strasbourg
RUSPINI	Eric	Pharmacien	MSP de Gerbeville CPTS Faience et Cristal
SCHUMACHER	Blandine	Chargée de mission	ARS GE
SCHVARTZ	Christel	Ergothérapeute Co-présidente	CPTS du Massif vosgien
THOUVENIN	Eve	Interne en médecine générale	
VOINOT	Florian	Chargé de mission	CPTS Strasbourg
WANDER	Fanny	Coordinatrice	CPTS Sel et Eau
WELLER	Adeline	Chargée de mission Parcours PA Animatrice territoriale ICOPE Ergothérapeute	CPTS Moselle Sud
ZILLIOX	Aurélien	Responsable Action sociale	CARSAT Alsace Moselle

## Objectifs de la journée :

- Partager les expériences de déploiement d'ICOPE dans différents territoires du Grand Est (état d'avancement, organisation, freins et leviers).
- Questionner la place des CPTS et des autres acteurs (ARS, Gériatopôle, CARSAT, URPS, La Poste, MSP, ...) dans la structuration du programme.
- Identifier des pistes d'actions pour améliorer la mobilisation des professionnels et des patients.



### 1. Tour de table : présentation des participants et attentes de cette journée

Un tour de table permet à chaque participant de présenter sa structure, ses missions et l'état d'avancement d'ICOPE sur son territoire.

- **5 porteurs sur l'appel à projet financé par l'ARS du Grand Est – 4 représentés :**
  - **CPTS Strasbourg** (Florian Voinot) : Montée en charge du projet, il faut à peu près 1 an pour bien s'asseoir dans le programme (retour ARS notamment).
  - **CPTS Sel et Eau** (Bérengère Graillot & Fanny Wander) : Travail centré pour l'instant sur le step 1 (formation des professionnels), avec un début de déploiement du step 2 et le recrutement de professionnels de terrain pour la réalisation de ces évaluations.
  - **CPTS Moselle Sud** (Adeline Weller & Sandrine Crozatier). ICOPE est intégré au parcours « personne âgée » de la CPTS. Particularité : Sandrine, en tant qu'IDE, réalise la gestion des alertes, step 2, 3 et 4, tandis qu'Adeline assure la coordination globale du projet. Difficulté à mobiliser les professionnels de santé, alors que la mobilisation directe des patients semble plus facile.
  - **Association Les Lys d'Argent** (Christel Erbland) : Soutien d'un médecin coordonnateur pour le step 2 et la gestion des cas complexes. Démarrage progressif des dépistages, avec une mobilisation encore difficile des professionnels de santé.
- **CARSAT Alsace-Moselle** (Aurélié Zilliox) : Positionnement en complémentarité des CPTS, avec un rôle attendu sur les steps 1 et la promotion d'ICOPE auprès des publics cibles. Réflexion sur la manière de renforcer l'information pour favoriser l'auto-dépistage et sur la définition d'une cible plus réceptive au sein du public éligible. Volonté de s'articuler avec les porteurs ICOPE présents.
- **CPTS Mulhouse Agglo** (Denise Montfort) : ICOPE porté dans le cadre de l'article 51 (3 ans + 1 an d'extension). Contexte de population très vieillissante et cosmopolite, rendant l'auto-dépistage plus complexe ; le step 1 fonctionne bien lorsqu'il est accompagné. Step 2 et 3 : quelques professionnels de santé bien mobilisés. Collaboration étroite avec le GHT12 et la filière gériatrique, qui apportent un appui important.
- **CPTS du Massif Vosgien** (Clémence Baillard & Christelle Schvartz) : Programme déployé depuis environ un an sur fonds propres de la CPTS. Quelques professionnels volontaires réalisent le step 2 en cas d'alerte. Manque de moyens humains dédiés : pas de référent ICOPE en ETP, Clémence est à mi-temps sur différents projets. Piste de partenariat avec La Poste en cours de discussion.
- **CPTS Pays de Sarrebourg Phalsbourg** (Isabelle Gaillot) : CPTS récente (2 ans), avec 1 ETP pour la coordination. Fort intérêt pour ICOPE, Isabelle est présente pour recueillir un maximum d'informations avant de lancer le programme.



- **ARS GE** (Blandine Schumacher) : pour prendre note et remonter les différentes interrogations soulevées.
- **Régécap** (Karine Lardaux) : Régécap voués à disparaître, possibilité d'un rattachement à un service de Gérontopôle, idéal pour le déploiement d'ICOPE, en attente depuis 2 ans.
- **CPTS Pays des Sources** (Justine Chevassu) : financement via PANDA, ICOPE intégré au parcours PA avec un axe repérage. L'IPA gère le parcours et les steps 1 et 2. Début du déploiement en juillet 2025, avec une conférence grand public prévue en 2026.
- **CPTS Faïence et Cristal** (Eric Ruspini, Marie Jacquot) : financement ARS depuis 2 ans, séances de step 1 organisées avec recrutement régulier de patients. Comment recruter plus de patients et comment mobiliser les professionnels dans un contexte de création récente de la CPTS. Comment adapter le modèle à une MSP, sans financement et sans temps dédié. Accompagnés de Eve Thouvenin, interne en médecine générale qui souhaite faire sa thèse sur Icope.
- **URPS MK** (Sébastien LE COSSEC) : expérimentation step 1 en 2022 au niveau national, question de la mobilisation des MK au sein des CPTS.
- **CPTS des Ardennes** (Ilona Giagrandi) et **CPTS Reims** (Solène Brochaye) : ces CPTS n'ont pas encore lancé ICOPE mais souhaitent le déployer et viennent chercher des repères.

#### Quelles sont les attentes des participants (Wooclap) :

1. Partager des retours d'expérience concrets (mise en route, organisation, fonctionnement) pour identifier ce qui fonctionne ou non.
2. Avoir une vision claire de ce qui se fait sur les autres territoires (moyens humains/financiers, circuits, exemples d'actions) pour s'en inspirer.
3. Mieux accompagner la mise en place opérationnelle du programme, notamment l'organisation du suivi des alertes et des steps suivants.
4. Trouver des pistes efficaces pour motiver et faire adhérer les professionnels de santé.
5. Mieux comprendre comment déployer ICOPE à l'échelle d'un territoire (coordination entre acteurs, articulation avec les parcours existants).
6. Améliorer la communication autour d'ICOPE : messages, canaux, promotion auprès des pros et du public.
7. Renforcer la dynamique collective : se rencontrer, échanger entre pairs, créer éventuellement un groupe ICOPE « solidaire ».
8. Obtenir des clés pour réussir à recruter plus, notamment les « jeunes seniors ».
9. Clarifier les perspectives d'ICOPE après les annonces nationales (gouvernance, financement, cadre de déploiement).
10. Recueillir des idées supplémentaires très pratiques pour le déploiement (outils, formats d'actions, partenariats possibles).



## 2. La nationalisation du programme au cœur de l'actualité

### Historique du programme Icope.

**Une intervention de l'ARS** présente le contexte national et régional : l'ARS indique être en attente de directives nationales, avec une visibilité limitée sur les travaux en cours. Aucun nouvel appel à projets n'est prévu à ce stade, tant que le texte sur la nationalisation d'ICOPE n'est pas publié. L'ARS, le SPDA et le Gérontopôle restent les acteurs de référence pour soutenir la mise en œuvre d'ICOPE dans les territoires, en fonction des arbitrages nationaux à venir.

### Plusieurs questions et préoccupations émergent :

- Capacité des territoires à répondre à une éventuelle montée en charge rapide si un financement et une communication massifs étaient décidés : **les moyens humains** (professionnels pour les step 2 et 3) sont jugés plus problématiques que le financement en tant que tel. La question de la gestion des alertes dites « inquiétantes » est posée (qui prend en charge ? dans quels délais ? avec quels circuits ?).
- Faute d'autres solutions, l'orientation vers le médecin traitant reste la « dernière ligne », mais cela suppose que les MT soient informés, formés et disponibles, ce qui n'est pas toujours le cas.
- Problématique des patients détectés à la frontière de deux territoires de CPTS, dont l'autre CPTS n'a pas déployé ICOPE : choix fait d'alerter la CPTS concernée dans le cadre du parcours PA, afin d'assurer une orientation adaptée pour le patient.
- Solène rappelle qu'attendre que tout soit parfaitement cadré risque de conduire à l'inaction et propose de **commencer par développer le step 1 en s'appuyant sur les partenaires existants** (hors sanitaire), tout en construisant progressivement la suite.
- Sébastien signale que la cotation est validée pour ICOPE au 1<sup>er</sup> janvier 2027 pour les MK, sous conditions (la personne doit être patiente du MK) et pas pour un aidant. Pour la cotation : bilan supplémentaire à faire, dans le cadre du repérage des fragilités : 22€ qui se cumule avec la séance du patient.
- Le débat aborde également la **place des CPTS comme structures de référence** pour porter ICOPE :
  - Certains participants estiment qu'il serait pertinent de faire remonter au niveau national le rôle central des CPTS.
  - D'autres rappellent que toutes les structures porteuses actuelles ne sont pas des CPTS, que toutes les CPTS n'ont pas de parcours PA, et que les CPTS sont des structures de coordination et non de soins effecteurs, ce qui questionne leur place sur les steps 2 et 3.



### 3. Retours d'expérience sur les priorités du déploiement d'Icopes

Selon vous, quelles sont les priorités pour réussir le déploiement d'ICOPE sur notre territoire (hiérarchisation par les participants) ?

1. Effectuer le recensement des ressources territoriales pour le relai après le step 1 (alerte)
2. Mettre en place un circuit clair pour l'évaluation approfondie (Step 2) en cas de fragilité repérée (qui fait quoi, où, dans quels délais)
3. Organiser la communication auprès des personnes âgées et de leurs aidants pour faire connaître ICOPE et favoriser l'adhésion
4. Construire des partenariats avec les collectivités, associations et services à domicile pour relayer les actions de prévention
5. Organiser le repérage systématique des 60+ (step 1) chez les professionnels de premier recours (médecins, infirmier, pharmaciens)
6. Mettre en œuvre le déploiement des outils numériques et la formation des acteurs (professionnels de santé et du médico-social et 60+)
7. Formaliser un modèle de plan de soins personnalisé (step 3) et des outils de suivi partagés entre professionnels.

#### Points clés :

- ICOPE se situe à la frontière entre sanitaire, médico-social et social.
- Les CPTS maîtrisent généralement mieux les acteurs du soin que les structures sociales ou de lien social, ce qui complique la construction de parcours intégrés.
- Le **recensement des partenaires** et des actions existantes (associations, clubs, structures de prévention, CCAS, etc.) est décrit comme un travail « titanesque » mais essentiel.
  - Cette étape doit être anticipée dans le calendrier du déploiement.
  - Elle est cruciale pour disposer de solutions d'orientation après les step 1 (lutter contre l'isolement, favoriser le lien social, proposer des activités adaptées).
  - Exemple marquant : « la CPTS doit connaître le club de cartes du quartier ».
- Le site « **Bien vieillir** » est cité comme ressource pour recenser des actions de prévention, mais il n'est pas toujours complet ni à jour.
- L'organisation du **step 2 est identifiée comme une priorité à articuler avec le step 1**.
  - Il apparaît incohérent d'intensifier le repérage sans avoir les ressources nécessaires pour traiter les alertes.
  - Au début du déploiement, il peut être pertinent de viser peu de step 1 afin de se concentrer sur la structuration du programme. Cependant, la mobilisation des professionnels est meilleure lorsqu'il existe des actions concrètes. L'intégration d'ICOPE dans un parcours PA déjà existant permet à certains territoires de mobiliser davantage de professionnels, car le programme devient plus concret et lisible pour eux.



#### 4. L'enjeu fondamental du step 1 : identifier les actions les plus efficaces

##### Principaux flops (Wooclap)

- **Faible mobilisation du public**  
Réunions publiques avec très peu de participants, difficulté à recruter des patients et à faire venir du monde aux réunions.
- **Communication grand public peu efficace**  
Communication précoce et publication dans les DNA qui génèrent peu de retombées concrètes en termes de participation.
- **Mobilisation incomplète des professionnels de santé**  
Formations et réunions d'information (salariés/libéraux) qui ne suffisent pas à engager durablement certains PS, recrutement difficile de certains d'entre eux.
- **Contraintes organisationnelles et partenariales**  
Délais trop longs de traitement des alertes et impossibilité de monter certains partenariats pour le step 1 pour des raisons financières.
- **Freins liés à l'outil et aux dispositifs existants**  
Informations demandées par l'application (numéro de sécu, consentement...) vécues comme anxiogènes, et formats comme la consultation de retraite qui ne produisent pas l'impact attendu.

##### Principaux tops (Wooclap)

- **Présence et ancrage dans les structures de soins**  
Permanences au sein des MSP et communication réussie avec une maison de santé, avec une forte adhésion des professionnels, motivés à s'emparer d'ICOPE.
- **Ateliers de prévention variés et bien reçus**  
Ateliers prévention pour les plus de 60 ans, en résidence senior et dans différentes structures, permettant de toucher des profils divers.
- **Actions grand public structurantes**  
Action grand public avec participation d'étudiants IFAS/IFSI et 1re journée de dépistage en collaboration CLS–CPTS (32 dépistages en une journée).
- **Partenariats et relais de communication efficaces**  
Partenariat CPAM pour relayer la communication et relais de communication qui commencent à porter leurs fruits.
- **Dynamique interprofessionnelle et nouveaux points d'entrée**  
Création d'une dynamique pluriprofessionnelle et utilisation de la consultation de retraite comme opportunité de repérage et d'échanges autour d'ICOPE.

**Constats :** Passage difficile d'une culture centrée sur le soin à une culture de prévention. Le mot « senior » est jugé peu attractif, tout comme le terme « prévention », qui peut générer de la crainte ou du rejet.



**Pistes et bonnes pratiques partagées :** une communication centrée sur le bien-être et le quotidien, avec des formulations plus engageantes (« Comment vous allez vraiment ? »)

**Actions jugées efficaces :**

- Ateliers de prévention, proches de l'ETP, où chaque fonction ciblée par ICOPE est abordée, puis accompagnement à l'installation de l'application.
- Organisation de journées des aidants.
- Interventions au sein de résidences autonomie, clubs seniors, clubs de gym, CCAS.

**Démarche d'« aller-vers » :**

- Exemples de la CPTS Mulhouse : collaboration avec les IFSI, présence sur les marchés, sensibilisation et formation à l'utilisation du logiciel ICOPE.
- Les ateliers sont utiles, mais ne suffisent pas à toucher les publics les plus vulnérables, qui ne fréquentent pas forcément ces actions.
- Importance d'être présents dans les lieux du quotidien (marchés, supermarchés, QPV) pour aller chercher les publics éloignés du système de santé.

**Réalisme des objectifs :** l'enjeu principal est la pérennité du dispositif et la réitération des évaluations, plutôt que des volumes très élevés de dépistage non suivis.

**Questions :**

- Collaboration avec la médecine du travail : exemple présenté par Christel : rencontre avec l'APST 68, présentation d'ICOPE aux IDE et médecins coordinateurs, diffusion d'un flyer à chaque 60 ans et plus, consultations de pré-retraite comme moment clé.
- Intégration de personnes de 60 ans et plus dans les groupes de travail : intérêt reconnu, mais risque de recruter des profils peu vulnérables et peu représentatifs du public le plus fragile.
- Déploiement d'actions avec les MSP : journée de prévention au sein d'une MSP organisée avec la CPTS, avec des créneaux de dépistage répartis entre différents professionnels (MG, ostéo, autres PS).

## 5. Coordination et animation territoriale des steps 2 et 3 : partenariats, ressources et arbres décisionnels

**Travaux en sous-groupes - idées principales :**

- Il n'existe **pas de « recette miracle » ni de « modèle unique »** : l'organisation doit être adaptée à chaque territoire en fonction de la population, des structures et des acteurs présents, ainsi que des niveaux de dépendance des personnes.
- L'ambition d'ICOPE dépasse la simple mise en place d'outils. Le programme vise à **pousser les territoires à s'organiser collectivement, en créant un véritable écosystème local de prise en charge et de prévention.**





Cartographie des Partenaires et Ressources		
ACTEURS/PARTENAIRES	MISSIONS	LEVIER DE MOBILISATION
ARS / DT/CPAM CD conseil départemental CPAM	Financement / Politique Réseau Animat° Territoriales Relai infos / recrutement orientation // recrutement ressource STEP 2 (?)	Appels à Projet
AGIRC-ARRCO CCAS médecine du T	Activités Séniors Relai	Bilan de prévention
Comcom / CLS (Adhérents CPTS) (Pros de Santé) MSP	Relai- Communiqué Recrutement Dépistage parcours Orientation	
URPS / CPAM Centres Sociaux / Asso / Club Maisons Santé	Com° aux Pros de Santé Com° / recrutement / relai orientat° post- Step 1	
CH- GHT- HDJ- DAC Plateforme aidants / France Service	STEP 3 Comm°	
MSA / CPAM CARSAT Instituts de Formation (IFSI etc.)	Recrutement - Ateliers (NSA) Financement Recrutement + Step 1 com° / recrutement	
Asso de Patients Services Aide à Domicile La Poste Bailleurs sociaux	Info Ateliers Collectifs Infos recrutement	STEP 1





ARBRES DÉCISIONNELS → Qui ? Quoi ? Avec qui ?  
(MT)

DOMAINE (1 ou x)	ALERTE	STEP 2 (recommandations, infos, orientation)	PRISE EN CHARGE Step 3
3 Jonctions	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HDJ ou Step 2 à domicile</li> <li>- Appui territorial gériatrique (PANDA)</li> <li>- GHR - NSA (Nulhouse)</li> <li>- médecin co</li> <li>- Pros de Santé de ville</li> <li>* Audioprothésiste NT (Du audio) ORL</li> <li>* Partenariat avec CHU ORL</li> <li>- Lieu d'écoute et d'orientation LEO <small>GESAMIE (permanence 24h/24) (GHR)</small></li> <li>- psy seniors (Strasbourg) EPSAN</li> <li>- Nouvelle Liens - Petits frères des pauvres <small>Hopital de Jour CIP</small></li> <li>* Co mémoire (médecin gériatrie - neuropsych) <small>IPA</small></li> <li>* DAPA (GHR...)</li> <li>* Atelier GASPAS - ANALLES</li> <li>* Atelier mémoire (NSA - CARSAT)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Délais 3 mois</li> <li>* 3-4 semaines.</li> <li>mini 3 mois</li> <li>- équipe mobile ENG - ENPG (Sarrebourg Nulhouse)</li> <li>- Hospitalisation directe des + 75 ans.</li> <li>- APA ?</li> <li>- CRT - DAC - SPICG - pôle autonomie</li> <li>- MT</li> </ul>
* Audition			
• Ψ			
mémoire			

Step 4 ?



### 6. Partage d'informations, de pépites et coordination entre structures

#### Quels outils communs (Wooclap) ?

1. Un outil unique : Icope monitor
2. Une articulation ICOPE / Parceo
3. Continuer les échanges avec un Drive, des supports communs (plateforme nationale ?) et poursuivre le partage d'expériences

#### Quel partage d'expérience (Wooclap) ?

1. Communiquer lorsqu'un partenariat a été possible, de manière à le dupliquer sur d'autres territoires, si possible.
2. Utilisation d'outils de communication
3. Programme fastidieux dans la mise en œuvre si les moyens sont limités

#### Comment départager le territoire (Wooclap) ?

1. Partager une cartographie des territoires respectifs
2. Se baser sur les territoires des CPTS

#### Une pépite à partager (Wooclap) ?

1. Faire confiance à l'intelligence collective : nous sommes tous des pépites

**Partenariats avec La Poste :** La Poste est identifiée comme un partenaire potentiel pour l'« aller-vers », avec des postiers présents sur le terrain. Une expérience relatée par Aurélie ZILLIOX a été peu concluante, avec **plusieurs points de vigilance** :

- Difficulté à gérer les cas complexes (ex. idées suicidaires) lorsque les intervenants ne sont pas des professionnels de santé.
- Nécessité de bien cadrer les rôles : la CPTS doit rester garante de l'organisation du suivi et de la prise en charge, La Poste pouvant plutôt intervenir en soutien à la communication et à l'orientation.

#### Outils de communication et mutualisation :

- Décision de créer ou renforcer un **groupe WhatsApp** entre porteurs ICOPE pour faciliter les échanges informels et rapides.
- Volonté de partager les supports (flyers, documents, outils) via un espace partagé (type Drive) commun à l'ensemble des porteurs.



### 7. Fin de journée : bilan et perspectives

#### Un bilan de la journée est réalisé à partir des retours :

- Intérêt fort pour les échanges de pratiques et le partage d'expériences entre territoires.
- Besoin d'aller encore davantage vers du « pratico-pratique » lors des prochaines éditions :
  - Présentations détaillées d'actions concrètes (organisation d'un step 2, circuits d'alerte, exemples de partenariats, modèles de communication réussis).
  - Retours d'expérience sur les outils et les méthodes qui fonctionnent réellement sur le terrain.

#### Les participants confirment l'importance :

- De consolider les réseaux locaux (sanitaire, médico-social, social) autour d'ICOPE.
- De rester réalistes sur les objectifs quantitatifs et vigilants sur la capacité à assurer un suivi derrière chaque dépistage.

**Prochain rendez-vous régional ICOPE : mardi 1er décembre 2026.**