

ANNEXE 1 DOSSIER DE MANIFESTATION D'INTERÊT

Dossier de manifestation d'intérêt à compléter et à renvoyer avant le 15 novembre 2020

- à l'adresse mail suivante : dgs-sp5@sante.gouv.fr
- à l'ARS concernée (liste des adresses en annexe 2)

Mentionner en objet du message : « AMI – ICOPE »

DOSSIER DE CANDIDATURE

Nature de la structure porteuse

- Raison sociale : Pôle de gérontologie et d'innovation Bourgogne-Franche-Comté
- Statut juridique : Association loi 1901
- Adresse : La City – 3 avenue Louise Michel – 25 000 BESANCON
- Région : Bourgogne-Franche-Comté

Le cas échéant :

- Dénomination de la structure : PGI
- Numéro FINESS juridique et géographique :

Coordonnateur de l'équipe projet

- Nom et Prénom : QUIBEL Clémence
- Numéro de téléphone : 07 68 34 03 45 / 03 80 37 13 72
- Adresse mail : clemence.quibel@pole-gerontologie.fr
- Signature :



Personne(s) désignée(s) pour participer aux travaux

- Nom et Prénom : FEUTRAY Jean-Paul
- Profession : médecin – (Mandat) : président du groupement des professionnels de santé du grand ouest dijonnais (GPSGOD)
- Numéro de téléphone : 06.07.36.44.98
- Adresse mail : jpfeutray@orange.fr
- Nom et Prénom : TENENBAUM Françoise
- (Mandat) : vice-présidente solidarité, politiques sociales, santé à Dijon Métropole
- Numéro de téléphone : 06.77.02.59.89
- Adresse mail : ftenenbaum@ville-dijon.fr
- Nom et Prénom : QUIBEL Clémence
- Profession : chef de projet au PGI - (Etudes) : doctorante en sociologie à l'université de Bourgogne
- Numéro de téléphone : 07.68.34.03.45
- Adresse mail : clemence.quibel@pole-gerontologie.fr

Coordonnées des partenaires

Structure : URPS-ML BFC (Union régionale des professionnels de santé – médecins libéraux)

- Nom et Prénom de l'interlocuteur référent : BOUILLOT Patrick
- Numéro de téléphone : 03 80 58 84 88 (N° de l'URPS-ML BFC)
- Adresse mail : patrick.bouillot@urps-ml-bfc.org

Structure : URPS MK BFC (Union régionale des professionnels de santé – masseurs kinésithérapeutes)

- Nom et Prénom de l'interlocuteur référent : SYLVESTRE Yann-François
- Numéro de téléphone : 06.80.98.41.86
- Adresse mail : yf.sylvestre@free.fr

Structure : CHU Dijon Bourgogne (centre hospitalier universitaire)

- Nom et Prénom de l'interlocuteur référent : Virginie Van Wymelbeke-Delannoy
- Numéro de téléphone : 03.80.29.31.55 / 06.61.92.17.58
- Adresse mail : virginie.vanwymelbeke@chu-dijon.fr

Structure : CPTS Centre 21 (communauté professionnelle territoriale de santé du centre Côte d'Or)

- Nom et Prénom de l'interlocuteur référent : Dr FEUTRAY Jean-Paul
- Numéro de téléphone : 06.07.36.44.98
- Adresse mail : jpfutray@orange.fr
- Nom et Prénom de l'interlocuteur référent (bis) : GARNAULT Laurent, directeur de la CPTS et du DAC 21 (dispositif d'appui à la coordination de Côte d'Or)
- Numéro de téléphone : 06.36.63.62.42
- Adresse mail : gpsgod@orange.fr

Structure : Dijon Métropole

TENENBAUM Françoise, vice-présidente déléguée à la solidarité, aux politiques sociales et à la santé

- Nom et Prénom de l'interlocuteur référent : Fabrice HEITZMANN
- Numéro de téléphone : 06.99.92.80.45
- Adresse mail : fheitzmann@metropole-dijon.fr

Structure : CCAS de Dijon (centre communal d'action sociale)

Vice-président du CCAS : HOAREAU Antoine, Adjoint délégué aux solidarités, à l'action sociale, à la lutte contre la pauvreté.

- Nom et Prénom de l'interlocuteur référent : MARTIN Muriel (+ SCHOUTITH Fabrice, suppléant)
- Numéro de téléphone : 03.80.74.71.74 / (03.80.74.71.97)
- Adresse mail : mmartin@ccas-dijon.fr (fschoutith@ccas-dijon.fr)

Structure : Gie IMPA (groupement d'intérêt économique d'ingénierie de maintien à domicile des personnes âgées)

- Nom et Prénom de l'interlocuteur référent : PETIT Sylvie (+ ROUSSEL Sandie, suppléante)
- Numéro de téléphone : 06.82.63.92.21 / (07.86.88.41.67)
- Adresse mail : petit.sylvie@gieimpa.msa.fr (rousseau.sandie@gieimpa.msa.fr)

Structure : Laboratoire CAPS (cognition, action et plasticité sensorimotrice) – Inserm (institut national de la santé et de la recherche médicale) 1093 – Université de Bourgogne

- Nom et Prénom de l'interlocuteur référent : Pr MOUREY France
- Numéro de téléphone : 03.80.39.67.65
- Adresse mail : France.Mourey@u-bourgogne.fr

Eléments de contexte territorial utiles au projet et zone d'intervention envisagée

La zone d'intervention envisagée est le territoire de [Dijon Métropole](#), dont plusieurs éléments de contexte territorial apparaissent cohérents et pertinents.

Un potentiel méthodologique

Le choix d'un EPCI (établissement public de coopération intercommunale) est motivé par la nature même d'un projet expérimental, dont la réalisation et l'évaluation sont favorisées par une démarche de laboratoire local.

Zone géographique limitée, caractéristiques populationnelles suffisamment diversifiées, présence, compétences et dynamiques d'acteurs préexistantes, constituent des leviers d'action puissants pour conduire le projet en tirant des enseignements dans la période déterminée de trois ans.

A l'issue d'une phase préparatoire qui sera décrite dans ce dossier, **3 infra-territoires** seront ciblés au sein de Dijon Métropole, pour conduire en parallèle 3 expérimentations, sur un même modèle mais mises en œuvre dans des conditions spécifiques.

Un public cible nombreux et diversifié

253 638 habitants vivent dans les 23 communes de Dijon Métropole (Insee, 1^{er} janvier 2019).

Ces 23 communes ont des caractéristiques diversifiées, urbaines, péri-urbaines et rurales.

Parmi les habitants de Dijon Métropole, on compte, en 2017, 15,2 % de personnes entre 60 et 74 ans (38 556 personnes), contre 12,1 % dix ans plus tôt. Pour les personnes de 75 ans et plus, leur part est de 9,4 % de la population du territoire (23 728 personnes) (Insee). Les personnes de 60 ans et plus représentent donc près d'un quart des habitants de Dijon Métropole.

Ces caractéristiques nous assurent d'un public cible nombreux (plusieurs dizaines de milliers de personnes) et d'une diversité de profils au sein de ce public, en relation avec l'âge, le sexe, le statut marital, la commune ou le quartier de résidence, et d'autres critères, notamment issus de l'analyse des besoins sociaux.

Des leviers de faisabilité

- Dijon Métropole est une intercommunalité amie des aînés, et appréhende par conséquent les différentes politiques publiques avec une prise en compte des besoins et attentes des personnes âgées. La ville de Dijon est l'une des collectivités fondatrices du [Réseau francophone villes amies des aînés](#) (dont le secrétariat général est dijonnais), qu'elle préside actuellement ; elle a donc une expérience de plusieurs années dans l'adaptation du territoire à la transition démographique. Ainsi, le contexte territorial de notre zone d'intervention est de plus en plus favorable à la prévention primaire du vieillissement fragile. Depuis le 1^{er} janvier 2020, 8 compétences d'action sociale ont par ailleurs été transférées à Dijon Métropole, dont certaines compétences liées aux personnes âgées, renforçant la cohérence de notre démarche sur ce territoire.

- Une seule CPTS, la CPTS Centre 21, va couvrir toute notre zone d'intervention. Portée dans sa préfiguration par le GPSGOD, qui est membre du comité de pilotage et de rédaction de ce projet, il est prévu que cette CPTS soit officialisée avant la fin d'année 2020, ce qui facilitera grandement la mobilisation et la coordination des professionnels de santé de l'expérimentation.
- D'autres éléments de contexte territorial sont utiles au projet : les partenaires qui s'impliquent, qu'il s'agisse des URPS, du CHU Dijon Bourgogne, de l'Université de Bourgogne, du CCAS de la ville de Dijon, du GIE, etc., sont tous implantés sur ce territoire, et sont tous membres ou partenaires de longue date du PGI qui est également présent à Dijon. Acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, politiques, de recherche et de formation, ville et hôpital, composent ainsi sur la zone d'intervention envisagée, un réseau propice au projet.
- Enfin, la ville de Dijon s'est déjà engagée, il y a plus de dix ans, dans [l'étude des Trois Cités \(3C\)](#), avec les villes de Bordeaux et de Montpellier. Une cohorte de 9 294 personnes de 65 ans et plus a été recrutée dans ces trois villes, pour étudier la relation entre facteurs de risques vasculaires et démence.

Description du positionnement de la structure, ses activités et ses projets dans la prévention et la prise en charge des séniors *(points forts et points faibles identifiés, freins/leviers et points d'amélioration possibles)*

[Le Pôle de gérontologie et d'innovation Bourgogne-Franche-Comté \(PGI\)](#) est une association de personnes morales et personnes qualifiées, qui a pour objectif de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des seniors à domicile, en institution ou en milieu hospitalier. Gérontopôle régional, ses missions s'articulent autour de 2 axes de travail, mis en œuvre par ses 57 membres et son équipe technique : recherche et innovation avec une approche transverse du vieillissement ; synergies et coordination des acteurs de la gérontologie.

La prévention, mais également la formation et la coordination des acteurs sont inscrites dans les missions et les actions du PGI, et en font ses points forts.

Dans la phase d'AMI, les partenaires précités ont choisi de confier au PGI la coordination de la réflexion, ainsi que la rédaction de la proposition, et son portage. Du fait, justement, des missions et du positionnement du PGI, le gérontopôle régional ne sera pas le porteur local du parcours/protocole de prévention ICOPE que nous avons modélisé et présentons dans ce dossier. Le porteur envisagé de ce parcours/protocole est en effet la CPTS Centre 21, comme nous le décrivons, et comme cela a pu émerger précisément des débats animés par le PGI en phase de réponse à l'AMI. En cours d'expérimentation, le PGI conservera le rôle de coordination « macro » du projet, de valorisation et d'évaluation. Tandis que l'association ECOLIB-BFC des URPS de la région interviendra en étroite collaboration avec la CPTS Centre 21, pour préparer les conditions d'essaimage hors Dijon Métropole.

[Un pôle facilitateur et accélérateur pour la coordination des acteurs](#)

Le réseau du PGI représente un très large panel d'acteurs de la gérontologie, dans une dynamique de pluridisciplinarité et de transversalité. L'association compte en effet 57 membres répartis en 6 collèges : les membres fondateurs, les entreprises et acteurs économiques, les acteurs de la prise en charge, les acteurs institutionnels et organismes de formation-recherche, les collectivités et leurs groupements et les personnes qualifiées représentantes d'utilisateurs.

Le PGI fédère ces acteurs, très souvent issus de cultures différentes, autour de valeurs communes et à travers plusieurs projets d'innovation en gérontologie, ce qui facilite le travail de coordination et de complémentarité dans lequel s'inscrit le programme ICOPE. Nous détaillerons dans le point suivant les partenariats mobilisés et les membres du PGI impliqués.

Le PGI est aussi doté de deux instances consultatives régionales :

- Le comité stratégique, qui regroupe les financeurs du fonctionnement du pôle et les représentants d'usagers, et rapproche ainsi les besoins et attentes des seniors avec les orientations des politiques publiques.
- Le conseil scientifique, qui produit avis et recommandations visant à garantir la qualité, la cohérence et l'éthique de la stratégie de développement et d'innovation. Pluridisciplinaire, il regroupe des experts (enseignants-chercheurs et médecins) de 13 disciplines (dont celles qui relèvent des fonctions sur lesquelles est centrée la démarche ICOPE). Ces 13 disciplines sont : philosophie, éthique médicale, psychologie, sciences économiques, sciences de l'information et de la communication, sociologie, gériatrie, santé publique, cognition-action-plasticité sensorimotrice, pharmacie, droit, ergonomie et psychiatrie.

Bien que l'URPS-ML soit membre du PGI, c'est avec les professionnels de santé libéraux que les collaborations au sein du pôle sont les moins anciennes et les moins fréquentes. Récemment, le PAERPA expérimental dans notre région, pour lequel le PGI a conduit une action de formation, puis une évaluation d'impact, a été l'occasion de construire un partenariat plus structurant avec les professionnels de santé libéraux. Ce partenariat est toutefois partiel, tant sur le plan territorial (Doubs et Territoire de Belfort) que quantitatif (une trentaine de professionnels impliqués).

Cependant, l'implication dans notre projet des URPS Médecins Libéraux et Masseurs-kinésithérapeutes, de l'inter-URPS (à travers notamment ECOLIB -BFC, pour « exercice coordonné » en Bourgogne-Franche-Comté) et du GPSGOD porteur de la CPTS Centre 21, et ce dès la phase de rédaction de ce dossier, permet de proposer sur l'ensemble du parcours/protocole de prévention, une réelle cohérence avec l'activité des différents professionnels de santé de 1^{er} recours.

[Un pôle expert et expérimenté en repérage, évaluation et prévention des fragilités](#)

[Porteur et promoteur du programme scientifique « FRAGIRE » et de ses applications nationales](#)

Le PGI est porteur et promoteur du programme « [FRAGIRE](#) » centré sur le repérage et l'évaluation des fragilités du sujet âgé, pour soutenir scientifiquement l'évolution des politiques sociales de prévention :

- En 2013, missionné et soutenu par les caisses nationales de retraite de l'inter-régime, il a élaboré, avec un comité d'experts réunissant cliniciens, chercheurs et professionnels de l'action sociale, une grille de détection des risques de fragilité (grille FRAGIRE, 2015) adaptée aux besoins spécifiques des retraités Gir 5-6 ;
- De 2013 à 2017, cette grille a été expérimentée par les évaluateurs des besoins d'aide à domicile (EBAD) du Gie IMPA, ce qui a permis d'en valider la reproductibilité et la validité ;
- Depuis 2018, la grille FRAGIRE constitue la base scientifique du dossier d'évaluation SIREVA (support inter-régime d'évaluation), auquel questions et tests de la grille FRAGIRE sont intégrés ;
- Depuis 2015, afin d'accompagner la mise en place de la détection des situations de fragilité et d'accompagnements concertés et adaptés, l'inter-régime sollicite l'appui du PGI pour développer la professionnalisation dans le champ de l'évaluation et du repérage de la fragilité. Un dispositif de formation national a ainsi été mis en place en 2015 afin de renforcer l'expertise des évaluateurs, d'améliorer les pratiques et d'optimiser la politique de prévention

de la perte d'autonomie. Déployé dans toute la France, il est renouvelé en 2020 sur des contenus complémentaires pour les EBAD et les services d'aide à domicile partenaires de l'inter-régime.

Contributeur de l'expérimentation « NACRE » intégrant le programme ICOPE

Depuis l'été 2020, du fait de cette expérience de contribution aux politiques de l'inter-régime en France, le PGI contribue au projet d'intégration d'ICOPE porté par la CNAV. Notre pôle contribue à l'expérimentation qui est en cours en Occitanie et Nouvelle Aquitaine, aux côtés du Gérontopôle du CHU de Toulouse et d'I2ML. Nous réalisons une mission de conseil et d'appui auprès des autres parties prenantes du projet NACRE, pour optimiser la mobilisation des acteurs-relais ciblés, et renforcer la cohérence et la pertinence de la formation à leur proposer.

Formateur pour l'expérimentation PAERPA en région et les services à domicile

- Dans le cadre de l'expérimentation PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'Autonomie), le PGI a, en 2018 et 2019, réalisé la conception, le déploiement et le bilan de la formation « Repérage des risques de fragilité et de perte d'autonomie et modalités d'alerte des professionnels de santé de la coordination clinique de proximité » à destination des responsables de secteurs et des infirmiers/infirmières coordinateurs/coordinatrices dans 2 départements de Bourgogne-Franche-Comté. Formation qui visait à renforcer et valoriser la place et le rôle de ces acteurs, et à outiller leur collaboration avec les professionnels de santé.
- Le PGI a su adapter ses modalités de formation aux contraintes liées à la crise Covid-19 en mettant en place en 2020, sur demande de l'ARS BFC (agence régionale de santé), un programme de formation adapté du PAERPA, et accompagnant la reprise d'activité des services de soins et d'accompagnement à domicile. A travers un dispositif de formation à distance et des tutoriels réalisés avec des experts sur 4 dimensions de la fragilité (risque psychique/dépression, chutes, dénutrition, iatrogénie médicamenteuse), il s'est agi de former les professionnels à la détection des situations à risque de fragilité et de perte d'autonomie des aînés à domicile que la crise sanitaire a pu déclencher, voire aggraver.

Porteur d'actions et programmes de prévention en région

Les missions du PGI se traduisent aussi dans des actions de prévention de terrain, mobilisant plusieurs dizaines de partenaires locaux, tout au long de l'avancée en âge :

- Depuis 2015 avec le soutien du Gie Impa et des CFPPA (conférences de financement de la prévention de la perte d'autonomie) : forums habitat, conférences (sommeil, vie affective, nutrition, aidants, etc.), cycles d'ateliers (estime de soi, ateliers intergénérationnels sur les représentations liées à l'âge, etc.), cycles de rencontres-débats (lutte contre l'isolement et le risque suicidaire, lutte contre les addictions, etc.) pour les personnes âgées vivant à domicile ;
- Depuis 2013 avec le soutien de l'ARS : programme régional de prévention « OMEGAH » en EHPAD, unique en France (équilibre, santé buccodentaire, nutrition, mémoire, alternatives non médicamenteuses, activités physiques adaptées, troubles psycho-comportementaux, bien-être/lutte contre la dépression) ;
- Depuis 2018 avec le soutien des caisses de retraite, les groupes complémentaires, la Région BFC et les CFPPA : sur la thématique « prévention et numérique », actions locales de lutte contre l'isolement et la fracture numérique (expérimentation d'outils numériques innovants d'animation autour de la mémoire en EHPAD, ateliers de médiation numérique en partenariat avec des bailleurs sociaux, dispositif régional d'entraide à l'usage numérique en partenariat avec APF France handicap).

Description de l'environnement partenarial utile au projet

PARTENAIRES MOBILISES, MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE ET DE REDACTION :

Afin de modéliser une démarche anticipant les *steps 1 à 5* d'ICOPE, des acteurs des champs sanitaire, social et médicosocial, mais également de la prévention et de la recherche, décrits ci-dessous, sont mobilisés sur le territoire d'intervention ciblé, lui-même mobilisé politiquement en faveur du projet.

Professionnels de santé, ville et hôpital

En premier lieu, les professionnels de santé libéraux, représentés à travers leurs URPS, interviennent dès la phase de dépistage puis dans le suivi. Ce sont des acteurs incontournables : en cas de détection d'un déficit fonctionnel, ils sont en mesure de réaliser une évaluation plus poussée, et ce peu importe la modalité de détection initiale (auto- ou hétéro-évaluation). Ce parti pris de positionnement dès la *step 1* repose sur une double conviction de notre comité de pilotage et de rédaction : d'une part, le rôle-clé du médecin traitant pour mobiliser les bénéficiaires visés grâce au capital confiance dont il dispose auprès d'eux, et pour assurer un rôle pivot dans le parcours de prévention, et d'autre part, l'enjeu fort de changement de culture professionnelle vers la prévention primaire, qui doit d'emblée être compris et porté par tous les professionnels de santé de premiers recours et les associer à toutes les étapes de la modélisation visée.

- L'URPS-ML BFC est l'unique instance régionale représentative élue et dédiée à la médecine libérale. Elle représente l'ensemble de médecins libéraux dans les différentes instances décisionnaires régionales. Elle participe à la mise en œuvre de la politique régionale de santé et à la promotion de l'exercice libéral.

Elle contribue à l'organisation régionale de l'offre de soins et participe au développement de projets d'exercice coordonné : équipes de soins primaires (ESP), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), etc.

Avec les autres URPS de la région (biologistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers libéraux, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, pharmaciens, sages-femmes) elle a créé ECOLIB-BFC, association des URPS de Bourgogne Franche-Comté, afin de renforcer échanges et travaux pour promouvoir la coordination et la qualité des soins, et favoriser ainsi une prise en charge optimale des patients sur tout le territoire.

Préalablement à la fusion des deux anciennes régions de Bourgogne et Franche-Comté, les URPS de Bourgogne s'étaient déjà regroupées pour mettre en place des actions de sensibilisation et de formation à l'éducation thérapeutique de patient (ETP) à destination des professionnels de santé libéraux dans l'objectif de promouvoir une ETP de proximité interprofessionnelle.

L'URPS-ML BFC s'engage également dans des actions de prévention et de dépistage. Par exemple, et entre autres, c'est sous son égide qu'est organisée (depuis déjà 15 ans) la campagne de dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique en Bourgogne.

Avec ECOLIB-BFC, elle entend développer son investissement dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé.

- De même, L'URPS MK BFC est l'intermédiaire entre les professionnels de santé et l'ARS pour la mise en place du projet régional de santé (PRS). Elle participe à l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS), à l'organisation de l'exercice professionnel et au développement professionnel continu (DPC). Partie prenante des actions

coordonnées entre URPS de la région (ECOLIB-BFC, sensibilisation et formation à l'ETP), l'URPS MK met également en place des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, etc. La prévention et la fragilité des patients, thématiques d'ICOPE, font partie de ses thématiques de travail.

- La **CPTS Centre 21**, est issue du [GPSGOD](#) intervenant déjà sur ce territoire dans le cadre de son action de coordination d'appui aux professionnels de santé depuis 2012. Son territoire d'intervention comprend notamment Dijon Métropole avec plus de 1600 professionnels de santé, dont 285 spécialistes en médecine générale. Elle s'est d'ores et déjà donné pour objectif, dans son projet de santé, de proposer des actions de prévention et de promotion de la santé au regard des besoins du territoire, et de favoriser le partage d'information sécurisée des données de santé par le développement d'outils communs autour d'une prise en charge globale.

Ses actions ciblées, vers les personnes âgées de 70 ans et plus dans cet AMI, sont d'autant plus pertinentes qu'elles permettraient en outre de contribuer à la structuration de la coopération interprofessionnelle de la CPTS Centre 21.

- Aux côtés de la médecine de ville, le [CHU Dijon Bourgogne](#) prévoit de mobiliser son [pôle personnes âgées](#), dès le *step 1* mais aussi pour réaliser certains suivis nécessitant un recours spécialisé dans les *steps 3 et 4*. L'hôpital de jour de Champmaillot pourra par exemple être un lieu de dépistage pour les personnes (enfants, conjoints) accompagnant leur proche. Les expertises médicales au sein du pôle personnes âgées et des autres services du CHU accompagneront la sensibilisation et la formation de tous les acteurs du projet, et la construction des parcours de prévention ICOPE, autour des fragilités du programme : mobilité, mémoire, sensoriel (vue/audition), état nutritionnel, humeur.

Le CHU a aussi un rôle à jouer plus spécifiquement sur le volet de l'état nutritionnel. En effet, en termes de prévention santé et numérique, le CHU est impliqué depuis 3 ans dans le développement d'un projet « [FoodIn.tech](#) » visant au déploiement d'un outil de mesures à la prise alimentaire des patients pour lutter contre la dénutrition et le gaspillage alimentaire. L'objectif est d'utiliser une simple photo des repas avant et après consommations prise à l'aide d'un smartphone et de les comparer pour connaître les ingesta. Cet outil associe l'intelligence artificielle (IA) dans la reconnaissance des aliments et les systèmes informatiques afin d'identifier les profils de mangeurs en comparant les ingesta effectifs et les recommandations nutritionnelles. Dans le cadre du grand projet « [Dijon Alimentation durable](#) », la poursuite du projet FoodIntech est engagée pour une meilleure prise en soin de l'alimentation en institution et en ville, et pour la formation-sensibilisation de professionnels à la problématique de la nutrition et repas-soin.

Enseignants-chercheurs

- Les chercheurs du CHU participeront à l'évaluation du modèle mis en place, conjointement avec le [Gérontopôle Pierre Pfitzenmeyer](#) et [l'Université de Bourgogne](#). Dans ce cadre, le [laboratoire CAPS](#) Inserm 1093 a développé un axe vieillissement important. Il pourra mettre à la disposition du projet des locaux et des compétences, pour réaliser des évaluations spécifiques des effets de la fragilité sur le contrôle moteur et le risque de chute. Dans le suivi des personnes, des programmes spécialisés d'entraînement cognitivo-moteurs à visée préventive pourront être proposés.

Acteurs sociaux et médicosociaux

D'autres acteurs interviendront à la suite du dépistage/ de la 1^{ère} hétéro-évaluation. Afin de construire avec eux les parcours de prévention des bénéficiaires, de façon à les rendre pertinents et opérants, plusieurs de ces acteurs sont déjà engagés dans le comité de pilotage et de rédaction de notre projet :

- **Dijon Métropole**, nouvel acteur de l'action sociale, porte désormais sur son territoire la responsabilité de la conférence des financeurs, instance identifiée dans le déploiement de réponses autour de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. A ce titre et selon la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement, Dijon Métropole se trouve engagée dans l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, l'attribution du forfait autonomie pour les résidences autonomie, la coordination et l'appui aux actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées, la coordination et l'appui aux actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile, le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie et le développement d'autres actions collectives de prévention.

Dijon Métropole porte également désormais un service social métropolitain au sein duquel deux profils se retrouvent : des travailleurs sociaux susceptibles d'accompagner des personnes âgées dans les communes de la Métropole où un tel accompagnement n'est pas déjà pris en charge par les CCAS ; des agents d'accompagnements administratifs mobilisés pour l'appui des publics dans leurs démarches administratives, particulièrement sur un support numérique. Ces agents, comme l'ensemble des aidants numériques prochainement formés (Un marché public en ce sens vient de se conclure, porté par Dijon Métropole), pourraient accompagner les personnes âgées à la prise en main de l'application ICOPE.

- Le **CCAS de la ville de Dijon** met en œuvre la politique sociale de la municipalité et anime une action générale de prévention et de développement social sur le territoire dijonnais, en liaison étroite avec les institutions publiques et privées. Engagés dans la démarche ville amie des aînés depuis 2010, la ville et son CCAS sont particulièrement actifs pour développer des actions et services en faveur de l'adaptation de la ville au vieillissement. La « Maison des seniors », espace d'accueil, d'information, de documentation et de convivialité, en est un exemple.

Dans un souci d'inclusion numérique, la ville et le CCAS proposent actuellement des bornes d'accès libre à internet, et des agents peuvent être sollicités pour accompagner les usagers dans leurs démarches. La Maison des seniors organise dans ce cadre des permanences à l'attention des aînés qui rencontrent des difficultés dans l'utilisation des outils numériques (portable, tablette, ordinateur). Ces bénévoles seraient d'intéressants soutiens dans la prise en main de l'application ICOPE pour favoriser les auto-évaluations au cours du parcours/protocole de prévention.

Le CCAS développe également diverses actions en faveur personnes âgées fragiles ou à risque de fragilité, en partenariat étroit avec toutes les institutions et associations compétentes dans les domaines du social, du médical, de l'économie, de la culture, etc., et avec lesquelles il entretient des liens permanents. Pour illustration, le service social gérontologique est composé de 12 travailleurs sociaux spécialisés, et missionnés pour proposer à tout Dijonnais âgé de plus de 62 ans un accueil, une écoute, une information et un éventuel accompagnement personnalisé et adapté à la problématique rencontrée (accès aux soins et aux droits, gestion du budget, aide financière, équilibre alimentaire, hébergement et logement, démarches administratives, prévention de la maltraitance, protection des personnes vulnérables, lutte

contre l'isolement, mise en place de services à domicile, etc.). Si le dépistage ICOPE et la discussion avec le professionnel de santé référent révélait une des problématiques mentionnées ci-dessus, la personne dijonnaise pourrait alors être orientée vers les services du CCAS pour trouver une réponse à sa problématique.

- Le **Gie IMPA**, composé de la Carsat BFC (caisse d'assurance retraite et de santé au travail), de la MSA Bourgogne (mutualité sociale agricole) et de la MSA Franche-Comté, organise depuis plus de 10 ans des actions favorisant la prévention de la perte d'autonomie des retraités. Aujourd'hui, le Gie IMPA est un acteur majeur du maintien à domicile des personnes âgées non dépendantes (Gir 5 et 6) dans la région. Ses missions de prévention ainsi que son public-cible sont donc en cohérence avec les objectifs de la démarche ICOPE. Véritable laboratoire d'idées des caisses de retraite, le Gie IMPA est par exemple à l'initiative de la prestation « Sortie d'hospitalisation », qui permet aux retraités non dépendants d'organiser leur retour à domicile dans de bonnes conditions.

Le Gie IMPA pilote des offres de prévention diversifiées et de qualité pour les personnes de plus de 60 ans autour de thématiques et d'ateliers labellisés, animés par des professionnels, au travers du dispositif « [Les Ateliers Bons Jours](#) ». Ces ateliers portent sur les thématiques suivantes : nutrition, équilibre, activité physique, mémoire, sommeil, « ma santé et celle de ma maison » et « bien vivre ma retraite ». Ils trouvent toute leur place et leur pertinence, en prévention primaire, dans le parcours/protocole de prévention ICOPE pour lesquels des besoins ou des souhaits auront été identifiés sur ces thématiques. Dans le même esprit et de manière complémentaire, le GIE IMPA a aussi développé l'application web « [les Zastuces](#) » simple et ludique, qui peut accompagner favorablement une démarche préventive individuelle.

L'offre de prévention du Gie IMPA s'étend aussi aux seniors vivant dans les résidences-autonomie de la région, à travers le programme « [Les Atouts de l'Âge](#) ». Le Gie IMPA gère également de manière opérationnelle l'appel à projets « Lutte contre l'isolement social », par délégation des caisses de retraite mais aussi des CFPPA de la région.

Enfin, afin de répondre aux besoins des retraités et dans le but de lutter contre les risques de fragilisation sociale et de perte d'autonomie à domicile, une équipe d'évaluateurs de besoins à domicile intervient chez les personnes âgées, analyse le degré d'autonomie et préconise un plan d'aide adapté et personnalisé. Cette mission du Gie IMPA est très complémentaire dans un parcours de vie au cours duquel les fragilités apparaissent, et donc pour une continuité anticipée des évaluations, orientations et accompagnements des personnes sur le plan social et médicosocial.

Acteur-réseau :

- Enfin, le **PGI**, déjà représenté à travers les acteurs décrits ci-dessus, qui sont soit membres adhérents, soit partenaires de longue date, mobilise pour ce projet une partie de son équipe salariée (direction, chef de projet et chargée de mission) sur 3 volets : la coordination globale du projet, l'ingénierie de formation des professionnels à l'outil et au programme ICOPE, en collaboration avec les experts des thématiques et l'évaluation et la valorisation de l'expérimentation.

Coordinateur de la réponse à l'AMI, il mobilisera chacun des partenaires dans son domaine de compétence pour l'expérimentation elle-même.

ACTEURS SENSIBILISES, PARTIES PRENANTES CONFIRMEES POUR LE LANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION :

D'autres acteurs, non engagés dans la phase de rédaction de ce dossier, ont néanmoins été sensibilisés à la démarche et sont prêts à s'engager dans la phase expérimentale. Il s'agit de :

- **URPS - Pharmaciens BFC**, mobilisée avec un positionnement commun aux URPS-ML et URPS-MK ;
- **Plateforme de répit et d'accompagnement des aidants de Dijon**, qui se positionnera dans le parcours de prévention en cas de **situation d'aide repérée avec besoin de soutien** ;
- **Equipe Mutualisée Acodège-Sdat (EMAS)** : unité d'intervention à domicile en santé mentale, qui se positionnera potentiellement pour approfondir des situations particulières en coordination avec les référents de l'expérimentation ICOPE proposée ;
- **Ville de Dijon, Direction Hygiène Santé, coordinatrice Contrat Local de Santé (CLS) de Dijon Métropole**, mobilisée notamment pour nourrir la phase préparatoire du projet en documentant le ciblage des infra territoires d'expérimentation ;
- Proposés par le conseil scientifique du PGI, **des experts des thématiques** du programme ICOPE seront sollicités pour le volet scientifique de l'expérimentation, lorsqu'ils ne font pas déjà partie du groupe de rédaction.

Proposition de modèle d'expérimentation envisagé en cohérence avec l'AMI

Objectifs

- Implémenter le programme ICOPE dans les pratiques des professionnels de santé de premiers recours ;
- Modéliser et déployer un parcours/protocole de prévention (*steps 1 à 5* d'ICOPE), co-élaboré avec les acteurs locaux impliqués ;
- Evaluer le modèle déployé.

Public visé

- La stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie 2020-2022 « Vieillir en bonne santé » définit trois âges-clés : 40-45 ans, 60-65 ans et à partir de 70 ans. Cette stratégie prévoit l'expérimentation d'un programme de dépistage à partir du modèle ICOPE, en vue de renforcer la prévention à partir de 70 ans. C'est la raison pour laquelle le modèle d'expérimentation proposé ici vise les **personnes de 70 ans et plus**.

Rôle-clé des professionnels de santé

- **La place des professionnels de santé est considérée ici indispensable, dès le début de la démarche**, puisqu'il s'agit de modéliser la prévention primaire. Les professionnels de santé sont également parfois les seuls en mesure de repérer et sensibiliser les personnes âgées, un certain nombre de seniors n'ayant pas de contact avec d'autres professionnels susceptibles de repérer des signes ou risques de fragilité (via par exemple les loisirs, associations, ateliers de prévention, etc.).
Faire entrer le bénéficiaire dans la démarche ICOPE via ces professionnels de santé garantit l'engagement de ces derniers, pour construire la démarche en anticipant les 5 *steps*. C'est

également l'assurance que le médecin traitant des bénéficiaires, ou l'équipe de soins de premier recours, est partie prenante du dispositif.

Cependant, conscients de la charge de travail de ces professionnels, et de la nécessité de pouvoir planifier les hétéro-évaluations ICOPE et les entretiens conseils, nous considérons que le recrutement spécifique, et la formation préalable, de « **référents ICOPE** » pour coordonner les parcours/protocoles de prévention est indispensable. Ce « référent ICOPE », **de profil IDE**, implanté au sein du groupement de professionnels de santé, aura pour mission non seulement de présenter ICOPE aux personnes âgées et de réaliser la première hétéro-évaluation complétée d'un entretien, mais également de construire puis de suivre avec eux leur parcours prévention ICOPE, tout en assurant le lien et la coordination avec tous les acteurs de ce parcours.

Gouvernance du projet - Comité de pilotage

- La réalisation du projet sera placée sous la gouvernance d'un **comité de pilotage** comprenant ses membres actuels, et d'autres acteurs potentiels qui seront mobilisés à l'étape de préparation décrite ci-après, dont l'ARS BFC. Le comité de pilotage sera réuni à différents jalons de l'expérimentation : une fois par mois les 6 premiers mois, puis une fois par trimestre pendant 2 ans 1/2.
- Il est prévu que ce comité de pilotage puisse être étendu à d'autres acteurs au fur et à mesure de l'avancement du projet, et complété d'autres instances telles qu'un **comité opérationnel**, un **comité d'évaluation**, un **comité scientifique**, etc.

Montée en charge progressive

Il est envisagé d'inclure 60 bénéficiaires par an (20 par équipe de soins), avec une montée en charge de l'activité liée à la fréquence des évaluations et entretiens. Soit un public bénéficiaire de 60 personnes la 1^{re} année, 120 personnes la 3^e année et 180 personnes la 3^e année.

En parallèle, les professionnels du sanitaire, du médico-social et du social, non directement impliqués sur les territoires ciblés, seront progressivement sensibilisés au sein de leurs propres réseaux et par la dynamique de communication et valorisation décrite plus loin.

COMPOSANTES ET ETAPES DU PROJET

1. PREPARATION DE L'EXPERIMENTATION (Coordination : PGI)

Composante 1 : Ciblage des territoires

Responsable : PGI

Il s'agira de cibler 3 territoires d'expérimentation au sein de la métropole dijonnaise. Ces 3 territoires seront choisis en croisant des critères objectifs géographiques, démographiques, socio-économiques, etc. et un critère de faisabilité avec les professionnels de santé. En effet, l'information puis le recensement des groupements de professionnels de santé volontaires pour s'engager dans la démarche sera incontournable avant la mise en place de l'expérimentation elle-même. Une réunion de sensibilisation sera organisée, à laquelle seront notamment conviés tous les professionnels de santé de la CPTS Centre 21.

Les objectifs sont ainsi de croiser au maximum un souhait de diversité des 3 infra-territoires et une volonté de conditions de réalisation optimales.

Plusieurs ressources seront mobilisées à cette étape : bases Insee, données de l'Observatoire des fragilités des organismes de sécurité sociale, analyse des besoins sociaux du CCAS et de Dijon Métropole, cartographie des groupements de santé, appui du CLS, connaissances et réseaux des URPS, données et cartothèque de l'ARS, etc.

Composante 2 : création du module eTICSS

Responsable : GRADeS (groupement régional d'appui au développement de l'esanté)

eTICSS (eterritoire innovant coordonné santé social), développé par ARS BFC, a été initié dans le cadre du programme national « territoire de soins numérique ». Il s'agit d'un bouquet de services innovants qui permet aux professionnels des secteurs sanitaire, social et médicosocial, de mieux coordonner leur action autour du patient, et donc d'améliorer la qualité de leur prise en charge. Initialement créé pour le suivi des situations complexes, eTICSS a été adapté pour coordonner tous les parcours de santé.

En complément, eTICSS intègre au projet **L'application mobile GLOBULE**, accessible depuis un ordiphone ou une tablette. Cette application permet de communiquer/collaborer en *chat* (messages rapides) avec le cercle de soins dans une logique centrée patient.

Après avoir pris attache avec le GRADeS pour avis, eTICSS paraît être l'outil numérique pertinent pour ce projet. D'une part, parce que le lien entre eTICSS et le DMP (dossier médical partagé) est déjà engagé ; d'autre part, parce qu'eTICSS est organisé en parcours de santé et a déjà soutenu les parcours expérimentaux PAERPA en Bourgogne-Franche-Comté.

Il s'agira donc d'envisager un module ICOPE dans eTICSS pour assurer le volet numérique de la coordination des parcours de prévention ICOPE, sur l'exemple du volet numérique du PAERPA, déjà centré sur les enjeux de repérage des fragilités des personnes âgées à domicile. La création/mise en place du module débutant en parallèle du ciblage des territoires.

Composante 3 : Recrutement et formation des professionnels de santé

Responsables : URPS, CPTS, PGI, acteurs experts

Une fois les territoires ciblés et les groupements de professionnels de santé identifiés, il s'agira de recruter et former les différents professionnels en amont de la phase de dépistage :

- **Recrutement des référents ICOPE** : il est envisagé que les référents soient prioritairement des IDE. D'autres professionnels de santé volontaires pourraient également être formés pour ce rôle. Pour l'expérimentation envisagée, 3 référents ICOPE sont prévus.
- **Formation des référents ICOPE** impliqués dès la 1^{re} hétéro-évaluation de notre modèle : formation à la prévention primaire du processus de fragilité, à l'outil et au programme ICOPE, complétée d'outils simples d'aide à l'information et à l'orientation, et formation à eTICSS.

En plus de la formation proprement dite, des temps de rencontres seront planifiés entre les référents et les différents partenaires du projet, et notamment les acteurs vers lesquels les référents seront susceptibles d'orienter les personnes âgées (Gie IMPA, CCAS, plateforme de répit, etc.). Ceci afin de faciliter l'information et l'orientation des personnes vers les structures adaptées.

Durée de la formation : 2 journées.

- **Formation des équipes de professionnels de santé** : les équipes de soins / groupements de professionnels de santé bénéficieront d'une formation à la prévention primaire du processus de fragilité, à l'outil et au programme ICOPE, et d'une sensibilisation à eTICSS. Il s'agira des équipes de soins mobilisées sur les 3 infra-territoires expérimentaux.

Durée de la formation : 1 journée.

Deux principaux risques ont été identifiés. Le premier est la difficulté pour les professionnels de santé à dégager du temps pour la formation. Afin de l'anticiper, il s'agira de prévoir les dates longtemps à l'avance et de proposer une formation mixte virtuel/présentiel. Une réflexion sur la création d'un MOOC sera engagée. Ces modalités de formation mixte pourraient se transformer en 100 % distanciel si les consignes sanitaires l'exigeaient. Par ailleurs, le temps de formation des professionnels de santé sera rémunéré. Le second risque est celui d'un temps de latence trop long entre la formation et la mise en place effective de la démarche. Le comité de pilotage se réunira mensuellement sur cette période pour assurer sa réactivité dans la mise en place d'actions correctives et d'ajustement de calendrier si nécessaire.

2. EXPERIMENTATION DU PARCOURS PREVENTION ICOPE (Description d'un parcours bénéficiaire) (Coordination : CPTS)

Phase 1 : Recrutement des publics

Responsables : référents ICOPE coordonnés par la CPTS

Le référent ICOPE gère l'envoi d'un courrier personnalisé d'invitation à une « évaluation prévention ». Ce courrier est adressé à toute la patientèle de 70 ans et plus des équipes de soins volontaires qui ont été formées.

Cette modalité de recrutement a été privilégiée par notre comité de pilotage et de rédaction. Inspirée des pratiques existantes en santé publique (consultations dentaires des jeunes patients, consultations de prévention cancer à partir de 50 ans, etc.), elle s'appuiera sur la relation de confiance patient – médecin traitant, et elle garantira que les personnes qui s'engageront dans cette démarche trouveront des interlocuteurs professionnels volontaires et formés pour les accompagner dans toutes les étapes, sur leur bassin de vie.

Phase 2 : 1^{ère} hétéro-évaluation

Responsables : référents ICOPE coordonnés par la CPTS

Le référent ICOPE effectue la 1^{ère} hétéro-évaluation avec le bénéficiaire, et la complète d'un entretien-conseil, en *step 1*, permettant de repérer d'éventuelles autres problématiques pouvant être facteurs de fragilité (précarité, situation d'aide, etc.).

- Si aucune anomalie n'est détectée, le référent ICOPE peut proposer un parcours de prévention personnalisé. Il a connaissance des différents acteurs locaux vers qui orienter la personne en fonction de ses souhaits et besoins. On peut envisager que le référent puisse transmettre les coordonnées de la personne (avec son accord, dans le respect du RGPD) aux autres acteurs du projet, afin que les professionnels puissent reprendre contact, par exemple pour informer de la tenue d'ateliers en proximité. En effet, partant du principe que la prévention primaire intervient avant l'apparition de déficits, le comité de pilote et de rédaction suggère de proposer le *step 5* du parcours (mobilisation des ressources communautaires et soutien aux aidants) à la suite du *step 1*, même s'il ne ressort pas d'alerte suggérant une orientation en *step 2*.
- Si une anomalie est détectée, le même entretien-conseil est conduit, et le référent ICOPE déclenche l'évaluation clinique *step 2* avec le médecin traitant, en plus de la proposition de parcours de prévention. Le médecin traitant peut ainsi planifier et effectuer sa consultation clinique, puis si nécessaire enclencher le parcours de soins dont il est garant, avec orientation vers un recours spécialisé si nécessaire (*step 3 et 4*).
- Concernant l'orientation vers des actions collectives et/ou dispositifs de prévention, le référent aura connaissance des nombreuses possibilités qu'offrent déjà les partenaires, et pourra envisager avec la personne ce qui lui conviendra le mieux, en fonction de ce qui émergera de l'évaluation ICOPE et de l'entretien. Il pourra s'agir d'actions collectives ou d'accompagnements individuels.
 - Sur le territoire de Dijon Métropole, de nombreux acteurs développent des actions collectives de loisirs, d'animation, d'activités sportives ou culturelles, qui sont propices à soutenir un vieillissement actif et citoyen. La dynamique associative intervient en complémentarité des actions institutionnelles. Certains des acteurs engagés dans la rédaction de ce dossier sont eux-mêmes porteurs de certaines de ces actions, en complémentarité avec d'autres partenaires. Ainsi, pouvons-nous citer en exemple les « Ateliers Bons Jours » du Gie IMPA, qui ont par ailleurs été adaptés pour une version en ligne, et dont certaines thématiques rejoignent celles d'ICOPE, ou encore les séances thématiques de la Maison des seniors autour de thèmes très variés (le CESU, la maladie d'Alzheimer, le décryptage des étiquettes alimentaires, le code de la route, le logement intergénérationnel, etc.), mais

également les nombreuses structures de quartiers partenaires des CCAS et répertoriées par le CLS.

- Pour ce qui relève de l'accompagnement individuel, le référent ICOPE pourra orienter les personnes vers Dijon Métropole, le CCAS de Dijon et le Gie IMPA, qui sont d'ores et déjà parties prenantes de ce projet et peuvent proposer un accompagnement social (CCAS et Dijon Métropole) et une évaluation des besoins d'aide à domicile (Gie IMPA), ou encore une aide aux usages numériques.
 - Dijon Métropole, les CCAS, le conseil départemental de Côte-d'Or, les services sociaux des hôpitaux, la Carsat, la MSA, le Gie IMPA mettent à disposition des habitants des professionnels formés et expérimentés, qui interviennent en réseau pour mieux répondre aux besoins spécifiques des habitants ;
 - A leurs côtés, de nombreuses associations concernées par la précarité, la lutte contre l'isolement, l'accueil des difficultés individuelles interviennent dans le cadre d'un partenariat étroit, tissé depuis de nombreuses années et qui évolue en concertation ;
 - Les aidants numériques de Dijon Métropole pourront aider individuellement les bénéficiaires à prendre en main l'application web ICOPE pour réaliser leurs auto-évaluations. Les aidants numériques aident et accompagnent aux premiers pas, à l'initiation, aux petits blocages... en relation avec d'autres acteurs d'accès numériques disponibles sur les territoires.

Phase 3 : Réévaluation à 6 mois

Responsables : bénéficiaires eux-mêmes, suivis par les référents ICOPE coordonnés par la CPTS

Cette évaluation à M+6 se fera chaque fois que possible en auto-évaluation sur ICOPE Monitor. En effet, l'autonomisation sera recherchée et soutenue au cours des 3 ans du projet, avec chaque personne. Un rappel aux patients sera réalisé par le référent ICOPE pour que cette étape soit bien réalisée. Si les personnes ne sentent pas encore assez à l'aise avec l'outil, elles pourront bénéficier d'une hétéro-évaluation à M+6.

- S'il n'y a pas d'anomalie, la démarche se poursuivra sans modification jusqu'à la réévaluation suivante ;
- S'il y a une anomalie, rendez-vous sera pris avec le référent ICOPE ou le médecin traitant.

Phase 4 : Réévaluation à 1 an

Responsables : référents ICOPE coordonnés par la CPTS

Dans le cadre de l'expérimentation, une hétéro-évaluation annuelle avec le référent sera proposée, même si les personnes sont en mesure d'utiliser seules l'application. Elle permettra de réaliser un nouvel entretien, objet d'un bilan sur les actions mises en place ou non par la personne au cours de l'année écoulée. Elle permettra aussi de collecter les indicateurs nécessaires à l'évaluation du projet, dans ses dimensions de réalisation et d'impact.

Phase 5 Réévaluation à 18 mois

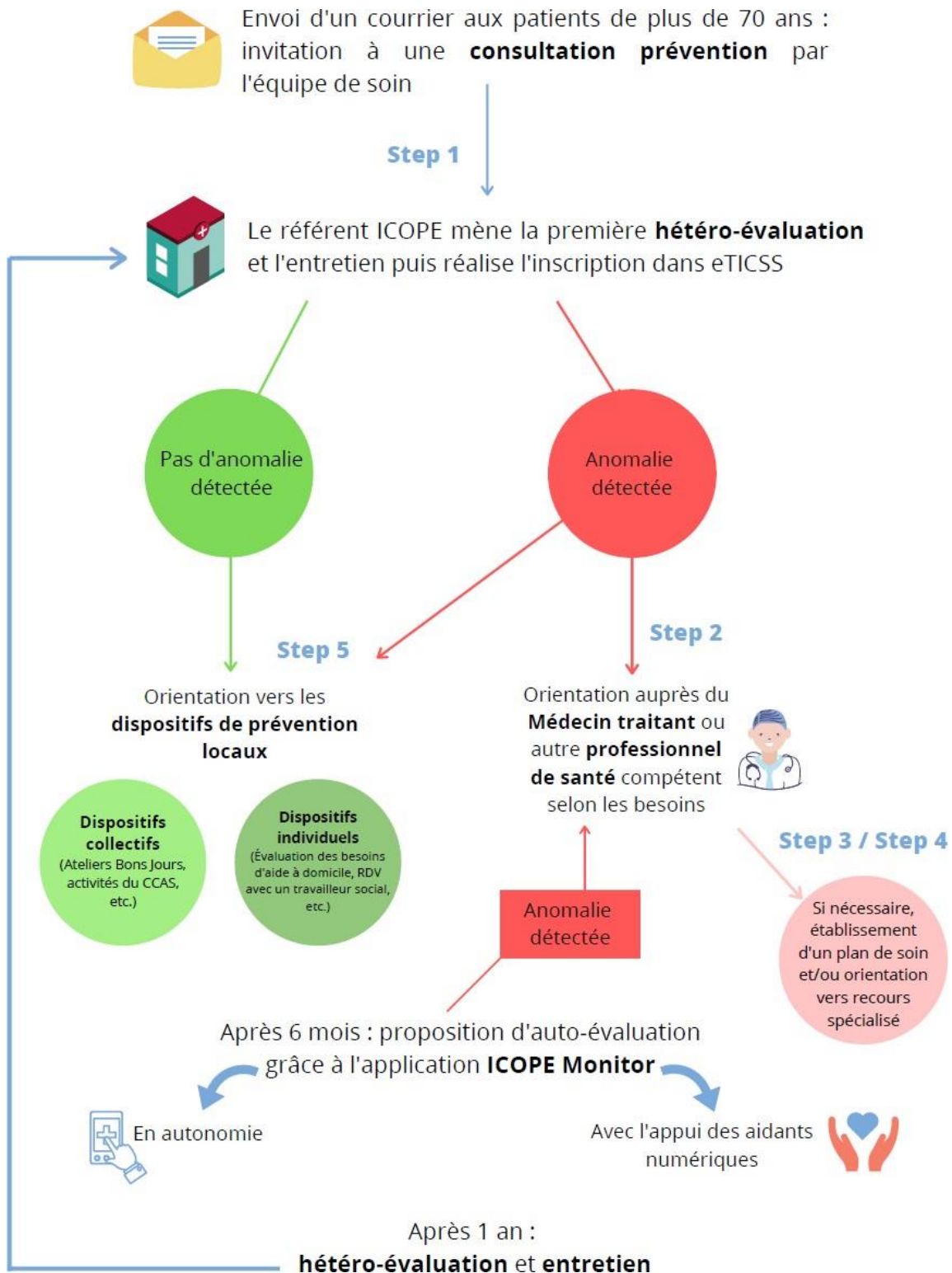
Idem à 6 mois

Phase 6 Réévaluation à 24 mois

Idem à 1 an

NB : tenant compte de l'étape de préparation approfondie de l'expérimentation, et de l'évaluation à formaliser y compris en premières indications d'impact, le temps de suivi des bénéficiaires inclus sera de 24 mois pour ce projet.

Schéma du parcours de prévention ICOPE :



3. EVALUATION (Coordination : PGI)

Une évaluation de réalisation, continue, sera menée durant toute l'expérimentation, et sera complétée d'une évaluation d'impact. Elle sera construite avec les parties prenantes, basée sur des questions évaluatives convenues, traduites en critères et indicateurs.

Des pistes de réflexion sont proposées dans l'encadré concerné. Il sera très important que l'évaluation soit harmonisée entre les différentes expérimentations à conduire dans toute la France, pour que les enseignements tirés soient exploitables.

4. VALORISATION/COMMUNICATION (Coordination : PGI)

Responsable : comité de pilotage

Il est prévu d'organiser des rencontres annuelles entre acteurs engagés et acteurs intéressés, pour partager des points d'avancement et d'information, des témoignages, etc. Cette dimension de communication pourrait être envisagée en lien avec l'observatoire de l'âge et la Maison des seniors, gérés par le CCAS de la ville de Dijon et acteurs de la démarche amie des aînés.

En fin d'expérimentation, ce rendez-vous annuel pourra être élargi à une cible grand public, par exemple dans le cadre du salon du bien vieillir.

CALENDRIER ENVISAGE

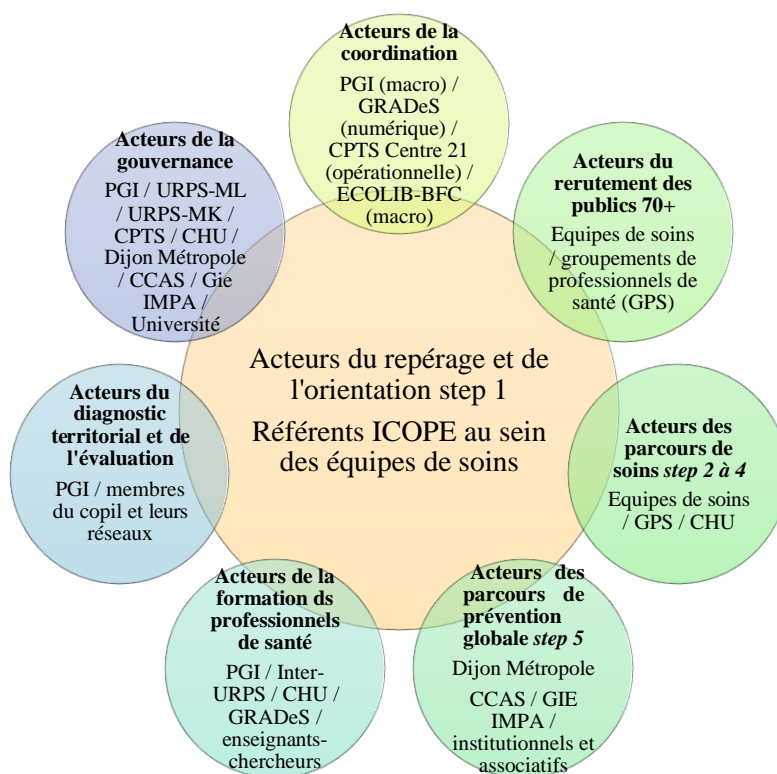
- **Mois 0 – M+6** : ciblage des territoires + lancement de la création du module eTICSS (réunions mensuelles du comité de pilotage) + recrutement et formation des professionnels + information/coordination de l'ensemble des partenaires (réunions mensuelles du comité de pilotage)
- **M+6 – M+30** : Déploiement du programme (réunions trimestrielles du comité de pilotage)
 - M+6 – M+24 : inclusions et suivis en 3 vagues et début de l'évaluation de réalisation
 - M+12 : 1^{re} rencontre annuelle
 - M+18 : début de l'évaluation d'impact avant montée en charge progressive en formation de nouveaux professionnels
 - M+18 : valorisation : 2^e rencontre annuelle
 - M+18 – M+30 : poursuite des inclusions et suivis et actions de sensibilisation
 - M+30 : valorisation : 3^e rencontre annuelle et communication des enseignements d'évaluation de réalisation et de premiers enseignements d'évaluation d'impact / évènement grand public

Sous réserve de possibilité de prolonger les délais pour une meilleure pertinence de l'évaluation :

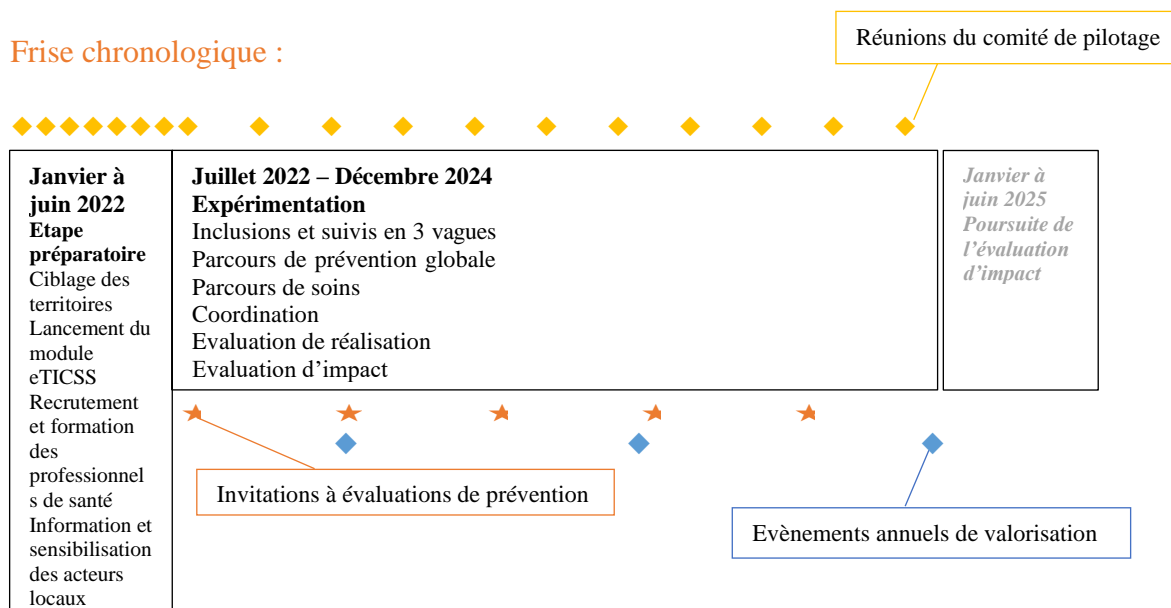
- *M+42 : Fin des étapes complémentaires de l'évaluation d'impact et communication des enseignements*
- *M+42 : valorisation : 4^e rencontre annuelle*

Il est à noter que la situation sanitaire peut durer, et que le dépistage aurait encore plus de sens dans ce contexte (fragilités liées au virus, au confinement, etc.). Le parcours de prévention demeurerait valable dans les modalités décrites, et pourrait inclure des hétéro-évaluations et entretiens de suivi à distance, via les plateformes de télémédecine. Les offres de prévention locales, composantes de mode de vie préventifs proposés, ont déjà adapté leurs modalités avec des contenus distanciels ou des formats en très petits groupes.

Schéma organisationnel :



Frise chronologique :



Proposition concernant le financement

Le plan de financement est estimé à partir du volume d'activité envisagé pour les 3 années de l'expérimentation : 3 territoires, 3 ans, 180 bénéficiaires, 30 professionnels de santé et 1 réseau de partenaires sanitaires, médicosociaux, sociaux et de recherche.

Le projet fera appel aux offres de prévention préexistantes à Dijon Métropole, aux actes médicaux existants, et à la mobilisation régulière d'acteurs de gouvernance de projet. Ces contributions ne sont pas valorisées ci-après, mais leur valeur sera à chiffrer et faire apparaître en contributions en nature.

La proposition concernant le financement, et sa possible modélisation, distingue deux composantes du projet sur la durée de 3 ans, susceptibles d'être prises en compte dans le cadre de l'article 51, soit pour des actes nouveaux, soit pour des interventions coordonnées d'équipes de soins, nouvelles également.

Nous considérons qu'il est prématuré, avant d'avoir conduit notre phase préparatoire de 6 mois, de décrire précisément les modes de rémunérations des professionnels de santé, qui dépendra beaucoup du mode d'exercice. Les rémunérations seront partagées en fonction des recrutements.

1 - Le budget macro de conduite de l'expérimentation : 250 000 €

- Coordination du projet et de l'ensemble des parties prenantes : 150 000 €
1 ETP * 3 ans + participations ponctuelles de diverses parties prenantes + frais associés

- Approfondissement du diagnostic territorial sur 6 mois : 10 000 €
Temps de travail dédié aux collectes et analyses

- Construction du module Icope dans eTICSS : 50 000 €
Développements informatiques

- Evaluation en continu sur 3 ans : 30 000 €

Temps de travail dédié à la démarche évaluative + contributions ponctuelles de parties prenantes + frais associés

- Communication et valorisation du projet sur 3 ans : 10 000 €
Temps forts annuels et supports de communication

2 - Le parcours de prévention Icope à pérenniser dans ses différentes composantes et étapes : 471 000 €

- Information et sensibilisation des PS : 1 000 €
Conception et réalisation d'une réunion pour 60 professionnels de santé de Dijon Métropole avec participations non rémunérées

- Formation des PS volontaires : 30 000 €
Conception et réalisation d'une journée de formation pour 30 professionnels de santé volontaires rémunérés pour leur participation (30 PS * 6h * 150€)

- Recrutement et rémunération des 3 référents Icope pour 3 ans : 337 500 €
Avec montée en charge de la durée de travail (3 référents * 0,5 ETP la 1^{re} année, 0,75 ETP la 2^e année, 1 ETP la 3^e année)

- Formation des référents Icope : 3 500 €
Conception et réalisation de 2 journées de formation pour 3 référents (participation rémunérée sur la prise en charge de leur emploi)

- Information et sensibilisation des publics 70+ : 9 000 €
Envois de courriers personnalisés aux patients des 3 équipes de soins

- Premières hétéro-évaluations Icope complétées d'entretiens d'orientation : 27 000 €
Temps des référents Icope ou autres professionnels de santé, soit 1 heure par patient

- Deuxièmes hétéro-évaluations Icope personnalisées : 27 000 €
Temps des référents Icope ou autres professionnels de santé, soit 1 heure par patient

- Troisièmes hétéro-évaluations icope personnalisées : 27 000 €
- Temps des référents Icope ou autres professionnels de santé, soit 1 heure par patient
- Si besoin, hétéro-évaluations complémentaires pour les personnes ne réussissant pas ou ne souhaitant pas réaliser les auto-évaluations prévues : 9 000 €
- Estimation à 30% du public, avec 1 heure par patient
- Soit 721 000 € sur 3 ans pour 180 bénéficiaires
 - Soit 240 334 € par année d'expérimentation
 - Soit 4 006 € par bénéficiaire de l'expérimentation
 - Pour une projection d'essaimage du parcours de prévention Icope, le coût par bénéficiaire, ne prenant pas en compte l'enveloppe temporaire de coordination macro du projet, aura à être précisée. En effet, le temps de l'expérimentation devra, en évaluation de réalisation, permettre de définir au plus près le temps de travail des référents ICOPE et des équipes de soins et de coordination, et les coûts de suivis, y compris de collectes et analyses de données. Les exemples connus concernent les situations complexes, ou les maladies chroniques. S'agissant d'un modèle de prévention primaire, les points de référence ne sont pas disponibles.

Propositions ou pistes de réflexion concernant les indicateurs (processus et résultats) pour la mesure de la qualité et le suivi de l'expérimentation

Deux types d'évaluation sont envisagés :

- Une évaluation de réalisation sera menée en continu afin d'avoir des feedbacks réguliers sur la mise en place de la démarche et le cas échéant d'appliquer les modifications nécessaires à l'atteinte des objectifs. Elle concernera les usages, les pratiques et les process.
- Une évaluation d'impact sera lancée à 18 mois et poursuivie à 3 ans ½. Elle concernera les bénéficiaires, les professionnels et le système de santé.

Ces deux dimensions évaluatives feront appel à des méthodologies quantitatives et qualitatives.

1- Evaluation de réalisation

L'évaluation de réalisation reposera sur une démarche évaluative partagée dans le cadre d'un laboratoire local favorable aux observations et participations, et concernera :

- Le public-cible des personnes de 70 ans et plus : il s'agira d'évaluer les usages, l'acceptation, l'engagement des personnes. Des indicateurs et méthodologies quantitatifs et qualitatifs sont pertinents : part des personnes contactées décidant d'intégrer le projet, part des bénéficiaires réalisant l'évaluation en autonomie à différentes phases, ressentis et perceptions de la personne âgée incluse dans l'expérimentation (compréhension et acceptation de la prévention primaire, appropriation de l'outil ICOPE, vécu de l'accompagnement, pertinence des propositions présentées par rapport à leur situation, impact de ce soutien au quotidien, satisfaction). Un suivi dans le temps du nombre d'utilisateurs permettra de rendre de compte de la fidélisation : nombre de retraités ayant réalisé la 1^{ère} évaluation (inclusion), puis la 2^{ème} à 6 mois, puis la 3^{ème} à 1 an, etc.
- L'ensemble des acteurs professionnels du parcours/protocole de prévention ICOPE en expérimentation : il s'agira d'évaluer les pratiques et l'engagement, par exemple par le nombre de professionnels impliqués au début et à la fin de l'expérimentation (adhésion, fidélisation), les profils ; la satisfaction des professionnels concernant la formation dispensée, les évolutions de pratiques professionnelles (prise en main des outils à la suite de la formation, protocoles), les perceptions des process, etc.

2- Evaluation d'impact

L'évaluation d'impact concernera :

- Le public-cible des personnes de 70 ans et plus : il s'agira d'évaluer leur autonomisation et proactivité à la fois dans la prise en main de l'application mais également dans la construction de leur parcours prévention. En complément, il paraît pertinent d'évaluer leur qualité de vie, via par exemple la passation d'un questionnaire EQ-5D. Ce questionnaire permet une évaluation de la qualité de vie grâce à la prise en compte de 5 dimensions : mobilité, autonomie, activités de la vie quotidienne, douleurs et anxiété/dépression. Cet indicateur est d'autant plus intéressant qu'il recoupe certaines des grandes fonctions d'Icope.
- Les acteurs professionnels du dispositif : il s'agira d'évaluer l'impact sur la coordination entre les professionnels, mais également l'évolution de la culture des professionnels en faveur de la prévention primaire : nombre de retraités inclus dans le parcours sur la 1^{ère} évaluation, nombre de retraités orientés vers la consultation clinique et nombre de retraités orientés vers les autres acteurs du parcours.
- Le système de santé : sous réserve de pouvoir déterminer et suivre des indicateurs pertinents, tels que les consultations médicales ou les hospitalisations évitées, en recourant aux méthodologies d'évaluation médico-économique.

Attentes de l'équipe projet envers cette expérimentation justifiant le souhait de participer

Les thématiques de prévention sont complexes à aborder

ICOPE est centré sur 5 grandes fonctions déterminantes pour l'autonomie des personnes : la locomotion, l'état nutritionnel, la santé mentale, la cognition et les capacités sensorielles.

Ces thématiques sont liées les unes aux autres, une fragilité repérée peut impacter d'autres pans de vie de la personne âgée. L'évaluation globale proposée par le programme permettra d'intervenir avant l'aggravation d'une fragilité ou l'atteinte de certaines facultés ; d'où également l'importance d'intégrer différents corps de professionnels lors de la prise de charge des personnes âgées. Chaque professionnel de santé apportera son expertise. Les approches seront complémentaires.

De même, l'intérêt du dispositif sera de proposer des prises en charge individuelles (par exemple, rendez-vous médicaux avec un spécialiste) tout comme la participation à des ateliers de prévention collectifs (par exemple, ateliers Bons Jours).

En répondant à cet AMI, les partenaires de ce projet attendent de la dynamique régionale ainsi lancée, et de la dynamique nationale avec le ministère et l'assurance maladie, un partage des visions, des questionnements et des pratiques, en faveur de la prévention primaire globale pour les personnes âgées.

Il y a un fort enjeu de mobilisation et de coordination des acteurs

Tout d'abord, le comité de pilotage se réunira régulièrement, comme c'est le cas pour cette première étape de conception. Ces rencontres en visioconférence, à défaut d'être en présentiel, sont majeures et permettent aussi de mieux se connaître. Il s'agira de convaincre et faire adhérer d'autres professionnels, sensibilisés ou qui le seront.

Afin de les faire adhérer, il sera nécessaire de leur exposer le fonctionnement du dispositif : à chaque étape, un à plusieurs professionnels de santé assurent le bon déroulement du parcours, en partenariat avec le référent ICOPE. Les outils envisagés comme eTICSS en lien avec le DMP devront être

simples d'utilisation, efficaces, non chronophages et assurant un partage des données essentielles dans le respect du RGPD, mais également interopérables entre eux.

Les formations à ces outils seront primordiales, et seront aussi l'occasion de rencontrer et renforcer les liens entre professionnels engagés et sensibilisés.

Tous ces éléments devraient assurer une coordination optimale entre les acteurs.

Dans un souci d'efficacité, il pourra être proposé la réalisation de comités techniques ayant pour objet d'évoquer des problèmes de terrain, dont les solutions pourraient venir des opérateurs. En parallèle, les comités de pilotage permettront de rendre compte du suivi de l'expérimentation et de prendre les décisions intermédiaires.

Comme précisé précédemment, le rôle du référent ICOPE sera d'assurer l'information, l'inclusion, le suivi et l'accompagnement de la personne âgée, et le lien avec les différents acteurs du projet, sur les différentes étapes en transversalité et complémentarité des missions des professionnels de santé. Les tâches administratives lui seront dédiées ce qui permettra aux autres professionnels de santé de se concentrer sur le suivi et l'accompagnement de la personne âgée.

L'outil eTICSS, quant à lui, permettra le partage et le transfert des informations. Après un temps de formation, d'adaptation et d'utilisation en conditions réelles, il constitue un réel outil de coordination. Son paramétrage protège les données, et donne accès aux informations nécessaires à chaque profession.

En répondant à cet AMI, les partenaires de ce projet souhaitent vérifier si le volet numérique envisagé soutiendra efficacement des parcours de prévention primaire, c'est-à-dire sans pathologie, ou si d'autres solutions de coordination numérique des parcours de prévention sont plus appropriées, ou plus avancées dans d'autres régions.

Les parties prenantes actuelles s'accordent sur l'intérêt de pouvoir penser la démarche de prévention comme un programme complet, de s'inscrire dans un parcours, et non de proposer une action ponctuelle.

Dans un contexte d'évolution du système de santé et d'adaptation à l'évolution démographique (nombre croissant de personnes vieillissantes), il s'agira de contribuer au repérage précoce, de construire un suivi et un accompagnement de la personne âgée présentant une ou plusieurs fragilités, grâce à la collaboration de professionnels de santé de terrain et de chercheurs. Contrairement à d'autres dispositifs parfois imposés aux professionnels, ici il sera construit par ces professionnels, avec une vigilance permanente à la complémentarité des acteurs (et non aux doublons sur certaines pratiques) et à l'apport de compétences pluridisciplinaires et transversales. Les professionnels seront en contact et pourront suivre l'accompagnement sur différentes étapes dans le respect du RGPD. Ce programme complet permettra d'éviter les situations de rupture, de crise, ou les hospitalisations évitables. Il assurera une prise en charge globale, fluide et suivie, depuis le dépistage jusqu'à l'intégration des aidants dans le dispositif.

Une dynamique sera donc créée autour de chaque situation afin d'intervenir rapidement auprès de la personne âgée, et de lui proposer une solution cohérente et adaptée à son besoin. En individualisant la prise en charge, il s'agira de proposer un accompagnement personnalisé à une situation globale et d'aboutir ensuite à un parcours de santé, préventif et curatif.

Ce projet favorisera donc une démarche de prévention primaire, secondaire et tertiaire coordonnée. La prévention primaire, mise en avant par ce projet, fera évoluer les regards et les pratiques, et soutiendra le changement de culture dans la population elle-même, les professionnels du sanitaire, du médico-social et du social s'en faisant aussi, par l'action, les ambassadeurs.

L'objectif de l'outil ICOPE est de dépister le risque déclin fonctionnel d'une personne âgée et d'agir en amont de toute problématique. Il s'agit de faire de la prévention primaire, via des consultations, des temps d'informations, d'orientations vers des professionnels, des actions de prévention

collectives ou individuelles. L'objectif est donc de proposer des modes de vie favorables au bien vivre, qui donneront accès à des passeports prévention ICOPE.

En répondant à cet AMI, les partenaires de ce projet sont tous intéressés pour expérimenter le modèle envisagé et y tenir un rôle qui enrichira leurs propres missions et objectifs et contribuera à faire évoluer les représentations et les pratiques. Ils cherchent aussi à confronter les idées et propositions des *steps 1 à 5* du programme ICOPE, pour positionner cette démarche de prévention primaire grand public (autonomie des 60+ pour leur vieillissement actif en bonne santé) en cohérence avec les autres enjeux qui entourent la fragilité dans l'avancée en âge : l'ensemble des grilles d'évaluation institutionnelles et médicales jusqu'à la grande dépendance, dans l'esprit des enquêtes comme SHARE, et l'ensemble des dispositifs de coordination des parcours de santé (comme le DAC).

Commentaires libres

En phase d'AMI, il nous paraît intéressant de partager ici les points qui ont fait débat entre nous au fur et à mesure de la construction de ce projet, et ont mené aux partis pris qui structurent notre vision de l'expérimentation à conduire :

ELEMENTS DE REFLEXION ET DE DEBAT ABORDES AU COURS DE LA REUNION

Définition de la fragilité (des personnes âgées) et positionnement de prévention primaire :

Les médecins et les enseignants-chercheurs du comité de pilotage ont pu rappeler aux autres parties prenantes la définition de la fragilité du sujet âgé, en santé. Rappel important au lancement du comité de pilotage et du comité de rédaction, d'autres définitions de la fragilité étant en effet portées par les partenaires sociaux et médico-sociaux du projet, en particulier la fragilité économique des personnes âgées associée à leur niveau de ressources, qui est au cœur des actions du CCAS et des organismes de retraite. Cette conception de la fragilité ayant d'ailleurs été entendue par les médecins et enseignants-chercheurs, autour de la problématique du reste à charge, en cas de prescriptions de soins ou d'appareillages directement liées à la démarche ICOPE.

C'est à la suite de cette clarification de la définition de la fragilité du sujet âgé en santé, processus de diminution des réserves physiologiques de la personne vieillissante, que le comité de pilotage et de rédaction a saisi collectivement toute la valeur d'innovation de ce projet ICOPE, pour conduire un basculement culturel et professionnel nécessaire face à la transition démographique. La prévention primaire globale, en faveur d'un vieillissement actif en bonne santé, n'étant pas encore suffisamment prise en compte et conduite concrètement en France, bien qu'il s'agisse d'une problématique avérée de santé publique. ICOPE est intéressant, en tant qu'outil, pour repérer des signes assez tôt, ce qu'on ne sait pas encore faire dans une approche globale du vieillissement. Il s'agit de prévenir le processus de fragilisation, et ce positionnement est apparu comme un facteur élevé d'engagement des partenaires de ce projet.

Détermination du public-cible :

Deux types de recrutements ont été débattus pour aboutir à la décision commune.

1. *Recrutement / mobilisation tous publics dès 60 ans* (âge repère ICOPE OMS) *pour travailler en population générale sur le territoire de Dijon Métropole* grâce aux lieux, évènements et services à dimensions sociale, culturelle ou professionnelle.

Intérêt : réelle approche de prévention primaire.

Limite : impossibilité d'assurer l'engagement de tous les professionnels de santé de 1^{er} recours sur l'ensemble du territoire ciblé.

Nous devons mettre en place les conditions de faisabilité et de réussite de notre projet d'expérimentation : cette option serait trop risquée.

2. *Recrutement / mobilisation des publics de plus de 70 ans* (âge repère de l'AMI ICOPE français) *par des groupements de professionnels de santé volontaires* sur certains infra territoires de Dijon Métropole pour travailler en populations ciblées géographiquement.

Intérêt : engagement garanti des professionnels de santé de 1^{er} recours pour construire la démarche en anticipant les 5 *steps* d'ICOPE ; assurance que le médecin traitant des bénéficiaires, ou l'équipe de santé, est partie prenante du dispositif.

Limite : pas de possibilité de s'adresser à tous les habitants qu'il faudrait mobiliser en prévention primaire du processus de fragilisation.

Cette option présentant les meilleures conditions de faisabilité et de réussite, a été retenue par le comité de pilotage.

Ses conditions de mise en œuvre ont pu être réfléchies et intégrées au projet : anticipation de la sensibilisation et de la formation des professionnels de santé concernés ; anticipation et présentation dans le dossier d'un modèle économique intégrant la rémunération dérogatoire des professionnels de santé impliqués ; anticipation et présentation dans le dossier de la montée en charge sur la durée de 3 ans du projet d'expérimentation (inclusions progressives, temps et outils de valorisation, sensibilisation de nouveaux acteurs dans les réseaux respectifs) ; anticipation et présentation dans le dossier du parcours/protocole ICOPE *steps 1 à 5* grâce au collectif d'acteurs mobilisé à Dijon Métropole.

Le fort enjeu de mobilisation des acteurs dans des délais très courts a été identifié.

Icopes step 1 : auto-évaluation ou hétéro-évaluation ?

Le comité de pilotage et de rédaction en a débattu : l'esprit de l'outil ICOPE est de soutenir l'autonomie des personnes de 60 et plus (âge repère OMS), et l'application est conçue pour un usage simple sans nécessité d'intervention de professionnel de santé à cette étape de repérage. Toutefois, il a été déterminé que, pour notre projet et dans un cadre expérimental souhaité par l'AMI, la place des professionnels de santé serait déterminante au départ de la démarche, puisque l'objectif est de modéliser la prévention primaire (en France).

Dans notre projet, l'auto-évaluation trouve donc sa place dans le plan de prévention préconisé/préscrit à la personne, à M+6, si elle est capable de la réaliser sans aide particulière, y compris en termes d'usages numériques. Plan de prévention dont le comité de pilotage et de rédaction a souhaité qu'il puisse être clairement schématisé en amont, avec la précision de ses parties prenantes engagées.

Intégration des steps Icopes 1 à 4 au DMP (cahier des charges de l'AMI) :

Ce sujet a été débattu, du fait du constat objectif que le DMP est aujourd'hui très peu renseigné, et encore moins dans le cas de personnes globalement en bonne santé, public cible du projet.

Le comité de pilotage et de rédaction a donc envisagé très rapidement la piste d'eTICSS, pour l'interopérabilité déjà travaillée entre eTICSS et DMP, et grâce à l'expérience récente du suivi dans eTICSS des parcours PAERPA expérimentaux de la région. Les contacts ont donc été pris avec le GRADeS pour construire le projet.

Construction de la démarche et de l'accompagnement de prévention primaire, secondaire, tertiaire lancée par la 1^{re} hétéro évaluation :

Le débat a porté sur notre capacité à prendre en compte au maximum la dimension « auto-évaluation » d'ICOPE et l'autonomie souhaitée des publics. Au fur et à mesure de notre discussion, cette autonomie a été envisagée dans un esprit de proactivité en prévention primaire de chaque bénéficiaire du projet, au sens de modes de vie préventifs. D'où, rapidement, la décision de modéliser un protocole à double dimension agrégeant les moyens existants du territoire expérimental et englobant de fait les *steps 1 à 5 d'ICOPE* : parcours de prévention en actions collectives d'une part, avec les acteurs du « bien vieillir », opérateurs d'ateliers de prévention tous publics, et parcours de prévention primaire – secondaire – tertiaire d'autre part, coordonné avec les professionnels de santé ville et hôpital, et accompagnés d'un volet d'évaluation d'impact en santé (ex. Institut Marey).

Porteur(s) du projet : quel(s) acteur(s) ?

Le PGI a été sollicité par les partenaires pour porter la candidature en phase AMI : la coordination d'acteurs en région pour concevoir et construire des projets innovants en faveur de la qualité de vie des personnes âgées est fondamentalement sa mission ; les parties prenantes du comité de pilotage et de rédaction ont l'expérience, positive, d'une organisation pilotée par le PGI, associant fédération d'acteurs et apports d'expertise. Le PGI est aussi identifié, sans débat, pour tenir un rôle en coordination « macro » et dans l'évaluation et la valorisation.

Au fur et à mesure de la discussion, la question toute autre du porteur du parcours/protocole de prévention modélisé a été soulevée et débattue. La volonté étant de désigner un acteur de terrain, coordinateur de professionnels de santé de 1^{er} recours, si possible fort d'expériences réexploitables. L'expérimentation étant prévue à Dijon Métropole, c'est ainsi la CPTS 21 qui a été identifiée, en toute logique, comme le porteur souhaité du parcours/protocole de prévention ICOPE à expérimenter. La CPTS 21 est portée par le GPSGOD, également porteur du DAC et donc fort d'une expérience en coordination de professionnels de santé ville et hôpital, et d'ouverture aux acteurs du médicosocial et du social. Le débat a concerné des précautions liées au calendrier de cet AMI et à la création officielle de cette CPTS. Il est cependant apparu, dans les dernières étapes d'écriture de ce dossier, que notre schéma organisationnel devait être le plus précis possible malgré cela.