

# Programme de Soins Intégrés pour les Personnes Agées ( ICOPE )

**APPEL À CANDIDATURES**

2024

## Table des matières

I.	Contexte.....	3
II.	Objectif du présent appel à candidatures.....	5
III.	Cahier des Charges du Programme ICOPE en région Grand Est.....	6
A.	OBJECTIFS DU PROGRAMME .....	6
1.	Objectifs stratégiques.....	6
2.	Objectifs opérationnels.....	7
B.	PORTEURS ELIGIBLES.....	7
C.	POPULATION CIBLE.....	8
1.	Critères d'inclusion.....	8
2.	Critères d'exclusion.....	9
D.	MODALITÉS ORGANISATIONNELLES.....	9
1.	Les 5 « steps » d'ICOPE .....	9
2.	Modalités organisationnelles proposées.....	14
3.	Structuration d'un partenariat .....	15
4.	Parceo : l'outil numérique support d'ICOPE.....	16
5.	Communication et formation adossées à la démarche ICOPE : .....	18
IV.	MODALITÉS DE FINANCEMENT .....	19
A.	MODELE ECONOMIQUE .....	19
B.	MODALITE DE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE .....	19
V.	LE SUIVI .....	23
VI.	MODALITÉS D'ORGANISATION DE L'APPEL À CANDIDATURES .....	23
A.	Modalité de dépôts des candidatures.....	23
B.	Critères de recevabilité et de sélection .....	24
1.	Critères de recevabilité.....	24
2.	Critères de sélection.....	25
3.	Calendrier .....	25
VII.	Annexe.....	26
A.	Annexe 1 dossier de candidature.....	26

# I. Contexte

La prévention de la perte d'autonomie et la promotion du bien vieillir ont pour finalités d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé et l'espérance de vie à partir de 65 ans des citoyens, ce dernier indicateur de santé étant dégradé en France malgré une espérance de vie satisfaisante.

L'objectif visé est d'améliorer le bien-être et la qualité de vie des personnes. Ainsi la prévention de la perte d'autonomie s'envisage **dans une conception globale** en intégrant les aspects sanitaires, sociaux, médico-sociaux et environnementaux **et dans une démarche transversale qui implique l'ensemble des acteurs publics.**

Trois grands enjeux sont identifiés :

- Préserver l'autonomie de chacun durant toute la vie : l'autonomie est un capital à gérer tout au long de la vie qu'il convient de préserver en particulier dans l'avancée en âge. Une culture de l'autonomie s'acquière dès le plus jeune âge par l'éducation pour la santé.
- Prévenir les pertes d'autonomie évitables : prévenir ces situations représente un véritable défi, qu'il s'agisse d'interventions au domicile, avec le repérage des facteurs de risque de la fragilité et de la fragilité installée, mais aussi d'actions conduites dans les établissements de santé.
- Éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité.

La prévention de la perte d'autonomie représente un ensemble d'actions visant à anticiper et accompagner les effets du vieillissement et se traduit dans le cadre d'une approche globale dont le but est d'influencer positivement le quotidien des personnes, de susciter leur participation aux pratiques préventives. La précocité ainsi que la prise en compte des préoccupations et de la motivation de la personne sont des facteurs clé de réussite des interventions.

Par ailleurs, la notion d'autonomie renvoie à l'étymologie (autos : « soi-même » et nomos : « lois ») et désigne la capacité, la liberté, le droit d'établir ses propres lois et la capacité de se gouverner soi-même. Elle englobe les capacités intellectuelles, cognitives et motrices ; elle suppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir et la liberté et la capacité d'agir, d'accepter ou refuser en fonction de son jugement. La valorisation des personnes âgées ainsi que l'exercice de leur pleine citoyenneté doivent s'appréhender dans une approche positive et non stigmatisante impliquant :

- la reconnaissance de la place des seniors dans la société ainsi que la lutte contre l'âgisme ;

- l'intégration de la prévention par les professionnels de l'accompagnement des personnes âgées et des proches aidants dans leurs approches de la personne.

Dans ce contexte, afin de renforcer la prévention en santé en soins primaires, l'ARS Grand Est souhaite développer des actions spécifiques à destination des seniors.

### Le programme ICOPE de l'OMS

Développé en 2015 par l'Organisation Mondiale de la Santé, ICOPE (Integrated Care for Older People, en anglais « I cope », "Je fais face") est un programme de dépistage multidimensionnel à destination de toute personne de 60 ans et plus, autonome et vivant à domicile.

ICOPE s'appuie sur l'évaluation des six capacités intrinsèques suivantes, pour repérer précocement les facteurs de fragilité chez les seniors et retarder la dépendance : la locomotion, l'état nutritionnel, la santé mentale, la cognition, l'audition et la vision, tout en veillant à intégrer la dimension sociale dans ce repérage.

## **Ce parcours se base sur la surveillance régulière de 6 fonctions essentielles au vieillissement en bonne santé :**

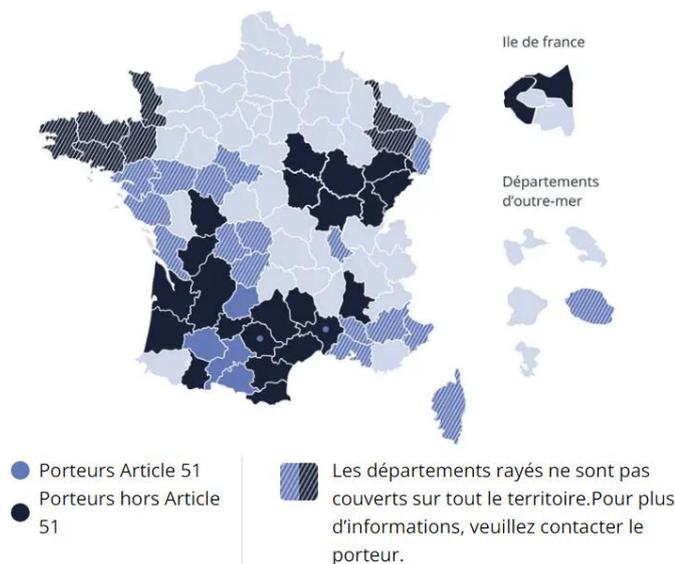


### Un programme expérimenté au niveau national

En France, la stratégie nationale pour prévenir la perte d'autonomie 2020-2022 « Vieillir en bonne santé » prévoyait l'expérimentation de ce programme de dépistage. Partant du modèle ICOPE de l'OMS, l'objectif était de renforcer la prévention à destination des personnes âgées et en soutien d'un « changement des mentalités et des représentations, d'une révolution culturelle dans notre pays ».

Le 1er juillet 2020, le Ministère de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) ont lancé conjointement un appel à manifestation d'intérêt (AMI) en vue de généraliser la démarche ICOPE en France. L'objectif national était de permettre à 15 000 seniors de bénéficier de ce programme. Elle passe par une étape d'expérimentation, toujours en cours, au titre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et s'appuie sur des porteurs locaux.

13 porteurs sur 9 régions dont un dans le Grand Est (l'inter CPTS Colmar-Mulhouse) ont donc été retenus suite à cet AMI. De nombreux partenaires sont mobilisés sur l'ensemble du territoire et des initiatives locales sont également développées en parallèle de l'expérimentation nationale.



## II. Objectif du présent appel à candidatures.

Le Projet régional de santé de l'ARS Grand Est, dans son schéma régional de santé 2023-2028, porte au titre de la priorité « Encourager un écosystème de la santé favorable à la préservation de l'autonomie aux différents âges de la vie » l'objectif prioritaire d'accroître l'accessibilité des personnes en perte d'autonomie aux actions de prévention.

Dans ce cadre, est prévue par l'ARS, la généralisation du programme ICOPE.

Cette généralisation vient d'être confirmée par la loi n°2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie, qui dans son article 9 acte la mise en œuvre d'un « programme de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées d'au moins 60 ans », à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025

Dans ce contexte, l'ARS Grand Est entend anticiper cette mise en œuvre et lance donc un appel à candidatures afin de déployer des programmes ICOPE au sein des territoires de la région selon le cahier des charges ci-après. Ce dernier pourra évoluer en fonction de la publication des décrets d'application annoncés par la loi du 8 avril 2024 et à venir.

### III. Cahier des Charges du Programme ICOPE en région Grand Est.

#### A. OBJECTIFS DU PROGRAMME

Le programme « ICOPE » de l'OMS vise à mettre en place un dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge, afin de mener à l'échelle territoriale adaptée une démarche de prévention structurée du déficit fonctionnel lié à l'âge. Sa mise en œuvre nécessite la convergence et la coordination des organisations, des professionnels et des dispositifs existants sur un territoire dans une approche de réponse intégrée.

Les enjeux sont de développer les démarches de ciblage des populations, en particulier celles qui sont les plus à risque de perte d'autonomie, et de mobiliser les différents acteurs des soins primaires avec et en appui des médecins traitants. Cela nécessite, entre autres, la mise en œuvre de nouvelles organisations et l'évolution des pratiques professionnelles.

#### 1. Objectifs stratégiques

A l'instar du programme expérimental, il s'agit :

- d'améliorer chez les seniors la précocité du diagnostic et de la prise en soins du déclin des capacités fonctionnelles, en prévention de la perte d'autonomie,
- d'intégrer dans les pratiques des communautés d'acteurs des soins primaires des actions de repérage/dépistage et de prise en soin du déclin fonctionnel,
- de renforcer les capacités des seniors à entretenir leur santé fonctionnelle,
- de repérer prioritairement les pertes de capacité fonctionnelle chez les seniors les plus à risques du fait d'une situation de vulnérabilité (précarité socio-économique, isolement social, éloignement géographique, éloignement des soins, statut d'aidant),
- de renforcer la coordination, l'organisation des services de santé communautaires et le développement du numérique en santé dans le champ de la prévention,
- d'orienter l'accès à l'offre de prévention des territoires vers les populations des seniors qui en ont le plus besoin.

## 2. Objectifs opérationnels

D'un point de vue opérationnel, il sera nécessaire de :

- former et mobiliser les acteurs de soins primaires sur le repérage/dépistage et l'évaluation du déficit des capacités intrinsèques,
- structurer une organisation locale des acteurs pour la réalisation des différentes étapes de la démarche ICOPE,
- s'appuyer sur des compétences à l'approche motivationnelle pour accompagner les seniors aux changements de comportements dans le respect de leurs priorités,
- mettre en œuvre une démarche d'« aller vers » et mobiliser un partenariat local pour inclure prioritairement les seniors en situations de « vulnérabilité » à savoir de précarité, isolement social, géographique ou éloignement du système de soins, en situation d'aidant,
- faciliter l'orientation des seniors vers les actions de prévention des territoires sur la base d'un état des lieux des ressources de prévention présentes,
- impliquer les seniors dans l'auto suivi de leur santé fonctionnelle par la mise à disposition d'un outil simple d'utilisation,
- assurer la qualité des actions de dépistage des capacités en limitant le surdiagnostic (éviter les faux positifs) et par une approche éthique respectueuse des souhaits de la personne,
- s'appuyer sur des outils numériques.

### B. PORTEURS ELIGIBLES

Les porteurs de projets locaux représentent des **collectifs d'acteurs pluriprofessionnels**, reposant sur des professionnels de santé incluant des médecins et des professionnels paramédicaux, des secteurs ambulatoires et hospitaliers, et sur des professionnels du secteur médicosocial voire sportif (EAPA) intervenant auprès des personnes de 60 ans et plus à domicile.

Ce collectif permet de couvrir les différentes dimensions et les étapes essentielles du programme ICOPE, d'assurer le recours spécialisé et les prises en soins nécessaires.

Ce collectif veillera à associer des représentants des seniors eux-mêmes.

**Ce collectif peut être constitué autour d'une ou plusieurs organisations et équipes de soins structurées, tels que les CPTS, les maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres de santé, les associations de professionnels de soins primaires comportant des médecins généralistes et des infirmiers.**

Le porteur de projet local sera le représentant du collectif d'acteurs.

Les porteurs de projets locaux auront identifié un territoire d'intervention et/ou une population cible et éventuellement un projet de déploiement progressif auprès de la population cible.

Ils offrent des garanties quant à leur expérience à mobiliser le panel d'acteurs requis pour le déploiement local de la démarche, à animer le partenariat indispensable à sa bonne mise en œuvre, à dérouler les différentes dimensions du parcours, du dépistage de premier niveau au suivi en passant par les évaluations et les prises en soins nécessaires et en respectant le rôle des médecins traitants et leur place spécifique dans le dispositif.

## **C. POPULATION CIBLE**

Le programme s'adresse aux seniors âgés de 60 ans et plus, à domicile et autonomes, d'un territoire en incluant une priorisation à destination des personnes les plus à risque de perte d'autonomie.

### **1. Critères d'inclusion**

Les seniors de 60 ans et plus, autonomes, pré fragiles, fragiles, vivant à domicile (habitat intermédiaire<sup>1</sup> inclus), avec une intégration prioritaire des seniors en situation de vulnérabilité.

Les critères de vulnérabilité sont définis par :

- l'isolement social et/ou géographique (critères d'identification : zones identifiées à risque et repérage d'une situation d'isolement) ;
- la précarité socio-économique (critères d'identification : bénéficiaires et demandeurs d'aides sociales, recours à des associations travaillant auprès des personnes précaires) ;
- le statut d'aidant ;
- l'éloignement des soins ou d'un suivi régulier : identifié au travers des critères suivants : seniors sans médecin traitant ou sans consultation de soins ambulatoires depuis plus de douze mois ; seniors sans pathologie chronique moins bien suivis médicalement et plus à risque d'échapper à une approche médicale préventive.

La démarche d'« aller vers » les seniors en situation de vulnérabilité est inhérente à la conduite du programme ICOPE et son organisation doit être spécifiquement décrite pour chaque porteur.

---

<sup>1</sup> Ce type d'habitat « propose à des personnes âgées encore autonomes mais fragilisées une forme d'habitat intermédiaire entre leur logement traditionnel parfois devenu inadapté à leurs besoins et l'hébergement social et médicosocial qui concerne des personnes plus dépendantes, » S. ROBIN, J. GIRAUD, B. BOUFFARD, N. TEXIER. L'habitat regroupé dans les Deux-Sèvres. Dans le cadre de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Etat des lieux des dispositifs existants et des projets en 2020. Septembre 2022. Rapport 127. 19 pages.

## 2. Critères d'exclusion

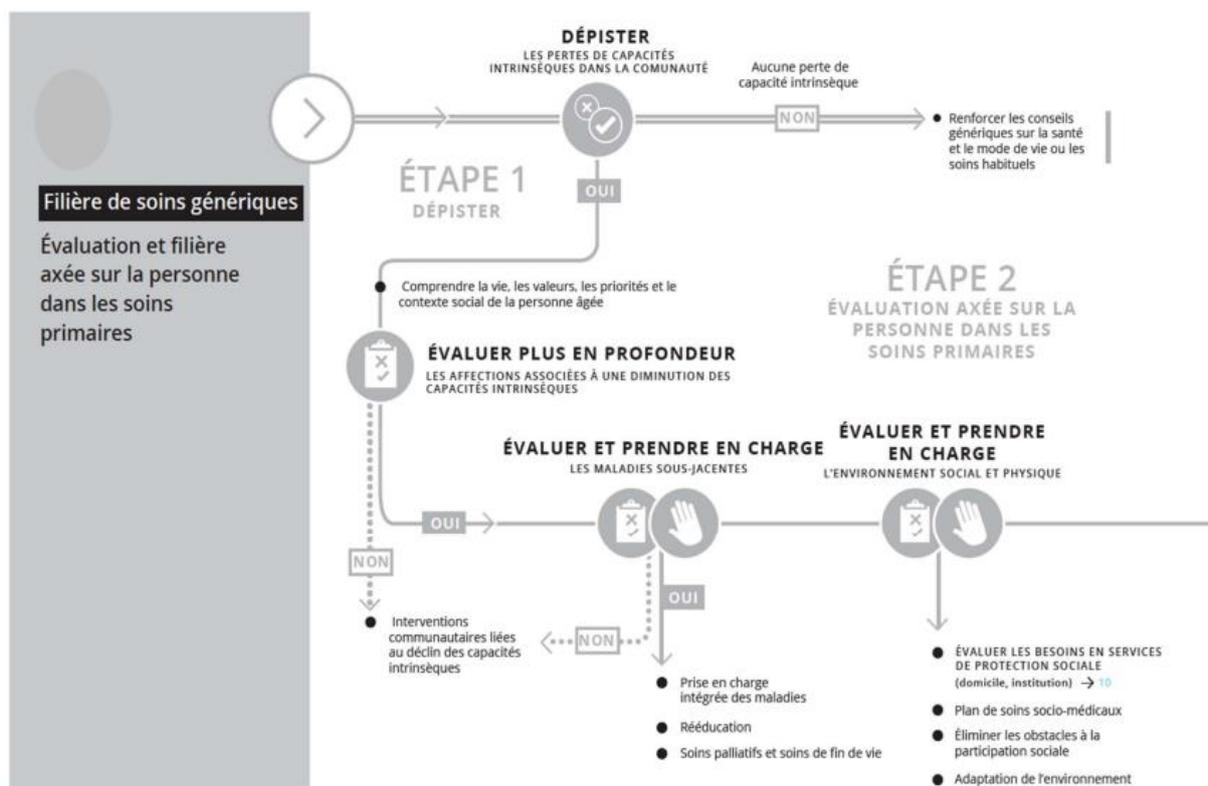
Le programme ICOPE ne s'adresse pas aux :

- seniors en situation de perte d'autonomie (GIR 1 à 4) à domicile ou en établissement ou service médicosocial (ESMS) et ceux bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie) (APA),
- seniors hospitalisés au long cours (USLD, psychiatrie, autres services),
- seniors en situation de handicap hébergés,
- seniors bénéficiant de prestations d'aides à la toilette, l'habillement, la prise des repas, les transferts ou les déplacements.

## D. MODALITÉS ORGANISATIONNELLES

### 1. Les 5 « steps » d'ICOPE

Le programme ICOPE se découpe en 5 étapes, présentées ci-dessous schématiquement et de manière plus détaillée (étapes 1 et 2 puis étapes 3,4 et 5).



Source : Organisation Mondiale de la Santé. ICOPE. *Soins intégrés pour les personnes âgées. Manuel. Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires.* 2019. 96 p.

- Étape 1 Le repérage du déclin d'une ou plusieurs fonctions

L'étape du repérage consiste en un test de dépistage simple et rapide, évaluant les six capacités intrinsèques (locomotion, vitalité, santé psychique, cognition, audition et vision) afin d'identifier celles à orienter vers une évaluation plus approfondie (cf étape 2). Il s'agit d'un test d'une dizaine de minutes, à réaliser en autotest ou avec l'assistance d'un professionnel.

Elle repose sur la contribution d'un panel d'acteurs potentiellement large, acteurs qui peuvent ne pas être issus du secteur sanitaire mais du champ social et/ou associatif, pour orienter le senior vers l'autotest ou vers d'autres acteurs pour l'assister dans la passation du test.

Outre la place qui pourra être donnée au secteur social et/ou associatif, cette étape repose sur la mobilisation dans les territoires de professionnels ayant déjà pour missions l'évaluation des besoins des seniors et/ou la contribution à la prévention de la perte d'autonomie, par exemple :

- les assistants sociaux travaillant au sein de structures publiques ou reconnues d'utilité publique,
- les évaluateurs des caisses de retraite (CARSAT, CCMSA...),
- les professionnels de centres de santé (Agirc-Arcco ...),
- les animateurs d'actions de prévention ou les intervenants en éducation activité physique adaptée (EAPA hors structure de soins).

Cette liste n'est pas exhaustive et n'exclut pas de faire appel à d'autres acteurs dont la participation apparaîtrait pertinente (comme évoqué avec la construction du partenariat pour la démarche d'aller vers).

L'assistance à la passation du test repose sur une formation des professionnels concernés.

Une part des seniors pourra réaliser elle-même les tests en auto-évaluation, pour ceux qui seront en capacité de le faire.

Une réitération est à organiser à minima tous les ans et pourra être adaptée selon le besoin spécifique évalué par le clinicien (besoin de réitération plus rapprochée).

- Étape 2 L'évaluation approfondie des capacités identifiées comme « altérées »

L'étape 2 est mise en place lorsque l'étape 1 de repérage a mis en avant la détérioration d'une ou de plusieurs capacités intrinsèques. Si le test de dépistage a été réalisé par le senior seul ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel de santé, le passage à cette étape 2 nécessite une vérification préalable par un professionnel de santé de l'altération détectée de la ou des capacités intrinsèques. Dans toutes les situations, un échange est établi avec le médecin traitant afin de valider l'engagement de cette évaluation approfondie des domaines

touchés. Un professionnel de santé va lors réaliser cette évaluation approfondie, rechercher les pathologies associées et évaluer les besoins sociaux et environnementaux de la personne.

Cette étape fait exclusivement appel à des professionnels de santé formés et intègrent :

- des missions de gestion et de coordination techniques, nécessaires pour le suivi et le traitement des résultats des tests. Il s'agit d'assurer la gestion des flux d'information entre l'étape 1 et l'étape 2, pour l'identification des tests nécessitant une évaluation approfondie (« alerte »), une éventuelle validation préalable (« vérification ») et l'organisation de l'évaluation lorsqu'elle est nécessaire,
- une évaluation approfondie de la (les) capacité(s) intrinsèque(s) atteinte(s), à réaliser par un professionnel de santé formé à la démarche.

Cette évaluation consiste à confirmer et préciser le niveau de l'altération de la capacité atteinte, en s'appuyant sur les schémas établis par l'OMS concernant le déroulé de l'étape 2 dans chacune des filières de soins correspondant à l'altération de la ou des capacités à explorer ; cette évaluation intègre notamment d'autres outils spécifiques. Elle s'inscrit dans un entretien avec le senior considérant ses conditions de vie, ses valeurs, son contexte social, ses priorités et ses motivations. Seront recueillis à cette étape des critères soulignant une vulnérabilité sociale.

Si cette évaluation approfondie n'est pas réalisée par le médecin traitant, celui-ci assurera l'évaluation médicale complémentaire dans les conditions classiques de droit commun. Cette consultation permet de prendre en compte les affections associées, des maladies sous-jacentes, leurs prises en charge ainsi que les besoins sociaux ou d'adaptation de l'environnement et le besoin d'orientation vers d'autres professionnels spécialisés. Les échanges entre le professionnel de santé chargé de l'évaluation et le médecin traitant donnent lieu à une synthèse et à la mise en place d'un projet de plan de prévention par le médecin traitant ou le professionnel qui a conduit l'évaluation en lien avec le senior et le cas échéant médecin traitant.

Sur cette base, un nouvel entretien, désigné ici « entretien motivationnel », sera organisé avec le senior, hormis les cas pour lesquels il n'apparaîtrait pas nécessaire, par le même professionnel qui a conduit l'évaluation approfondie. Ce temps spécifique permettra un ajustement du plan de prévention selon les priorités de la personne par une démarche capable de renforcer sa motivation et son engagement dans le maintien de son autonomie et d'assurer la mise en œuvre de décisions concertées. Seront recherchées avec la personne des solutions de proximité permettant son engagement. Cet entretien aboutira à la finalisation du plan de prévention.

Le professionnel de santé pourra solliciter des évaluations complémentaires selon le cas et l'organisation locale. Ces évaluations complémentaires s'appuieront sur les financements de droit commun existants ou d'autres financements spécifiques.

Cette étape 2 s'appuie sur :

- Un professionnel de santé chargé de la coordination du parcours, en lien avec le médecin traitant lorsque celui-ci ne réalise pas l'évaluation approfondie
- La mobilisation du réseau partenarial nécessaire aux orientations. Le recours à la télémédecine et aux circuits courts d'orientation spécialisée pourra être mobilisé. Les porteurs devront actionner des partenariats, voire établir des conventions, interroger les acteurs de prévention du territoire pour étudier les modalités d'actions complémentaires à l'issue de l'étape 2.

Pour les seniors sans médecin traitant, l'organisation mise en œuvre doit pouvoir proposer une offre pour l'accès à un médecin.

L'orientation vers les services adéquats devra être prévue pour lever les obstacles sociaux ou environnementaux qui auraient été mis en évidence lors de l'entretien avec le senior.

Cette démarche suppose tout au long du parcours la recherche de l'implication du senior et une approche motivationnelle respectant les choix du senior et ses priorités.



Les étapes suivantes déroulent le parcours de soins et d'orientation vers des actions de prévention ou de soins. Elles s'appuient sur l'offre de toute nature des territoires ainsi que sur la coordination des acteurs en vue d'une réponse intégrée en mobilisant les dispositifs, outils ou démarches en cours de déploiement sur le territoire telles que le plan personnalisé coordonné de soins. Elles ne font pas l'objet de financements propres.

L'organisation des étapes du parcours s'appuie sur une ou des structures d'exercice coordonné telles que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des maisons de santé pluridisciplinaires ou des centres de santé présents sur les territoires selon une logique de responsabilité populationnelle.

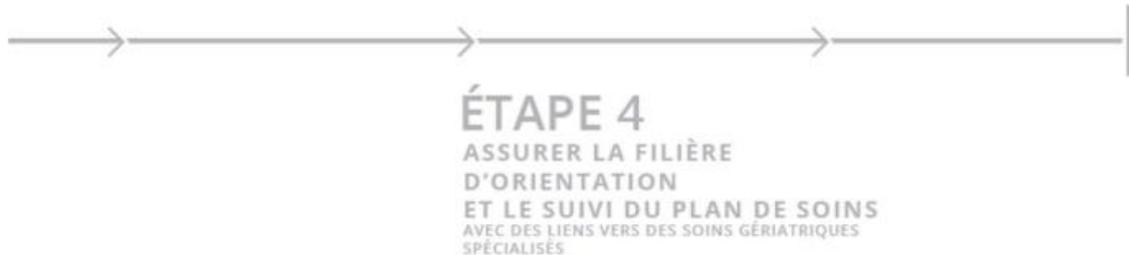
## ÉTAPE 3

### ÉLABORER UN PLAN DE SOINS PERSONNALISÉS

- d'établissement d'objectifs axés sur la personne
- Équipe pluridisciplinaire
- Concevoir un plan de soins comprenant des interventions à composantes multiples, la prise en charge des maladies sous-jacentes, l'autoprise en charge, ainsi que les soins socio-médicaux

## ÉTAPE 5

### MOBILISER LES COMMUNAUTÉS ET SOUTENIR LES AIDANTS



Source : Organisation Mondiale de la Santé. ICOPE. *Soins intégrés pour les personnes âgées. Manuel. Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires.* 2019. 96 p.

#### ▪ Étape 3 Le plan personnalisé de soins (PPS)

Le plan personnalisé de soins est centré sur la personne, il prend en considération ses préférences et ses motivations. Les recommandations proposées, qui ont pour cible le ou les domaines altérés, tiennent compte pour chaque domaine, de l'importance de l'altération constatée afin de hiérarchiser les actions correctives. Dès que l'environnement le rend possible, l'intervention s'appuie sur les ressources de proximité, ce qui implique de la part des professionnels de santé qu'ils en aient une bonne connaissance. Il est aussi préconisé de privilégier une prise en charge au design multi-domaines en raison de l'interaction existant entre les différentes fonctions. Dans le cadre de l'exercice coordonné le plan de soin peut être élaboré de façon pluridisciplinaire, lors d'une réunion de coordination ICOPE.

#### ▪ Étape 4 La mise en place du parcours de soins avec un suivi régulier

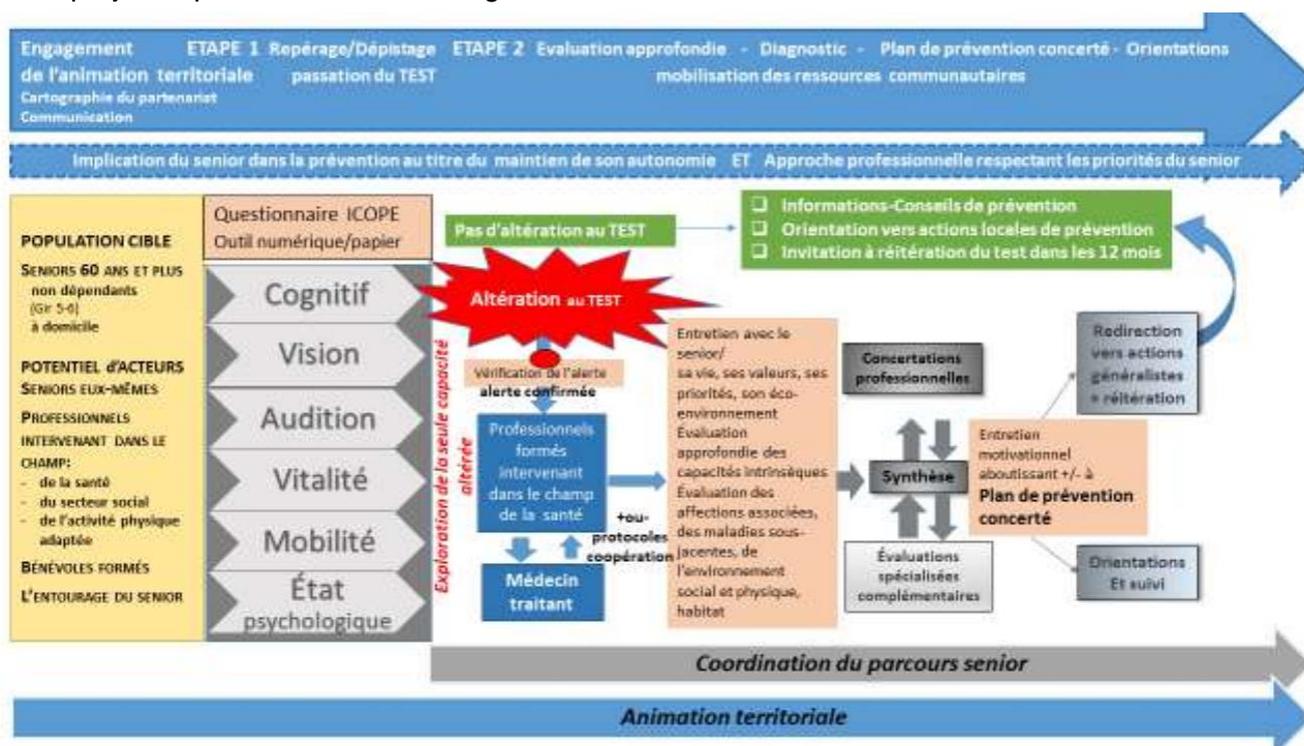
Le suivi du parcours de soins consiste à vérifier la mise en pratique des interventions proposées et à lever les éventuels freins rencontrés. Il est effectué par le professionnel de santé qui a réalisé l'étape 2 d'évaluation. Dans les cas s'avérant complexes, il peut être proposé une orientation vers le gériatre ou tout autre spécialiste pour compléter l'évaluation et programmer le parcours de soin.

- Étape 5 L'implication des collectivités et le soutien des aidants

L'étape 5 correspond à la mise en place sur le territoire de toutes les ressources nécessaires pour prévenir la dépendance, elle a lieu tout au long du parcours ICOPE. Cette étape transversale signe l'engagement de la collectivité à favoriser le vieillissement en bonne santé des seniors et de leurs proches. Il s'agit là d'un rôle qui a trait à de multiples actions : diffusion d'informations (sur le bien vieillir, les aides et recours disponibles etc), offres de services (ateliers collectifs, prestations individuelles), aménagement de l'espace public et des transports, développement de l'aide à domicile, encouragement au bénévolat en favorisant la contribution des personnes âgées par le biais des associations nationales.

## 2. Modalités organisationnelles proposées

Sur cette base, la mise en œuvre de l'expérimentation co construite avec les porteurs de projets repose sur le schéma organisationnel d'ensemble suivant :



Source : Organisation Mondiale de la Santé. ICOPE. *Soins intégrés pour les personnes âgées. Manuel. Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires.* 2019. 96 p.

Le projet proposé par le porteur devra à minima porté sur les trois premières étapes de la démarche ICOPE, dans le cadre d'une stratégie continue « d'aller vers » et de mobilisation des partenariats, d'organisation des parcours :

- l'étape 1 de repérage/dépistage reposant sur la démarche « d'aller vers »
- l'étape 2 d'évaluation approfondie, incluant
  - o la gestion et la vérification des alertes,
  - o l'entretien sur la vie, les valeurs, les priorités, le contexte social et l'environnement du senior,
  - o la réalisation du ou des tests d'évaluation approfondie,
  - o l'articulation avec le médecin traitant si ce n'est pas lui qui engage cette étape,
  - o l'élaboration d'un projet de plan de prévention,
  - o la discussion de projet de plan avec le senior sous la forme d'un entretien motivationnel pour aboutir à un plan de prévention,
  - o le renseignement du dossier « patient ».
- l'étape 3 d'élaboration d'un PPS

### **3. Structuration d'un partenariat**

La mobilisation, la structuration et l'entretien d'un partenariat spécifique est indissociable de la démarche. Une animation territoriale doit être engagée au lancement du programme pour la mobilisation et la construction de partenariats locaux afin de définir et coordonner une démarche proactive « d'aller vers » et faciliter l'inclusion prioritaire des seniors en situation de vulnérabilité. Elle comprend les actions de communication à destination des différents acteurs du ou des territoires pouvant contribuer au repérage/dépistage et les modalités d'articulation à construire entre l'écosystème des seniors des territoires et l'équipe locale projet ICOPE.

Ainsi, elle vise à élargir le repérage et la passation des tests de l'étape 1 au-delà de l'intervention des professionnels de soins primaires, en incluant notamment les acteurs sociaux des territoires, tels que les assistants sociaux, les collectivités locales, les caisses de sécurité sociale et de retraite, des organismes caritatifs.

Les établissements de santé des territoires concernés peuvent également repérer des seniors en sortie d'hospitalisation ou lors d'un passage aux urgences, leur recommander le test en auto-dépistage ou les orienter vers la réalisation du test.

Cette étape de mobilisation du partenariat permet en outre d'articuler la démarche avec les actions de prévention des territoires et l'offre d'aval nécessaire aux parcours de soins. L'animation territoriale est à poursuivre dans le temps pour entretenir, évaluer et renouveler ce partenariat.

## 4. Parceo : l'outil numérique support d'ICOPE

### a. Parceo, l'outil de e-parcours développé en Grand Est

Inscrit dans la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » et de son volet numérique, le programme e-parcours vise à offrir un bouquet de services numériques pour les professionnels de santé.

L'instruction DGOS du 24 mai 2019 relative à la mise en œuvre du programme e-parcours fixe les objectifs suivants :

- Développer et simplifier les liens entre les professionnels exerçant dans les secteurs sanitaire, médico-social et social dans une logique de prise en charge décloisonnée
- Renforcer la coordination entre les acteurs et la fluidité des parcours en s'appuyant sur le déploiement de collectifs de soins territoriaux et plus particulièrement sur les CPTS

Toutefois, la DGOS rappelle que la réussite de la transformation numérique est étroitement conditionnée à l'utilisation généralisée de l'outil, en vue d'assurer un maillage cohérent des parcours et des acteurs.

Conformément aux orientations nationales, l'ARS Grand Est a donc soutenu la création d'un outil régional de e-parcours nommé Parceo dont le déploiement est délégué au GRADeS Pulsy, en tant que maître d'ouvrage.

A ce titre, Pulsy se voit confier les missions suivantes :

- Décliner le Programme e-Parcours national porté par la DGOS
- Construire et déployer un service qui s'adapte aux organisations établies et permet la prise en charge coordonnée des patients
- Sensibiliser les acteurs du sanitaire et du médico-social à la notion de parcours pour éviter les ruptures de prise en charge
- Structurer les déploiements par territoire
- Favoriser le travail en exercice coordonné entre l'hôpital et la ville
- Favoriser les réflexions de prise en charge forfaitaires
- Promouvoir le programme e-Parcours comme étant un outil complémentaire (et donc non substitutif) des services socles nationaux (MES, INSi, DMP, MSS...)

Depuis septembre 2022, Parceo est le service régional e-Parcours du Grand Est. Il offre un bouquet de services numériques facilitant la coordination des différents acteurs (médicaux, paramédicaux et médico-sociaux) du cercle de soins d'un patient/usager, afin d'optimiser sa prise en charge.

Parceo facilite ainsi l'organisation du parcours de soins du patient/usager au quotidien en mettant notamment à disposition du cercle de soins :

- Un annuaire des professionnels de santé de ville, établissements sanitaires et médico-sociaux, pour rechercher/identifier/intégrer un professionnel dans le cercle de soins
- Une « ligne de vie » pour suivre l'évolution de la situation du patient en temps réel
- Un agenda partagé pour organiser et planifier les interventions du cercle de soins auprès du patient
- Une messagerie instantanée pour échanger et partager rapidement des informations concernant le patient/usager
- Des alertes et notifications, pour avertir et être averti en temps réel

Le financement intégral de l'outil Parceo par l'ARS Grand Est permet à Pulsy de le mettre à disposition des professionnels de santé à titre gratuit.

Afin de répondre aux besoins des professionnels, l'outil est mis à jour régulièrement en fonction des remontées du terrain et du Club Utilisateurs réceptionnées par Pulsy .

#### b. Le parcours ICOPE de Parceo

La mise en œuvre des étapes 1 à 3 du programme ICOPE ainsi que la passation des tests correspondant s'appuieront donc sur l'outil Parceo, sur lequel un parcours thématique ICOPE a été développé.

Accessible sur ordinateur et sur smartphone, les professionnels appartenant au cercle de soins de l'utilisateur accompagné dans le cadre du programme ICOPE pourront, via leur compte Parceo, se connecter sur la fiche de l'utilisateur pour y enregistrer et/ou consulter les données recueillies lors des différentes étapes du programme ICOPE.

La mise en œuvre des étapes 1 à 3 du programme ICOPE ainsi que la passation des tests correspondants s'appuieront sur l'outil numérique de Pulsy : Parceo.

Parceo est le service e-Parcours de la région Grand Est. Il propose aux professionnels de la santé et du médico-social des services numériques de coordination visant à optimiser la prise en charge de l'utilisateur dans son parcours de soins. Soutenu par l'ARS Grand Est et la Direction générale de l'offre de soins, Parceo est un service gratuit qui répond aux exigences de la stratégie nationale « Ma santé 2022 ».

Accessible sur ordinateur et sur smartphone, les professionnels pourront se connecter sur la page PARCEO afin d'accéder à leur compte et y enregistrer les données recueillies lors des différentes étapes du programme ICOPE.

#### **Etape 1 :**

- Soit réalisation du test de dépistage directement dans l'outil PARCEO.
- Soit intégration des données recueillies dans PARCEO.

A l'issue de cette première étape, les données seront traitées et analysées par le coordinateur qui sera responsable des alertes en cas de détection de défaillance lors de ce test de l'étape 1.

#### **Etape 2 :**

- Passation des tests approfondis par les professionnels dans PARCEO.

#### **Etape 3 :**

- Elaboration du PPS dans PARCEO.

Tout au long de ces trois étapes le médecin traitant ainsi que les professionnels de proximité de l'utilisateur seront tenus informés des résultats aux différents tests et du plan de soins personnalisés envisagés pour l'utilisateur.

## **5. Communication et formation adossées à la démarche ICOPE :**

La mise en place de ce programme expérimental nécessite des actions de communication et de formation spécifiques à la démarche ICOPE. Ces actions constituent une garantie pour accompagner l'évolution des pratiques professionnelles.

4 niveaux sont identifiés :

- une information globale sur la présentation générale du programme et de ses modalités de déclinaison locale vers les professionnels et les usagers,
- une formation d'accompagnement à la passation du test à l'étape 1, destinée aux acteurs chargés de la réalisation de cette étape, concernant un large panel d'acteurs,
- une formation à la gestion des alertes, concernant un nombre restreint d'acteurs, dépendant du choix d'échelle organisationnelle par les porteurs expérimentateurs (niveau CPTS, MSP...),
- une formation à l'évaluation (étape 2), réservée aux professionnels de santé identifiés pour assurer cette étape en lien avec le médecin traitant.

Les besoins de formation spécifique à l'étape 2 concernent la réalisation et l'interprétation des tests d'évaluation ainsi que leur mise en pratique. Pour un déploiement efficace du programme, les professionnels de santé identifiés pour assurer l'étape 2 devront également disposer ou développer des compétences à l'entretien motivationnel. Cette approche sera en effet déterminante dans la prise en compte des priorités du senior et le soutien de son implication active dans l'adoption de comportements adaptés à ses besoins de santé, et pour le renfort de son implication dans le maintien de son autonomie.

Les formations transversales et interprofessionnelles seront privilégiées pour favoriser les partenariats territoriaux et la consolidation des articulations nécessaires au parcours des seniors.

## IV. MODALITÉS DE FINANCEMENT

### A. MODELE ECONOMIQUE

L'expérimentation ICOPE, selon son modèle organisationnel ci-dessus et la volumétrie prévue, s'appuie sur le modèle économique présenté ci-dessous. Ce modèle a pour objet de financer les étapes innovantes de la démarche pour son implémentation dans les soins primaires.

Il repose sur :

- Une **enveloppe « animation territoriale/coordination du programme »** attribuée dès le lancement du programme (étape 1), rémunérant
  - o les actions de mobilisation et d'entretien du partenariat local (définition de la stratégie et son suivi, planification d'interventions, accompagnement des partenaires dans leur implication...) pouvant s'inscrire à terme dans les actions de responsabilité populationnelle et plus précisément dans leurs enveloppes relatives aux missions de développement d'actions territoriales de prévention ;
  - o la coordination de la mise en œuvre du programme ;
- une **enveloppe « repérage »** attachée à l'étape 1, destinée à rémunérer les professionnels des structures de soins primaires effectuant le repérage,.
- **trois types de forfaits** attachés à 3 des sous-étapes de l'étape 2 :
  - o un forfait par senior pour le traitement des tests dont les résultats nécessitent a priori une évaluation (« alertes ») et la coordination administrative ;
  - o des forfaits par senior pour la réalisation des évaluations ;
  - o un forfait par senior pour les entretiens motivationnels.

Ces forfaits sont calculés sur la base de temps infirmier. Ils peuvent cependant servir à rémunérer des professionnels du secteur sanitaire autres qu'infirmiers (médecins et autres professionnels paramédicaux).

*NB : les consultations médicales nécessaires pour réaliser ou compléter l'étape 2 d'évaluation relèvent du droit commun.*

### B. MODALITE DE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE

#### Enveloppe animation territoriale :

L'animation territoriale, reposant prioritairement sur un professionnel intervenant du champ de la santé, est rémunérée à hauteur de 0,5 à 1 ETP par projet, sur la base d'un coût annuel de 56 000 euros.

Enveloppe repérage de l'étape 1:

Enveloppe repérage							
Intitulé de l'action	Description de l'action	Intervenants	Temps ETP par CPTS* et volume populationnel	Coût annuel brut chargé	Montant du forfait annuel par CPTS		Conditions de paiement
<b>Animation territoriale</b>	Définition et coordination de la stratégie d'"aller vers", planification d'interventions, information et soutien des partenaires...	Professionnel de CPTS (ou équivalent)	0,5 à 1	56 000 €			Enveloppe annuelle
Intitulé de l'action	Description de l'action	Intervenants	Durée moy en min	Coût horaire brut chargé	Montant du forfait par senior	Part de la population concernée	Indicateur déclenchant le paiement du forfait
<b>Etape 1</b>	<u>Autotest</u>	Senior seul +/- aidant même si quelqu'un doit lui expliquer en amont le principe					
	<u>Réalisation du test avec la personne:</u> présentation de la démarche, du TEST, recherche consentement, aide à passation du test	<u>Intervenants à rémunérer</u> (libéraux et salariés de structures de soins + démarche repérage innovante) <u>Professionnels issus de structures publiques ou reconnues d'utilité publique</u> intervenant habituellement dans leurs missions auprès de seniors	30'	35	18 €	60% des tests rémunérés	60%
<b>Réitération du TEST tous les ans voire tous les 6 mois ou moins selon évaluation clinicien.</b>	<u>Autotest</u> : 50% en réitération					50% des 120% de réitérations	50%
	<u>Aide à la réitération</u> par un intervenant à rémunérer: 50%		30'	35	18 €	50% des 120% de réitérations avec aide financée	50%

Enveloppe annuelle de rémunération des tests ou paiement mensuel sur services faits

La réalisation des tests de l'étape 1 par un professionnel de santé ou un professionnel d'établissement ou service de santé est rémunérée sur la base d'une durée de 30 minutes et d'un coût horaire de 35 euros, soit 18 euros par test.

La part des tests rémunérés est fixée à 60% de l'ensemble des tests initiaux (« primodépistage »). Les tests non rémunérés sont réalisés en autotest ou par des partenaires.

Il est attendu que l'information des seniors lors de leur inclusion initiale conduise à une participation accrue des seniors en autotest. Néanmoins, le premier retour d'expérience toulousain dans le cadre de l'expérimentation du programme amène à estimer à 50% la part des tests rémunérés en réitération. La réitération de tests par des professionnels est envisagée à un rythme variable entre 6 mois et 1 an. Tenant compte d'une part de perdus de vue ou arrêt de suivi (20%), le taux de réitération des tests est envisagé à 120%.selon le retour d'expérience de l'expérimentation toulousaine.

Forfait traitement de l'alerte et coordination administrative de l'étape 2:

	Intitulé de l'action	Description de l'action	Intervenants	Durée moyenne en min	Coût horaire brut chargé	Montant du forfait par senior	Part de la population concernée	Conditions de paiement
Etape 2	<b>Forfait A : Traitement de l'alerte et coordination administrative</b>							
	Gestion et vérification des alertes	Suivi des alertes, analyse des résultats, appel des seniors, organisation des RDV d'évaluation	IDE ou autre professionnel paramédical en binôme avec médecin traitant	15'	42	11 €	50% des seniors dépistés	Enveloppe annuelle de rémunération des tests ou paiement mensuel sur services faits
	<b>Forfait B : Evaluation approfondie</b>							
	Evaluation approfondie	Présentation de la démarche, réalisation du ou des tests d'évaluation approfondie et questionnements complémentaires (antécédents, projet, médicaments, contexte social et environnement,...), analyse et orientation vers des bilans complémentaires, articulation avec le médecin traitant et les autres professionnels si il y a lieu, renseignement du dossier "patient", synthèse avec le médecin traitant et orientations de suites	IDE ou autre professionnel paramédical <u>formés</u> en articulation avec le médecin traitant	75'	42	53 € ou forfait modulé : 20 € / 1 capacité 40 € / 2 capacités 60 € / 3 capacités ou plus	25% des seniors dépistés	Paiement mensuel sur services faits
			forfait déplacement	Vol retenue *IK plaine ou montagne *nb moyen km			<i>propre à chaque porteur de projet</i>	
			Consultation de droit commun Médecin traitant					25% des seniors dépistés
<b>Forfait C : Entretien motivationnel</b>								
Entretien conclusif et motivationnel	<u>Proposition au senior d'un plan de prévention concerté</u> avec le médecin traitant, entretien motivationnel, décision partagée, orientation	IDE ou autre professionnel paramédical (même professionnel que l'évaluation approfondie)	30'	42	21 €	25% des seniors dépistés	Paiement mensuel sur services faits	

L'ensemble des forfaits de l'étape 2 sont calculés sur la base d'une réalisation par un infirmier formé au programme ICOPE et d'un coût horaire de 42 euros.

La gestion et la vérification des alertes sont estimées nécessaires pour 50% des tests réalisés.

Ce temps est rémunéré sur la base d'une durée moyenne de 15 minutes par test et d'un coût horaire de 42 euros, soit 11 euros par test.

### Forfait évaluation approfondie de l'étape 2 :

Le temps d'évaluation approfondie sera variable selon le nombre de capacités altérées.

Un forfait unique est établi sur la base d'un temps moyen de 75 minutes et d'un coût horaire de 42 euros, soit 53 euros par évaluation

La part des seniors dépistés à l'étape 1 nécessitant une évaluation approfondie est estimée à 25%.

### Forfait entretien motivationnel de l'étape 2 :

La réalisation de l'entretien motivationnel concluant l'étape 2 est rémunérée sur la base d'une durée moyenne de 30 minutes et d'un coût horaire de 42 euros, soit 21 euros par entretien.

Chaque candidat devra préciser selon le mode ci-dessous son budget prévisionnel. Le Budget prévisionnel devra également intégrer les coûts de formation et les frais de déplacement.

## V. LE SUIVI

Le bénéficiaire s'engage à fournir à l'ARS Grand Est un rapport d'activité annuel à compter de la notification d'accord.

- Le **bilan** comprendra la page de garde, le rapport d'activité (indicateurs), le rapport financier, le rapport d'évaluation ainsi que l'attestation complétés pour la période de réalisation du projet. Ces documents devront être certifiés conformes cachetés et signés, par le représentant légal de la structure bénéficiaire, avant envoi à l'ARS Grand Est par courriel à l'adresse suivante : [ars-grandest-da-parcours-pa@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-da-parcours-pa@ars.sante.fr)

Une trame du bilan sera proposée dans la première année d'activité et discutée avec les porteurs.

## VI. MODALITÉS D'ORGANISATION DE L'APPEL À CANDIDATURES

### **A. Modalité de dépôts des candidatures**

L'appel à candidature fait l'objet d'une publication sur le site de l'ARS Grand Est.

Les candidats devront compléter le dossier de candidature se trouvant en Annexe 2

Les candidats sont invités à renseigner le dossier de candidature se trouvant en annexe et à le transmettre par voie électronique au plus tard le 30 août 2024 à la Direction de l'Autonomie ainsi qu'à la Délégation Territoriale de votre département en mentionnant en objet « Appel à candidature ICOPE – candidature »

Direction de l'Autonomie :

[ars-grandest-da-parcours-pa@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-da-parcours-pa@ars.sante.fr)

Délégations territoriales :

[ars-grandest-dt08-posa@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-dt08-posa@ars.sante.fr)

[ARS-GRANDEST-DT10-OS@ars.sante.fr](mailto:ARS-GRANDEST-DT10-OS@ars.sante.fr)

[ARS-GRANDEST-DT51-OSMS@ars.sante.fr](mailto:ARS-GRANDEST-DT51-OSMS@ars.sante.fr)

[ARS-GRANDEST-DT52-OS@ars.sante.fr](mailto:ARS-GRANDEST-DT52-OS@ars.sante.fr)

[ARS-GRANDEST-DT54-MEDICO-SOCIAL@ars.sante.fr](mailto:ARS-GRANDEST-DT54-MEDICO-SOCIAL@ars.sante.fr)

[ARS-GRANDEST-DT55-MEDICO-SOCIAL@ars.sante.fr](mailto:ARS-GRANDEST-DT55-MEDICO-SOCIAL@ars.sante.fr)

[ARS-GRANDEST-DT57-DELEGUE@ars.sante.fr](mailto:ARS-GRANDEST-DT57-DELEGUE@ars.sante.fr)

[ARS-GRANDEST-DT67-AUTONOMIE@ars.sante.fr](mailto:ARS-GRANDEST-DT67-AUTONOMIE@ars.sante.fr)

[ars-grandest-dt68-autonomie@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-dt68-autonomie@ars.sante.fr)

[ARS-GRANDEST-DT88-ANIMATION-TERRITORIALE@ars.sante.fr](mailto:ARS-GRANDEST-DT88-ANIMATION-TERRITORIALE@ars.sante.fr)

Toute candidature reçue sur d'autres adresses mails et hors délais ne sera pas considérée comme recevable.

## **B. Critères de recevabilité et de sélection**

### **1. Critères de recevabilité**

L'équipe régionale appréciera, la recevabilité des candidatures au regard des critères suivants :

#### **Respect de la procédure**

- Respect des délais de transmission
- Complétude du dossier
- Adéquation du projet avec les objectifs du projet ICOPE

#### **Correspondance au profil attendu**

- Projet reposant sur un collectif d'acteurs pluri professionnels constitué avec un ancrage en soins primaires en lien avec une ou plusieurs CPTS (ou projets de CPTS ou structures d'exercice coordonné en l'absence de CPTS)
- Un porteur identifié
- Un territoire d'intervention défini et un effectif prévisionnel d'inclusion de seniors
- Le ciblage d'une population de seniors sur le temps de conventionnement

## Adéquation du projet au cahier des charges de l'expérimentation

- Conformité aux prévisions de déroulement des étapes innovantes de la démarche
- Cohérence avec la population cible (en amont de la perte d'autonomie) avec priorisation des seniors dits « en situation de vulnérabilité » selon les critères précisés dans le cahier des charges
- Adéquation du profil des acteurs prévus (dont les médecins généralistes et infirmiers), du partenariat du projet et des articulations

## 2. Critères de sélection

La sélection des candidatures s'appuiera sur les critères suivants :

### Maturité du projet et capacité d'engagement rapide dans l'expérimentation

- Pré existence d'un partenariat sanitaire et social facilitant le démarrage et la démarche d'« aller vers »
- Conduite du projet territorial organisée et décrite
- Maturité du contexte numérique permettant d'intégrer rapidement un outil numérique support en lien avec les outils e-parcours.

### Apport complémentaire du contexte ou du projet territorial

- Complémentarité supplémentaire
  - sur le plan numérique (intégration ou articulation avec d'autres outils de prévention pré existants)
  - sur la stratégie d' « aller vers » (en mobilisant par exemple les services de secours)
  - sur la mobilisation des ressources d'aval (par exemple dans l'articulation avec les programmes des conférences de financeurs de la prévention de la perte d'autonomie)

## 3. Calendrier

Mai 2024	Publication du cahier des charges et de l'appel à candidatures
Jusqu' au 31 aout 2024	Période de candidature
Septembre 2024	Instruction des candidatures et notifications
A partir de octobre 2024	Conventionnement d'une durée de 3 ans.

## VII. Annexe

### A. Annexe 1 dossier de candidature

#### Nature de la structure porteuse du projet

- Dénomination de la structure :
- Raison sociale :
- Statut juridique :
- Numéro FINESS juridique et géographique :
- Adresse :
- Région :

## Contact(s)

Il s'agit ici du ou des principaux interlocuteurs (plusieurs contacts possibles)

### Contact 1

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :
- Signature :

### Contact 2

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :
- Signature :

## Coordonnées des partenaires

### Structure

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

### Structure

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

### Structure

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

### Structure

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :

Description des éléments du contexte territorial utiles au projet :

## Description synthétique de la structure porteuse

Historique, lieu(x) d'implantation, typologie de la population, volume populationnel de la ou des CPTS dont le volume de la population des 60 ans et plus...

Description du projet de mise en œuvre de l'expérimentation :

Territoire(s) d'intervention, volume populationnel, effectif prévisionnel d'inclusions :

Acteurs des différentes étapes :

Projet de stratégie d' « aller vers » :

Partenariat d'aval :

Contexte numérique :

Attentes envers l'AAC et cohérence avec le projet de santé mis en œuvre par le porteur, justifiant le souhait de participer à la mise en œuvre de l'expérimentation

Gouvernance envisagée pour permettre la mise en œuvre et le suivi du projet

Eventuels partenaires financiers

Commentaires libres

## BUDGET PREVISIONNEL ANNUEL DE L'ACTION

CHARGES	Montant	PRODUITS	Montant
<b>CHARGES DIRECTES</b>		<b>RESSOURCES DIRECTES</b>	
<b>60 – Achats</b>		<b>70 – Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services</b>	
Prestations de services		<b>74- Subventions d'exploitation[2]</b>	
Achats matières et fournitures		Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s)	
Autres fournitures		• ARS	
<b>61 - Services extérieurs</b>		• Préfecture	
Locations		• Cohésion sociale – Jeunesse Sport	
Entretien et réparation		• Agriculture	
Assurance		• Autres (à préciser)	
Documentation		Région(s) :	
<b>62 - Autres services extérieurs</b>		- Conseil régional ...	
Rémunérations intermédiaires et honoraires		Département(s) :	
Frais de gestion		- Conseil général ...	
Publicité, publication		Intercommunalité(s) : EPCI	
Déplacements, missions		-	
Frais postaux et téléphone		Commune(s) :	
<b>63 - Impôts et taxes</b>		- CCAS...	
Impôts et taxes sur rémunération,		Organismes sociaux (détailler) :	
Autres impôts et taxes		- Régime Local d'Assurance Maladie	
<b>64- Charges de personnel</b>		- CAF, CARSAT, CPAM, Mutualité...	
Rémunération des personnels		Fonds européens	
Charges sociales		L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA - emplois aidés)	
Autres charges de personnel		Autres établissements publics	
		Aides privées	
<b>65- Autres charges de gestion courante</b>		<b>75 - Autres produits de gestion courante</b>	
<b>66- Charges financières</b>		Dont cotisations, dons manuels ou legs	
<b>67- Charges exceptionnelles</b>		<b>76 - Produits financiers</b>	
		<b>77 - Produits exceptionnels</b>	
<b>68- Dotation aux amortissements</b>		<b>78 – Reprises sur amortissements et provisions</b>	
<b>CHARGES INDIRECTES</b>			

<b>Charges fixes de fonctionnement</b>			
<b>Frais financiers</b>		Ressources propres	
<b>Autres</b>			
<b>TOTAL DES CHARGES</b>		<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	
CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES			
<b>86- Emplois des contributions volontaires en nature</b>		<b>87 - Contributions volontaires en nature</b>	
860 Secours en nature		870 Bénévolat	
861 Mise à disposition gratuite de biens et prestations		871 Prestations en nature	
862 Prestations			
864 Personnel bénévole		875 Dons en nature	
<b>TOTAL (total des charges + compte 86)</b>		<b>TOTAL (total des produits + compte 87)</b>	
<b>CHARGES</b>	<b>Montant</b>	<b>PRODUITS</b>	<b>Montant</b>

### /// ARS Grand Est

Siège régional : 3 boulevard Joffre - CS 80071  
54036 Nancy Cedex  
Standard régional : 03 83 39 30 30

[www.grand-est.ars.sante.fr](http://www.grand-est.ars.sante.fr)

