



**PRÉFET DE LA
RÉGION
PAYS-DE-LA-LOIRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS
N°R52-2026-140

PUBLIÉ LE 29 MAI 2026

Sommaire

Agence régionale de Santé Pays de la Loire /

R52-2026-05-29-00001 - Arrêté N° ARS-PDL/DG/2026-022, relatif à l'ouverture d'une période transitoire pour l'innovation « PASCIA'MANS - Parcours Accompagné de Santé Coordonné Innovant Adapté pour les patients précaires à faible niveau de littératie des quartiers sud du Mans » (50 pages)

Page 3

Agence régionale de Santé Pays de la Loire

R52-2026-05-29-00001

Arrêté N° ARS-PDL/DG/2026-022, relatif à
l'ouverture d'une période transitoire pour
l'innovation « PASCIA'MANS - Parcours
Accompagné de Santé Coordonné Innovant
Adapté pour les patients précaires à faible
niveau de littératie des quartiers sud du Mans »

ARRETE N° ARS-PDL/DG/2026-022
relatif à l'ouverture d'une période transitoire pour l'innovation « PASCIA'MANS – Parcours Accompagné de Santé Coordonné Innovant Adapté pour les patients précaires à faible niveau de littératie des quartiers sud du Mans »

**La Directrice générale par intérim
de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire**

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 ;

Vu la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;

Vu l'arrêté du 5 février 2026 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2026 ;

Vu l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 7 mai 2026 sur l'ouverture d'une période transitoire à la suite de l'expérimentation « **PASCIA'MANS – Parcours Accompagné de Santé Coordonné Innovant Adapté pour les patients précaires à faible niveau de littératie des quartiers sud du Mans** » ;

Vu l'avis favorable du conseil stratégique de l'innovation en santé du 28 mai 2026 sur l'ouverture d'une période transitoire, à la suite de l'expérimentation « **PASCIA'MANS – Parcours Accompagné de Santé Coordonné Innovant Adapté pour les patients précaires à faible niveau de littératie des quartiers sud du Mans** » ;

Vu le cahier des charges période transitoire post-expérimentation du projet d'expérimentation « **PASCIA'MANS – Parcours Accompagné de Santé Coordonné Innovant Adapté pour les patients précaires à faible niveau de littératie des quartiers sud du Mans** » ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé ;

Vu le décret du 1^{er} avril 2010 portant nomination des directeurs généraux des Agences Régionales de Santé ;

Vu l'arrêté ministériel du 30 avril 2026 portant attribution de fonction de directeur général par intérim de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire à Isabelle MONNIER, Directrice générale adjointe de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire ;

ARRETE

ARTICLE 1 : L'innovation « **PASCIA'MANS – Parcours Accompagné de Santé Coordonné Innovant Adapté pour les patients précaires à faible niveau de littératie des quartiers sud du Mans** » est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté, dans les conditions précisées par le cahier des charges susvisé.

ARTICLE 2 : La période transitoire est établie pour une durée de douze mois. Elle pourra être reconduite par périodes complémentaires de trois mois, dans la limite d'une durée maximale de dix-huit mois.

ARTICLE 3 : La répartition des financements de la période transitoire fera l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (Agence Régionale de Santé et Assurance Maladie).

ARTICLE 4 : Le Directeur Scientifique des Stratégies en Santé, référent régional article 51, est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au recueil des actes administratifs de la préfecture de région des Pays de la Loire.

ARTICLE 5 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Nantes dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application « Télérecours citoyen » accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Fait à Nantes, le 29 mai 2026

La Directrice Générale par intérim de l'Agence
Régionale de Santé Pays de la Loire

Isabelle Monnier





INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES PERIODE TRANSITOIRE POST EXPERIMENTATION

INTITULE du PROJET : PASCIA'MANS
NOM DU (DES) PORTEUR(S) : SISA des Quartiers Sud
Statut juridique : SISA Société interprofessionnelle de soins ambulatoires
PERSONNE CONTACT : LECOMTE Marie-Ange

Résumé du projet :

Les Quartiers Sud du Mans sont centrés sur un quartier prioritaire de la politique de la Ville. Dans un contexte de très faible démographie des professionnels de santé (10 médecins généralistes pour 30 000 habitants), la MSP propose de mobiliser l'autonomie des usagers et les compétences des professionnels de premier recours en améliorant le parcours de santé des populations précaires dont les migrants par une prise en charge pluriprofessionnelle.

Ce parcours de santé se déroule en plusieurs étapes : un Bilan de Santé, calqué sur l'instruction ministérielle du rendez-vous santé des migrants primo-arrivants, finalisé par un Rendez-vous de Concertation (patient, médecin généraliste, médiateur en santé, autre professionnel de santé) pour définir un projet personnalisé de santé annuel.

Le projet personnalisé de santé, encadré par des protocoles est mis en œuvre au cours du Parcours Accompagné de Santé (P.A.S) qui mobilise médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers. Le parcours accompagné de santé sera coordonné par un coordonnateur de parcours de santé dédié à cette tâche. Le patient bénéficie de l'appui de la médiation en santé tant dans l'accès aux soins que pour les actions de prévention. A chaque étape de son parcours, le patient pourra être soutenu par une prise en charge psychologique.

A chaque échéance annuelle, ou en cas de modification de l'état de santé, une nouvelle Réunion de Concertation pluriprofessionnelle sera réalisée pour coconstruire avec le patient son nouveau projet personnalisé de santé.

Ce projet est innovant en ce qu'il intègre à l'équipe de soins primaires des médiateurs en santé pour l'accès aux soins, la participation à des actions de prévention et valorise les démarches d'« aller-vers » et la coordination du parcours de santé.

Ce projet n'est pas centré exclusivement sur la population migrante mais s'adresse aux patients en situation de précarité. Le seul critère d'inclusion des patients est celui du niveau de littératie en santé. Ce projet a été coconstruit entre les différents professionnels de santé des quartiers sud. La modélisation médico-économique du parcours de santé, telle que formalisée dans le présent cahier des charges, est le fruit d'une expérience de terrain et reconnue par l'ensemble des partenaires du territoire.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	X
Régional	
National	

Table des matières

I	Nom du porteur et liste des partenaires concernés	3
II	Résultats de l'expérimentation et avis des comité technique et conseil stratégique de l'innovation en santé	3
III	Description de l'innovation faisant l'objet de la période transitoire	4
III.1	Objet de l'innovation en santé.....	4
III.2	Population cible et effectifs	4
III.2.a	Critères d'inclusion.....	4
III.2.b	Critères d'exclusion	5
III.2.c	Effectifs cibles.....	5
III.3	Organisation de la prise en charge / Intervention	5
III.3.a	Parcours du patient / usager.....	5
III.3.b	Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation.....	7
III.4	Terrain de maintien en conditions opérationnelles	12
	Tableau comparatif des niveaux moyens (QPV local vs régional vs national)	13
III.5	Durée de la période transitoire.....	14
III.6	Pilotage, gouvernance et suivi de la période transitoire	14
IV	Financement de l'innovation en santé	15
IV.1.a	Estimation du besoin en crédits d'ingénierie (CI)	15
IV.1.b	Besoin total de financement	16
V	Dérogations nécessaires pour la période transitoire de l'innovation	17
VI	Liens d'intérêts	17
VII	Annexe 1 – Coordonnées du porteur et des partenaires.....	18
VIII	Annexe 2 – Catégories d'expérimentations	19
IX	Annexe 3 – Pascia'MANS – Le parcours patient.....	20
X	Annexe 4 – Grille d'aide a la co-évaluation de l'autonomie de la personne dans son parcours de santé	22
XI	Annexe 5 – Recueil des données médico-sociales et critères d'inclusion, incluant un scoring	27
XII	Annexe 6 – Parcours psycho-thérapeutique	30
XIII	Annexe 7 – Fiches de poste	31
XIV	Annexe 8 – Fiche de liaison	46
XV	Annexe 9 – Recueil du consentement.....	47
XVI	Annexe 10 – Actions de prévention proposées par la maison de santé	48



I NOM DU PORTEUR ET LISTE DES PARTENAIRES CONCERNES

SISA DES QUARTIERS SUD DU MANS
37 rue des Balsamines 72100 LE MANS

Association Santé Prévention 72
28 rue Robert Collet 72100 LE MANS

II RESULTATS DE L'EXPERIMENTATION ET AVIS DES COMITE TECHNIQUE ET CONSEIL STRATEGIQUE DE L'INNOVATION EN SANTE

Le dispositif a permis une montée en charge progressive et maîtrisée, avec un nombre de patients inclus conforme aux prévisions, témoignant de sa faisabilité opérationnelle dans un contexte territorial marqué par une forte précarité sociale et une offre de soins insuffisante.

L'expérimentation a contribué de manière tangible à l'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention pour les publics ciblés, notamment à travers un recours régulier à la médecine générale, une couverture vaccinale élevée, un renforcement des actions de dépistage de pathologies infectieuses et un accès structuré à un accompagnement psychologique. L'évaluation met également en évidence un effet positif du dispositif sur l'autonomie des patients, une part significative des sorties du dispositif étant liée à une capacité accrue des personnes accompagnées à gérer leur parcours de santé et à mobiliser les ressources du droit commun.

La satisfaction vis-à-vis du dispositif a été exprimée tant par les patients que par les professionnels impliqués, ces derniers mettant en avant la plus-value du dispositif en matière de coordination des interventions, de qualité des prises en charge et de sécurisation des parcours pour des publics éloignés du système de soins. Sur le plan économique, le modèle de financement forfaitaire apparaît globalement soutenable et cohérent avec la nature coordonnée et pluridisciplinaire de l'accompagnement proposé, même si certains ajustements sont jugés nécessaires.

Au terme de l'analyse du rapport d'évaluation finale et des éléments transmis par le porteur de projet, le Comité technique de l'innovation en santé (CTIS) et le Conseil stratégique de l'Innovation en Santé (CSIS) ont émis un **avis favorable à l'intégration dans le droit commun** de l'expérimentation.

Le passage dans le droit commun devra néanmoins s'accompagner de mesures destinées à sécuriser durablement la gouvernance et les ressources humaines, à clarifier et renforcer l'implication des différentes catégories de professionnels, à améliorer les outils de suivi et de traçabilité, et à formaliser les partenariats territoriaux.

Dans un souci de lisibilité et de simplification de l'action des structures d'exercice coordonné impliquées dans le suivi de la santé des patients vulnérables en quartier prioritaire de la ville (QPV), les deux instances de l'article 51 considèrent qu'il devra être recherché une cohérence la plus forte possible avec le dispositif de droit commun SECPA en construction pour ce qui concerne le contenu des actions individuelles et collectives et le modèle économique. Les deux dispositifs ciblent une patientèle proche, pour un objectif superposable d'amélioration de l'accès au système de santé et d'autonomisation des usagers et par une organisation reposant sur un même socle autour du médecin généraliste, du médiateur et du psychologue.

III DESCRIPTION DE L'INNOVATION FAISANT L'OBJET DE LA PERIODE TRANSITOIRE

III.1 OBJET DE L'INNOVATION EN SANTE

Proposer à la population précaire des Quartiers Sud du Mans, ayant un faible niveau de littératie en santé et incluant la population migrante, un parcours de santé coordonné et déployé de manière pluriprofessionnelle (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, psychologues, médiateurs en santé).

Objectifs stratégiques

- Améliorer la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale.
- Améliorer l'autonomie en santé des populations précaires.

Objectifs opérationnels

- Améliorer l'accès aux soins médicaux et psychologiques des populations précaires.
- Améliorer l'accès à la prévention des populations précaires.
- Faciliter le parcours des populations précaires notamment par une meilleure coordination des acteurs.
- Favoriser la présence de professionnels de santé dans cette zone caractérisée par une offre de soin insuffisante et des difficultés dans l'accès aux soins.

III.2 POPULATION CIBLE ET EFFECTIFS

Population cible

Les habitants des Quartiers Sud du Mans présentent un faible niveau de littératie en santé.

L'inclusion se fera par plusieurs portes d'entrée afin d'intégrer tout habitant ou usager ayant un niveau très faible ou faible de littératie en santé et/ou une numératie faible.

La littératie en santé « représente les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé, pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence.

Un faible niveau de littératie en santé est plus souvent observé chez les usagers précaires, à faible niveau d'éducation, ainsi que chez les populations migrantes.

Certaines pathologies sont corrélées à un faible niveau de littératie, comme, par exemple, l'obésité des enfants, les maladies chroniques, les retards vaccinaux ou encore l'absence de suivi gynécologique.

La population migrante

La Préfecture de la Sarthe disposait en 2019 de 1 074 places d'accueil pour les migrants, essentiellement situées sur la Communauté urbaine. Ces migrants sont accueillis par des structures multiples (CADA, CAO, ..., des associations Tarmac, Montjoie).

Les mineurs isolés étrangers pris en charge par l'Aide Sociale à l'enfance, hébergés dans des hôtels ou par quelques familles d'accueils et des associations.

III.2.a Critères d'inclusion

Les patients cibles du projet PASCIA'MANS identifiés sont les suivants :

- Tout habitant des quartiers sud du Mans éloigné des soins et adressé par les services sociaux ou rencontré lors des démarches d'« aller vers » des médiateurs en santé.

- Tout patient précaire repéré par un professionnel de santé lors d'une rencontre ou lors de l'enregistrement des déterminants de santé dans le dossier médical.
- Toute personne prise en charge dans une structure d'hébergement pour adulte (CADA Tarmac, CADA Montjoie, France Horizon, Nelson Mandela), ou non hébergée (PADA).
- Tout mineur non accompagné (ASE).
- Tout migrant primo-arrivant.

Nous proposons d'établir un score pour l'inclusion sur les critères de repérage d'inégalités sanitaires et sociales mentionnés en annexe 4.

- Une cotation de 2 sera attribuée aux critères des freins essentiels dans le parcours de soins et entraîne une inclusion directe de la personne dans le dispositif.
- Une cotation de 1 sera attribuée aux facteurs d'une potentielle vulnérabilité dans le parcours, nécessitant une vigilance des professionnels. Un cumul de ces éléments de potentielle vulnérabilité, peut entraîner une inclusion dans le dispositif.

Sous réserve du consentement du patient, tout patient atteignant un score de 2 pourra bénéficier du Parcours PASCIA'MANS.

III.2.b Critères d'exclusion

Sont exclus du projet PASCIA'MANS :

- Les personnes qui ne le souhaitent pas.
- Les patients autonomes qui n'ont pas besoin de l'appui du dispositif, ceux qui ont un travail et donc une couverture sociale, les sujets qui sont inclus socialement et donc entourés : en bref, ceux qui n'ont pas de barrière.
- Les patients qui sont déjà inscrits dans un programme de soins spécifiques aux patients précaires.

III.2.c Effectifs cibles

Les effectifs de la dernière année pleine de l'expérimentation ont été repris comme cible pour les 12 mois de période transitoire

Innovation Période transitoire	Nouveaux patients	Recon- ductions	Allophones		Précaires		Total
			Nouveaux Patients	Recon- ductions	Nouveaux Patients	Recon- ductions	
12 mois	410	500	~12,5%	~18%	~32,5%	~37%	910

III.3 ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE / INTERVENTION

III.3.a Parcours du patient / usager

Entrée dans le parcours

Le patient est repéré par un « adresseur » (travailleur social, structure d'accueil, médiateur en santé, professionnel de santé), qui va commencer par informer le patient succinctement sur le parcours proposé.

Si les critères d'inclusion correspondent, le coordonnateur recueille les informations nécessaires à la constitution du dossier, notamment la langue parlée. Une convention type sera proposée aux « adresseurs » afin de faciliter cette première collecte de données.

Le coordonnateur prend les premiers rendez-vous (bilan de santé) avec un médecin généraliste. Il procède ensuite au choix d'un médiateur en santé et l'intègre dans le processus.

Le patient est contacté par l'« adresseur » ou le médiateur en santé afin de fixer le démarrage du bilan.

Étape 1 : le bilan de santé (2 mois)

Inspiré de l'instruction ministérielle relative au rendez-vous santé des migrants du 8 juin 2018, le bilan de santé permet de réaliser un premier point sur l'état de santé du patient : dépistage de maladies infectieuses (VIH, tuberculose), détection de parasitoses, repérage de maladies chroniques (diabète, HTA), d'addictions, de traumatismes, ainsi que des actions de prévention et de mise à jour vaccinale.

Il s'effectue en deux temps :

- Consultation 1 avec le médecin généraliste, suivie d'un rendez-vous avec le médiateur en santé dans la foulée.
Examen clinique, prescription d'examens biologiques et radiologiques (radiographie des poumons) et des vaccins si nécessaire. À cette occasion, un premier recueil du consentement (pour le bilan de santé) est réalisé ainsi que la création du dossier patient.
- Consultation 2 avec le médecin généraliste prescripteur pour analyser les résultats, suivie d'un rendez-vous avec le médiateur en santé dans la foulée.
Le médiateur explique au patient les modalités de prise en charge, les lieux de réalisation des examens à l'avenir, etc.

Ces interventions se feront avec la mobilisation de l'interprétariat téléphonique pour les patients allophones.

Étape 2 : le rendez-vous de concertation pluriprofessionnelle avec le patient PPS

Préparé par le coordonnateur, ce rendez-vous inclut le médecin, le patient et le médiateur en santé (ainsi qu'un autre professionnel si besoin, par exemple un infirmier, à partir du deuxième rendez-vous), afin de définir le Projet Personnalisé de Santé (PPS) (cf. annexe 3).

Une entrée dans le parcours est possible directement à cette étape pour un patient déjà connu de la MSP.

Une sortie du patient est également possible à cette étape s'il est autonome (cf. annexe 3.1 : grille d'aide à la co-évaluation de l'autonomie de la personne dans son parcours de santé).

Le coordonnateur veille à réaliser la synthèse des éléments permettant d'évaluer la précarité (notation des déterminants de santé dans le dossier médical partagé par tous les professionnels de santé de la MSP) ainsi que les compétences en littératie en santé.

Chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers, que les professionnels s'emploient à intégrer dans le Projet Personnalisé de Santé. Il s'agit d'une co-construction dynamique entre la personne, accompagnée par les médiateurs en santé, et les professionnels.

Étape 3 : le Parcours Accompagné de Santé (PAS)

(1 an)

Le Parcours Accompagné de Santé (PAS) constitue un parcours de soins et de prévention, avec un accompagnement visant à rendre le patient le plus autonome possible.

Ce parcours comprend :

- Des consultations complexes et longues (dénommées « CS MG PASCIA ») avec le médecin généraliste ;
- Des rendez-vous avec différents professionnels de santé, au sein de la MSP ou en dehors ;
- Un accompagnement psychologique de soutien ;
- Une incitation à participer aux actions de prévention réalisées par la MSP.

Les médiateurs en santé interviennent au sein du cabinet de médecine générale, à la pharmacie et, si besoin, au domicile des patients.

Les recours spécialisés se font le plus souvent auprès du Centre Hospitalier du Mans. Le laboratoire d'analyses médicales situé à proximité du quartier est également régulièrement sollicité.

Par principe, le PAS est personnalisé. À minima, pour les cas simples, le projet propose une prestation de suivi composée de :

- Un rendez-vous de concertation ;
- Deux consultations « CS MG PASCIA » ;
- Un accompagnement par le médiateur en santé ;
- La coordination du parcours ;
- Des actions de prévention ;
- L'interprétariat, le cas échéant, pour les patients allophones.

Pour les cas plus complexes, une prestation graduée est proposée, avec l'intervention des pharmaciens, des infirmiers et des psychologues, et 4 consultations de généraliste pouvant aller jusqu'à une prestation dite de « suivi MAXI » pour les situations les plus complexes.

Des actions de prévention sont également mises en œuvre dans le cadre des activités globales de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle, avec des financements indépendants de PASCIA'MANS. Elles sont détaillées en annexe

Les médiateurs en santé occupent une place centrale dans la sensibilisation des usagers à participer aux actions de prévention au sein de la structure. Ils contribuent à l'identification des besoins de santé du territoire et prennent part à l'évaluation des actions déployées. Cette implication permet d'inscrire les actions dans une dynamique adaptée aux réalités des publics accompagnés.

Le rôle des médiateurs sera renforcé, facilitant le lien entre les patients, les professionnels et les partenaires, et contribuant à l'adaptation continue des actions aux besoins du territoire.

Ces actions jouent déjà un rôle clé en permettant de maintenir le lien avec les publics, d'éviter les ruptures de suivi et de repérer de nouvelles situations nécessitant un accompagnement. Elles contribuent également à renforcer l'autonomie des personnes en développant leurs compétences en santé et en favorisant leur implication dans leur propre parcours.

III.3.b Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Nous distinguerons les professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, psychologues, autres professionnels de santé de la MSP), déjà communément impliqués dans les soins, et les professionnels d'appui au premier recours : interprètes, médiateurs en santé et coordonnateur.

Effectifs professionnels impliqués dans PASCIA'MANS	Statut	Personne physique	ETP
Médecin	Libéral	2	2 ETP
Médecin titulaire	Salarié	1	0,4 ETP
Remplaçant	Libéral	1	0,6 ETP
Pharmacien	Commercial	3	
IDE	Libéral	8	
Psychologue	Salarié	2	1,05
Médiateur en santé	Salarié	3	2,8 ETP
Coordinateur Parcours	Salarié	1	1 ETP
Chargé de projet	Salarié	1	0,7 ETP
Assistante de direction	Salarié	1	0,45 ETP
Chef de projet		1	0,4 ETP

Les médecins généralistes

À titre dérogatoire, le médecin généraliste interviendra :

- **Lors du bilan de santé.**

Il effectuera deux consultations complexes et longues dites « CS MG PASCIA ». Ces consultations permettront de recueillir des informations sur l'histoire de vie, les antécédents médico-chirurgicaux, de réaliser un examen clinique, de prescrire des examens biologiques complémentaires (dépistage de maladies infectieuses contagieuses ou de pathologies parasitaires) ainsi qu'un bilan radiologique de dépistage de la tuberculose, de faire le point sur le calendrier vaccinal et le suivi gynécologique.

Lors de la première consultation, le médecin généraliste délivrera les informations nécessaires pour faire signer le consentement éclairé du patient à intégrer l'expérimentation. Deux consultations sont nécessaires pour faire connaissance avec le patient et pouvoir être en mesure d'établir un Projet Personnalisé de Santé (PPS) avec lui.

Le médecin généraliste animera donc le rendez-vous de concertation pluriprofessionnelle. Il participera à la définition du PPS. À l'issue de cette réunion de concertation, il effectuera les prescriptions nécessaires pour l'intervention dérogatoire des pharmaciens, et/ou psychologues, et/ou infirmiers, ainsi que les recours spécialisés.

- **Lors du Parcours Accompagné de Santé (PAS)**

Il effectuera en moyenne deux consultations pour les patients ne souffrant pas de polyopathie, et trois consultations pour les patients souffrant de pathologies chroniques.

Au regard de la démographie médicale de second recours, peu de patients précaires y ont accès de manière régulière.

- **Actions du médecin généraliste :**

- Recours systématique à l'interprétariat pour les patients allophones.
- Des consultations longues et complexes médico-psycho-sociales, dénommées « CS MG PASCIA ».
- Concertation régulière avec le médiateur en santé et le coordonnateur.

Les pharmaciens

À titre dérogatoire, ils proposeront :

- **Bilan de médication**

Il s'inspire du droit commun et prévoit un entretien de recueil d'informations, une séance d'analyse en dehors de la présence du patient et un entretien de restitution.

Il est proposé aux patients porteurs d'une maladie chronique lors de leur année d'inclusion, puis selon leurs besoins. Les patients pourront être accompagnés par le médiateur en santé afin de faciliter leur observance au long cours.

Compte tenu du tarif de prise en charge, ce bilan de médication ne sera pas proposé aux patients allophones

- **Aide à l'arrêt du tabac**

Sur prescription de thérapies médicamenteuses par le médecin généraliste, les pharmaciens réaliseront six entretiens pharmaceutiques de soutien au sevrage, d'une durée de 10 minutes.

- **Actions du pharmacien**

- Contribue à l'évaluation de la littératie et de la numératie.
- Bénéficie de l'interprétariat.
- Renseigne le système d'information partagé au fur et à mesure de ses interventions.

Les infirmiers

Le rôle des infirmiers, aujourd'hui encore insuffisamment mobilisé dans le dispositif, sera renforcé et structuré afin de permettre une meilleure intégration dans le parcours de santé, notamment en matière d'éducation thérapeutique, de suivi à domicile et de coordination avec les autres professionnels.

À titre dérogatoire, ils seront rémunérés pour :

- **Un temps d'accompagnement à domicile spécifique des patients très précaires**
Estimé à 30 minutes par mois, ce temps permettra de valoriser le temps passé à suppléer l'intervention des travailleurs sociaux et autres accompagnateurs à domicile, à mobiliser l'entourage et les structures en lien avec le patient.
Par exemple, il arrive que pour les patients diabétiques, les infirmières doivent assurer, dans l'urgence, l'approvisionnement alimentaire de patients auxquels elles doivent administrer des traitements tels que l'insuline.
Ils travailleront en coopération avec le médiateur en santé.

- **Éducation thérapeutique quotidienne**
Les infirmiers jouent un rôle essentiel dans l'éducation thérapeutique des patients porteurs de maladies chroniques, du fait de leur proximité avec les patients à domicile. Ils sont des veilleurs au quotidien et peuvent alerter le médecin sur les difficultés rencontrées par un patient. Ils sont autonomes dans la gestion de la dispensation des soins prescrits.
Ils interviendront pour l'éducation thérapeutique du patient souffrant d'une pathologie chronique au tout début de la mise en route d'un Projet Personnalisé de Santé, ainsi qu'à chaque changement de traitement ou en cas de difficulté d'observance décelée lors du bilan de médication.

- **Surveillance des constantes**
Pour des patients mal équilibrés (tension artérielle, fréquence cardiaque, poids, glycémie capillaire).

- **Actions de l'IDE**
 - Peut bénéficier de l'interprétariat.
 - Participe aux rendez-vous de concertation pour élaborer le PPS.
 - Renseigne le système d'information partagé au fur et à mesure de ses interventions.

Le traitement psycho-thérapeutique

Le parcours de vie des patients en situation de précarité et/ou de migration est souvent marqué par des événements difficiles, à l'origine d'une souffrance psychique importante.

Celle-ci se manifeste par des troubles variés : anxiété, hypervigilance, difficultés relationnelles, troubles de la mémoire ou encore manifestations dissociatives. Chez de nombreux patients, ces symptômes s'inscrivent dans un syndrome de stress post-traumatique.

Dans ce contexte, prendre soin de soi peut s'avérer particulièrement complexe. Les difficultés s'expliquent à la fois par les symptômes eux-mêmes, par des expériences passées de violence ou de non-reconnaissance, mais aussi par des contraintes concrètes du quotidien (démarches administratives, gestion financière, organisation familiale, notamment en situation de monoparentalité).

Les traitements médicamenteux peuvent être utiles pour apaiser certains symptômes, mais ils restent insuffisants à eux seuls pour agir durablement sur les causes.

Une prise en charge coordonnée par une équipe de soins primaires constitue une première étape essentielle. Le travail en équipe permet de sécuriser le patient, de favoriser la confiance et de mieux comprendre certaines difficultés, comme l'absentéisme aux rendez-vous, souvent lié à des contraintes



réelles ou à l'anxiété. Dans notre quartier, cet absentéisme atteint environ 14 %, malgré les rappels systématiques.

Les médecins généralistes jouent un rôle important à travers la psychothérapie de soutien. Cependant, l'intervention d'un psychologue est parfois nécessaire pour accompagner plus spécifiquement la souffrance psychique.

Le psychologue intervenant dans ce cadre est un psychologue clinicien ou psychothérapeute répondant aux exigences réglementaires en vigueur (décret n° 2012-695 du 7 mai 2012 modifiant le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute), exerçant sur le territoire ou à proximité, inscrit dans le fichier ADELI géré par l'ARS, et disposant d'une expérience professionnelle adaptée.

Une approche progressive est proposée. Certains patients peuvent bénéficier d'un suivi basé sur la parole, à travers une série de consultations individuelles.

Lorsque la parole est difficilement accessible — notamment en cas de dissociation émotionnelle — d'autres formes d'accompagnement peuvent être proposées, comme les thérapies psychocorporelles. Celles-ci s'appuient sur une approche globale du corps et du psychisme, en considérant le corps comme un lieu d'expression des émotions et de l'histoire du patient.

Ces pratiques sont mises en œuvre dans un cadre éthique strict, respectant la confidentialité, les limites professionnelles et en évitant toute dérive (promesse de guérison totale, opposition à la médecine conventionnelle, pratiques non validées, etc.).

Par ailleurs, l'expérience a montré l'intérêt d'intégrer des approches spécifiques du psycho-traumatisme, notamment la thérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Cette méthode permet de retraiter les souvenirs traumatiques à l'origine de symptômes persistants comme l'hypervigilance, l'évitement, les troubles anxieux ou certaines manifestations somatiques. Elle est particulièrement adaptée aux patients présentant des traumatismes complexes, pour lesquels les approches centrées uniquement sur la parole peuvent ne pas suffire.

Le psychologue, au regard de ses compétences, propose un accompagnement adapté en mobilisant les techniques thérapeutiques pertinentes, dont l'EMDR lorsque cela est indiqué.

Enfin, cette prise en charge s'inscrit dans un parcours structuré. Si, au terme de cet accompagnement, les besoins du patient nécessitent un suivi au long cours ou plus spécialisé, une orientation vers un dispositif de droit commun (CMP ou autre) est alors proposée afin d'assurer la continuité des soins.

Les autres professionnels de santé

Ils seront sollicités pour des soins selon le régime de droit commun.

Ils pourront se coordonner avec le médiateur en santé.

Ils participeront aux rendez-vous de concertation pour élaborer le Projet Personnalisé de Santé (PPS).

Les fonctions d'appui

- L'interprétariat

Le serment d'Hippocrate précise : « J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences ».

L'interprétariat physique, assuré par des associations signataires de la charte d'interprétariat, n'existe que dans les grandes agglomérations et n'est pas disponible en Sarthe.

L'interprétariat téléphonique est déjà utilisé par les médecins généralistes dans le cadre d'une expérimentation mise en place depuis octobre 2017 par l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire et l'ARS des Pays de la Loire. Cette expérimentation a consisté à mettre à disposition des médecins généralistes volontaires, gratuitement pour les médecins et pour les patients, des services d'interprétariat téléphonique pour toute la région des Pays de la Loire, comme cela existait déjà dans la région Grand Est.

À ce jour, ce dispositif reste toutefois expérimental.

Le choix fait par l'équipe projet PASCIA'MANS, validé par l'Agence Régionale de Santé et la CPAM de la Sarthe, est d'intégrer la prestation d'interprétariat dans le parcours du patient allophone.

Dans le projet PASCIA'MANS, l'interprétariat n'est valorisé que pour les patients allophones, qui représentent -de l'ordre de 30 % des patients suivis.

Il convient de privilégier une offre d'interprétariat garantie par la signature de la Charte de l'interprétariat médico-social professionnel (9 associations en France). En Sarthe, la seule option disponible étant l'interprétariat téléphonique, celle-ci apparaît comme la solution à privilégier pour les professionnels de ville, au regard de plusieurs critères :

- **Souplesse** : pas besoin d'organiser un déplacement. Lorsque le patient se présente, la structure signataire de la charte d'interprétariat professionnel est contactée par le professionnel de santé, qui obtient un interprète dans un délai de 5 à 10 minutes, avec un panel de 130 langues parlées.
- **Travail en tranche horaire** : une première tranche de 15 minutes est facturée, puis des tranches complémentaires de 5 minutes, ce qui permet d'adapter l'offre aux besoins du professionnel de premier recours. Dans le cas d'un interprétariat physique, une heure complète est facturée.
- **Absence de facturation** en cas d'absentéisme.
- **Confidentialité** garantie (évite le recours à la communauté du patient allophone, notamment dans les petites villes).
- **Limitation des langues disponibles** pour les structures proposant un interprétariat physique.

Compte tenu des arguments ci-dessus, des besoins en diversité de langues pour la patientèle de PASCIA'MANS et de l'insuffisance des structures proposant un interprétariat physique (annexe 6.1), nous contractualiserons avec ISM Interprétariat, qui offre un service d'interprétariat téléphonique avec une réactivité importante et un panel de langues beaucoup plus large, à un tarif préférentiel.

Dans le calcul du forfait, le temps d'interprétariat a été calculé par tranche infra-horaire pour chacun des professionnels. Une moyenne de temps de 22 minutes par entretien, 7 entretiens par an couvrant les besoins de 5 professionnels (médecin, infirmier, pharmacien, psychologue, médiateur en santé) a été intégrée au forfait.

Les médiateurs en santé

Selon le référentiel de la HAS : « La médiation est un processus temporaire de "l'aller vers" et du "faire avec", dont les objectifs sont de renforcer :

- L'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun ;
- Le recours à la prévention et aux soins ;
- L'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;
- La prise en compte par les acteurs de santé des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public.

Le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Il est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation et d'accompagnement temporaire. Il a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics.

Le travail du médiateur en santé s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et des partenaires. »

Au cours de notre expérimentation, les médiateurs en santé seront accessibles à tout moment par les usagers, y compris sans être adressés par un professionnel de santé.

Ils interviendront en colloque singulier avec le patient, mais aussi lors des rencontres de concertation avec le médecin généraliste, lors des activités de soutien avec les infirmiers, ainsi que lors des bilans de médication réalisés par les pharmaciens.

Ils pourront également accompagner les patients dans leur parcours de santé en dehors de la MSP, que ce soit pour des prises de rendez-vous, pour accompagner les patients chez les professionnels de



santé de second recours, pour la découverte d'activités de prévention en dehors de la MSP, ou encore dans le cadre de démarches administratives.

Les médiateurs en santé pourront bénéficier de l'interprétariat.

Ils participeront à la co-construction des actions de prévention avec les usagers et les professionnels de santé, et contribueront à la motivation des usagers ainsi que des professionnels de santé.

Le coordonnateur de parcours de santé

La coordination du parcours de santé permet d'accompagner le patient et ses aidants tout au long de son parcours.

- **À l'entrée du patient**

La personne est repérée par un « adresseur » (travailleur social, structure d'accueil, médiateur en santé, professionnel de santé), qui contacte le coordonnateur.

Le coordonnateur recueille les premières informations nécessaires à la constitution du dossier, notamment la langue parlée. Il inscrit le patient aux premiers rendez-vous du bilan de santé, en fonction des critères d'inclusion. C'est lui qui choisit et implique un médiateur en santé.

Le patient est ensuite contacté par son « adresseur » ou par le médiateur en santé afin de fixer le démarrage du bilan.

- **Préparation du rendez-vous de concertation**

Le coordonnateur s'assure de la compatibilité des disponibilités des différents professionnels et veille à ce que chacun ait mis à jour les comptes rendus de ses interventions.

Il renseigne et met à jour les données administratives, médicales, cliniques et psychosocioculturelles dans le dossier patient. Il réalise la synthèse des éléments comparatifs du dossier entre le projet initial et les actions effectivement réalisées.

Au cours de ce travail de synthèse, il recueille des informations complémentaires sur les parcours de santé des différents patients, ce qui lui permet d'enrichir progressivement sa base de données relative aux offres de santé, administratives et territoriales.

Son action, réalisée hors de la présence du patient, s'étend à la coordination avec les interlocuteurs internes et externes.

Il élabore et rédige des rapports d'activité.

Rôle du coordonnateur de parcours de santé

Il est proactif et s'assure de la réalisation du Projet Personnalisé de Santé. Il peut contacter les professionnels de santé « adresseurs » ou impliqués dans le Parcours Accompagné de Santé, et faire le lien avec les professionnels de santé de la MSP.

Rôle du médiateur en santé

Il constitue un point de contact de référence pour le patient et se maintient disponible.

III.4 TERRAIN DE MAINTIEN EN CONDITIONS OPERATIONNELLES

Territoire concerné

Selon le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) des Pays de la Loire et les données issues de SIG Ville, le département de la Sarthe figure parmi les territoires les plus touchés par la pauvreté dans la région (Insee Filosofi, 2020).

Les quartiers sud du Mans, où se déroule l'innovation PASCIA'MANS, constituent un territoire historiquement ouvrier regroupant **30 247 habitants** (Insee, population municipale 2019). Ils incluent le quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) Ronceray–Glonnières–Vauguayon, qui compte

6 148 habitants (SIG Ville, 2021). Une partie de ce territoire est également classée en zone de sécurité prioritaire.

Spécificités du territoire (données millésimées)

- Population : **6 148 habitants** (SIG Ville, 2021)
- Taux de pauvreté (seuil à 60 %) : **47,2 %** (Insee Filosofi, 2020)
- Revenu médian par unité de consommation : **12 842 €** (Insee, 2020)
- Part des emplois précaires : **30,4 %** (Insee, 2019)
- Nombre de demandeurs d'emploi : **1 386** (Pôle emploi, 2021)
- Part des familles monoparentales : **24,1 %** des ménages (Insee, 2019)
- Part de la population sans diplôme ou avec un diplôme inférieur au bac : **69,8 %** (Insee, 2018)
- Taux de réussite au brevet : **71,3 %** (Éducation nationale, 2021)
- Taux de scolarisation des 16–24 ans : **37,9 %** (Insee, 2018)
- Part de la population bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C) : **34,6 %** (Assurance maladie, 2021)
- Part des moins de 18 ans bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire : **61,2 %** (Assurance maladie, 2021)
- Part des étrangers dans la population : **17,8 %** (Insee, 2019)
- Part des ménages immigrés : **20,6 %** (Insee, 2019)

Comparativement aux moyennes des quartiers prioritaires des Pays de la Loire et de la France, le quartier Ronceray–Glonnieres–Vauguyon présente des indicateurs socio-économiques plus dégradés, notamment en matière de pauvreté et de niveau de qualification, le positionnant parmi les territoires les plus fragiles, y compris à l'échelle nationale des QPV.

TABLEAU COMPARATIF DES NIVEAUX MOYENS (QPV LOCAL VS REGIONAL VS NATIONAL)

Indicateur	QPV Le Mans Sud	Date	QPV Pays de la Loire (moyenne)	Date	QPV France (moyenne)	Date
Taux de pauvreté (60%)	47,2 %	2020	42,0 %	2018	44,3 %	2020
Revenu médian UC	12 842 €	2020	13 800 €	2018	13 730 €	2019
Familles monoparentales	24,1 %	2019	27 %	2018	34 %	2020
Part sans diplôme ou < bac	69,8 %	2018	55 %	2018	44 %	2020
Taux de chômage / précarité élevé	30,4 %	2019	~26 %	2018	~28–30 %	2019
Jeunes non insérés (16–25 ans)	~38 % scolarisés (donc ~62 % hors système ou actifs précaires)	2018	~30 % NEET	2018	25 % NEET	2020
Bénéficiaires CSS (ex CMU-C)	34,6 %	2021	~30 %	2019	~35 %	2020
Part immigrée / étrangère	17,8–20,6 %	2019	~15–18 %	2018	~20–25 %	2019

Épidémiologie et caractéristiques des publics accompagnés



Les populations du quartier présentent une forte prévalence de pathologies en lien avec des situations de précarité sociale et sanitaire. Il s'agit notamment de pathologies chroniques telles que l'obésité et le diabète, de conduites addictives (tabac, alcool, consommation de substances licites ou illicites), ainsi que de troubles psychiques souvent associés à des parcours de vie complexes.

Les données issues du suivi des patients confirment une charge de morbidité élevée, caractérisée par la coexistence fréquente de plusieurs pathologies et la nécessité d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire. Les problématiques de santé observées traduisent à la fois des difficultés d'accès aux soins, des retards de prise en charge et des situations de vulnérabilité sociale persistantes.

Au sein de la patientèle du cabinet de Vauguyon, une mortalité précoce est observée, avec un quart des décès survenant avant 60 ans et la moitié avant 67 ans, illustrant l'impact des inégalités sociales de santé sur le territoire.

Les populations migrantes présentent, quant à elles, des problématiques spécifiques, souvent plus complexes. Elles peuvent être porteuses de pathologies infectieuses (hépatite B, tuberculose, VIH), parfois non diagnostiquées ou insuffisamment suivies, ainsi que de pathologies parasitaires liées aux conditions de vie antérieures. À ces problématiques s'ajoutent des maladies chroniques, des situations de handicap, notamment chez les enfants, ainsi que des troubles de la santé mentale.

Les parcours migratoires sont fréquemment marqués par des expériences de violence, d'exil et de rupture, générant des traumatismes physiques et des syndromes psychiques post-traumatiques très fréquents. Certaines situations spécifiques, telles que les mutilations sexuelles, peuvent également être rencontrées et nécessitent une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire.

III.5 DUREE DE LA PERIODE TRANSITOIRE

La période transitoire est établie pour une durée de douze mois. La période transitoire pourra être prolongée par périodes de 3 mois, jusqu'à un maximum de 18 mois au total.

III.6 PILOTAGE, GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA PERIODE TRANSITOIRE

La SISA des Quartiers Sud mettra en place un comité de pilotage (COFIL), composé de médecins généralistes, autre(s) professionnel(s) de santé, animé par le chef de projet et le chargé de projet. Il associera à ses travaux le(s) coordonnateur(s) de parcours de santé et les médiateurs en santé et l'assistant de gestion/RH.

Le rôle du COFIL sera de gérer les ressources humaines (recruter le personnel salarié -coordonnateur de parcours de santé, médiateurs en santé), de former les professionnels, d'assurer les relations avec les partenaires institutionnels, avec les partenaires sociaux du territoire, de participer à l'évaluation.

Il veillera également au respect de la déontologie du projet basée sur « l'aller vers » et le « faire avec ». Il sera le garant du processus de médiation en santé et de coordination du parcours de santé auprès des acteurs de la MSPQS et des partenaires et des institutionnels.

Il veillera au respect des données actualisées scientifiques et législatives pour les actes médicaux et établira les protocoles de prise en charge.

Il sera le promoteur et le garant de la pérennisation de l'innovation. Il sera l'ambassadeur de PASCIA'MANS auprès des institutions et des porteurs de projet SECPA.

Il se réunira une dizaine de fois pendant l'année en présentiel ou en visio.

Il sera également chargé de l'organisation de la transmission du pilotage à un nouveau chef de projet.

IV FINANCEMENT DE L'INNOVATION EN SANTE

	Montant par patient Pendant Expérimentation	Montant par patient Pendant Innovation (revalorisation de 6%)	Durée de la prise en charge ou couverte par le forfait (<i>un an / un semestre / trois mois / etc.</i>)	Renseigner le cas échéant la part substitutive du forfait
Forfait Précaire Nouveau patient	904€	959€	1 an	156,47 €
Forfait allophone Nouveau patient	1058€	1122 €	1 an	145,82
Forfait Suivi, patient reconduit précaire	588 €	623 €	1 an	156,47 €
Forfait Suivi, patient reconduit allophone	742 €	787 €	1 an	145,82

Justification de la demande de revalorisation des forfaits

Le projet n'a bénéficié d'aucune revalorisation des forfaits depuis son lancement en 2020. Entre novembre 2020 et avril 2026, il a pourtant été observé :

- Un taux d'inflation de 16 %.
- Une revalorisation de la Consultation des généralistes en droit commun, passée de 25 € à 30 € et la consultation complexe qui est passée de 50 à 60€.
- Une revalorisation du dispositif « mon Soutien psy »

IV.1.a Estimation du besoin en crédits d'ingénierie (CI)

INGENIERIE INNOVATION – PREVISIONNEL	FIR
Documentation	1 300 €
Frais imprimerie édition doc	2 800 €
Expert-comptable	8 500 €
Gestion paie du personnel	33 250 €
Frais déplacement des salariés	925 €
COPIL	5 000 €
1 chef de projet 0,4 ETP à 60000€	24 000 €
Coordination/Secrétariat ETP à 65 000€	65 000 €
TOTAL INGENIERIE	140 775 €

IV.1.b Besoin total de financement

Le besoin de financement de l'innovation PASCIA'MANS sur la durée de 12 mois représente un montant total de 890 779€. Ce montant est le maximum autorisé si tout ce qui est prévu dans le cahier de charges est réalisé.

Ce montant se répartit en deux parties, non fongibles entre elles :

- Des crédits d'ingénierie pour un montant total de 140 775€, versés sous forme de dotations par les ARS pour les projets régionaux (FIR),
- Des financements dérogatoires du droit commun, complémentaires et substitutifs pour un montant maximum de 750 004€ (FISS), dont les modalités de facturation et de versement sont définies par une ou plusieurs conventions avec la CNAM.

Le cas échéant, le besoin de financement maximum pour chaque période de 3 mois supplémentaires s'établit à 187 501 € pour le FISS et 35 194 € pour le FIR (soit un total de 222 695 €).

Innovation période transitoire	Nouveaux patients	Reconductions	Allophones		Précaires		Total
			Nouveaux Patients	Reconductions	Nouveaux Patients	Reconductions	
12 mois	410	500	12,5% (~114 personnes)	18% (163 personnes)	32,5% (296 personnes)	37% (~337 personnes)	910
Montant des forfaits Innovation			1122€	787€	959€	623€	
Montant FISS Innovation 12 mois			127 908€	128 281€	283 864€	209 951€	750 004€

Les sous répartitions des publics sont données à titre indicatif à partir des données de l'expérimentation. Les recrutements se feront dans le cadre de l'enveloppe globale

Financement FIR

18 mois max	Total
12 premiers mois	140 775€

Synthèse du besoin de financement

Tableau N. Ventilation annuelle des crédits

	12 mois
Nb patients inclus (Prévisionnel)	910
FISS	750 004 €
FIR	140 775 €
Total général	890 779€



V DEROGATIONS NECESSAIRES POUR LA PERIODE TRANSITOIRE DE L'INNOVATION

Le projet modifie les règles de paiement à l'acte par l'instauration d'un forfait global pour la prise en charge des professionnels médicaux et non médicaux (médecins, infirmiers et pharmaciens d'officine). A ce titre, il déroge aux articles L162-1-7 et L162-5 et L 162-16-1 du CSS. Le forfait inclut également des prestations non remboursées telles que les prestations de psychologue, de coordonnateur de parcours santé, de médiateur en santé et de l'interprétariat (dérogation au 1°, 2° et 6° de l'article L160-8 du CSS).

VI LIENS D'INTERETS

Aucun

VII ANNEXE 1 – COORDONNEES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur coordonnateur (si plusieurs porteurs)	SISA des quartiers sud du Mans	LECOMTE Marie-Ange, dr.lecomte@mspqs.fr téléphone 06 17 03 81 69	
Porteur	Association Santé Prévention 72	LOUASON Joël ladelamitte@yahoo.fr	

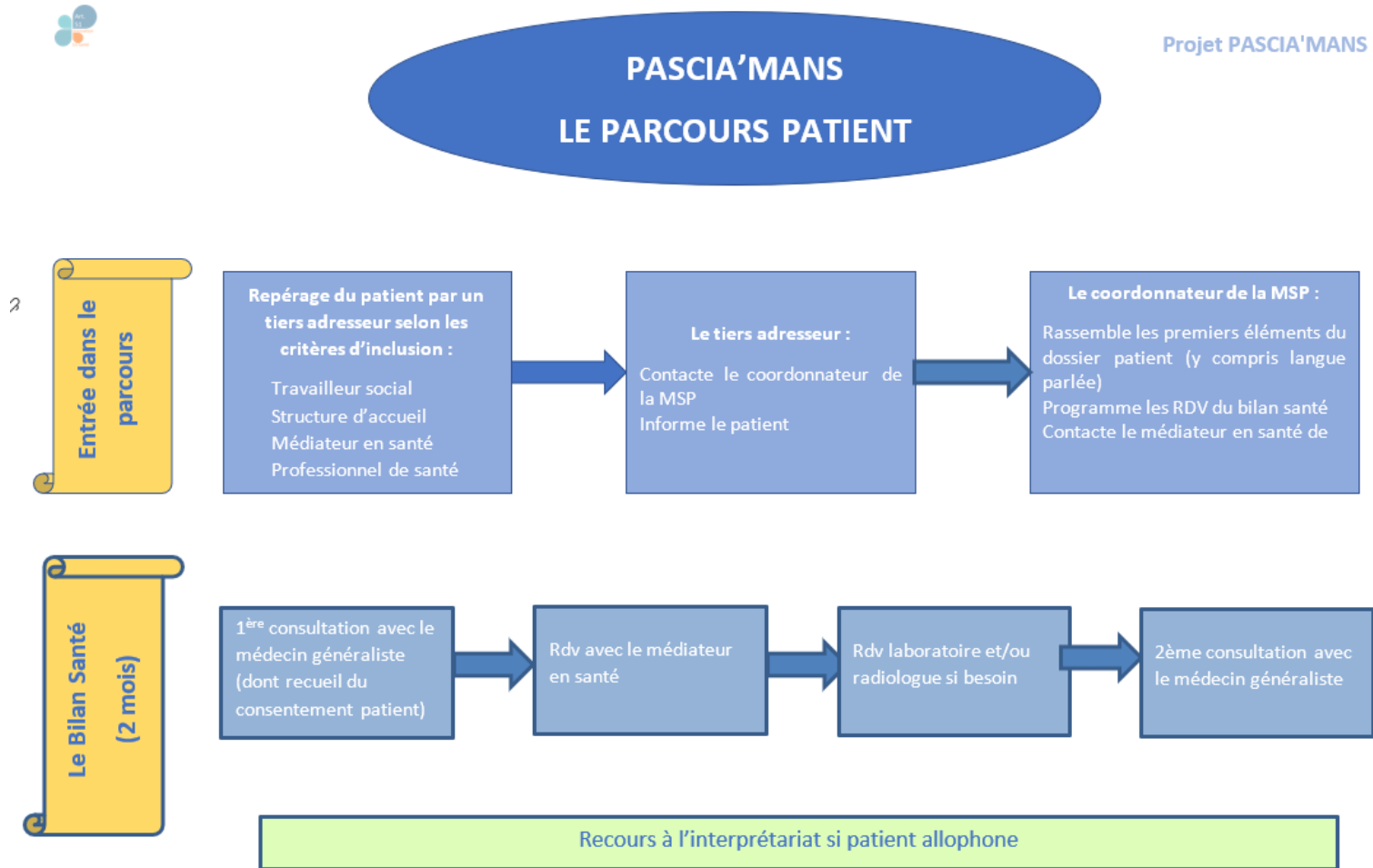
VIII ANNEXE 2 – CATEGORIES D'EXPERIMENTATIONS

A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ? Il est possible de combiner les catégories.

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X	
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X	Financement d'un parcours de santé personnalisé
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projets d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	X	RDV de concertation Pluriprofessionnelle Projet personnalisé de santé

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	Mobilisation des professionnels de 1 ^{er} recours
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X	Rôle de la fonction de coordination du parcours de santé
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	Utilisation d'un système d'information partagé

IX ANNEXE 3 – PASCIA’MANS LE PARCOURS PATIENT



Le RDV de concertation
pluri-professionnel

Réunit :

- Le médecin généraliste
- Le médiateur en santé
- Autre professionnel de santé le cas échéant
- Le patient



En vue de :

- (1) Définir un projet personnalisé de santé
- (2) Recueillir le consentement du patient pour la mise en œuvre du **Parcours Accompagné de Santé**

NB : Sortie possible à cette étape du patient s'il est autonome ou ne nécessitant pas des soins.

Recours à l'interprétariat si patient allophone

Le Parcours Accompagné de Santé
(PAS) – 1 an

Panel de prises en charges individualisées définies lors de la concertation pluri-professionnelle comportant à minima :

- 2 consultations de médecine générale
- un accompagnement par le médiateur en santé
- des actions de prévention (individualisées ou dans le cadre de sessions collectives)
- la coordination du parcours

Pour les cas plus complexes, une prestation graduelle sera proposée avec l'intervention des pharmaciens, infirmiers, psychologues.

NB : si le projet personnalisé de santé prévoit des consultations de médecine spécialisée, la prise en charge s'effectue dans les conditions de droit commun (c'est-à-dire en dehors du projet PASCIA-MANS)

NB : Entrée possible d'un patient directement à cette étape pour un patient déjà connu de la MSP

Recours à l'interprétariat si patient allophone

X ANNEXE 4 – GRILLE D’AIDE A LA CO-EVALUATION DE L’AUTONOMIE DE LA PERSONNE DANS SON PARCOURS DE SANTE

- aide : outil facultatif de médiation pour discuter de l’autonomie et des ressources de la personne, et de son besoin d’accompagnement dans certains domaines de son parcours de santé

- co-évaluation : personne +/- médiateur, personne actrice et experte dans son parcours, ses besoins, son environnement

- ressource/autonomie : variable d’une personne à l’autre en fonction de ses besoins, de son ressenti, du moment, de son environnement ; respect de l’expertise de la personne

Prévention -- professionnels et littératie

Dans le champ sanitaire, plusieurs approches sont validées par les sciences humaines et sociales convergent pour promouvoir ce même objectif.

Conditions indispensables à la santé	Charte d’Ottawa OMS : La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l’individu devant pouvoir notamment : · se loger, · accéder à l’éducation, · se nourrir convenablement, · disposer d’un certain revenu, · bénéficier d’un écosystème stable, · compter sur un apport durable de ressources, · avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.
Littératie en santé	Selon l’OMS : « aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d’une façon qui favorise et maintienne une bonne santé ».
Empowerment	accroissement de la capacité d’agir de la personne malade via le développement de son autonomie, la prise en compte de son avenir et sa participation aux décisions la concernant.
Capabilité	possibilité effective qu’un individu a de choisir diverses combinaisons de fonctionnements, autrement dit une évaluation de la liberté dont il jouit effectivement.

	Critères d'autonomie	Exemples de Besoin d'accompagnement exprimé par la personne	Exemples de Ressources mises en place	Exemples d'Objectifs d'autonomie
Conditions indispensables à la santé	<p>Stabilité sociale</p> <p>Evolution des données médico-sociales recueillies lors de l'inclusion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouverture des droits - Situation administrative par rapport à l'immigration - Logement - Situation financière perçue - Entourage 	Soutien pour l'accès aux droits et aux prestations	<p>Référent social défini</p> <ul style="list-style-type: none"> - curateur / tuteur - avocat - entourage 	
Littératie en santé	<p>Capacité de compréhension du langage oral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacité de compréhension du langage écrit - Numératie - Illectronisme 	<p>Des déterminants individuels</p> <ul style="list-style-type: none"> -La pratique de la lecture - Le vieillissement. <p>l'état psychologique,</p> <ul style="list-style-type: none"> - le niveau de scolarité et d'instruction, - la pratique de la langue, l'univers culturel <p>Des déterminants collectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> -manque d'information et de formation en milieu professionnel, - des messages sanitaires contradictoires sur Internet ou sur les réseaux sociaux, - faible sensibilisation des professionnels de santé et de la population sur la littératie en santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interprétariat - formation - accès internet - mobilisation de l'entourage - sensibilisation des professionnels de santé 	

	Critères d'autonomie	Exemples de Besoin d'accompagnement exprimé par la personne	Exemples de Ressources mises en place	Exemples d'Objectifs d'autonomie
Empowerment	Suivi des rdv Gérer son parcours de soins	Difficulté à appréhender les systèmes de santé en raison de sa complexité - repérer les différents professionnels (1 ^{er} recours/ 2 nd recours, urgence/ programmé) - savoir aller seul au rdv - savoir prendre un rdv - savoir quand prendre un rdv -L'absentéisme, examens prescrits non réalisés	- Annuaire contacts - cartographie - calendrier - entourage	Confiance dans sa capacité de mobilisation ou d'acquisition de compétences
	Gestion du traitement	Connaissance du traitement - observance au quotidien - renouvellement (MT, pharmacien) Avis des différents PS (médecin/IDE/pharmacien)	- IDE à dom - pilulier - entourage	une durée de soins moins longue et une utilisation adéquate des médicaments
	Gestion maladie (urgence, suivi, quotidien)	- urgence - suivi - adaptation au quotidien - adaptation situation intercurrente	- Carnet de suivi - séance ETP individuelle/collectif - diététique - activité physique - entourage	L'autogestion efficace des maladies chroniques La reconnaissance de l'expérience des personnes en santé L'acceptation de la maladie (choc, déni, révolte, tristesse, acceptation)
Réhabilitation	Handicap	- psychiatrique - addictologique - cognitif - mobilité réduite	-Compensation du handicap - aide humaine - aide technique - entourage - aide à la mobilité - prise en compte de l'altérité	Qualité de vie, souci de soi, relation sociale, reconnaissance
Care	Adaptation des soignants à la personne	- aide à la compréhension écrite ou orale - soins à domicile - suppléance de services	Utilisation interprétariat Utilisation de phrases courtes, pictogrammes et photos explicatives Courses alimentaires Portage de médicaments	Maintien à domicile

	Critères d'autonomie	Exemples de Besoin d'accompagnement exprimé par la personne	Exemples de Ressources mises en place	Exemples d'Objectifs d'autonomie
Promotion de la santé	Education thérapeutique	Information sur la maladie chronique et ses conséquences	Proposition de modèles d'ETP favorisant l'autonomisation en ETP et privilégiant les éléments d'un sujet réflexif en santé articulant les enjeux de l'altérité aux fondements d'une meilleure connaissance de soi en complément des modèles classiques d'éducation à la santé construits sur le postulat épidémiologique de l'évidence base médecine (EBM)	Le renforcement des capacités des personnes par l'information, l'éducation à la santé et le soutien La promotion de la santé et l'éducation thérapeutique du patient, l'approche communautaire ou l'éducation par les pairs sont notamment des outils à privilégier
	Prévention Participe à la lutte contre les facteurs de risque en s'engageant dans des programmes de prévention	Prévalence plus élevée des facteurs de risque Participation plus faible au dépistage Besoins d'information sur la prévention de maladies chroniques et risques en santé	Appropriation d'outils et techniques et de connaissances en santé Ateliers de prévention, et d'éducation à la santé Co construits avec les usagers	La reconnaissance de l'expérience des personnes en santé, notamment celle des patients, pour l'accès à la prévention et aux soins Personne réceptive aux messages de prévention et fait davantage de lien entre les messages et sa situation Capacité à être ressource pour les autres : Actions de prévention communautaire /collectives au sein de l'association d'usagers Initiateur / co-constructeurs de projets de prévention collectives

	Critères d'autonomie	Exemples de Besoin d'accompagnement exprimé par la personne	Exemples de Ressources mises en place	Exemples d'Objectifs d'autonomie
Reconnaissance de l'expérience des personnes pour l'accès aux soins et à la prévention	Personne ressource Soutien à la mobilisation et à l'expression des usagers	<i>La participation avec des pairs.</i> <i>Le besoin de lien social, familial, voisinage</i>	L'Association des Usagers Santé-Prévention 72 Médiation artistique et culturelle : mise en œuvre de projets avec les usagers : atelier bijoux, tricot... sorties Potager thérapeutique Actions de prévention communautaires : nutrition, mémoire, utilisation informatique médicale DMP, activité physique	Vie et compétences sociales Soutien communautaire dans l'accompagnement social à la vie quotidienne
Capabilité	Un usager/habitant conscient du respect absolu de la volonté de la personne et de ses libertés de choix	<i>Etre acteur (n'est pas la première demande des usagers. Leur objectif, lorsqu'ils s'adressent aux médiatrices sociales, est de) trouver une réponse à leur difficulté, souvent dans l'urgence</i> <i>Les habitants ne sont pas assez sensibilisés au fait qu'ils sont acteurs de l'évolution de leur situation</i>		Un habitant qui comprend qu'il est associé à la décision le concernant Un habitant qui sait que l'association d'usagers, le médiateur en santé, ses pairs et les professionnels de santé sont là pour l'accompagner dans une démarche d'autonomisation Un usager qui a confiance dans sa capacité à faire par lui-même Faire remplir le DMP électronique auprès de l'ensemble des professionnels de santé, y intégrer ses directives anticipées

XI ANNEXE 5 – RECUEIL DES DONNEES MEDICO-SOCIALES ET CRITERES D'INCLUSION, INCLUANT UN SCORING

Recueil de données sociales et critères d'inclusion			Cotations inclusion		
Données sociales	Indispensable de renseigner pour l'accompagnement des personnes	Saisies	Freins dans le parcours de santé => inclusion dans le dispositif	Facteur de potentielle vulnérabilité (si cumul, potentielle inclusion dans le dispositif)	
Age	X	Date de naissance			
Sexe	X	Féminin			
		Masculin			
		Transgenre		1	
Adresse	X	Numéro, rue, lieu-dit			
Téléphone	X				
Assurance maladie	X	AMO	Absence	2	
			PUMA		
			AME		1
		AMC	Absence	2	
			C2S		1
			AME		1
			ACS		1
			Mutuelle		
ALD					
Référent social	X				
Nationalité					
Pays de naissance					
Date arrivée en France		Arrivée récente en France		1	
Date arrivée dans la ville		Arrivée récente		1	
Situation administrative par rapport à l'immigration		Régularisé			
		En cours		1	
		Refus	2		
Situation juridique		Mesure de protection sortant d'incarcération		1	
Statut par rapport à l'emploi et profession		Actif			
		Au chômage		1	
		Retraité, préretraité ou congé de fin d'activité,			
		Etudiant		1	
		Au foyer			
		Invalidité avec pension			
		Contrat précaire (CDD et temps partiel imposé)		1	
Souffrance au travail		1			
Capacité de compréhension du langage écrit	X	Avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre des ordonnances ou des documents d'information médicale remis par votre médecin ou votre pharmacien ?	Oui		1
			Non		
		Analphabétisme			1
		Illectronisme			1

Recueil de données sociales et critères d'inclusion				Cotations inclusion	
Données sociales	Indispensable de renseigner pour l'accompagnement des personnes	Saisies		Freins dans le parcours de santé=> inclusion dans le dispositif	Facteur de potentielle vulnérabilité (si cumul, potentielle inclusion dans le dispositif)
Capacité de compréhension du langage oral	X	"Avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre des informations orales remises par votre médecin ou votre pharmacien ?	Oui	2	
			Non		
		Langue maternelle			
		Langue(s) parlée(s)			
Numératie	X	Etes-vous à l'aise avec les fractions ?	Oui		1
			Non		
		Etes-vous à l'aise pour calculer le prix d'un vêtement avec une remise de 25% ?	Oui		1
			Non		
Entourage		En couple/célibataire			
		Enfant(s) à charge			
		Vit seul/Autres adultes sous le même toit			1
Niveau d'étude		Aucun cursus scolaire			1
		Niveau primaire			1
		Niveau secondaire collège/lycée			
		Niveau supérieur			
Bénéficie des minimas sociaux		Revenu de solidarité active (RSA), allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), allocation adulte handicapé (AAH), allocation de solidarité spécifique (ASS), allocation équivalent retraite (AER), allocation demandeur d'asile (ADA), allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) allocation veuvage (AV), allocation parent isolé (API)			1
Logement	X	Propriétaire			
		Locataire			
		Foyer			1
		Hébergé			1
		Sans abri		2	
		Menace d'expulsion		2	
		Insalubrité		2	

Recueil de données sociales et critères d'inclusion				Cotations inclusion	
Données sociales	Indispensable de renseigner pour l'accompagnement des personnes	Saisies		Freins dans le parcours de santé=> inclusion dans le dispositif	Facteur de potentielle vulnérabilité (si cumul, potentielle inclusion dans le dispositif)
Situation financière perçue		"En ce qui concerne la situation financière de votre foyer, diriez-vous que	Vous n'avez pas de problème particulier		
			C'est juste, il faut faire attention		1
			Vous avez du mal à y arriver		1
			C'est très difficile	2	
Données médicales (médico-sociales) pouvant être également des facteurs de potentielle vulnérabilité dans le parcours de soins ; éléments pour lesquels les professionnels doivent être vigilants et adapter si besoin leurs pratiques, et inclure ceux qui le nécessite dans le dispositif.					
Données médicales (médico-sociales)	Indispensable de renseigner pour l'accompagnement des personnes	Saisies		Freins dans le parcours de santé=> inclusion dans le dispositif	Facteur de potentielle vulnérabilité (si cumul, potentielle inclusion dans le dispositif)
Maladie chronique		Déséquilibrée			1
Handicap physique		Non compensé			1
Maladie psychiatrique		Non stabilisée			1
Addiction		Non stabilisée			1
Date		Score			

Nous proposons d'établir un score pour l'inclusion sur les critères de repérage d'inégalités sanitaires et sociales. Il pourra être proposé de bénéficier de cette expérimentation à toute personne dont le score sera égal ou supérieur à 2.

Une cotation de 2 sera attribuée aux critères des freins essentiels dans le parcours de soins et entraîne une inclusion directe de la personne dans le dispositif (surlignée en rouge).

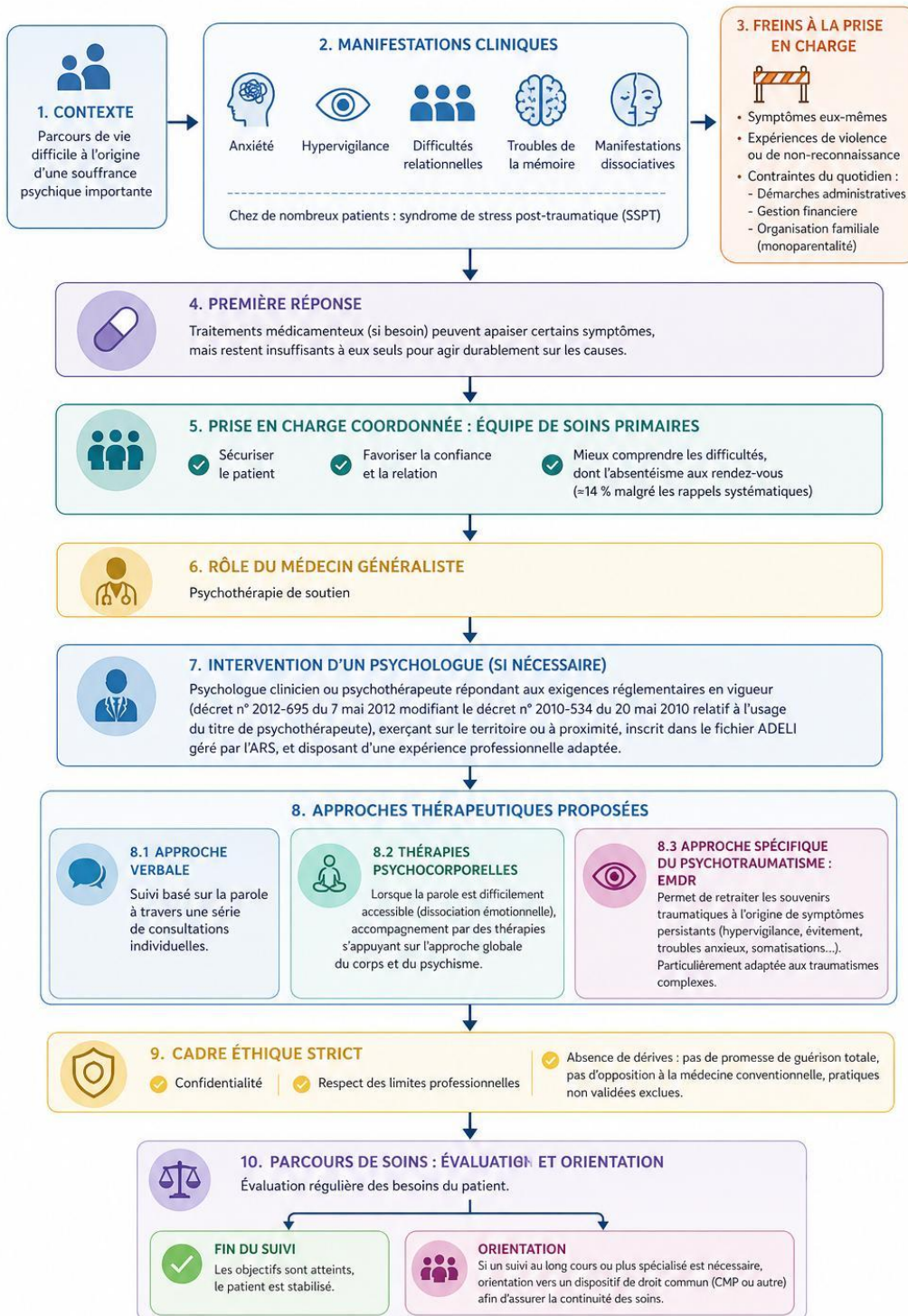
D'autres éléments sont des facteurs d'une potentielle vulnérabilité dans le parcours, nécessitant une vigilance des professionnels. Une cotation « 1 » leur sera attribuée (surlignée en jaune).

Un cumul de ces éléments de potentielle vulnérabilité, peut entraîner une inclusion du patient dans le dispositif sous réserve d'obtenir son consentement.

XII ANNEXE 6 – PARCOURS PSYCHO-THERAPEUTIQUE

PARCOURS PSYCHO-THERAPEUTIQUE

Patients en situation de précarité et/ou de migration



XIII ANNEXE 7 – FICHES DE POSTE



FICHE DE POSTE – CHARGÉ DE PROJET PASCIA'MANS

1- Identification du poste

Structure porteuse du projet : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) – Quartiers Sud du Mans

Projet concerné : Parcours Accompagné de Santé Coordonné Innovant et Adapté (PASCIA'MANS) a pour but de mobiliser les compétences de professionnels de santé en améliorant l'accès aux soins des populations précaires, dont les migrants, par une prise en charge pluriprofessionnelle coordonnée, avec l'appui de médiateurs en santé.

- **Rattachement hiérarchique :** Médecin co-gérant de la SISA et chefferie de projet.
- **Lieu d'exercice :** MSPQS (quartier politique de la ville) – déplacements possibles sur le territoire de la Sarthe et sur le territoire national.

2- Finalité du poste

Le chargé de projet assure la mise en œuvre, le pilotage et le développement opérationnel du dispositif PASCIA'MANS.

En lien étroit avec la chefferie de projet, il garantit le respect du cahier des charges de l'expérimentation, contribue à son évaluation, et renforce sa visibilité au niveau départemental, régional et national.

3- MISSIONS PRINCIPALES

1. Pilotage stratégique de l'expérimentation PASCIA'MANS

- Superviser la mise en œuvre du projet dans sa globalité, en garantissant la conformité au cahier des charges de l'expérimentation article 51.
- Organiser et animer les instances de gouvernance : comités de pilotage (COPL), réunions des groupes de travail IDE, psychologues, participe à aux commissions d'inclusion.
- Accompagner les équipes opérationnelles (médiateurs en santé, psychologues, coordinateurs de parcours de parcours, IDE, médecins généralistes).
- Soutenir individuellement les membres de l'équipe, en particulier les médiateurs en santé, pour garantir un cadre de travail favorable et prévenir les risques professionnels.

2. Gestion des partenariats et mobilisation des acteurs

- Développer et animer les partenariats stratégiques avec les institutions publiques, telles que le comité technique de l'innovation en santé (CTIS) : représentant ARS, CNAM, DGOS, DGS, DSS, DRESS) et le ministère.
- Faciliter la communication et la collaboration entre les professionnels de santé, les partenaires institutionnels et les associations d'usagers.
- Participer aux réseaux régionaux et nationaux d'expérimentations article 51, aux journées nationales des expérimentateurs et aux "cafés des porteurs"



- Contribuer aux recrutements et intégrations de nouveaux professionnels dans le dispositif.

3. Suivi opérationnel et planification

- Structurer les étapes du projet à l'aide d'outils de gestion (rétroplanning, plateforme Plexus).
- Rédiger des rapports hebdomadaires et bilans d'étape pour la chefferie de projet et les partenaires institutionnels.

4. Analyse, évaluation et capitalisation des données

- Analyser les données quantitatives et qualitatives issues du terrain (MLM, Doctolib, bases internes).
- Produire des synthèses statistiques et opérationnelles pour alimenter les COPIL, les rapports d'évaluation et les restitutions aux partenaires.
- Formuler des retours constructifs aux professionnels impliqués (médecins, médiateurs, IDE, psychologues, pharmaciens).
- Maintenir une veille documentaire active sur les innovations et les dispositifs similaires liés à l'article 51.

5. Communication, valorisation et ancrage territorial

- Représenter le dispositif PASCIA'MANS lors d'événements, rencontres interprofessionnelles et échanges institutionnels.
- Contribuer à la promotion du projet : tournages vidéo, interviews, production de supports de communication.
- Animer la communication digitale sur les réseaux sociaux et le site web de la MSPQS.
- Renforcer l'ancrage territorial de PASCIA'MANS en tissant des liens durables avec les acteurs du quartier Sud et les institutions locales.

Outils et environnement de travail

- Outils utilisés : Pack Office (Excel, Word, PowerPoint), Mon Logiciel Médical (MLM), Plexus Santé, Doctolib, Canva
- Reporting régulier auprès de la chefferie de projet
- Travail en coordination étroite avec :
 - ✓ 2 psychologues
 - ✓ 3 médiateurs en santé
 - ✓ 1 coordinatrice de parcours santé
 - ✓ Gestionnaire administrative et financière
 - ✓ Ensemble des professionnels de premier recours adhérents à PASCIA'MANS

Profil recherché

Formation / expérience :

- Bac +5 minimum avec une spécialité en gestion de projet ou santé publique.



- Une première expérience en **management de projet** (pilotage de projet pluridisciplinaire ou dans le secteur sanitaire et médico-social) est souhaitable

Compétences techniques :

- Connaissance du système de santé et des dispositifs de coordination.
- Maîtrise des outils bureautiques et de gestion de projet.
- Capacité d'analyse, de synthèse et de reporting.

Aptitudes relationnelles et comportementales :

- Excellentes compétences en communication et coordination d'équipe.
- Rigueur, sens de l'organisation et autonomie.
- Capacité à convaincre, fédérer et mobiliser.
- Esprit d'initiative et force de proposition.
- Ouverture au travail partenarial et interculturel.

Niveau de positionnement selon les critères de la Convention collectives des employés de cabinets médicaux

Critère classant	Niveau	Descriptions
Formation et acquis de l'expérience	2	Diplôme ou VAE en cours de niveau 5 et 6 (Bac+2 à 4, DEUG, BTS, DUT, DEUST, Licence, Licence LMD, Licence professionnelle, Maîtrise, Master 1)
	3	Diplôme ou VAE en cours de niveau 7 (Bac+5 à 7 : DEA, DESS, Master 2, Diplôme d'ingénieur)
Complexité	2	Application de consignes variées pour la réalisation d'un ensemble d'activités courantes, faisant appel à des techniques, compétences, modes opératoires nécessitant un temps d'appropriation, ainsi qu'une compréhension de l'environnement de travail
	3	Application de consignes complexes pour la réalisation de procédures faisant appel à des techniques, compétences, modes opératoires spécialisés et faisant également appel à des capacités d'analyse pour comprendre les situations de travail et les interlocuteurs
Autonomie	3	Participation à la définition des objectifs à réaliser et à leur mise en œuvre
	4	Autonomie dans la définition des objectifs à réaliser et l'optimisation des moyens à mettre en œuvre pour les réaliser
Dimension relationnelle	3	Orientation, accompagnement, animation.
	4	Communication sur des sujets complexes, médiation avec des interlocuteurs multiples.

FICHE DE POSTE - COORDINATRICE DE PARCOURS DE SANTE

1. Identification du poste

Structure porteuse du projet : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)

– Quartiers Sud du Mans.

- **Rattachement hiérarchique :** Médecin co-gérant de la SISA et chefferie de projet.
- **Lieu d'exercice :** MSPQS (quartier politique de la ville).

2. Finalité du poste

Assurer la coordination, la continuité et la cohérence du parcours de soins d'une personne dès son entrée dans le dispositif PASCIA Mans, en facilitant la collaboration entre les différents acteurs, et en organisant des liens adaptés permettant l'optimisation de sa prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale, y compris pour les personnes en situation de précarité et allophones.

3. Missions principales

- Mission 1 : Coordination et qualité du parcours santé PASCIA'MANS
- Mission 2 : Développement du dispositif PASCIA'MANS
- Mission 3 : Gestion des partenariats et ancrage territorial

4. Activités et tâches associées

- Activité 1 : coordination et qualité du parcours santé PASCIA'MANS

- Réception et traitement des fiches de liaison en vue de l'inclusion des patients dans le parcours PASCIA (provenant des structures adresseuses telles que : CADA, ASE...)
- Préparation et traitement des commissions d'inclusions
- Animation et accompagnement de l'équipe : coanimation des réunions et accompagnement des professionnels de santé impliqués dans le projet
- Uniformisation des pratiques : veiller à la cohérence des parcours dans le dispositif PASCIA'MANS, à la saisie dans le dossier médical partagé
- Gestion des données des patients : création des dossiers sur les logiciels de suivis (SIP, plateforme de rdv) afin de planifier le premier rdv



- Suivi du parcours patient : garantir que les parcours répondent aux critères définis dans le cahier des charges (suivi médical, suivi psychologique)
- Suivi des soins prescrits dans la cadre du projet en lien avec les IDEL, les pharmaciens et les psychologues
- Extraction et contrôle des facturations PASCIA'MANS
- Suivi spécifique des rdvs des mineurs non accompagnés avec les institutions concernées
- Mise en place des réunions de concertation pluriprofessionnelles
- Collaboration avec les référents sociaux qui orientent les patients
- Collaboration avec les médiateurs en santé dans le suivi administratif des patients dont la préparation des rappels des patients dans le cadre du PPS de fin d'année
- Collaboration avec les professionnels de santé pour préparer les PPS de fin d'année
- Planifier les PPS de fin d'année dans les agendas des médecins généralistes et des médiateurs en santé en lien avec la coordinatrice de parcours santé.

- Activité 2 : développement du dispositif PASCIA'MANS

- Optimisation des suivis : proposer des améliorations continues des outils et des méthodes de travail
- Formation et accompagnement des professionnels à l'utilisation des outils numériques (SIP, tchat sécurisée, plateforme de coordination)

- Activité 3 : gestion des partenariats et ancrage territorial

- Renforcement du travail en réseau : développement des partenariats et de l'interconnaissance avec les structures locales (CPTS, centre social, structures adresses, ...)
- Travail en lien avec les partenaires pour faire connaître PASCIA Mans au niveau du territoire

5. Relations de travail

Relations internes : avec l'équipe globale de la MSP (salariés, professionnels de santé)

Relations externes : associations locales, institutions, partenaires du territoire

6. Compétences requises

Savoirs :

- Outils informatiques (SIP, plateforme de coordination, plateforme partenariale, tchat sécurisée, ...)
- Connaissance : des politiques et acteurs de santé publique / des partenaires médico-sociaux et sociaux

Savoir-faire :

- Travailler en équipe pluriprofessionnelle / en réseau

Savoir-être : Être à l'écoute, s'adapter aux situations

Niveau de positionnement selon les critères de la Convention collectives des employés de cabinets médicaux

Critère classant	Niveau	Descriptions
Formation et acquis de l'expérience	2	Diplôme ou VAE en cours de niveau 5 et 6 (Bac+2 à 4, DEUG, BTSD, DUT, DEUST, Licence, Licence LMD, Licence professionnelle, Maîtrise, Master 1)
	3	Diplôme ou VAE en cours de niveau 7 (Bac+5 à 7 : DEA, DESS, Master2, Diplôme d'ingénieur)
Complexité	2	Application de consignes variées pour la réalisation d'un ensemble d'activités courantes, faisant appel à des techniques, compétences, modes opératoires nécessitant un temps d'appropriation, ainsi qu'une compréhension de l'environnement de travail
	3	Application de consignes complexes pour la réalisation de procédures faisant appel à des techniques, compétences, modes opératoires spécialisés et faisant également appel à des capacités d'analyse pour comprendre les situations de travail et les interlocuteurs
Autonomie	3	Participation à la définition des objectifs à réaliser et à leur mise en œuvre
	4	Autonomie dans la définition des objectifs à réaliser et l'optimisation des moyens à mettre en œuvre pour les réaliser
Dimension relationnelle	3	Orientation, accompagnement, animation.
	4	Communication sur des sujets complexes, médiation avec des interlocuteurs multiples.

FICHE DE POSTE : MÉDIATEUR / MÉDIATRICE EN SANTÉ PASCIA'MANS

1- Identification du poste

- **Structure porteuse du projet** : Société interprofessionnelle des soins ambulatoires (SISA) - Parcours Accompagné de Santé Coordonné Innovant Adapté pour les patients précaires à faible niveau de littératie des quartiers sud du Mans (PASCIA'MANS).
- **Rattachement hiérarchique** : Chefferie de projet PASCIA'MANS.
- **Lieu d'exercice** : Quartiers Sud du Mans (Quartier politique de la ville).

2- Finalité du poste

Il / elle assure l'interface entre les publics et le système de santé.

L(a) e médiateur (trice) contribue à la **réduction des inégalités de santé**, à la **fluidité des parcours de soins** et à la **coordination des acteurs** du territoire.

3- Missions principales

1. Accueil, évaluation et orientation

- Accueillir les personnes orientées vers PASCIA'MANS et vérifier leurs droits et coordonnées.
- Identifier les besoins prioritaires (médicaux, sociaux, linguistiques).
- Orienter vers les dispositifs adaptés ou les professionnels compétents.

2. Accompagnement personnalisé

- Aider à la prise de rendez-vous médicaux et administratifs.
- Soutenir les démarches : ouverture/renouvellement de droits, rédaction de courriers.
- Favoriser la compréhension et l'adhésion à son parcours de soins
- Lever les freins linguistiques (interprétariat, reformulation, accompagnement).

3. Coordination et communication partenariale

- Travailler en étroite collaboration avec les médecins traitants et au besoin avec les IDEL, psychologues, pharmaciens, travailleurs sociaux et associations.
- Participer aux réunions de coordination, RCP, commissions d'inclusion.

4. Suivi et reporting



- Assurer le suivi administratif via les outils numériques .
- Actualiser les données patients et assure une traçabilité des suivis des patients inclus.
- Identifier les situations problématiques et en référer à la coordination.

5. Prévention et promotion de la santé

Contribuer aux actions de prévention et de promotion de la santé, en intervenant sur les différents niveaux de prévention :

- Vérification dépistages la tuberculose , cancer colorectal
- Vérification des vaccinations des nouveaux nés, les jeunes et les adultes (tout public)
- Sensibilisation autour du frottis, cancer du sein
- Accompagnement en péri-natalité

Assurer le recrutement et la mobilisation des usagers pour les ateliers thématiques, notamment :

- Ateliers diététiques et nutritionnels
- Prévention des chutes
- Prévention de l'isolement social
- Atelier des enfants en situation d'obésité

Compétences et qualités requises

- Bonne connaissance du système de santé, des droits sociaux et du territoire.
- Maîtrise des outils informatiques (Doctolib, Cegidim (Maiia ; MLM), pack Office, plateforme partenaire CPAM).
- Sens de l'écoute, empathie, respect de la confidentialité.
- Capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire.
- Autonomie, rigueur, sens de l'organisation.
- Ouverture interculturelle et capacité à gérer les situations complexes.

Conditions d'exercice

- Contrat : selon convention collective de la structure.
- Temps plein (35h).
- Déplacements possibles sur le territoire de la Sarthe et sur le territoire national .
- Participation régulière aux réunions de coordination.

Niveau de positionnement selon les critères de la Convention collectives des employés de cabinets médicaux

Critère classant	Niveau	Descriptions
Formation et acquis de l'expérience	2	Diplôme ou VAE en cours de niveau 5 et 6 (Bac+2 à 4, DEUG, BTS/D, DUT, DEUST, Licence, Licence LMD, Licence professionnelle, Maîtrise, Master 1)
	3	Diplôme ou VAE en cours de niveau 7 (Bac+5 à 7 : DEA, DESS, Master 2, Diplôme d'ingénieur)
Complexité	2	Application de consignes variées pour la réalisation d'un ensemble d'activités courantes, faisant appel à des techniques, compétences, modes opératoires nécessitant un temps d'appropriation, ainsi qu'une compréhension de l'environnement de travail
	3	Application de consignes complexes pour la réalisation de procédures faisant appel à des techniques, compétences, modes opératoires spécialisés et faisant également appel à des capacités d'analyse pour comprendre les situations de travail et les interlocuteurs
Autonomie	3	Participation à la définition des objectifs à réaliser et à leur mise en œuvre
	4	Autonomie dans la définition des objectifs à réaliser et l'optimisation des moyens à mettre en œuvre pour les réaliser
Dimension relationnelle	3	Orientation, accompagnement, animation.
	4	Communication sur des sujets complexes, médiation avec des interlocuteurs multiples.



FICHE DE POSTE – PSYCHOLOGUE PASCIA'MANS

1- Identification du poste

- **Structure porteuse du projet :** Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) – *Parcours Accompagné de Santé Coordonné Innovant et Adapté pour les patients précaires à faible niveau de littératie des Quartiers Sud du Mans (PASCIA'MANS).*
- **Rattachement hiérarchique :** Chefferie de projet
- **Lieu d'exercice :** MSPQS Quartiers Sud du Mans (QPV), déplacements possibles sur le territoire Sarthe.

2- Finalité du poste

La psychologue assure la prise en charge psychologique et l'accompagnement thérapeutique des patients inclus dans le dispositif PASCIA'MANS. elle intervient auprès d'une population souvent multi-traumatisée, précaire ou allophone, en lien étroit avec les médecins généralistes, les médiateurs en santé, la coordination de parcours santé, et les partenaires sociaux et éducatifs du territoire. Sa mission s'inscrit dans une démarche intégrée, interprofessionnelle et adaptée aux besoins complexes des patients.

3- Missions principales

1. Évaluation et orientation

- Recevoir les prescriptions de suivi psychologique transmises par les médecins généralistes via les médiateurs en santé et le dossier médical partagé.
- Établir un premier contact avec le patient et planifier un bilan psychologique initial, en privilégiant une approche proactive pour faciliter l'accès aux soins.
- Identifier les besoins psychiques prioritaires, les facteurs de vulnérabilité et les freins à la prise en charge.
- Contribuer au repérage précoce des troubles psychiques dans le cadre du parcours de santé coordonné.

2. Suivi et modalités d'accompagnement

- Échanger avec le médecin généraliste prescripteur pour définir le cadre de la prise en charge en lien la prescription.



- Participer aux réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) pour ajuster le suivi ou échanger sur des situations complexes.
- Orienter le patient vers les médiateurs en santé si une problématique sociale est identifiée.

3. Suivi clinique et systémique

- Assurer le suivi thérapeutique des patients selon une approche intégrative, centrée sur la continuité du soin.
- Assurer des consultations individuelles, familiales ou groupales
- Adapter la méthode aux besoins spécifiques des patients multi-traumatisés :
 - **Consultations d'orientation psychodynamique** : travail sur les émotions, les représentations et le vécu.
 - **Médiation psychocorporelle** : techniques corporelles favorisant la réappropriation du corps et la gestion du stress.
 - Utilisation d'outils spécifiques tels que la boîte thérapeutique (pour les problématiques liées à la violence) ou l'EMDR (pour les troubles post-traumatiques).
- Discuter en RCP des suivis nécessitant une prolongation au-delà de 20 séances.
- Contribuer à la traçabilité du suivi via les outils partagés (MLM, Doctolib, tableaux de suivi).

4. Accompagnement renforcé et coordination

- Maintenir un lien constant avec les patients, même en cas d'absence, afin d'assurer la continuité du soin.
- Effectuer des relances actives par téléphone ou message pour limiter les ruptures de suivi.
- Collaborer étroitement avec les médiateurs en santé pour lever les freins à l'accès aux soins (linguistiques, sociaux ou culturels).
- Participer aux groupes travail avec l'équipe d'appui (chefferie de projet).
- Garantir la cohérence du parcours de soin en travaillant en synergie avec l'ensemble des acteurs du dispositif en faisant du lien en interne (médecins, médiateurs en santé, professionnels de santé) et en externe (structure médico-sociale, école, structure d'accueil, éducateurs, ..)



- Intégrer dans la séance un service d'interprétariat par téléphone au besoin

Compétences et qualités requises

- Diplôme d'État de psychologue clinicien (inscription au répertoire ADELI obligatoire).
- Expérience souhaitée dans la prise en charge des publics vulnérables.
- Maîtrise des approches psychocorporelles et psychodynamiques ;
- Connaissance du système de santé, des réseaux médico-sociaux et des dispositifs de soins psychologiques.
- connaissance du psychotraumatisme
- Avoir des connaissances en approche interculturelle (concernant les modalités de relation et de lien parents/enfants, conjugaux et croyances autour de certaines maladies somatiques et psychiques).
- Capacités relationnelles et d'écoute active.
- Sens du travail en équipe pluridisciplinaire et aptitude à la coordination.
- Discrétion, bienveillance et respect du secret professionnel.

Conditions d'exercice

- **Statut** : psychologue salarié
- **Durée d'implication** : 1 ETP.
- **Participation régulière** : aux RCP, groupe de travail Psychologues, COPIL

Niveau de positionnement selon les critères de la Convention collectives des employés de cabinets médicaux

Critère classant	Niveau	Descriptions
Formation et acquis de l'expérience	2	Diplôme ou VAE en cours de niveau 5 et 6 (Bac+2 à 4, DEUG, BTSD, DUT, DEUST, Licence, Licence LMD, Licence professionnelle, Maitrise, Master 1)
	3	Diplôme ou VAE en cours de niveau 7 (Bac+5 à 7 : DEA, DESS, Master 2, Diplôme d'ingénieur)
Complexité	2	Application de consignes variées pour la réalisation d'un ensemble d'activités courantes, faisant appel à des techniques, compétences, modes opératoires nécessitant un temps d'appropriation, ainsi qu'une compréhension de l'environnement de travail
	3	Application de consignes complexes pour la réalisation de procédures faisant appel à des techniques, compétences, modes opératoires spécialisés et faisant également appel à des capacités d'analyse pour comprendre les situations de travail et les interlocuteurs
Autonomie	3	Participation à la définition des objectifs à réaliser et à leur mise en œuvre
	4	Autonomie dans la définition des objectifs à réaliser et l'optimisation des moyens à mettre en œuvre pour les réaliser
Dimension relationnelle	3	Orientation, accompagnement, animation.
	4	Communication sur des sujets complexes, médiation avec des interlocuteurs multiples.

FICHE DE LA GESTIONNAIRE ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE

1- Identification du poste

Structure porteuse du projet : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) – Quartiers Sud du Mans.

- **Rattachement hiérarchique :** Médecin co-gérant de la SISA et chefferie de projet.
- **Lieu d'exercice :** MSPQS (quartier politique de la ville).

2- Activités

- Réaliser les opérations de gestion administrative et comptable (suivi de trésorerie, facturation, gestion administrative du personnel, ...) d'une structure selon les règles de comptabilité générale.
- Réaliser des documents de synthèse, tableau de bord.
- Concevoir des outils de suivi de l'activité de la structure.

SAVOIR

- Gérer administrativement le personnel
- Connaître les règles de comptabilité générale

SAVOIR FAIRE

- Maîtriser les outils informatiques et les logiciels (tableur, traitement de texte)
- Réaliser un suivi de trésorerie
- Réaliser des opérations de suivi des paiements
- Saisir des documents numériques
- Classer les documents, informations et fonds documentaire de la structure
- Connaître les méthodes de classement et d'archivage
- Savoir utiliser les outils collaboratifs (planning partagé, web conférence...)

SAVOIR ETRE

- Capacité d'analyse et de synthèse
- Esprit de travail en collaboration et en partenariat
- Rigueur et sens de la méthode
- Capacité d'adaptation
- Efficacité à communiquer avec son environnement de travail direct, les usagers ou les fournisseurs

PROFIL

Diplôme de niveau Bac + 2 ou plus.

Niveau de positionnement selon les critères de la Convention collectives des employés de cabinets médicaux

Critère classant	Niveau	Descriptions
Formation et acquis de l'expérience	2	Diplôme ou VAE en cours de niveau 5 et 6 (Bac+2 à 4, DEUG, BTS, DUT, DEUST, Licence, Licence LMD, Licence professionnelle, Maîtrise, Master 1)
	3	Diplôme ou VAE en cours de niveau 7 (Bac+5 à 7 : DEA, DESS, Master2, Diplôme d'ingénieur)
Complexité	2	Application de consignes variées pour la réalisation d'un ensemble d'activités courantes, faisant appel à des techniques, compétences, modes opératoires nécessitant un temps d'appropriation, ainsi qu'une compréhension de l'environnement de travail
	3	Application de consignes complexes pour la réalisation de procédures faisant appel à des techniques, compétences, modes opératoires spécialisés et faisant également appel à des capacités d'analyse pour comprendre les situations de travail et les interlocuteurs
Autonomie	3	Participation à la définition des objectifs à réaliser et à leur mise en œuvre
	4	Autonomie dans la définition des objectifs à réaliser et l'optimisation des moyens à mettre en œuvre pour les réaliser
Dimension relationnelle	3	Orientation, accompagnement, animation.
	4	Communication sur des sujets complexes, médiation avec des interlocuteurs multiples.

XIV ANNEXE 8 – FICHE DE LIAISON



M.S.P. des Quartiers Sud
 28 rue Robert Collet
 72100 LE MANS
 Tél 02.43.84.43.75
 cabinet.vauguyon@gmail.com



Fiche de liaison entre la structure d'accueil et la MSPQS

À envoyer par mail : coordination@mspqs.fr
 lors de l'entrée, d'un changement ou de la sortie d'un hébergement.
JOINDRE L'ATTESTATION CPAM + JUSTIFICATIF D'IDENTITE

Date de transmission : _____

Personnes orientées vers la M.S.P.Q.S

NOM	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Sexe	Tél ou mail de contact pour rappel RDV Doctolib

Pays de naissance :

Interprétariat : oui non

langue d'interprétariat :

Date d'entrée dans la structure d'accueil :

Date d'arrivée en France :

RDV médicaux déjà réalisés : oui non Lesquels.....

RDV médicaux pris : oui non Lesquels.....

Observations particulières (situation surpoids, MG, soutien psychologique, ...)

.....

NOM de la STRUCTURE d'ACCUEIL :

Noms prénom du référent	Téléphone	Adresse mail

Adresse d'habitation :

Adresse administrative :

M.S.P. des Quartiers Sud
 coordination@mspqs.fr

XV ANNEXE 9 – RECUEIL DU CONSENTEMENT



Recueil du consentement du patient

Patient(e) concerné(e) :

Domicilié(e) à :

Date du recueil :

Engagement de MSP QS

La maison de santé multi site MSPQS propose une prise en charge globale, coordonnée et personnalisée de la personne citée ci-dessus, en accord et avec la collaboration de son médecin traitant. Pour ce faire, la MSPQS propose un bilan de santé faisant intervenir médecin généraliste, pharmacien et médiateur en santé. A l'issue de ce bilan de santé, un projet personnalisé de santé coconstruit avec le patient permettra de mettre en œuvre un parcours accompagné de santé pouvant faire intervenir plusieurs professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, autre professionnel de santé de la MSP) ou des professionnels d'appui (médiateurs en santé, coordonnateur de parcours de santé, interprète). Il sera également proposé au patient de s'inscrire dans les actions de prévention proposées par la MSPQS. Ce parcours de santé n'occasionnera pas de frais pour le bénéficiaire de la prestation. La mise en œuvre de ce plan sera assurée par l'équipe de la maison de santé en lien avec tous les acteurs investis dans la prise en charge (professionnels et aidants). L'équipe de MSPQS s'engage à intervenir dans le respect du libre choix du patient. Elle assure par ailleurs le respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales le concernant.

Engagements et droits du patient

Pour permettre une prise en charge optimale, le patient ou son représentant (représentant légal ou personne de confiance) s'engage à porter à connaissance de la MSPQS : Les résultats d'exams ou actes médicaux effectués par des professionnels de santé exerçant en dehors de la maison de santé Toute information permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge sanitaire ou sociale. Le patient a la possibilité de consulter les informations contenues dans le dossier personnel constitué par les professionnels de la Maison de Santé. Il peut en solliciter la communication par courrier adressé à la MSPQS. Il conserve par ailleurs le libre choix des professionnels intervenants auprès de lui.

Par la signature ci-dessous, le patient ou son représentant :

Reconnait avoir reçu une information complète sur le parcours qui lui est proposé, ses modalités de fonctionnement, Accepte le principe d'une prise en charge globalisée et l'intervention au domicile de l'équipe de MSPQS, Accepte le principe d'un partage d'informations entre les différents professionnels impliqués dans sa prise en charge, dans le respect des règles déontologiques et de la confidentialité propres à chacun, Garde la liberté de quitter le protocole à tout moment.

Patient bénéficiant habituellement du tiers payant : OUI r NON r

<i>Signature du Patient</i>	<i>Signature du responsable légal</i>	<i>Pour le projet Pascia'Mans</i>

PASCIA'MANS + 37 rue des Balsamines 72100 LE MANS
 Chef de projet : Marie-Ange LECOMTE

XVI ANNEXE 10 – ACTIONS DE PREVENTION PROPOSEES PAR LA MAISON DE SANTE

Les actions de prévention

Les actions de prévention actuellement mises en œuvre s'inscrivent principalement dans les activités globales de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle, avec des financements indépendants de PASCIA'MANS. Elles constituent un complément essentiel à l'accompagnement proposé, sans être pleinement intégrées à un parcours de santé formalisé et coordonné.

Parmi celles-ci, l'action « Ma santé dans mon assiette et mes baskets des 6-17 ans » vise à améliorer les pratiques alimentaires des familles à travers des ateliers pratiques adaptés aux contraintes économiques et aux habitudes culturelles. Tandis que « Je bouge pour ma santé 6-17 ans » encourage la reprise d'une activité physique régulière.

Le projet Pomme Cannelle permet de travailler par cycle de 4 ateliers parents-enfants l'équilibre et la diversification alimentaire, la motricité, le langage et le sommeil chez les enfants de 0 à 3 ans.

En 2026, ces actions sont complétées par de nouveaux projets tels que « Vivre à mon rythme 60 et plus », centré sur le bien-être, la santé mentale et la gestion du stress, et « Bien entendre pour mieux vivre », développé en partenariat avec Écouter Voir, afin de répondre aux problématiques spécifiques liées à l'audition, notamment chez les personnes âgées.

Ces actions prennent en compte les freins à la mobilité, à l'accès aux soins et à l'autonomie, et s'adressent à un public élargi, incluant les seniors.