



**MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/AS2/CNAM/DPROF/2025/36 du 24 mars 2025 relative au déploiement des équipes de soins spécialisés

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles
Le ministre auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités
et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins
Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Mesdames et Messieurs les directeurs
des caisses primaires d'Assurance maladie

Référence	NOR : TSSH2507488J (numéro interne : 2025/36)
Date de signature	24/03/2025
Emetteurs	Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Caisse nationale de l'assurance maladie Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Objet	Déploiement des équipes de soins spécialisés.
Action à réaliser	Mettre en place les processus administratifs, organisationnels et de pilotage en vue d'assurer la gestion des demandes de création des équipes de soins spécialisés, l'accompagnement des porteurs de projets et le suivi des équipes.
Résultat attendu	Déploiement des équipes de soins spécialisés conformément aux conditions et prérequis fixés dans le cahier des charges national.
Echéance	Dans les meilleurs délais.
Contacts utiles	Sous-direction de l'accès aux soins et du premier recours Bureau de la coordination des professionnels de santé (AS2) Mél. : DGOS-AS2@sante.gouv.fr Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins Département des professions de santé Mél. : secretariat.dprof.cnam@assurance-maladie.fr
Nombre de pages et annexes	7 pages + 3 annexes (32 pages) Annexe 1 - Cahier des charges national ESS Annexe 2 - Modèle de contrat de crédit d'amorçage Annexe 3 - Modèle de contrat de dotation annuelle

Résumé	Financement et suivi des équipes de soins spécialisés.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Equipe de soins spécialisés (ESS), convention médicale, professionnels de santé, ingénierie territoriale.
Classement thématique	Professions de santé
Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) ; - Article L. 1411-11-1 du code de la santé publique ; - Arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie ; - Cahier des charges national des équipes de soins spécialisés en vigueur au 1^{er} janvier 2025.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP du 7 mars 2025 - Visa CNP 2025-11	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Face aux fortes tensions en matière de démographie médicale sur de nombreuses spécialités, la création d'équipes de soins spécialisés représente une des solutions pour améliorer l'accès à la médecine spécialisée.

Créées par la loi du 24 juillet 2019, la convention médicale signée en 2024 est venue préciser leurs missions, les critères de leur mise en place, les modalités de leur gouvernance et de leur financement. L'objectif est de soutenir le développement de ces entités ayant vocation à contribuer à la structuration de l'offre de soins spécialisés, notamment dans les zones géographiques où la problématique de démographie médicale est particulièrement prégnante.

L'ambition poursuivie n'est pas de parvenir à une couverture intégrale du territoire, ni à une représentation de l'ensemble des spécialités, mais de déployer les équipes de soins spécialisés en fonction des besoins. Cela implique l'établissement d'un diagnostic préalable de ces derniers dans les territoires et une analyse rigoureuse de la pertinence des projets soumis par les porteurs en vue d'assurer un déploiement efficient et cohérent des équipes de soins spécialisés. Il est, dès lors, demandé de mettre en place un co-pilotage local de cette politique publique entre l'agence régionale de santé (ARS) et l'Assurance maladie (sachant que la caisse de rattachement de l'ESS est celle du lieu d'implantation du siège social de l'association portant l'ESS).

La présente instruction a pour objet de préciser, dans la continuité du cahier des charges national prévu par la convention médicale (annexe 1), les processus administratifs, organisationnels et de pilotage des équipes de soins spécialisés.

I. Processus relatif à la création, la mise en place et le suivi des équipes de soins spécialisés

Les différentes étapes de création d'une équipe de soins spécialisés sont décrites au sein du cahier des charges national. La présente instruction explicite le processus mis en œuvre par les ARS et l'Assurance maladie.

Jalon 1 : La lettre d'intention

Le point de départ de cette procédure est le dépôt d'une lettre d'intention par le porteur de la future équipe de soins spécialisés auprès de l'ARS et de sa caisse de rattachement. Il est fortement recommandé aux ARS de recourir à la plateforme « Démarches-Simplifiées » comme unique canal de dépôt de la lettre d'intention (et du projet de santé) via le lien suivant : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/creation-d-une-equipe-de-soins-specialises-ess>

L'ARS étudie le contenu de la lettre d'intention en vue de sa validation, après avis de l'Assurance maladie au regard du cahier des charges national. La décision est notifiée par l'ARS par tout moyen conférant date certaine au porteur dans un délai de deux mois suivant la réception de la lettre d'intention complète (date de dépôt sur la plateforme « Démarches-simplifiées »). Cette plateforme peut être utilisée pour procéder à cette notification.

Si la décision est défavorable, la raison en est précisée au regard des prérequis et exigences définis dans le cahier des charges national.

En l'absence de réponse de l'ARS dans le délai imparti, la lettre d'intention est réputée validée.

En cas de validation de la lettre d'intention, le porteur procède à la création juridique de l'équipe de soins spécialisés, sous la forme d'une association loi 1901 tel que mentionné dans le cahier des charges national.

L'attribution d'un numéro FINESS à l'équipe de soins spécialisés est conditionnée à la validation de la lettre d'intention et la création de cette entité juridique. Le numéro FINESS est attribué par l'ARS.

Un contrat de crédit d'amorçage tripartite est signé entre l'ARS, la caisse et l'équipe de soins spécialisés (sur la base du contrat type, figurant en annexe 2). La signature du contrat est soumise à la validation préalable de la lettre d'intention et à la transmission, par le porteur de l'équipe de soins spécialisés, d'un budget prévisionnel.

Après vérification des pièces justificatives, et sous couvert de la réception conforme de l'ensemble des pièces, la caisse procède au versement de la première partie du crédit d'amorçage à hauteur de 50% le mois suivant la signature du contrat de crédits d'amorçage.

Jalon 2 : le projet de santé

Le porteur de l'équipe de soins spécialisés transmet à l'ARS et à la caisse le projet de santé de l'ESS dans un délai de six mois suivant le dépôt de la lettre d'intention. Ce délai peut être allongé si des échanges ont eu lieu sur la lettre d'intention, dans la limite d'un délai de 6 mois après la validation de la lettre d'intention. Le dépôt du projet de santé est effectué par tout moyen conférant date certaine. Comme mentionné ci-dessus, l'utilisation de la plateforme « Démarches-Simplifiées » est recommandée pour faciliter cette transmission.

Le projet de santé est instruit par l'ARS qui rend une décision, après avis de la caisse. La décision motivée est notifiée par l'ARS au porteur de l'équipe de soins spécialisés dans un délai maximum de deux mois suivant la date de réception du projet de santé. En l'absence de réponse de l'ARS dans le délai imparti, le projet de santé est réputé validé.

Si le projet de santé doit faire l'objet de précisions ou de modifications, le délai laissé au porteur est précisé.

En cas d'avis défavorable sur le projet de santé, celui-ci doit être motivé sur la base de la non-adéquation avec les critères du cahier des charges, les critères conventionnels ou règlementaires, notamment le projet régional de santé, ou du risque de déstabilisation de l'offre de soins existante.

Conformément au cahier des charges, le solde du crédit d'amorçage est versé sous réserve de la validation du projet de santé et de la présentation d'au moins une action de la mission sociale, attestant du démarrage concret de l'équipe de soins spécialisés.

Une fois le contrat de crédit d'amorçage arrivé à son terme, le contrat de dotation annuelle peut être signé.

Le contrat de dotation annuelle tripartite (cf. annexe 3) est signé entre l'ARS, la caisse et l'équipe de soins spécialisés. Le mois suivant la signature du contrat, le paiement de la dotation est réalisé sous réserve de la réception par la caisse de rattachement de l'ensemble des pièces justificatives prévues dans le contrat.

Suivi des ESS : chaque année, la caisse vérifie que l'ESS remplit toujours les critères conditionnels à sa création, notamment en termes de professionnels présents au sein de l'ESS. Elle doit également vérifier l'ensemble des pièces justificatives prévues dans le contrat afin de procéder au règlement de la dotation annuelle.

II. Instruction des projets de création d'une équipe de soins spécialisés par l'Agence régionale de santé et l'Assurance maladie

La création des équipes de soins spécialisés a vocation à répondre à l'existence d'une problématique d'accès aux soins spécialisés de second recours dans les territoires qu'il s'agit d'évaluer par l'ARS et l'Assurance maladie. Cela peut, par exemple, s'appuyer sur la réalisation d'une étude d'opportunité sur les besoins à couvrir en région et dans les départements. La définition d'une stratégie régionale de déploiement des équipes de soins spécialisés, en cohérence et en articulation avec les autres dispositifs et structures présents dans les territoires, doit en découler. Il convient ainsi de s'assurer d'un développement pertinent et régulé des équipes de soins spécialisés. L'objectif est, d'une part, de garantir leur plus-value, et, d'autre part, d'éviter le risque d'une démultiplication qui n'est pas souhaitable en matière de coordination des professionnels de santé.

L'étude des projets d'équipes de soins spécialisés, au stade de la lettre d'intention et du projet de santé, est donc soumise aux questionnements suivants :

- Le projet d'équipe de soins spécialisés, sur le territoire et dans la spécialité envisagée, répond-t-il à un véritable besoin en termes d'accès aux soins ?
- Est-il en adéquation avec les exigences du cahier des charges national (missions, gouvernance, intégration de l'équipe de soins spécialisés dans le territoire et coopération avec les autres acteurs, périmètre, composition, etc.) ?
- Son contenu, en termes d'objectifs et d'actions définies, est-il adapté ? Contribue-t-il de manière effective et significative, à l'amélioration de l'accès aux soins spécialisés pour la population ?
- Le montage du projet est-il suffisamment mature, en termes de moyens, d'organisation et de dimensionnement, pour répondre à l'ambition fixée dans le projet de santé de l'équipe de soins spécialisés ?

Des dérogations peuvent être envisagées pour des ESS ne répondant pas à l'intégralité de certains critères du cahier des charges national. En effet, en fonction des réalités de terrain et à titre dérogatoire sur validation de la commission paritaire nationale (CPN), une ESS pourra regrouper plusieurs spécialités médicales dans les territoires particulièrement en tension démographique ne permettant pas de constituer une ESS mono-spécialisée. Il pourra être fait exception également aux seuils minimaux ou au principe d'unicité de spécialité en raison de circonstances particulières et sous réserve de validation par la CPN.

III. Co-pilotage territorial entre l'Agence régionale de santé et l'Assurance maladie

Le suivi du déploiement des équipes de soins spécialisés et leur pilotage sont à la fois assurés par l'ARS et l'Assurance maladie, en lien avec la politique régionale de santé et d'organisation des soins dans les territoires. Il convient de définir et mettre en place un co-pilotage continu entre ces deux tutelles, durant tout le cycle de déploiement des équipes de soins spécialisés allant de l'étude des projets de création jusqu'au stade de leur suivi et de leur évaluation.

Cette gouvernance commune, pour les étapes de validation de projet comme de suivi du déploiement, peut s'appuyer le cas échéant sur les instances déjà existantes relatives aux dispositifs d'exercice coordonné sur le territoire (structures d'exercice coordonné, communautés professionnelles territoriales de santé). Le cadre ainsi que les modalités de fonctionnement opérationnel de ce co-pilotage sont définis et actés par les deux parties prenantes. Les équipes de soins spécialisés ayant une vocation régionale, cette dimension doit être appréhendée par les instances de pilotage, quel que soit l'échelon territorial privilégié pour leur mise en place.

IV. Accompagnement des porteurs d'équipes de soins spécialisés durant la période de transition vers le cadre conventionnel

L'objectif est de préciser les modalités transitoires de financement des équipes de soins spécialisés déjà créées avant la parution du cahier des charges national en vigueur au 1^{er} janvier 2025. Deux cas de figure peuvent se présenter : les équipes de soins spécialisés en fonctionnement et les équipes de soins spécialisés en projet.

Les équipes de soins spécialisés en fonctionnement au 01/01/2025

Pour les équipes de soins spécialisés en fonctionnement respectant l'ensemble des éléments du cahier des charges national, le financement accordé le cas échéant par l'ARS prend fin et un contrat de dotation annuelle est signé. Aucun crédit d'amorçage conventionnel ne peut être versé. Le versement de la dotation annuelle intervient le mois suivant la signature du contrat, puis chaque année à date anniversaire.

Il ne doit y avoir aucun chevauchement entre les financements préalablement attribués par les ARS et les financements pérennes de l'Assurance maladie. Si le contrat de dotation annuelle est signé pendant la durée d'un contrat de financement passé entre l'ARS et l'équipe de soins spécialisés, en fonction des périodes couvertes par chaque source de financement, et à compter de la signature du contrat, l'ARS pourra le cas échéant récupérer les fonds versés.

Pour les équipes de soins spécialisés en fonctionnement qui ne respectent pas l'ensemble des éléments du cahier des charges national, le financement de l'ARS peut être maintenu au titre de l'activité de l'équipe, sous réserve d'un engagement de mise en conformité avec le cahier des charges national. Les travaux de mise en conformité sont financés par le versement de 30% (24 000 €) du montant du crédit d'amorçage par l'Assurance maladie. La transmission du projet de santé actualisé à l'ARS et à la caisse doit intervenir, au plus tard, dans les 6 mois suivant la signature du contrat tripartite de crédit d'amorçage. Les porteurs sont informés par écrit de la réception du projet de santé par l'ARS et la caisse.

Si le projet de santé actualisé est validé par l'ARS, après avis de l'Assurance maladie, le financement préalablement accordé par l'ARS est interrompu. Un contrat de dotation annuelle est conclu permettant l'entrée dans le cadre conventionnel et l'attribution de financements de l'Assurance maladie.

Si aucun ajustement n'est réalisé ou si les évolutions apportées ne sont pas adaptées, l'équipe de soins spécialisés ne pourra pas bénéficier des financements de l'Assurance maladie prévus dans le cadre conventionnel. Les équipes de soins spécialisés n'ayant pas procédé aux évolutions nécessaires et ne rentrant pas dans le cahier des charges national ne peuvent continuer d'être financés par les ARS et ne peuvent bénéficier d'un n° FINESS correspondant aux équipes de soins spécialisés.

La décision est notifiée au porteur par tout moyen conférant une date certaine, dans un délai de deux mois suivant la réception du projet de santé actualisé. Elle doit être motivée si elle s'avère défavorable. En l'absence de réponse de l'ARS dans le délai imparti, le projet de santé actualisé est réputé validé.

Les équipes de soins spécialisés en projet au 01/01/2025 et ayant bénéficié de crédits d'amorçage par l'agence régionale de santé

Les équipes de soins spécialisés en projet et ayant bénéficié de crédits d'amorçage par l'ARS sont accompagnées par cette dernière et l'Assurance maladie dans la finalisation de leur projet de santé. Un complément de crédit d'amorçage correspondant à 30% du crédit d'amorçage conventionnel peut leur être attribué par l'Assurance maladie. Un délai est fixé par l'ARS et l'Assurance maladie aux porteurs pour la transmission du projet de santé en tenant compte de son état d'avancement et de la nécessité de réorienter les travaux déjà engagés par le porteur pour une adéquation avec le cahier des charges national. Néanmoins, il ne peut excéder 6 mois, à compter de la signature du contrat de crédit d'amorçage.

À compter de la transmission du projet de santé à l'ARS et à la caisse, l'équipe de soins spécialisés entre dans le processus administratif et organisationnel courant décrit dans la partie I. (à partir du jalon 2).

Les équipes de soins spécialisés en projet n'ayant bénéficié d'aucune aide à l'amorçage par l'ARS pour appuyer leur création sont invitées à transmettre une lettre d'intention à cette dernière et sa caisse sur la plateforme « Démarches-simplifiées ». Elles entrent, dès lors, dans le schéma de gestion administrative décrit dans la partie I. (dès le jalon 1).

V. Evaluation et suivi des équipes de soins spécialisés

Dans une perspective d'évaluation du dispositif, un état des lieux annuel sera conduit par la Direction générale de l'offre de soins et la Caisse nationale de l'assurance maladie, auprès des ARS et du réseau Assurance maladie. Il s'agit de renseigner le niveau de déploiement des équipes de soins spécialisés dans les territoires ainsi que leur organisation et caractéristiques, notamment grâce à la remontée des indicateurs de suivi et de résultats inscrits dans le cahier des charges national.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales,

A rectangular box containing the word "Signé" written in a bold, italicized, black font, tilted at an angle.

Sophie LEBRET

Pour les ministres et par délégation :
La cheffe de service, adjointe à la directrice
générale de l'offre de soins,

A rectangular box containing the word "Signé" written in a bold, italicized, black font, tilted at an angle.

Julie POUGHEON

Le directeur général de la Caisse nationale
de l'assurance maladie

A rectangular box containing the word "Signé" written in a bold, italicized, black font, tilted at an angle.

Thomas FATÔME

EQUIPES DE SOINS SPECIALISES

I- Contexte de mise en œuvre des Equipes de Soins Spécialisés

Contexte : Face aux fortes tensions en matière de démographie médicale sur de nombreuses spécialités, les besoins de recours s'avèrent d'autant plus renforcés. Dans cette perspective, la création d'équipes de soins spécialisés (ESS) apparaît comme l'une des solutions pour améliorer l'accès à la médecine spécialisée dans le cadre du parcours de santé. Les ESS sont définies à l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique. Elles ont été intégrées dans la convention médicale en vigueur depuis le 22 juin 2024, à travers les articles 53 à 58. Cette dernière précise leurs missions, les critères à leur mise en place et les modalités de gouvernance. L'article 56 prévoit un financement des ESS répondant à un cahier des charges défini par la commission paritaire nationale et permettant de décliner le cadre opérationnel de leur déploiement.

Enjeux et objectifs : Les ESS contribuent à l'organisation des soins de leur spécialité et s'organisent pour répondre aux besoins des usagers en soin spécialisés dans les délais compatibles avec l'état de santé du patient. Elles participent, par leurs actions, à structurer le second recours, améliorer et fluidifier les parcours de santé des patients. Elles facilitent également l'accès à des soins spécialisés de premier recours pour les spécialités en accès direct.

L'enjeu est, dès lors, de proposer une structuration de l'offre spécialisée, notamment dans les zones géographiques où la problématique de démographie médicale est particulièrement prégnante.

II. Missions

Les missions des ESS se caractérisent par :

- Une mission socle qui se décline en deux activités dont la mise en place est obligatoire en vue de bénéficier de financements ;
- Une mission optionnelle.

Mission socle	Activités de l'ESS	Délais de mise en place
<p>Coordonner et sécuriser les prises en charge dans une logique « parcours »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à structurer l'offre de 2e recours sur le territoire pour faciliter la collaboration entre acteurs du 1er, 2e et 3e recours, et proposer une réponse adaptée au besoin du premier recours notamment des médecins traitants • Proposer une organisation permettant de donner un avis spécialisé ponctuel répondant à la demande des médecins traitants et des soignants du territoire dans 	<p>1 an à compter du dépôt du projet de santé</p>

	des délais réduits sous la forme de consultation ou téléexpertise	
Mission optionnelle	Activités de l'ESS	
Améliorer l'égal accès aux soins de spécialité en termes géographique et financier	Contribuer au déploiement des consultations avancées pour les soins de leur spécialité notamment dans les ZIP	

L'activité des ESS doit contribuer à :

- faciliter la coordination des médecins spécialistes de ville ;
- favoriser l'articulation ville-établissements de santé ;
- structurer l'offre de second recours sur les territoires, dans une logique de parcours gradués entre les soins primaires, la médecine de ville spécialisée et les établissements de santé ;
- appuyer les professionnels de santé de ville, notamment les médecins traitants ;
- renforcer les compétences et les expertises de proximité ;
- apporter des réponses en matière d'accessibilité et de continuité des soins, plus spécifiquement dans les territoires en tension en termes de démographie médicale ;
- organiser et faciliter l'accès aux soins de premier recours pour les spécialités en accès direct ;
- inciter l'accueil des internes de spécialité par les médecins adhérents à l'ESS (le cas échéant).

Cela peut, par exemple, se matérialiser par :

- le développement d'une offre de télé-expertise ;
- la participation à la réponse aux besoins de soins non programmés, etc.

Les équipes de soins spécialisées **ne sont pas des structures de soins et ne peuvent pas facturer de soins aux patients.**

Elles doivent aborder la plupart des problématiques liées à une spécialité médicale et non circonscrire leur action à une seule pathologie.

En fonction des réalités de terrain et à titre dérogatoire sur validation de la CPN, une ESS pourra regrouper plusieurs spécialités médicales dans les territoires particulièrement en tension démographique ne permettant pas de constituer une ESS mono-spécialisée.

III. Intégration des ESS sur le territoire

Les ESS doivent collaborer et s'articuler avec les acteurs de santé de leur territoire :

- les professionnels de santé de ville du 1^{er} recours et notamment les médecins traitants ;
- les dispositifs de coordination existants tels que les dispositifs d'appui à la coordination, les autres ESS et les communautés professionnelles territoriales de santé ;
- les établissements de santé.

IV. Gouvernance

La gouvernance de l'ESS est formalisée au sein de son projet de santé. Elle se compose de médecins libéraux spécialistes en exercice (hors médecine générale) et ne peut être constituée que de personnes physiques. Elle doit également prévoir au terme de 5 ans, *a minima*, la mise en place de modalités traçables de consultation des autres acteurs de santé du territoire.

La participation des acteurs de santé de ville du 1^{er} recours, des professionnels hospitaliers, des CPTS, ainsi que des dispositifs de coordination tels que les DAC est encouragée. Dans le cas où des acteurs du territoire siègeraient leurs présences resteraient consultatives.

V. Financement

Le financement d'une ESS s'effectue selon **deux dotations** :

- **Un crédit d'amorçage de 80 000€**, attribué en deux fois :
 - o 50% du crédit dévolu à l'amorçage sera versé dès validation de la lettre d'intention simplifiée (annexe 4) par l'agence régionale de santé (ARS) et la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), assortie de la signature d'un contrat tripartite ARS-CPAM-ESS (annexe 1 : contrat de crédit d'amorçage).
Ce premier règlement doit permettre d'assurer le démarrage des actions de la mission socle et la rédaction du projet de santé.
 - o 50% du crédit sera ensuite versé par la CPAM de rattachement de l'ESS après validation du projet de santé par l'ARS et avis de la caisse.

- **Une dotation annuelle de 50 000 à 100 000€**, affectée à la réalisation de l'ensemble des missions prévues dans la convention médicale.
Son montant sera déterminé en fonction de la taille de l'ESS :
 - o de 50 000€ pour 10 médecins adhérents (ayant signé le formulaire d'adhésion) ;
 - o à 100 000€ pour 100 médecins ou plus.Elle sera proratisée en fonction de sa taille (au nombre exact de médecins sur l'année).

Le premier versement de la dotation annuelle interviendra dès la signature du contrat (annexe 2).

Les versements annuels suivants s'effectueront à date anniversaire du contrat et dès réception des pièces justificatives par la CPAM (pièces justificatives listées dans les contrats types en annexe 1 et 2).

Une procédure de récupération des sommes versées est engagée si l'ESS n'est pas opérationnelle (aucune des activités de la mission socle n'est déployée) dans les 18 mois suivant le dépôt de la lettre d'intention. Les modalités et conséquences de la résiliation sont traduites au sein du contrat de crédit d'amorçage et du contrat de dotation annuelle.

VI. Démarches et prérequis à la création des ESS

A. Critères conditionnels à la création d'une ESS

Pour bénéficier des financements prévus par la convention médicale, les ESS doivent respecter les conditions suivantes :

Périmètre géographique	<ul style="list-style-type: none">• Territoire a minima départemental, avec une cible régionale possible• Non déjà couvert par une ESS répondant au cahier des charges actuel de la même spécialité• Sur lequel sont présents au moins 10 médecins de la spécialité concernée <p><i>Ce critère pourra éventuellement être assoupli, en fonction des caractéristiques du territoire ciblé, notamment pour les zones les plus en tension en matière d'offre de soins spécialisés.</i></p>
Seuil minimal d'adhérents (avec dynamique de progression)	<ul style="list-style-type: none">• <u>Au départ</u> : au moins 10% des professionnels libéraux de la spécialité concernée du territoire couvert par l'ESS• <u>Au terme d'un délai de 5 ans</u> : une cible d'intégration d'au moins 50 % dans des spécialistes libéraux de la spécialité concernée présents sur son territoire, avec une cible intermédiaire d'au moins 30%.
Périmètre médical	<ul style="list-style-type: none">• Problématiques liées à une spécialité médicale et <u>non à une pathologie</u>
Articulation avec les structures existantes	<ul style="list-style-type: none">• Coopération avec l'ensemble des acteurs du premier recours quel que soit leur statut, les autres ESS, les DAC du territoire, les établissements de santé.
Intégration des professionnels hospitaliers	<ul style="list-style-type: none">• Articulation avec les professionnels hospitaliers
Structuration juridique	<ul style="list-style-type: none">• L'ESS doit être constituée sous le régime « association loi 1901 » afin de pouvoir prétendre aux financements conventionnels.

À noter :

- Il ne peut y avoir plusieurs ESS d'une même spécialité sur un même territoire.
- Un professionnel de santé est considéré comme adhérent de l'ESS dès lors qu'il s'est engagé à répondre aux différentes missions et qu'il a signé le formulaire d'adhésion (annexe 3).
- À titre dérogatoire, il pourra être fait exception à ces seuils minimaux ou au principe d'unicité de spécialité en raison de circonstances particulières sous réserve de validation par la CPN.

B. Démarches de création d'une ESS

Le processus de création d'une ESS se caractérise par les étapes suivantes :

1. Transmission d'une lettre d'intention (annexe 4)

Une déclaration, incluant la lettre d'intention, auprès de l'ARS et de la caisse du territoire concerné doit être réalisée sur la plateforme Démarches Simplifiées. Lorsque le territoire d'une ESS relève de plusieurs caisses, la compétence revient à celle du siège de l'association portant l'ESS.

L'objectif de la lettre d'intention est de présenter le projet d'ESS de manière succincte et démontrer que les porteurs de projet sont en capacité de répondre au présent cahier des charges dans des délais raisonnables.

Elle doit comporter les éléments suivants :

- l'identité des porteurs de projet, le territoire concerné, la spécialité concernée, les coopérations envisagées et/ou déjà mises en place et les modalités de gouvernance envisagées ;
- les actions envisagées pour répondre aux missions des ESS précisées dans le présent cahier des charges.

2. Signature du contrat de crédit d'amorçage

Après validation de la lettre d'intention, un contrat de crédit d'amorçage est établi avec la CPAM et l'ARS (cf annexe 1). Sa signature permet le versement de 50% du montant du crédit d'amorçage.

3. Elaboration d'un projet de santé intégrant un plan de déploiement de l'ESS

L'ESS transmet son projet de santé pour validation dans les 6 mois suivant le dépôt de la lettre d'intention à l'ARS. L'ARS valide le projet de santé après avis de la caisse.

Le projet de santé a pour objectif de présenter, sur la base d'un diagnostic territorial, les actions de l'ESS pour répondre au présent cahier des charges.

Il doit contenir :

- Le détail des missions et actions prévues par l'ESS ;
- Les indicateurs de suivi et d'évaluation ;
- Les modalités de son actualisation en fonction des évolutions territoriales, du nombre de professionnels adhérents ou des missions et actions réalisées par l'ESS.

Le projet de santé est réputé validé, sauf décision contraire de l'ARS ou de la caisse dans un délai de 2 mois suivant sa réception. Sa validation entraîne le versement du solde du crédit d'amorçage. En cas d'avis contraire, celui-ci doit être motivé sur la base de la non-adéquation avec les critères du cahier des charges soumis par les porteurs, les critères conventionnels ou règlementaires, notamment le projet régional de santé, ou du risque de déstabilisation de l'offre de soins existante.

En complément du projet de santé, un document détaillant les modalités de déploiement de l'ESS devra être transmis à la caisse et à l'ARS détaillant le fonctionnement de l'ESS et ses perspectives.

4. Attribution d'un numéro FINESS

La validation de la lettre d'intention enclenche l'attribution d'un numéro FINESS pour l'ESS par les services de l'ARS. Ce numéro FINESS ne permet pas la facturation d'actes.

5. Signature d'un contrat de dotation annuelle

Après validation du projet de santé, un contrat de dotation annuelle est établi avec la CPAM et l'ARS (cf annexe 2). Sa signature permet le versement d'une dotation annuelle en fonction du nombre d'adhérents à l'ESS.

C. Etude des projets de création d'une ESS par l'ARS et la CPAM

En complément du respect des critères conditionnels à la création d'une ESS, il conviendra également de s'assurer de la pertinence des projets d'ESS dans les territoires, notamment au regard des modalités de coopération des professionnels de santé déjà existantes.

D. Mesures transitoires et accompagnement des ESS déjà existantes ou en projet

Les ESS ont été créées par amendement au sein de la loi OTSS de 2019. N'ayant initialement pas fait l'objet d'un cadrage national, ni de modèle de financement pérenne, elles se sont développées de manière variable et hétérogène dans les territoires, sous l'égide des agences régionales de santé (ARS).

En 2024, les ESS étant intégrées dans la nouvelle convention médicale, le présent cahier des charges définit les mesures transitoires en vue de permettre le passage vers le modèle conventionnel.

Dans cette perspective, les ESS opérationnelles avant la date de validation du présent cahier des charges devront bénéficier d'un accompagnement conjoint caisse/ARS afin d'entrer dans le dispositif conventionnel. Les ESS actuellement en fonctionnement devront passer dans le droit commun conventionnel dans la mesure où elles respectent ce cahier des charges.

Les modalités de transition des ESS existantes vers le dispositif conventionnel sont précisées en annexe 5 au présent cahier des charges.

E. Evaluation

L'évaluation du dispositif passe notamment par **l'intégration d'indicateurs de résultats et d'impacts au sein du rapport d'activité annuel** remis par les porteurs des ESS à l'ARS et à la CPAM. Devront figurer les indicateurs nationaux suivants afin de contribuer à l'évaluation nationale de cette politique publique :

- Le nombre de soignants adressant des patients à l'ESS et parmi eux, le nombre de médecins traitants ;
- Le nombre de patients pris en charge via l'ESS
- Le nombre de recours à la télé-expertise ;
- Le nombre de médecins de l'ESS proposant des consultations avancées ;
- Le nombre de consultations avancées réalisées ;

L'ESS doit développer un outil informatique qui, à terme, permettra d'intégrer un indicateur relatif aux délais de prise de rendez-vous et aux délais pour répondre à la télé-expertise.

Lors de l'élaboration de la lettre d'intention ou au plus tard dans le projet de santé, l'ESS doit définir au moins un indicateur qualitatif. Cet indicateur, intégré dans son rapport d'activité annuel, doit permettre d'évaluer l'apport de l'ESS dans l'accès aux soins, notamment sur les parcours développés et l'amélioration du recours aux spécialistes.

Annexe 1

Modèle contrat type - Accompagnement à la création d'une équipe de soins spécialisés (ESS) - Modalités d'éligibilité et de financement du crédit d'amorçage

Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 1411-11-1.

Vu la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 4 juin 2024, approuvée par arrêté du 20 juin 2024.

Vu le cahier des charges validé par la Commission paritaire nationale du 12 décembre 2024,

Il est conclu un contrat d'accompagnement à la création d'une équipe de soins spécialisés, entre :

- d'une part, l'Agence régionale de santé de :

Région :

Adresse :

Représentée par : [NOM][PRENOM][FONCTION][COORDONNEES]

- d'autre une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

Représentée par : [NOM][PRENOM][FONCTION][COORDONNEES]

- et, d'autre part, l'association constituant l'ESS : [NOM DE L'ASSOCIATION]

Adresse :

Représentée par : [NOM][PRENOM][FONCTION][COORDONNEES]

Numéro FINESS :

Article 1. Champ du contrat

Article 1.1. Objet du contrat

Ce contrat vise à soutenir les futures équipes de soins spécialisés qui souhaitent améliorer l'accès aux soins de second recours dans le cadre du parcours de soins coordonné par la mise en place d'un crédit d'amorçage.

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat

Le présent contrat est réservé aux porteurs de projets d'équipes de soins spécialisés constituées sous forme associative (association loi 1901) et pour lesquelles une lettre d'intention simplifiée a été réceptionnée et validée par l'ARS et la caisse de rattachement.

L'ARS dispose d'un délai de deux mois pour valider la lettre d'intention après dépôt sur la plateforme Démarches Simplifiées. La signature du présent contrat doit intervenir dans le mois suivant la validation de la lettre d'intention.

La lettre d'intention devra préciser le territoire d'intervention de l'ESS et la spécialité médicale couverte.

Le/les porteurs de projets ne peuvent bénéficier qu'une seule fois du présent contrat pour la même ESS définie sur un territoire.

Il ne peut y avoir de financement d'amorçage que pour un seul projet d'ESS regroupant la même spécialité médicale engagée sur le même territoire.

Article 2. Engagements

Article 2.1. Engagements du/des porteurs de projets

Le/les porteurs de projets s'engagent à initier le déploiement d'au moins une action répondant à la mission socle telle que définie à l'article 53 de la convention médicale en faveur de l'accès aux soins de second recours dans le cadre du parcours de soins coordonné et ce, dès la signature de ce contrat.

Le/les porteurs de projets s'engagent également, dans un délai de 6 mois maximum à compter du dépôt de la lettre d'intention, à déposer le projet de santé auprès de l'ARS et de la caisse.

Article 2.2. Engagements de l'Assurance maladie

En contrepartie des engagements du/des porteurs de projets définis à l'article 2.1 du présent contrat, l'Assurance maladie s'engage à verser un crédit d'amorçage.

Il s'agit de valoriser le travail de rédaction d'un projet de santé et la mise en œuvre d'au moins une action qui s'inscrit dans le cadre des objectifs fixés par la convention médicale, dans l'attente de la validation du projet de santé.

Le projet de santé doit être déposé par le/les porteurs de projet dans un délai de 6 mois après le dépôt de la lettre d'intention simplifiée. L'ARS dispose d'un délai de 2 mois, à compter de sa réception, pour le valider après avis de la Caisse.

a. Modalités de versement

Le montant du crédit d'amorçage s'élève à **80 000 euros** et sera versé en deux temps :

- 50% du crédit dévolu à l'amorçage est versé dans le mois suivant la signature du présent contrat et après réception de la lettre d'intention ;
- 50% du crédit est versé dès lors que le projet de santé est validé par l'ARS après avis de la Caisse. La caisse dispose de 2 mois après réception du projet de santé validé pour verser la seconde moitié du crédit d'amorçage.

Ces versements sont non renouvelables.

Dans le cas où le projet de santé ne serait pas réputé validé par l'ARS le/les porteurs de projet ne pourront pas bénéficier de la seconde moitié du versement.

b. Les pièces justificatives attendues

Afin de bénéficier du versement du crédit d'amorçage, le/les porteurs de projet doivent apporter les pièces justificatives suivantes :

- Pour la signature du contrat et le premier versement, il est demandé :
 - Une lettre d'intention déposée sur la plateforme Démarches Simplifiées ;
 - Les statuts de l'association porteuse de l'ESS ;
 - Un état budgétaire prévisionnel annuel dans la limite du montant de la subvention allouée à la future ESS attestant des dépenses prévisionnelles signé par le président et le trésorier.
- Pour le second versement, il est demandé :
 - Le projet de santé validé par l'ARS après avis de la Caisse ;
 - Présentation d'au moins une action répondant à la mission socle attestant du démarrage concret de l'ESS ;
 - Un état des dépenses réalisées signé par le président et le trésorier.

La caisse se réserve le droit de rencontrer l'équipe de soins spécialisés en cas de carence ou de problème dans l'utilisation des fonds.

Article 3. Attribution d'un numéro FINESS

La validation de la lettre d'intention enclenche l'attribution d'un numéro FINESS pour l'ESS par les services de l'ARS. Ce numéro FINESS ne permet pas la facturation d'actes.

Article 4. Modalités et durée d'adhésion au contrat

Dès la validation de la lettre d'intention, le/les porteurs de projets peuvent adhérer au présent contrat.

L'adhésion est effective à compter de la date de signature du présent contrat et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de 10 mois maximum, non renouvelables, comprenant le délai du dépôt du projet de santé, le délai de validation du projet de santé et le délai de versement de la seconde moitié du crédit d'amorçage.

Article 5. Modalités de résiliation du contrat

Article 5.1. La résiliation à l'initiative de l'équipe de soins spécialisés

Le/les porteurs de projets d'une future équipe de soins spécialisés signataires du présent contrat ont la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'Assurance Maladie et à l'ARS, tous deux signataires dudit contrat.

Cette résiliation est effective 15 jours après réception de la lettre de résiliation.

Article 5.2. La résiliation par la caisse d'Assurance Maladie

Le contrat peut faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'Assurance Maladie et de l'ARS, d'un commun accord, dans les cas suivants :

- si le/les porteurs de projets d'une future ESS ne respectent pas de manière manifeste les termes du contrat ;
- si l'organisme local d'assurance maladie et l'ARS constatent l'absence du déploiement d'au moins une des actions répondant à la mission socle financée ;
- si le/les porteurs de projets ne respectent pas l'engagement de déposer, dans un délai de 6 mois maximum, le projet de santé auprès de l'ARS.

Cette résiliation est effective 15 jours après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local d'Assurance Maladie et l'ARS.

Dans ce délai, le/les porteurs de projets d'une future ESS ont la possibilité de saisir le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie et l'ARS. L'ARS et la caisse disposent d'un délai d'un mois pour répondre à la demande de saisine.

Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

Article 5.3. Les conséquences de la résiliation

En cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine :

- le versement du crédit d'amorçage est interrompu ;
- le/les porteurs de projets sont tenus de procéder au remboursement de la totalité de la somme versée au titre du crédit d'amorçage à l'organisme local d'Assurance Maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation.

Fait à [LIEU] en 3 exemplaires, le [JJ/MM/AAAA]

Date de signature : [JJ/MM/AAAA]

Le directeur de l'ARS

[SIGNATURE]

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de [CAISSE]

[OU]

Le Directeur de la Caisse générale de Sécurité Sociale de [CAISSE]

[SIGNATURE]

Le président de l'association porteuse de l'ESS :

[SIGNATURE]

Annexe 2

Modèle contrat type – Accompagnement au financement des missions des équipes de soins spécialisés (ESS) - Modalités d'éligibilité et de financement de la dotation annuelle

Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 1411-11-1.

Vu la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 4 juin 2024, approuvée par arrêté du 20 juin 2024.

Vu le cahier des charges validé par la Commission paritaire nationale du 12 décembre 2024,

Il est conclu un contrat de dotation pour le fonctionnement d'une équipe de soins spécialisés, entre :

- d'une part, l'Agence régionale de santé de :

Région :

Adresse :

Représentée par : [NOM][PRENOM][FONCTION][COORDONNEES]

- d'autre une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

Représentée par : [NOM][PRENOM][FONCTION][COORDONNEES]

- et, d'autre part, l'association constituant l'ESS : [NOM DE L'ASSOCIATION]

Adresse :

Représentée par : [NOM][PRENOM][FONCTION][COORDONNEES]

Numéro FINESS :

Article 1. Champ du contrat

Article 1.1. Objet du contrat

Ce contrat vise à valoriser les équipes de soins spécialisés qui s'organisent afin de faire face aux difficultés d'accès aux soins spécialisés en raison d'une offre globalement insuffisante et d'une inégale répartition géographique, par la mise en place d'une dotation annuelle.

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat

Le présent contrat est réservé aux équipes de soins spécialisés constituées sous forme associative (association loi 1901) et pour lesquelles un projet de santé a été déposé par l'ESS et validé par l'ARS après avis de la caisse.

Le projet de santé précise le détail des missions et actions prévues par l'ESS, ainsi que les indicateurs de suivi et d'évaluation (exemples : motifs de consultation, nombre de patients, nombre de téléexpertises, etc).

Article 2. Engagements

Article 2.1. Engagements de l'ESS

Conformément à l'article 53 de la convention médicale 2024, l'ESS s'engage à :

- Contribuer à structurer l'offre de 2e recours sur le territoire pour faciliter la collaboration entre les acteurs du 1er, 2e et 3° recours, et proposer une réponse adaptée au besoin du premier recours notamment des médecins traitants ;
- Proposer une organisation permettant de donner un avis spécialisé ponctuel répondant à la demande des médecins traitants du territoire dans des délais réduits sous la forme de consultations ou téléexpertises.

Elle dispose d'un délai d'un an à compter du dépôt de projet de santé pour mettre en place ces actions.

À titre optionnel, l'ESS peut également s'engager à contribuer au déploiement des consultations avancées pour les soins de sa spécialité, notamment dans les zones d'intervention prioritaire (ZIP).

Article 2.2. Engagements de l'Assurance maladie

En contrepartie des actions mises en œuvres par l'ESS définies à l'article 2.1 du présent contrat, l'Assurance maladie s'engage à verser une dotation annuelle.

Cette dotation est versée chaque année, à date anniversaire du contrat, après communication des justificatifs par l'ESS à la caisse. Il s'agit de soutenir financièrement la réalisation d'actions qui s'inscrivent dans les objectifs fixés par la convention médicale susvisée.

Le montant de la dotation peut aller de **50 000 à 100 000 euros** et sera versé pour l'ensemble des missions en fonction de la taille de l'ESS, à compter de la signature du présent contrat.

a. Modalités du versement

Cette dotation, de 50 000 euros pour 10 médecins adhérents à 100 000 euros pour 100 médecins adhérent ou plus, sera proratisée au nombre exact de médecins adhérents chaque année. Le premier versement interviendra le mois suivant la signature du contrat, puis les autres versements annuels interviendront le mois suivant la date anniversaire du contrat, sous réserve de la réception des pièces justificatives.

b. Pièces justificatives attendues

Le versement de la dotation annuelle est conditionné à la communication d'un certain nombre de pièces justificatives que l'ESS doit transmettre à la caisse de rattachement et l'ARS conformément à l'article 54 de la convention médicale. L'ESS doit fournir :

- la liste nominative des professionnels adhérents à l'ESS : mise à jour et transmise à la caisse tous les ans à date anniversaire ;
- un rapport d'activité annuel afin de justifier du respect de ses missions incluant des indicateurs de suivi.

Pour une bonne gestion administrative et financière, l'ESS transmet également :

- le profil et les missions du coordinateur ;
- la présentation et la formalisation des coopérations mises en place avec les organisations existantes du territoire (CPTS, MSP, centres de santé, DAC, autres ESS, etc) ;
- un document annuel détaillant le fonctionnement et les perspectives de développement de l'ESS ;
- un bilan comptable annuel comportant un état des dépenses annuelles réalisées, signé par le président et le trésorier.

La caisse primaire se réserve le droit de rencontrer l'équipe de soins spécialisés en cas de carence ou de problème dans l'utilisation des fonds et de demander la communication de documents complémentaires.

Article 3. Modalités et durée d'adhésion au contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de la date de sa signature et sera renouvelé par tacite reconduction.

Article 4. Modalités de résiliation du contrat

Article 4.1. La résiliation à l'initiative de l'équipe de soins spécialisés

L'équipe de soins spécialisés signataires du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'Assurance Maladie et à l'ARS, tous deux signataires dudit contrat. Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation.

Article 4.2. La résiliation par la caisse d'Assurance Maladie

Le contrat peut faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'Assurance Maladie et de l'ARS, d'un commun accord, dans les cas suivants :

- si l'ESS ne respecte pas de manière manifeste les termes du contrat en terme d'effectifs ou d'objectifs ;
- si l'organisme local d'assurance maladie et l'ARS constatent l'absence du déploiement des actions répondant à la mission socle financée dans un délai d'un an suivant la validation du projet de santé.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local d'Assurance Maladie et l'ARS.

Dans ce délai, l'ESS a la possibilité de saisir le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie et l'ARS qui disposent d'un délai d'un mois pour répondre à la saisine.

Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

Article 4.3. Les conséquences de la résiliation

En cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine :

- le versement de la dotation annuelle est interrompu ;
- l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation. L'ESS est tenue de procéder au remboursement dans un délai de 2 mois à compter de la date effective de la résiliation.

Fait à [LIEU] en 3 exemplaires, le [JJ/MM/AAAA]

Date de signature : [JJ/MM/AAAA]

Le directeur de l'ARS

[SIGNATURE]

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de [CAISSE]

[OU]

Le Directeur de la Caisse générale de Sécurité Sociale de [CAISSE]

[SIGNATURE]

Le président de l'association portant l'ESS :

[SIGNATURE]

Annexe 3

Formulaire d'adhésion à une équipe de soins spécialisés (ESS)

Le présent formulaire répond à la condition du seuil minimal d'adhérents à l'ESS. Le professionnel de santé est considéré comme adhérent de l'ESS dès lors qu'il s'est engagé à répondre aux différentes missions et activités de l'ESS, et qu'il a signé le formulaire d'adhésion afin de marquer son engagement à une ESS.

Ce formulaire d'adhésion est une pièce justificative à remplir par le médecin que le remet à son ESS pour transmission à la caisse de rattachement.

Identification du médecin :

Je soussigné (e),

Nom :

Prénom :

Spécialité :

Adresse :

N° d'inscription à l'Ordre (RPPS) :

N° Assurance maladie :

Déclare adhérer à l'ESS [nom de la spécialité] se situant sur le territoire de [nom du territoire/département/région] et s'engager à répondre aux missions de l'ESS.

Fait à

Le

Signature du médecin

Adhésion enregistrée par la caisse primaire le :

Fait à

Le

Cachet de l'ESS :

Cachet de la caisse primaire :

Annexe 4

Lettre d'intention pour la création d'une équipe de soins spécialisés

Afin de permettre la reconnaissance officielle du projet d'équipe de soins spécialisés par l'Assurance maladie et l'ARS, les professionnels de santé sont invités à rédiger une lettre d'intention retraçant les grandes lignes de la démarche.

Cette lettre d'intention vise à s'assurer que le projet d'équipe de soins spécialisés proposé répond bien aux besoins d'une population d'un territoire et qu'il identifie un potentiel de mobilisation des différents acteurs du territoire concerné.

Par ailleurs, il conviendra que le projet s'inscrive bien dans le cadre des objectifs fixés par la convention médicale en vigueur depuis le 22 juin 2024 et dans le respect du cahier des charges validé par la Commission Paritaire Nationale lors de sa session du 12 décembre 2024.

À ce stade, il n'est pas demandé aux porteurs de projets de détailler le contenu de chacune des missions socles prévues par la convention médicale : la phase suivante d'élaboration du projet de santé vous permettra de préciser le détail des missions et actions prévues. La lettre d'intention permet toutefois de s'engager explicitement à initier un travail sur ces missions pendant la phase d'amorçage et à les prendre en compte dans le futur projet de santé.

À la suite de la validation de la lettre d'intention par l'ARS et l'Assurance maladie, un crédit d'amorçage d'une valeur de 80 000 € sera versé à l'association porteuse de l'ESS.
Ce crédit sera versé en deux fois (tel que prévu au point VI. du cahier des charges des ESS).

La lettre d'intention doit être adressée à l'Agence régionale de santé et à la caisse primaire d'Assurance maladie par courrier ET par mail

ELEMENTS D'IDENTIFICATION DE L'EQUIPE DE SOINS SPECIALISES

Intitulé du projet

**Spécialité médicale couverte
par l'ESS**

Date de création

Contact

Nom du référent

Prénom du référent

Profession du référent

Courriel du référent

Téléphone du référent

CONTEXTE DE CREATION ET HISTORIQUE

Quelles sont les raisons de la création de l'équipe de soins spécialisés sur votre territoire ?

La création de cette équipe de soins spécialisés s'intègre-t-elle dans une démarche existante ?

Si oui, quelles étaient les missions et les initiatives mises en place ?

Si oui, pour quels résultats ?

Une structure juridique a-t-elle déjà été créée pour votre projet ?

OUI NON

Intitulé du projet

Type de structure juridique

Date de création

TERRITOIRE D'ACTION DE L'EQUIPE DE SOINS SPECIALISES

Le territoire couvert par l'équipe de soins spécialisés est à un échelon _____.
Exemple : départemental, régional, etc.

Précisez les territoires couverts : _____.

ACTEURS ET PARTENAIRES DU PROJET

Indiquez le nombre de médecins spécialistes engagés dans la création de l'équipe de soins spécialisés : _____.

Autres professionnels engagés dans la création de l'équipe de soins spécialisés (professions médicales et paramédicales) : _____.

La liste des médecins engagés est annexée à la présente lettre d'intention (Annexe 1) et constitue une pièce obligatoire pour le versement des fonds.

Des partenariats peuvent être établis entre l'équipe de soins spécialisés et d'autres professionnels de santé ou des structures locales.

Les partenariats envisagés par la présente équipe de soins spécialisés dans son territoire sont les suivants :

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

PRINCIPALES ORIENTATIONS DE L'EQUIPE DE SOINS SPECIALISES

L'équipe de soins spécialisés a pour vocation d'améliorer l'accès aux soins des patients sur votre territoire pour votre spécialité.

Les missions socles de l'équipe de soins spécialisés sont les suivantes :

1. Contribuer à structurer l'offre de 2e recours sur le territoire pour faciliter la collaboration entre acteurs du 1er, 2e et 3e recours, et proposer une réponse adaptée au besoin du premier recours notamment des médecins traitants
2. Proposer une organisation permettant de donner un avis spécialisé ponctuel répondant à la demande des médecins traitants et des soignants du territoire dans des délais réduits sous la forme de consultation ou téléexpertise

Dans le contexte de votre spécialité, les principaux axes de l'équipe de soins spécialisés sont les suivants :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Les objectifs développés dans le cadre du projet d'équipe de soins spécialisés viennent en complément des initiatives déjà déployées sur le territoire.

MODALITES D'EVALUATION

Afin d'évaluer l'efficacité de ce projet, l'équipe de soins spécialisés mettra en place des indicateurs de performance pour mesurer l'amélioration de la prise en charge et la satisfaction des patients qui seront définis dans le cahier des charges et précisés dans le projet de santé.

Date

___/___/___

Signatures du référent de l'ESS

Annexe 1 : Liste des médecins engagés dans la création de l'équipe de soins spécialisés

1. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS/AM : _____
2. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS/AM : _____
3. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS/AM : _____
4. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS/AM : _____
5. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
6. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
7. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
8. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
9. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
10. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
11. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
12. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
13. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
14. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
15. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
16. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
17. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
18. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
19. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
20. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
21. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
22. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
23. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
24. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____
25. NOM : _____ Prénom : _____ RPPS : _____

Annexe 5 - Mesures transitoires et accompagnement des ESS déjà existantes ou en projet

I- Généralités

Les ESS ont été créées par amendement au sein de la loi OTSS de 2019. N'ayant initialement pas fait l'objet d'un cadrage national, ni de modèle de financement pérenne, elles se sont développées de manière variable et hétérogène dans les territoires, sous l'égide des agences régionales de santé (ARS).

En 2024, les ESS étant intégrées dans la nouvelle convention médicale, le cahier des charges définit les mesures transitoires en vue de permettre le passage vers le modèle conventionnel.

Dans cette perspective, les ESS opérationnelles avant la date de validation du cahier des charges pourront bénéficier d'un accompagnement conjoint caisse/ARS pour faciliter leur entrée dans le dispositif conventionnel.

Des échanges doivent donc être organisés pour les conduire à ajuster, le cas échéant, leur projet de santé en fonction des missions-socles définies dans la convention médicale. Une ESS qui ne souhaiterait pas entrer dans le champ conventionnel, ne pourra pas être soutenue financièrement par l'Assurance maladie.

Les instances régionales composées de représentants de l'Assurance Maladie et de représentants de l'ARS pourront faire émerger une stratégie régionale d'accompagnement des ESS déjà créées.

II- Financement

A- ESS en fonctionnement

Si une ESS en fonctionnement a déjà contractualisé avec l'ARS et obtenu un financement, elle peut (**sous réserve du respect du cahier des charges national** et du calendrier prévu) bénéficier du financement prévu par la convention médicale selon les modalités suivantes.

- i. **Si le projet de santé de l'ESS respecte le cahier des charges national***
 - Fin des financements ARS
 - L'ESS signe un contrat de « dotation annuelle » avec la CPAM et l'ARS

Le contrat de dotation prend effet à compter de la fin du contrat de financement signé avec l'ARS.

- ii. **Si le projet de santé de l'ESS ne respecte pas le cahier des charges national***

L'ESS souhaite se mettre en conformité avec le CDC national

Versement de 30% du crédit d'amorçage pour permettre à l'ESS d'ajuster son projet de santé aux exigences du CDC national avec signature d'un contrat avec l'assurance maladie et l'ARS.

Si le projet de santé modifié est conforme au CDC, l'ESS signe alors un contrat de dotation annuelle avec la CPAM et l'ARS.

Si le projet de santé modifié n'est pas conforme aux exigences du CDC, il est mis fin au versement des aides de l'assurance maladie.

B- ESS en projet

Si l'ESS a reçu un crédit d'amorçage ARS

Un accompagnement ARS/CPAM sera mis en place pour aider les porteurs d'ESS à finaliser leur projet de santé et le mettre en conformité avec le CDC national.

Versement de 30% du crédit d'amorçage pour permettre à l'ESS d'ajuster son projet de santé aux exigences du CDC national avec signature d'un contrat d'amorçage avec l'assurance maladie et l'ARS.

Annexe 2

Modèle contrat type - Accompagnement à la création d'une équipe de soins spécialisés (ESS) Modalités d'éligibilité et de financement du crédit d'amorçage

Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 1411-11-1.

Vu la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 4 juin 2024, approuvée par arrêté du 20 juin 2024.

Vu le cahier des charges validé par la Commission paritaire nationale du 12 décembre 2024,

Il est conclu un contrat d'accompagnement à la création d'une équipe de soins spécialisés, entre :

- d'une part, l'Agence régionale de santé de :

Région :

Adresse :

Représentée par : [NOM][PRENOM][FONCTION][COORDONNEES]

- d'autre une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

Représentée par : [NOM][PRENOM][FONCTION][COORDONNEES]

- et, d'autre part, l'association constituant l'ESS : [NOM DE L'ASSOCIATION]

Adresse :

Représentée par : [NOM][PRENOM][FONCTION][COORDONNEES]

Numéro FINESS :

Article 1. Champ du contrat

Article 1.1. Objet du contrat

Ce contrat vise à soutenir les futures équipes de soins spécialisés qui souhaitent améliorer l'accès aux soins de second recours dans le cadre du parcours de soins coordonné par la mise en place d'un crédit d'amorçage.

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat

Le présent contrat est réservé aux porteurs de projets d'équipes de soins spécialisés constituées sous forme associative (association loi 1901) et pour lesquelles une lettre d'intention simplifiée a été réceptionnée et validée par l'ARS et la caisse de rattachement.

L'ARS dispose d'un délai de deux mois pour valider la lettre d'intention après dépôt sur la plateforme Démarches Simplifiées. La signature du présent contrat doit intervenir dans le mois suivant la validation de la lettre d'intention.

La lettre d'intention devra préciser le territoire d'intervention de l'ESS et la spécialité médicale couverte.

Le/les porteurs de projets ne peuvent bénéficier qu'une seule fois du présent contrat pour la même ESS définie sur un territoire.

Il ne peut y avoir de financement d'amorçage que pour un seul projet d'ESS regroupant la même spécialité médicale engagée sur le même territoire.

Article 2. Engagements

Article 2.1. Engagements du/des porteurs de projets

Le/les porteurs de projets s'engagent à initier le déploiement d'au moins une action répondant à la mission socle telle que définie à l'article 53 de la convention médicale en faveur de l'accès aux soins de second recours dans le cadre du parcours de soins coordonné et ce, dès la signature de ce contrat.

Le/les porteurs de projets s'engagent également, dans un délai de 6 mois maximum à compter du dépôt de la lettre d'intention, à déposer le projet de santé auprès de l'ARS et de la caisse.

Article 2.2. Engagements de l'Assurance maladie

En contrepartie des engagements du/des porteurs de projets définis à l'article 2.1 du présent contrat, l'Assurance maladie s'engage à verser un crédit d'amorçage.

Il s'agit de valoriser le travail de rédaction d'un projet de santé et la mise en œuvre d'au moins une action qui s'inscrit dans le cadre des objectifs fixés par la convention médicale, dans l'attente de la validation du projet de santé.

Le projet de santé doit être déposé par le/les porteurs de projet dans un délai de 6 mois après le dépôt de la lettre d'intention simplifiée. L'ARS dispose d'un délai de 2 mois, à compter de sa réception, pour le valider après avis de la Caisse.

a. Modalités de versement

Le montant du crédit d'amorçage s'élève à **80 000 euros** et sera versé en deux temps :

- 50% du crédit dévolu à l'amorçage est versé dans le mois suivant la signature du présent contrat et après réception de la lettre d'intention ;
- 50% du crédit est versé dès lors que le projet de santé est validé par l'ARS après avis de la Caisse. La caisse dispose de 2 mois après réception du projet de santé validé pour verser la seconde moitié du crédit d'amorçage.

Ces versements sont non renouvelables.

Dans le cas où le projet de santé ne serait pas réputé validé par l'ARS le/les porteurs de projet ne pourront pas bénéficier de la seconde moitié du versement.

b. Les pièces justificatives attendues

Afin de bénéficier du versement du crédit d'amorçage, le/les porteurs de projet doivent apporter les pièces justificatives suivantes :

- Pour la signature du contrat et le premier versement, il est demandé :
 - Une lettre d'intention déposée sur la plateforme Démarches Simplifiées ;
 - Les statuts de l'association porteuse de l'ESS ;
 - Un état budgétaire prévisionnel annuel dans la limite du montant de la subvention allouée à la future ESS attestant des dépenses prévisionnelles signé par le président et le trésorier.
- Pour le second versement, il est demandé :
 - Le projet de santé validé par l'ARS après avis de la Caisse ;
 - Présentation d'au moins une action répondant à la mission socle attestant du démarrage concret de l'ESS ;
 - Un état des dépenses réalisées signé par le président et le trésorier.

La caisse se réserve le droit de rencontrer l'équipe de soins spécialisés en cas de carence ou de problème dans l'utilisation des fonds.

Article 3. Attribution d'un numéro FINESS

La validation de la lettre d'intention enclenche l'attribution d'un numéro FINESS pour l'ESS par les services de l'ARS. Ce numéro FINESS ne permet pas la facturation d'actes.

Article 4. Modalités et durée d'adhésion au contrat

Dès la validation de la lettre d'intention, le/les porteurs de projets peuvent adhérer au présent contrat.

L'adhésion est effective à compter de la date de signature du présent contrat et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de 10 mois maximum, non renouvelables, comprenant le délai du dépôt du projet de santé, le délai de validation du projet de santé et le délai de versement de la seconde moitié du crédit d'amorçage.

Article 5. Modalités de résiliation du contrat

Article 5.1. La résiliation à l'initiative de l'équipe de soins spécialisés

Le/les porteurs de projets d'une future équipe de soins spécialisés signataires du présent contrat ont la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'Assurance Maladie et à l'ARS, tous deux signataires dudit contrat.

Cette résiliation est effective 15 jours après réception de la lettre de résiliation.

Article 5.2. La résiliation par la caisse d'Assurance Maladie

Le contrat peut faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'Assurance Maladie et de l'ARS, d'un commun accord, dans les cas suivants :

- si le/les porteurs de projets d'une future ESS ne respectent pas de manière manifeste les termes du contrat ;
- si l'organisme local d'assurance maladie et l'ARS constatent l'absence du déploiement d'au moins une des actions répondant à la mission socle financée ;
- si le/les porteurs de projets ne respectent pas l'engagement de déposer, dans un délai de 6 mois maximum, le projet de santé auprès de l'ARS.

Cette résiliation est effective 15 jours après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local d'Assurance Maladie et l'ARS.

Dans ce délai, le/les porteurs de projets d'une future ESS ont la possibilité de saisir le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie et l'ARS. L'ARS et la caisse disposent d'un délai d'un mois pour répondre à la demande de saisine.

Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

Article 5.3. Les conséquences de la résiliation

En cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine :

- le versement du crédit d'amorçage est interrompu ;
- le/les porteurs de projets sont tenus de procéder au remboursement de la totalité de la somme versée au titre du crédit d'amorçage à l'organisme local d'Assurance Maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation.

Fait à [LIEU] en 3 exemplaires, le [JJ/MM/AAAA]

Date de signature : [JJ/MM/AAAA]

Le directeur de l'ARS

[SIGNATURE]

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de [CAISSE]

[OU]

Le Directeur de la Caisse générale de Sécurité Sociale de [CAISSE]

[SIGNATURE]

Le président de l'association porteuse de l'ESS :

[SIGNATURE]

Annexe 3

Modèle contrat type - Accompagnement au financement des missions des équipes de soins spécialisés (ESS) - Modalités d'éligibilité et de financement de la dotation annuelle

Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 1411-11-1.

Vu la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 4 juin 2024, approuvée par arrêté du 20 juin 2024.

Vu le cahier des charges validé par la Commission paritaire nationale du 12 décembre 2024,

Il est conclu un contrat de dotation pour le fonctionnement d'une équipe de soins spécialisés, entre :

- d'une part, l'Agence régionale de santé de :

Région :

Adresse :

Représentée par : [NOM][PRENOM][FONCTION][COORDONNEES]

- d'autre une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

Représentée par : [NOM][PRENOM][FONCTION][COORDONNEES]

- et, d'autre part, l'association constituant l'ESS : [NOM DE L'ASSOCIATION]

Adresse :

Représentée par : [NOM][PRENOM][FONCTION][COORDONNEES]

Numéro FINESS :

Article 1. Champ du contrat

Article 1.1. Objet du contrat

Ce contrat vise à valoriser les équipes de soins spécialisés qui s'organisent afin de faire face aux difficultés d'accès aux soins spécialisés en raison d'une offre globalement insuffisante et d'une inégale répartition géographique, par la mise en place d'une dotation annuelle.

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat

Le présent contrat est réservé aux équipes de soins spécialisés constituées sous forme associative (association loi 1901) et pour lesquelles un projet de santé a été déposé par l'ESS et validé par l'ARS après avis de la caisse.

Le projet de santé précise le détail des missions et actions prévues par l'ESS, ainsi que les indicateurs de suivi et d'évaluation (exemples : motifs de consultation, nombre de patients, nombre de téléexpertises, etc).

Article 2. Engagements

Article 2.1. Engagements de l'ESS

Conformément à l'article 53 de la convention médicale 2024, l'ESS s'engage à :

- Contribuer à structurer l'offre de 2e recours sur le territoire pour faciliter la collaboration entre les acteurs du 1er, 2e et 3e recours, et proposer une réponse adaptée au besoin du premier recours notamment des médecins traitants ;
- Proposer une organisation permettant de donner un avis spécialisé ponctuel répondant à la demande des médecins traitants du territoire dans des délais réduits sous la forme de consultations ou téléexpertises.

Elle dispose d'un délai d'un an à compter du dépôt de projet de santé pour mettre en place ces actions.

À titre optionnel, l'ESS peut également s'engager à contribuer au déploiement des consultations avancées pour les soins de sa spécialité, notamment dans les zones d'intervention prioritaire (ZIP).

Article 2.2. Engagements de l'Assurance maladie

En contrepartie des actions mises en œuvre par l'ESS définies à l'article 2.1 du présent contrat, l'Assurance maladie s'engage à verser une dotation annuelle.

Cette dotation est versée chaque année, à date anniversaire du contrat, après communication des justificatifs par l'ESS à la caisse. Il s'agit de soutenir financièrement la réalisation d'actions qui s'inscrivent dans les objectifs fixés par la convention médicale susvisée.

Le montant de la dotation peut aller de **50 000 à 100 000 euros** et sera versé pour l'ensemble des missions en fonction de la taille de l'ESS, à compter de la signature du présent contrat.

a. Modalités du versement

Cette dotation, de 50 000 euros pour 10 médecins adhérents à 100 000 euros pour 100 médecins adhérent ou plus, sera proratisée au nombre exact de médecins adhérents chaque année. Le premier versement interviendra le mois suivant la signature du contrat, puis les autres versements annuels interviendront le mois suivant la date anniversaire du contrat, sous réserve de la réception des pièces justificatives.

b. Pièces justificatives attendues

Le versement de la dotation annuelle est conditionné à la communication d'un certain nombre de pièces justificatives que l'ESS doit transmettre à la caisse de rattachement et l'ARS conformément à l'article 54 de la convention médicale. L'ESS doit fournir :

- la liste nominative des professionnels adhérents à l'ESS : mise à jour et transmise à la caisse tous les ans à date anniversaire ;
- un rapport d'activité annuel afin de justifier du respect de ses missions incluant des indicateurs de suivi.

Pour une bonne gestion administrative et financière, l'ESS transmet également :

- le profil et les missions du coordinateur ;
- la présentation et la formalisation des coopérations mises en place avec les organisations existantes du territoire (CPTS, MSP, centres de santé, DAC, autres ESS, etc) ;
- un document annuel détaillant le fonctionnement et les perspectives de développement de l'ESS ;
- un bilan comptable annuel comportant un état des dépenses annuelles réalisées, signé par le président et le trésorier.

La caisse primaire se réserve le droit de rencontrer l'équipe de soins spécialisés en cas de carence ou de problème dans l'utilisation des fonds et de demander la communication de documents complémentaires.

Article 3. Modalités et durée d'adhésion au contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de la date de sa signature et sera renouvelé par tacite reconduction.

Article 4. Modalités de résiliation du contrat

Article 4.1. La résiliation à l'initiative de l'équipe de soins spécialisés

L'équipe de soins spécialisés signataires du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'Assurance Maladie et à l'ARS, tous deux signataires dudit contrat.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation.

Article 4.2. La résiliation par la caisse d'Assurance Maladie

Le contrat peut faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'Assurance Maladie et de l'ARS, d'un commun accord, dans les cas suivants :

- si l'ESS ne respecte pas de manière manifeste les termes du contrat en terme d'effectifs ou d'objectifs ;
- si l'organisme local d'assurance maladie et l'ARS constatent l'absence du déploiement des actions répondant à la mission socle financée dans un délai d'un an suivant la validation du projet de santé.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local d'Assurance Maladie et l'ARS.

Dans ce délai, l'ESS a la possibilité de saisir le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie et l'ARS qui disposent d'un délai d'un mois pour répondre à la saisine.

Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

Article 4.3. Les conséquences de la résiliation

En cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine :

- le versement de la dotation annuelle est interrompu ;
- l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation. L'ESS est tenue de procéder au remboursement dans un délai de 2 mois à compter de la date effective de la résiliation.

Fait à [LIEU] en 3 exemplaires, le [JJ/MM/AAAA]

Date de signature : [JJ/MM/AAAA]

Le directeur de l'ARS

[SIGNATURE]

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de [CAISSE]

[OU]

Le Directeur de la Caisse générale de Sécurité Sociale de [CAISSE]

[SIGNATURE]

Le président de l'association portant l'ESS :

[SIGNATURE]