

CAHIER DES CHARGES



Cahier des charges Equipes de soins spécialisés (ESS) Île-de-France

2025

ARS Île-de-France

Direction de l'offre de soins

Pôle Ville-Hôpital

Département Organisation des soins de ville

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	3
Contexte législatif	3
I. CREATION D'UNE EQUIPE DE SOINS SPECIALISES	4
Conditions	4
Rappel des conditions nationales	4
Précisions régionales	5
Démarches	5
Déposer une lettre d'intention (annexe 4 du cahier des charges national)	5
Validation de la lettre d'intention	6
Elaborer un projet de santé intégrant un plan de déploiement de l'ESS	6
Contenu du projet de santé	6
Validation du projet de santé	7
II. FINANCEMENT DES ESS	8
Le crédit d'amorçage (annexe 1 du cahier des charges national)	8
La dotation de fonctionnement (annexe 2 du cahier des charges national)	8
Rappel du processus	9
III. TRANSITION DES ESS EN FONCTIONNEMENT	9
Mise à jour du projet de santé	9
Contenu de la mise à jour	10
Validation du projet de santé	10
Financement	10
IV. ÉVALUATION DU DISPOSITIF	11
V. ACCOMPAGNEMENT PAR L'ARS ET L'ASSURANCE MALADIE	11
Lors de la création	11
Suivi et évaluation des ESS	12

PREAMBULE

Depuis plusieurs années, les modes d'organisation des professionnels de santé évoluent vers l'exercice coordonné. Ce mode d'exercice permet d'améliorer la prise en charge et l'accès aux soins des patients, la continuité des soins, et de rompre l'isolement des professionnels en favorisant les échanges et la coordination entre les confrères et les autres professionnels du parcours de soins.

La généralisation de ce mode d'exercice est visible pour l'offre de soins de premier recours. Toutefois, face à une démographie médicale en baisse sur de nombreuses spécialités, entraînant des difficultés d'accès aux soins, la coordination est identifiée comme une des solutions.

C'est dans cet objectif que la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a créé les équipes de soins spécialisés (ESS).

Dans une optique d'accompagnement des professionnels de santé, l'ARS constitue ce cahier des charges pour établir les attendus régionaux sur la création, le financement et le suivi des ESS.

Contexte législatif

Définies à l'article L. 1411-11-1 du Code de la Santé Publique, les ESS sont « *un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée AVEC l'ensemble des acteurs d'un territoire dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux. L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs des soins de premier recours à la structuration des parcours de santé* ».

Les ESS ont été intégrées dans la convention médicale en vigueur depuis le 22 juin 2024, aux 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. Ce cahier des charges national est disponible sur le site PAPS de l'ARS.

Par ailleurs l'instruction DGOS/AS2/CNAM/DPROF/2025/36 du 24 mars 2025 relative au déploiement des ESS précise les processus administratifs, organisationnels et de pilotage des ESS.

Le cahier des charges régional s'applique en complément du cahier des charges national pour préciser les conditions d'établissement des ESS en Île-de-France et aborde les points suivants :

- I. La création de l'ESS
- II. Le financement de l'ESS
- III. Les mesures transitoires pour les ESS existantes
- IV. L'évaluation du dispositif
- V. L'accompagnement

I. CREATION D'UNE EQUIPE DE SOINS SPECIALISES

Conditions

Rappel des conditions nationales

Pour pouvoir créer une ESS, les porteurs doivent respecter les conditions définies au cahier des charges national :

Périmètre géographique	• Territoire <i>a minima</i> 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
Seuil minimal d'adhérents (avec dynamique de progression)	• Au départ : au moins 10% des professionnels libéraux de la spécialité concernée du territoire couvert par l'ESS • Au terme d'un délai de 5 ans : 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	• Problématiques liées à une spécialité médicale et non à une pathologie
Articulation avec les structures existantes	• 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	• Articulation avec les professionnels hospitaliers
Structuration juridique	• 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 du cahier des charges national).
- 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 Commission paritaire nationale (CPN).

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 1er 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

Précisions régionales

En outre, pour la région Île de-France, une ESS doit couvrir le territoire régional. Il ne sera validé qu'une seule ESS par spécialité au sein de la région Île-de-France. Une ESS peut toutefois réunir plusieurs spécialités, si cela est pertinent, et sous réserve de validation par la CPN.

Les ESS doivent répondre à un besoin déterminé en termes de spécialités prioritaires en région, défini et communiqué chaque année par l'ARS et l'assurance maladie. Les besoins seront évalués à partir des critères suivants :

- Le nombre de spécialistes de la spécialité (démographie et densité)
- Le nombre de patients concernés
- Le besoin de coordination
- Le suivi en ville
- L'offre de soins de spécialité en ville
- Les priorités nationales
- Les priorités régionales et le projet régional de santé

Bien qu'ayant une vocation régionale, l'ESS peut démarrer son projet sur quelques départements avant de se déployer sur l'ensemble de la région, l'objectif étant la création d'une seule ESS pour chaque spécialité prioritaire.

Démarches

Déposer une lettre d'intention (annexe 4 du cahier des charges national)

La lettre d'intention doit être adressée au siège de l'ARS et à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du lieu d'implantation du siège de l'association porteuse via la plateforme Démarches Simplifiées ([Création d'une Equipe de Soins Spécialisés \(ESS\) · demarches-simplifiees.fr](https://demarches-simplifiees.fr)) et doit comprendre :

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

Validation de la lettre d'intention

Un comité de sélection composé de représentants de l'ARS et de l'Assurance Maladie (DCGDR + CPAM de rattachement), se réunira pour se prononcer sur la validation de la lettre d'intention.

Si plusieurs projets sur une même spécialité sont susceptibles d'être acceptés, les porteurs seront invités à collaborer pour créer une seule ESS avec un projet de santé commun afin de mieux répondre au besoin régional.

Elaborer un projet de santé intégrant un plan de déploiement de l'ESS

A compter de la décision de sélection, l'ESS transmet son projet de santé pour validation **dans les six mois**.

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.

Mission socle	Activités de l'ESS
Coordonner et sécuriser les prises en charge dans une logique « parcours »	- 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 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

Contenu du projet de santé

Le projet de santé doit comprendre les informations suivantes :

- Présentation du territoire
- Le diagnostic territorial relatif à la ou les spécialités concernées (incluant le nombre de médecins de la spécialité, les professionnels de santé intervenant dans le champ concerné, les besoins de la population, les établissements de santé, centres de référence, les établissements sociaux ou médico-sociaux, les réseaux...)
- La gouvernance : la liste des membres de l'ESS (composée de médecins libéraux personnes physiques), les modalités de participation des autres acteurs...

- Les missions et actions : objectifs, diagnostic/constat, patients/population concernés, actions à mettre en œuvre, modalités de suivi et d'évaluation
- Les modalités organisationnelles du travail :
 - messagerie sécurisée : l'utilisation d'une messagerie sécurisée est indispensable pour permettre aux professionnels de l'ESS d'échanger et de partager des informations et des données numériques de manière sécurisée
 - réunions de concertation pluriprofessionnelles
 - lien avec le médecin traitant
 - protocoles de coopération
 - système d'information partagé
- Les modalités d'articulation avec les établissements de santé, centres de référence, les établissements sociaux ou médico-sociaux, les réseaux...
- Les modalités d'articulation avec les dispositifs de coordination du territoire : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) et Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)
- Les modalités de déploiement territorial de l'ESS détaillant le fonctionnement de l'ESS et ses perspectives
- Les modalités d'évaluation

Validation du projet de santé

L'ARS valide le projet de santé en concertation avec la CPAM.

En application de l'instruction DGOS/AS2/CNAM/DPROF/2025/36, l'étude des projets de santé doit répondre à certaines questions :

- 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 ?

Le projet de santé est réputé validé, sauf décision contraire de l'ARS et de la CPAM dans un **délai de deux mois** suivant son dépôt sur démarches simplifiées.

L'ARS et la CPAM peuvent s'opposer au projet. Le refus doit être motivé sur la base de la non-adéquation avec les critères du cahier des charges du projet soumis par les porteurs, les critères conventionnels ou réglementaires, notamment le projet régional de santé, ou du risque de déstabilisation de l'offre de soins existante.

La décision sur le projet sera notifiée par écrit aux porteurs.

II. FINANCEMENT DES ESS

Les professionnels de santé souhaitant créer une ESS peuvent bénéficier d'un financement pour soutenir la création du projet, puis pour le fonctionnement de l'ESS.

Le crédit d'amorçage (annexe 1 du cahier des charges national)

Un crédit d'amorçage d'un montant total de 80 000€ est attribué à l'ESS après validation de la lettre d'intention. Le versement du crédit se fait en deux temps :

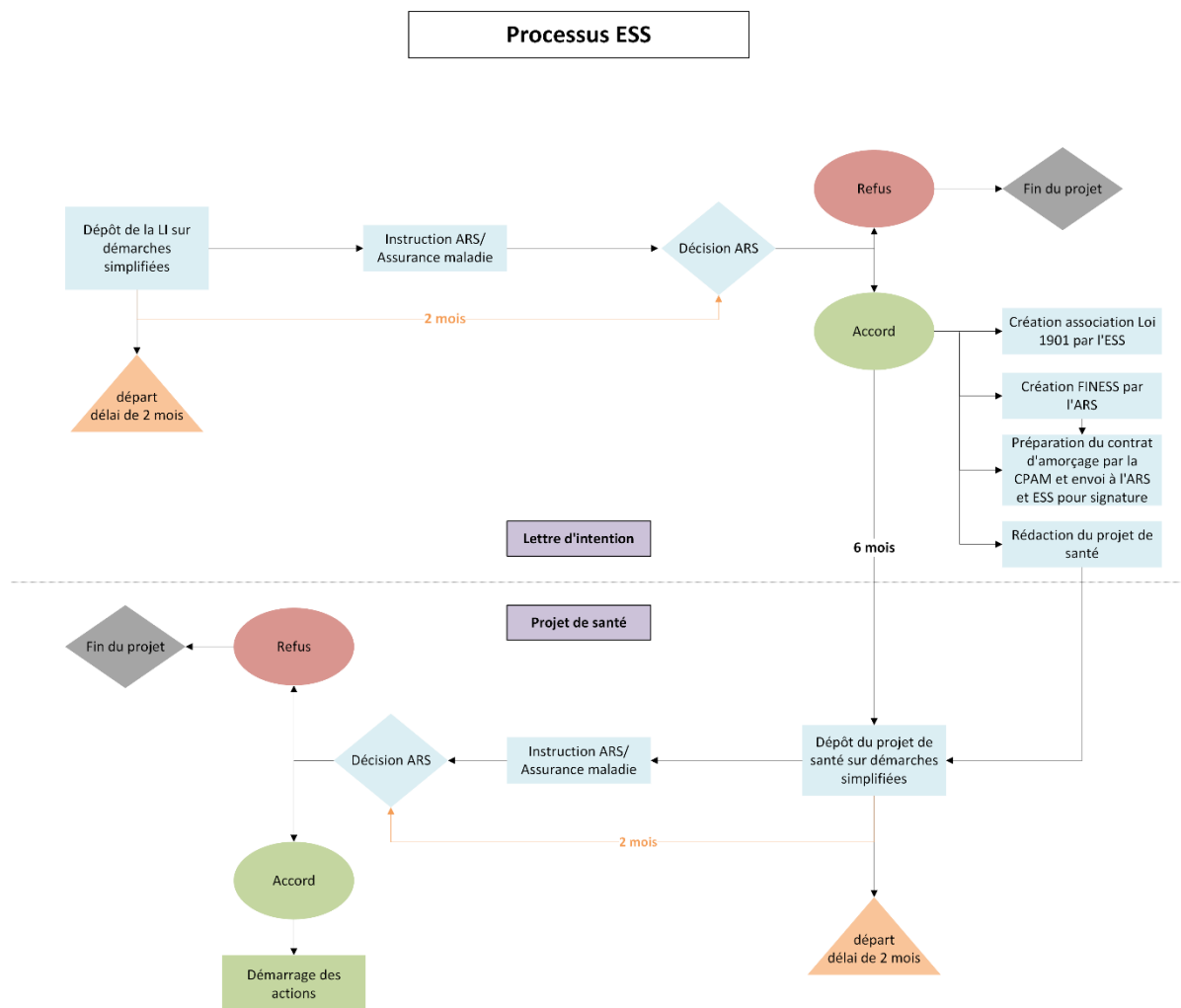
- 50% du crédit est versé par la CPAM de rattachement de l'ESS après signature d'un contrat tripartite ARS-CPAM-ESS. La signature du contrat est soumise à la validation préalable de la lettre d'intention et à la transmission, par le porteur de l'ESS, d'un budget prévisionnel. Ce premier règlement doit permettre d'assurer le démarrage des actions de la mission socle et la rédaction du projet de santé.
- 50% du crédit est versé par la CPAM de rattachement de l'ESS après validation du projet de santé. 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 socle, attestant du démarrage concret de l'ESS.

La dotation de fonctionnement (annexe 2 du cahier des charges national)

Une dotation annuelle de 50 000 € à 100 000 € pour la réalisation de l'ensemble des missions sera versée par la CPAM à l'issue du contrat d'amorçage. Son montant est déterminé et proratisé en fonction de la taille de l'ESS (au nombre exact de médecins sur l'année) :

- de 50 000 € pour 10 médecins adhérents (ayant signé le formulaire d'adhésion) ;
- à 100 000 € pour 100 médecins ou plus.

Rappel du processus



III. TRANSITION DES ESS EN FONCTIONNEMENT

Mise à jour du projet de santé

Les ESS dont le projet de santé a été validé antérieurement à l'entrée en vigueur de la convention médicale et de la publication des cahiers des charges national et régional et qui ne remplissent pas les conditions du cahier des charges national doivent mettre à jour leur projet de santé.

Les ESS recevront une demande de mise à jour de la part de l'ARS et disposeront d'un délai de six mois pour déposer le projet mis à jour, via démarches simplifiées.

Contenu de la mise à jour

Le projet devra mettre à jour :

- le diagnostic de territoire
- le nombre de spécialistes sur le territoire
- le nombre d'adhérents
- les actions du projet de santé

Une attention particulière devra être portée aux ESS ne remplissant pas les conditions conventionnelles de périmètre et d'adhésion. Des solutions pouvant permettre le redéploiement de ces ESS seront proposées en accord avec le comité de pilotage.

Validation du projet de santé

L'ARS valide le projet de santé en concertation avec la CPAM.

Le projet de santé est réputé validé, sauf décision contraire de l'ARS et de la CPAM dans un délai de deux mois suivant son dépôt sur démarches simplifiées.

L'ARS et la CPAM peuvent s'opposer au projet. Le refus 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.

La décision sur le projet sera notifiée par écrit aux porteurs via démarches simplifiées.

Financement

Les ESS en fonctionnement avant la publication du cahier des charges et qui respectent les cahiers des charges ne sont pas éligibles au versement du crédit d'amorçage conventionnel.

Ces ESS sont éligibles à la dotation annuelle de fonctionnement.

Toutefois, si l'ESS a déjà perçu un financement de l'ARS pour l'année en cours, elle ne peut bénéficier de la dotation de fonctionnement de la CPAM sur cette même période. Le contrat de dotation sera signé à l'issue du contrat de financement de l'ARS.

Les ESS ne respectant pas l'ensemble des éléments du cahier des charges national et qui s'engagent à se mettre en conformité bénéficient d'un financement maximum correspondant à 30% (24 000 €) du montant du crédit d'amorçage par l'Assurance maladie pour les travaux de conformité.

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

Les modalités sont précisées dans le cahier des charges national et l'instruction DGOS/AS2/CNAM/DPROF/2025/36.

IV. ÉVALUATION DU DISPOSITIF

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

D'autres indicateurs pourront être prévus.

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.

V. ACCOMPAGNEMENT PAR L'ARS ET L'ASSURANCE MALADIE

Lors de la création

Comme indiqué en partie I., un comité de sélection composé de représentants de l'ARS et de l'Assurance Maladie sera chargé de se prononcer sur la validation de la lettre d'intention et du projet de santé de chaque nouvelle ESS.

Les instances proposent une offre de service à destination des porteurs d'ESS sélectionnés pour élaborer un projet de santé. Elles peuvent les accompagner dans la création du diagnostic territorial en fournissant des données, en proposant des modèles de projets de santé et organiser des réunions pour discuter de l'élaboration et des attentes des institutions.

Concernant la transition des ESS en fonctionnement, l'ARS transmettra les informations nécessaires à l'assurance maladie, telles qu'une note récapitulative, incluant le financement et les objectifs, le projet de santé initial et le bilan des ESS.

Suivi et évaluation des ESS

Afin d'accompagner le déploiement et le fonctionnement des ESS, deux instances sont créées :

- **Un comité de pilotage** dont l'objectif est le suivi du déploiement des ESS au niveau régional. Ce comité piloté par l'ARS sera composé de représentants de l'ARS, de la DCGDR des référents médicaux. Le comité se réunira une fois par an.
- **Un comité de suivi**, piloté par l'Assurance maladie, dont l'objectif est de suivre les actions de ESS et leurs indicateurs, de proposer un accompagnement et d'organiser le dialogue de gestion annuel. Ce comité est composé des représentants de l'ESS, de l'ARS et de la CPAM de rattachement et se réunira une fois par an.