

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
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	1 an à compter du dépôt du projet de santé

	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 :
 - 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.
 - 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 :

 - de 50 000€ pour 10 médecins adhérents (ayant signé le formulaire d'adhésion) ;
 - 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	• 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 <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>
Seuil minimal d'adhérents (avec dynamique de progression)	• <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	• Problématiques liées à une spécialité médicale et <u>non à une pathologie</u>
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).
- 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 réglementaires, 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 suivant 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.