

CONVENTION MÉDICALE 2024-2029

Les Équipes de Soins Spécialisés (ESS)

Cadre conventionnel, cartographie des équipes abouties, contradictions de financement — avec un focus dermatologie

Document de travail expert

Analyse du cadre de la convention médicale relatif aux ESS

Historique, gouvernance, financement et pistes de solution

Établi le 23 juillet 2026

Références des textes citées en fin de document

Document de synthèse fondé exclusivement sur des sources publiques référencées (Assurance Maladie, ARS, URPS, syndicats, sites des ESS). Aucune donnée n'a été inventée ; chaque affirmation chiffrée renvoie à une source listée en annexe. Les éléments postérieurs peuvent avoir évolué : vérifier les textes officiels avant tout usage réglementaire.

Sommaire

1. Ce qu'est une ESS — définition et fondement juridique
2. Le cadre de la convention médicale 2024–2029
3. Historique de la création des ESS et médecins à l'origine
4. Focus dermatologie
5. Cartographie des ESS abouties ou en cours
6. Les contradictions de financement
7. Les solutions que nous pouvons apporter
8. Références des textes et sources

1. Ce qu'est une ESS — définition et fondement juridique

Une **Équipe de Soins Spécialisés (ESS)** est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une même spécialité, hors médecine générale, qui choisissent 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'ESS contribue, avec les acteurs des soins de premier recours, à la structuration des parcours de santé.

La notion est créée par la **loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019** relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (loi « Ma Santé 2022 »), dont l'**article 18** introduit l'**article L. 1411-11-1 du code de la santé publique**. Elle vient compléter, pour le second recours, ce que les équipes de soins primaires et les CPTS organisent pour le premier recours.

L'IDÉE-FORCE

L'ESS structure l'offre de **second recours** sur un territoire : elle organise une réponse rapide aux demandes d'avis spécialisé des médecins traitants (téléexpertise et/ou consultation), et articule les spécialistes libéraux avec les soins primaires (CPTS) d'un côté et le troisième recours hospitalier de l'autre.

Entre 2019 et 2024, le dispositif est resté dans un flou réglementaire : quelques projets pionniers ont vu le jour, souvent financés à titre expérimental par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) des ARS, mais l'absence de cadre national a empêché un déploiement de masse. La **convention médicale 2024–2029**, signée le **4 juin 2024**, fait entrer les ESS dans le droit commun conventionnel avec un financement dédié.

2. Le cadre de la convention médicale 2024–2029

Le titre 5 de la convention définit précisément les ESS, leurs missions, leurs conditions de création, leur financement et leur gouvernance (dispositions principalement portées par les articles 53 à 55).

2.1 Missions

La convention distingue une **mission socle** et une **mission optionnelle** :

- **Mission socle** — coordonner et sécuriser les prises en charge dans une logique « parcours » : proposer une réponse adaptée au besoin du premier recours (médecin traitant en tête) en rendant des avis spécialisés dans des délais raisonnables, sous forme de téléexpertise et/ou de consultation présenteielle, et en facilitant l'accès aux soins non programmés de la spécialité.
- **Mission optionnelle** — améliorer l'égal accès aux soins de spécialité, sur le plan géographique et financier, en particulier dans les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP).

Chaque année, l'ESS remet un **rapport d'activité** à la CPAM et à l'ARS de son territoire, faisant état du respect de ces missions et de l'état de ses effectifs.

2.2 Conditions de création

Critère	Exigence conventionnelle
Périmètre géographique	Territoire continu clairement défini, a minima départemental (idéalement régional), non déjà couvert par une autre ESS de la même spécialité ; au moins 10 médecins de la spécialité présents sur ce territoire.
Masse critique d'adhérents	Réunir au moins 10 % des professionnels libéraux de la spécialité du territoire, avec une cible d'intégration à terme de 50 % .
Objet	Traiter des problématiques d'une spécialité « au sens large », sans se limiter à une seule pathologie.
Articulation territoriale	Collaborer avec les CPTS et les DAC ; formaliser les liens avec les établissements de santé et les professionnels hospitaliers.

La création se fait par déclaration du porteur de projet (lettre d'intention + projet de santé) sur *demarches-simplifiees.fr*, auprès de l'ARS et de la ou des CPAM concernées. Le projet est **réputé validé sauf avis contraire motivé** de l'ARS et/ou de la CPAM dans un délai de **2 mois**.

2.3 Financement

80 000 € CRÉDIT D'AMORÇAGE (À LA SIGNATURE)	50–100 k€ DOTATION ANNUELLE DE FONCTIONNEMENT	2 mois DÉLAI DE VALIDATION TACITE
---	---	---

La signature du contrat ouvre droit à un **crédit d'amorçage de 80 000 €** (relevé de 40 000 € dans le projet initial). L'ESS bénéficie ensuite d'une **dotatation annuelle de 50 000 € à 100 000 €**, proratisée à sa taille : environ 50 000 € pour une équipe de 10 médecins, jusqu'à 100 000 € pour les équipes de 100 médecins et plus. Les partenaires conventionnels prévoient de réévaluer ces montants au vu des résultats constatés.

2.4 Gouvernance

La gouvernance est assurée **exclusivement par les médecins spécialistes libéraux de l'équipe, en tant que personnes physiques**. Des modalités de consultation, voire de participation, peuvent être ouvertes aux CPTS ou à des professionnels hospitaliers, mais la direction reste entre les mains des libéraux de la spécialité.

3. Historique de la création des ESS et médecins à l'origine

Date	Jalon
24 juillet 2019	Loi n° 2019-774 « Ma Santé 2022 » : création de la notion d'ESS (art. 18 → art. L. 1411-11-1 CSP).
Nov.–déc. 2019	Création de la première ESS de France : l'ESSDV-IDF en dermatologie-vénéréologie (Île-de-France).
Depuis 2020	Les Spécialistes CSMF précisent le modèle avec la DGOS et des groupes de travail de la CNAM.
Depuis 2021	Des projets d'ESS sont validés par les ARS sur un mode expérimental, financés par des fonds FIR.
Juillet 2023	Expérimentation ESS Cardio+ (article 51) déployée en AuRA, Centre-Val de Loire et Pays de la Loire.
4 juin 2024	La convention médicale 2024–2029 fixe le cadre conventionnel et le financement de droit commun.
Juin 2025	Naissance de la Fendess , Fédération nationale des équipes de soins spécialisés.
1er janv. 2025	Date prévue de démarrage du financement conventionnel par les CPAM.
10 juin 2026	Officialisation des deux premières ESS d'Auvergne-Rhône-Alpes (pédiatrie et dermatologie).

Les pionniers : l'ESSDV Île-de-France (dermatologie)

La toute première ESS française est née en **Île-de-France, en dermatologie-vénéréologie**. Créée par convention en **novembre 2019** et présentée publiquement le **12 décembre 2019**, l'ESSDV-IDF a été portée par les dermatologues libéraux franciliens avec le soutien de l'URPS médecins libéraux Île-de-France et de l'ARS. Elle réunissait dès l'origine une quarantaine de dermatologues adhérents et a bénéficié d'un financement ARS de **80 000 € pour ses 18 premiers mois**, via un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

BUREAU DE L'ESSDV-IDF (MÉDECINS À L'ORIGINE)

Fonction	Médecin (dermatologue)
Président	Dr Luc SULIMOVIC
Vice-Président	Dr Jacques SAVARY
Secrétaire Générale	Dr Maud BEZIER
Secrétaire adjointe	Dr Catherine GAUCHER
Trésorière	Dr Catherine OLIVERES-GHOUTI
Trésorière adjointe	Dr Malika HAZI

Le rôle moteur du syndicat des Spécialistes CSMF est également revendiqué dans la conception du modèle ESS dès 2020, aux côtés de la DGOS et de la CNAM.

4. Focus dermatologie

La dermatologie est à la fois **la spécialité fondatrice** du dispositif ESS et l'un de ses terrains les plus pertinents, en raison d'une démographie médicale très tendue et d'enjeux forts en onco-dermatologie.

4.1 Le contexte démographique qui a déclenché l'ESSDV-IDF

- Entre **2009 et 2017**, le nombre de dermatologues libéraux a chuté de **25 %** en Île-de-France (jusqu'à -40 % en Seine-et-Marne sur huit ans).
- Moins de **700 dermatologues libéraux** exerçaient dans la région au moment de la création, dont **62 % âgés de plus de 60 ans** — des départs massifs non compensés par les installations.

UNE PROFESSION SOUS PERFUSION DES RETRAITÉS — CHIFFRES CARMF

Le maintien de l'offre repose de plus en plus sur le cumul emploi-retraite : selon la CARMF, les **retraités actifs représentent 17 % des dermatologues libéraux**, avec un **âge moyen de 72,4 ans**, et leur nombre a bondi de **+71,3 %**. L'âge moyen de départ à la retraite recule (de **65,96 ans en 2018 à 66,94 ans en 2024**). Sans ce report d'activité, la chute des effectifs serait encore plus brutale.

4.2 Les missions de l'ESSDV-IDF

L'équipe organise l'accès aux soins programmés et non programmés en dermatologie et fluidifie deux parcours prioritaires : l'**onco-dermatologie** (dépistage des cancers cutanés, lien ville-hôpital, RCP libérales ou hospitalo-libérales) et les **dermatoses inflammatoires** (psoriasis, dermatite atopique, maladie de Verneuil), avec un enjeu réglementaire sur la primo-prescription de biothérapies en ville, la formation et l'éducation thérapeutique. Deux réseaux de télé-expertise structurent l'activité : un réseau oncodermatologie et un réseau dédié aux dermatoses chroniques inflammatoires. L'équipe s'appuie sur un large partenariat de CPTS franciliennes et des centres de référence hospitaliers.

4.3 La deuxième vague : l'ESS Dermatologie du Rhône (ESSDR / DermaLyon)

Officialisée le 10 juin 2026 en Auvergne-Rhône-Alpes et opérationnelle depuis 2026, l'**ESSDR** réunit **34 dermatologues libéraux** sur le territoire du Rhône. Son objet : améliorer l'accès aux soins dermatologiques urgents pour les patients sans dermatologue référent, via un point d'entrée unique (Omnidoc « ESS Dermatologie du Rhône – DermaLyon ») offrant deux parcours :

- **Télé-expertise (réseau DermaLyon)** pour les urgences carcinologiques (lésion unique suspecte, mélanome évident, critères ABCDE, lésion ulcérée non cicatrisante...), avec un délai de traitement de 7 jours maximum.
- **Adressage direct** en consultation prioritaire (acné, psoriasis, eczéma, urticaire sévères non contrôlés ; éruption aiguë de moins de 3 mois sans critère d'hospitalisation), avec prise de rendez-vous gérée par l'ESS.

À noter : l'ESSDR cible l'urgence et la sévérité, et ne prend pas en charge les demandes de simple dépistage cutané.

ENSEIGNEMENT DU FOCUS DERMATO

Le modèle dermatologique montre que l'ESS fonctionne quand elle combine trois leviers : un **point d'entrée unique et numérique** (téléexpertise), un **tri médicalisé** qui protège le temps spécialiste, et un **parcours d'adressage priorisé** vers la ville plutôt que l'hôpital. C'est reproductible dans toute spécialité à démographie tendue.

4.4 Carte de la densité de dermatologues (CNOM)

La carte ci-dessous classe les régions selon la densité de dermatologues rapportée par le CNOM, et superpose les ESS de dermatologie existantes. Elle éclaire directement la question de l'accès : la densité nationale n'est que de **3,26 dermatologues pour 100 000 habitants** (dermatologues actifs, 2022), très en deçà du **seuil fonctionnel estimé à 5-6** — que **seules l'Île-de-France et PACA** atteignent.

3,26

DERMATOLOGUES / 100
000 HAB. (NATIONAL)

-22,1 %

EFFECTIFS 2014 → 2022

≈ 50 %

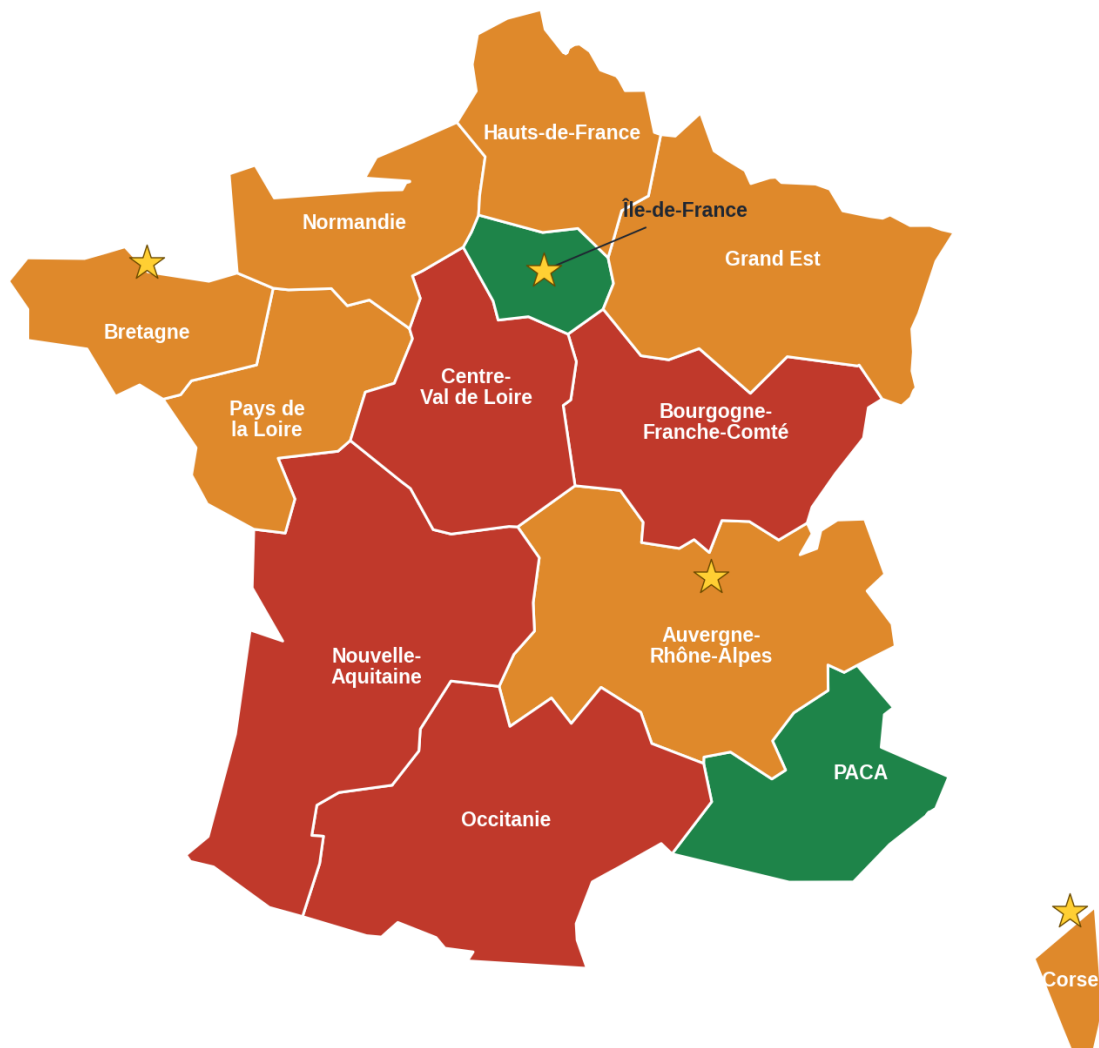
DERMATOLOGUES DE
PLUS DE 60 ANS

104 j

DÉLAI MOYEN DE RDV
(2023)

Densité de dermatologues par région & implantation des ESS dermato

Classement d'après le CNOM (densité nationale 3,26/100 000 hab. ; seuil fonctionnel estimé 5–6). ★ = ESS de dermatologie.



- Densité ≥ seuil fonctionnel (5–6/100 000) — seules Île-de-France et PACA
- Densité sous la cible (proche de la moyenne nationale 3,26/100 000)
- Sous-densité critique — région comptant au moins un département sans dermatologue
- ★ ESS de dermatologie active (Île-de-France, Bretagne, Auvergne-Rhône-Alpes, Corse)

Départements sans aucun dermatologue en activité (CNOM 2023) : Lozère, Creuse, Indre, Nièvre.

Fond de carte : contours réels des régions administratives françaises (source : Eurostat – Nuts2json).

SYNTHÈSE — POURQUOI L'ESS EST LA BONNE RÉPONSE EN DERMATOLOGIE

La dermatologie cumule les facteurs de tension : effectifs en chute (–22,1 % entre 2014 et 2022), profession vieillissante et dépendante des retraités actifs (CARMF), densité nationale (3,26/100 000) très inférieure au seuil fonctionnel, quatre régions abritant des départements *sans aucun dermatologue* (Lozère, Creuse, Indre, Nièvre) et des délais de rendez-vous de l'ordre de 3–4 mois. Dans ce contexte, augmenter le nombre d'internes est nécessaire mais ne produira d'effet qu'à un horizon de 10–15 ans.

L'ESS agit, elle, à court terme et sur l'organisation : point d'entrée unique, tri médicalisé par téléexpertise et adressage priorisé permettent de concentrer le temps spécialiste rare sur les situations à risque. Les résultats le confirment — DermaLyon vise 7 jours pour une suspicion de mélanome, et l'ESS Oncobreizh rapporte un délai de réponse médian de 12 heures (40 % des téléexpertises nécessitant ensuite une consultation présentielle). L'ESS n'augmente pas le nombre de dermatologues : elle fait en sorte que la ressource existante soit mobilisée au bon moment, pour le bon patient — précisément là où la densité est la plus faible.

5. Cartographie des ESS abouties ou en cours

À la constitution de la **Fendess** (juin 2025), la fédération recensait **15 équipes de soins spécialisés sur 8 régions**, couvrant **11 spécialités** hors médecine générale : cardiologie, neurologie, dermatologie, ophtalmologie, néphrologie, gastro-entérologie, angiologie, psychiatrie, orthopédie, rhumatologie et endocrinologie.

5.0 Carte territoriale des ESS

La carte ci-dessous positionne, région par région, les Équipes de Soins Spécialisés recensées, la population régionale (ordre de grandeur INSEE) et les régions ne disposant d'aucune ESS identifiée — assimilées ici à des **zones prioritaires** au regard de l'accès aux soins de spécialité.

9 / 13

RÉGIONS MÉTROPOLITAINES
AVEC ≥ 1 ESS

≈ 73 %

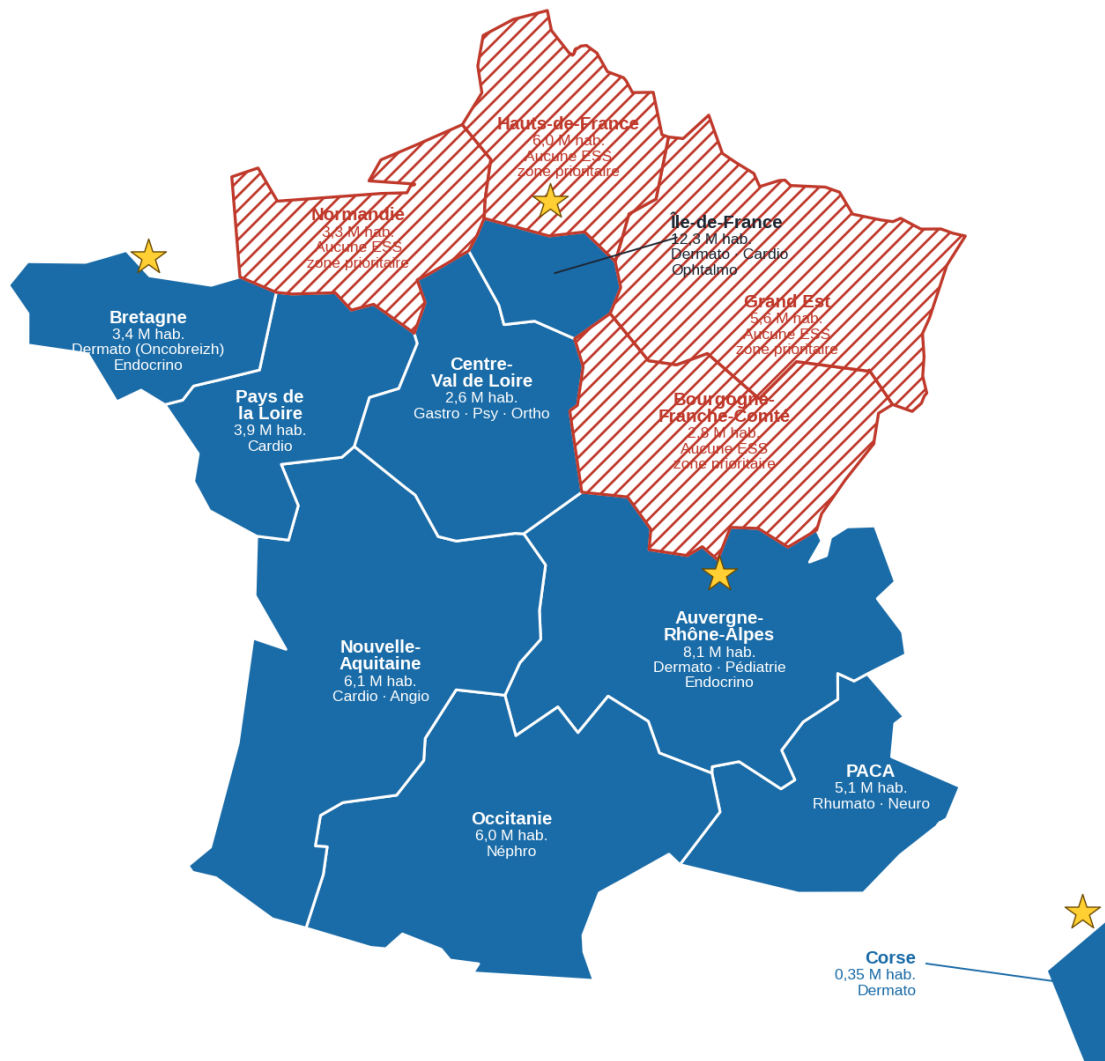
POPULATION EN RÉGION
COUVERTE*

≈ 17,7 M

HABITANTS EN RÉGION SANS ESS

Carte des Équipes de Soins Spécialisés en France

Carte par région — présence d'ESS, population et zones non couvertes



■ Région disposant d'au moins une ESS (9 régions)

■ Région sans ESS recensée — zone prioritaire / sous-dense (4 régions)

★ ESS de dermatologie (IDF, Bretagne, AuRA, Corse)

Population : estimation INSEE (ordre de grandeur).

Fond de carte : contours réels des régions administratives françaises (source : Eurostat – Nuts2json).

LECTURE — ZONES SOUS-DENSES EN SPÉCIALISTES

Quatre régions ne comptent aucune ESS recensée : **Hauts-de-France, Grand Est, Normandie, Bourgogne-Franche-Comté** (≈ 17,7 M habitants). Ce sont des zones prioritaires pour le déploiement. Au-delà, la sous-densité en spécialistes est d'abord un phénomène *infra-régional* : elle frappe les départements ruraux et périurbains de toutes les régions — y compris couvertes. L'exemple documenté de la dermatologie francilienne (–25 % de dermatologues libéraux entre 2009 et 2017, 62

% de plus de 60 ans) illustre que même une région densément peuplée peut être en tension spécialiste.

* Part de la population métropolitaine résidant dans une région où existe au moins une ESS. Il s'agit d'une couverture **théorique** : les ESS agissent par spécialité et sur un territoire défini (souvent départemental), si bien que la population effectivement desservie, pour une spécialité donnée, est nettement inférieure.

5.1 Équipes et référents identifiés (Fendess, 2025)

Référent	Spécialité	Région
Dr Patrick Assyag	Cardiologie	Île-de-France
Dr Patrick Simon-Laneuville	Ophtalmologie (chirurgie)	Île-de-France
Dr Erick Aouizerate	Cardiologie	Nouvelle-Aquitaine
Dr Benoit Magdelaine	Cardiologie	Nouvelle-Aquitaine
Dr Roman Senamaud	Angiologie	Nouvelle-Aquitaine
Dr Eric Senbel	Rhumatologie	PACA
Dr Bruno Perrouy	Neurologie	PACA (Vaucluse)
Dr Alexandre Decourt	Néphrologie	Occitanie
Dr Olivier Fourdan	Gastro-entérologie / hépatologie	Centre-Val de Loire
Dr Nathalie Gisbert	Psychiatrie	Centre-Val de Loire
Dr Jean-Christian Balestro	Orthopédie	Centre-Val de Loire
Dr Laurence Ollivaud Ortoli	Dermatologie	Corse
Dr Perrine Pichon	Endocrinologie	Bretagne
Dr Thierry Garban	Cardiologie (projet art. 51)	Pays de la Loire
Dr Jean-Baptiste Caillard	Cardiologie	Pays de la Loire

5.2 Équipes emblématiques et résultats mesurés

ESS	Spécialité / territoire	Résultats rapportés
ESSDV-IDF	Dermatologie — Île-de-France	Première ESS de France (2019) ; ~40 dermatologues à l'origine ; deux réseaux de téléexpertise (onco-dermato et dermatoses inflammatoires).
ESS cardiologie IDF	Cardiologie — Île-de-France	Près de 10 000 patients pris en charge pour un avis spécialisé en urgence depuis la création.
ESS neurologie du Vaucluse	Neurologie — PACA	En ~2 ans : 3 000 nouveaux patients , 1 000 patients en soins non programmés, 300 télé-expertises, 100 adresses en centres experts de 3e recours, dans un territoire en forte tension démographique.
ESSDR / DermaLyon	Dermatologie — Rhône (AuRA)	34 dermatologues ; parcours urgences carcinologiques + adressage priorisé ; délai cible 7 jours.

5.3 Auvergne-Rhône-Alpes : une région-vitrine

Projet	Statut	Périmètre / objet
ESSDR (dermatologie)	Opérationnelle 2026	Rhône ; urgences dermato et suspicions de cancer cutané.
ESS AuRAPédia (pédiatrie)	Projet signé juin 2026	Région entière ; asthme, obésité, développement de l'enfant ; annuaire cartographique des pédiatres.
ESS Endoc AuRA (endocrinologie)	Lettre d'intention validée (2025)	Région ; téléexpertise sous 5 jours, astreinte 7/7, éducation thérapeutique.
ESS psychiatrie	En préfiguration	Région ; télé-supervision, appui aux médecins généralistes.

6. Les contradictions de financement

Alors que la convention affiche une ambition claire et des montants attractifs, le déploiement réel des ESS s'est heurté, dès 2025, à une série de contradictions entre le texte conventionnel et sa mise en œuvre par les caisses. Le constat d'Avenir Spé et de la CSMF (septembre 2025) est sans ambiguïté : « *il faut sauver rapidement les ESS* ».

CONTRADICTION N°1 — LE SEUIL D'ADHÉRENTS

La convention prévoit **10 médecins de la spécialité sur le territoire** pour candidater, avec une cible de 10 % puis 50 % d'adhérents à *terme*. Or les CPAM exigent dans les faits **10 médecins déjà adhérents dès le départ**. Cette lecture restrictive inverse la logique du texte (une montée en charge progressive) et bloque l'amorçage, précisément là où les spécialistes sont rares.

CONTRADICTION N°2 — LE CALENDRIER DE FINANCEMENT

Le financement conventionnel par les CPAM devait démarrer le **1er janvier 2025**. Au **1er juillet 2025**, une seule ESS avait perçu des fonds conventionnels ; au **1er septembre 2025**, elles n'étaient que **trois**. Ce décalage décourage les porteurs de projets qui ont engagé du temps médical et des frais de structure sans contrepartie.

CONTRADICTION N°3 — LA TRANSITION FIR → CONVENTIONNEL

Les ESS pionnières ont été amorcées par des **fonds FIR** des ARS (expérimentations depuis 2021) ou par des CPOM régionaux. Le passage à la dotation conventionnelle nationale n'a pas été fluide : cahier des charges à préciser en CPN, modèle de contrat tripartite à stabiliser, articulation ARS/CPAM à clarifier — d'où des ruptures de financement pour des équipes pourtant déjà actives.

CONTRADICTION N°4 — AMBITION TERRITORIALE VS. RÉALITÉ DÉMOGRAPHIQUE

Les ESS sont les plus utiles **là où les spécialistes manquent** (territoires sous-denses). Mais les critères de masse critique (seuil d'adhérents, 10 spécialistes sur le territoire) sont les plus difficiles à réunir dans ces mêmes territoires. Le dispositif risque ainsi de se concentrer là où l'offre est déjà la mieux dotée.

CONTRADICTION N°5 — CHARGE ADMINISTRATIVE VS. TEMPS MÉDICAL

La convention reconnaît le besoin de démarches « les moins chronophages possibles », mais la coexistence de la déclaration simplifiée, du projet de santé, du rapport d'activité annuel et des exigences des caisses alourdit la charge pour des équipes gouvernées bénévolement par des praticiens en exercice.

Face à ce constat, Avenir Spé et la CSMF ont demandé au Directeur Général de la CNAM la réunion en urgence d'un groupe de travail pour ajuster les conditions de mise en place et de financement — la convention prévoyant elle-même un suivi du déploiement et des ajustements « si besoin ».

7. Les solutions que nous pouvons apporter

Les contradictions ci-dessus sont largement solubles sans rouvrir la convention : elles relèvent surtout de l'interprétation des critères et de la mécanique de financement. Pistes d'action :

Levier	Solution proposée
Rétablir la lecture du texte sur le seuil	Faire acter en CPN que le seuil de 10 médecins s'entend sur le territoire (potentiel d'adhésion), le 10 % / 50 % étant une cible progressive, avec une trajectoire d'adhésion sur 24–36 mois plutôt qu'un prérequis d'entrée.
Débloquer le crédit d'amorçage	Verser le crédit d'amorçage dès la validation tacite à 2 mois , indépendamment de l'atteinte de la cible d'adhérents, pour financer la structuration initiale (coordination, SI, téléexpertise).
Sécuriser la transition FIR → conventionnel	Garantir une continuité de financement aux ESS déjà actives sous FIR/CPOM le temps de la bascule, via un avenant transitoire, pour éviter toute rupture.
Adapter les critères aux zones sous-denses	Prévoir des seuils dérogatoires en ZIP / territoires sous-denses (masse critique abaissée, périmètre pluri-départemental admis) là où l'ESS est la plus nécessaire.
Alléger la charge administrative	Modèle unique de contrat tripartite (ARS-CPAM-ESS), rapport d'activité standardisé et pré-rempli à partir des données de téléexpertise, guichet unique de déclaration.
Capitaliser sur les modèles qui marchent	Diffuser les parcours-types éprouvés (dermatologie : point d'entrée unique + tri médicalisé + adressage priorisé ; neurologie du Vaucluse ; cardiologie IDF) comme référentiels transposables.
Mesurer pour réévaluer	Construire un jeu d'indicateurs communs (patients pris en charge, délais, soins non programmés, téléexpertises, adressages 3e recours) pour objectiver l'impact et justifier la revalorisation prévue des dotations.
Structurer la voix collective	S'appuyer sur la Fendess pour porter ces ajustements auprès de la CNAM et mutualiser outils, SI et ingénierie de projet entre équipes.

SYNTHÈSE

Le cadre conventionnel est solide et le financement existe ; l'enjeu n'est plus réglementaire mais **opérationnel**. Sécuriser l'amorçage, assouplir les seuils dans les territoires sous-denses et fluidifier la bascule FIR → conventionnel suffiraient à transformer une poignée d'ESS financées en un véritable maillage national.

8. Références des textes et sources

Textes juridiques et conventionnels

- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, **article 18** (créé l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique).
- Code de la santé publique, **article L. 1411-11-1** (définition de l'équipe de soins spécialisés).
- Convention médicale 2024–2029, signée le 4 juin 2024 — **titre 5**, articles 53 (missions), 54 et 55 (conditions de création, financement, gouvernance).

Sources publiques consultées

- Assurance Maladie — « L'aide à la création et au financement des équipes de soins spécialisés », ameli.fr : ameli.fr
- Omnidoc — « Convention médicale 2024-2029 : ce qui change pour les ESS » (25 juillet 2024) : omnidoc.fr
- CSMF — « Équipes de soins spécialisés : la force du collectif » (30 août 2024) : csmf.org
- Avenir Spé et la CSMF — « Il faut sauver rapidement les Équipes de Soins Spécialisées » (Dr Bruno Perrouy, 12 septembre 2025) : lesspecialistescsmf.org
- URPS médecins libéraux Île-de-France — « Première Équipe de soins spécialisés en dermatologie » (communiqué, 12 décembre 2019) : urps-med-idf.org
- ESSDV-IDF — Site officiel de l'Équipe de Soins Spécialisés en Dermatologie et Vénéréologie Île-de-France (bureau, missions, réseaux de téléexpertise) : essdv-idf.org
- ARS Auvergne-Rhône-Alpes — « Les deux premières équipes de soins spécialisées créées en Auvergne-Rhône-Alpes, en pédiatrie et en dermatologie » (10 juin 2026) : ars.sante.fr
- URPS Médecins AuRA — « Les ESS en Auvergne-Rhône-Alpes » (ESSDR/DermaLyon, AuRAPédia, Endoc AuRA, psychiatrie) : urps-med-aura.fr
- Réseau Pro Santé / Revue des Jeunes Dermatologues (FVDF-RJD n°3) — V. Hébert, I. Berkaoui, I. Le Hir-Garreau, « Démographie en dermatologie en 2025 : état des lieux et perspectives » (30 sept. 2025) : reseauprosante.fr
- Conseil National de l'Ordre des Médecins — Atlas de la démographie médicale en France (situations au 1er janvier 2024 et 2025) et Rapport d'activité 2023 : conseil-national.medecin.fr
- Profil Médecin (d'après DREES et CNOM) — « Chiffres clés : Dermatologue » (densité par région, 2022) : profilmedecin.fr
- Le Quotidien du Médecin — « Naissance de la Fédération des équipes de soins spécialisés » (Fendess, 13 juin 2025) : lequotidiendumedecin.fr

Document établi le 23 juillet 2026 à partir de sources publiques. Les chiffres et statuts (nombre d'ESS financées, projets en cours) sont datés et susceptibles d'avoir évolué ; se référer aux textes officiels et aux ARS/CPAM compétentes pour toute démarche.