



INFORMATIONS SUR LES CPTS

I. LE CADRE LEGISLATIF :

Le Code de Santé publique, livre IV, Titre III légifère dans le chapitre IV sur la territorialisation de la politique de santé et section 4, sur les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)
[Section 4 : Communautés professionnelles territoriales de santé \(Articles L1434-12 à L1434-13\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

Art L1434-12 :

« La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours (...) formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. »

Selon l'art. L. 1434-12-2, les CPTS peuvent assurer, via une convention,

« une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

1° L'amélioration de l'accès aux soins ;*

2° L'organisation de parcours de soins associant plusieurs professionnels de santé ;*

3° Le développement d'actions territoriales de prévention ;*

4° Le développement de la qualité et de la pertinence des soins ;

5° L'accompagnement des professionnels de santé sur leur territoire ;

6° La participation à la réponse aux crises sanitaires ;* »

(*missions prioritaires dites socles)

Or pour être éligible au contrat prévu par l'**Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)** signé le 20 juin 2019 avec l'UNCAM, complété de 2 avenants signés 23 mars 2020 et le 20 décembre 2021, la CPTS doit élaborer un projet de santé validé par l'ARS et créer une association de loi 1901.

Le financement des CPTS varie selon :

- le territoire et sa population donc le bassin de vie de la structure définissant sa taille, de 1 à 4, avant le démarrage des missions choisies, avec un financement initial de 87.500 à 157.500 euros,
- les missions socles et/ou optionnelles voulues avec un **total cumulable possible de 287.500 euros à 580.000 euros/an**, réévalué annuellement.

[Exercice coordonné : Constitution d'une CPTS | ameli.fr | Exercice coordonné](#)

Les CPTS permettent donc aux soignants de devenir des acteurs privilégiés de leurs territoires mais ces prérogatives vont de pair avec une nouvelle **OBLIGATION POPULATIONNELLE**.

De plus, les ACI soumis à des critères et des objectifs définis par les CPAM augmentent encore le poids à l'encontre de l'exercice libéral, et la **MAIN MISE DE L'ETAT** sur l'organisation du système de soins et des soignants, réduits à répondre à ces exigences pour espérer obtenir les subventions ad hoc.

Ainsi, les CPTS sont-elles réellement des outils entre les mains des soignants pour l'amélioration de

l'accès et de la qualité des soins ou un carcan à l'encontre de la médecine libérale, enchaînée à des subventions dépendantes de critères de plus en plus contraignants ?

II. CPTS : ORGANISATION D'AVENIR ou de la FIN PROGRAMMEE de la MEDECINE LIBERALE ?

L'évolution législative, dont ses avenants, les récents textes de lois votés en première lecture à l'Assemblée Nationale mais aussi certains éléments de travail proposés par la CNAM font des CPTS, les vecteurs privilégiés des futures contraintes imposées aux médecins libéraux.

Ila/ Avenant 2, signé le 20 décembre 2021, toujours plus de contraintes et d'obligations :
[Avis relatif à l'avenant 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés professionnelles territoriales de santé, signé le 20 décembre 2021 - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

Article 2 - pour les indicateurs de suivi de la mission d'amélioration d'accès aux soins :

- l'objectif à peine édulcoré est de contractualiser les échecs de l'État en exigeant à toujours moins de médecins installés d'assurer le suivi de toujours plus de patients, nous rendant de facto responsables d'un bassin de population en lieu et place de l'État :

« - progression de la patientèle avec médecin traitant dans la population couverte par la communauté professionnelle

- réduction du pourcentage de patients sans médecin traitant pour les patients en affection de longue durée, les patients âgés de plus de 70 ans et les patients couverts par la CMU-C ; »

- la volonté d'imposer aux médecins libéraux la gestion de la pénurie et d'accepter un exercice dégradé en examinant toujours plus de patients, soutenant un hôpital public en perdition et jetant un voile pudique sur la nécessaire responsabilisation des patients :

« - taux de passages aux urgences générales, pédiatriques et de gynécologie-obstétrique non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant) ;

- part des admissions directes en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville (indicateur croissant) ;

- nombre de médecins participant au SAS ;

- nombre de demandes du SAS ayant abouti à un rendez-vous par la CPTS. »

Article 3 - mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves :

l'ensemble des communautés professionnelles souscrivant au contrat conventionnel défini dans le présent accord ont vocation à apporter une réponse en cas de crise sanitaire grave au travers de la mise en œuvre d'un plan d'action qui devra être rédigé par la communauté (...)

Ainsi, on octroie aux CPTS signataires, les plus lourdes missions qui devraient être strictement régaliennes, de la prise en charge des blessés ou traumatisés à la suite d'attentats, d'émeutes mais aussi des épidémies, sans oublier les accidents nucléaires, chimiques et bactériologiques et de la gestion des pénuries et catastrophes climatiques avec nécessité de rédiger un plan d'action dédié...

Ilb/ Les CPTS, tellement désirables que l'État nous y pousse et subventionne nos adhésions :

- **Via le forfait structure et l'avenant 9** signé le 22 septembre 2021, avec cette obligation, subitement reportée d'une année pour bénéficier du forfait structure, de valider un critère socle 'd'implication

dans les démarches de prises en charge coordonnées' dont évidemment l'adhésion à une CPTS.

- **Un nouveau forfait dit CET, extravagante proposition de travail de la CNAM**, pour Contrat d'Engagement Territorial, qui offre une large place à l'adhésion aux CPTS et à la participation au SAS, dont elles sont facilitatrices, y conditionnant inégalement la revalorisation de nos actes...
[3ème bilatérale FMF-CNAM – Fédération des Médecins de France \(fmfpro.org\)](http://www.fmfpro.org)

Ilc/ Et en pleine négociations conventionnelles, la loi RIST-BERGE promeut le transfert de tâches aux IPA, évidemment sous l'égide de l'exercice coordonné et des CPTS :

- la proposition de loi RIST-BERGE n°362, votée en première lecture à l'Assemblée Nationale, article 1^{er}, offre, dans des structures qui ne sont autres que les CPTS, l'accès direct aux IPA mais aussi aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes.

Se posent alors les sérieuses questions : de pertes de chances et de retards possibles de prises en charge pour les patients, de la responsabilité partagée du médecin signataire de protocoles de délégations mais aussi de celle du médecin qui recevrait le compte-rendu de l'IPA, avec l'obligation de continuité des soins...

« II. – Dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, les infirmiers exerçant en pratique avancée peuvent pratiquer leur art sans prescription médicale. Un compte rendu des soins réalisés est adressé au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé. »

Enfin, alors que certains ne cessent de réciter leur leçon avec plus de coordinations, de concertations, de délégations et défendent aveuglement les CPTS, il est bon de rappeler qu'un acronyme, qu'un cahier des charges, qu'un cabinet de conseils, qu'une coordination et tant d'argent public dépensé dans ces structures, dont nous attendons toujours la démonstration de l'efficacité, n'ont pas créé, ex nihilo, la prise en charge coordonnée de nos patients.

Nos aïeux, nos pairs retraités, la très grande majorité des médecins en exercice n'ont pas besoin que des administratifs leur enseignent l'intérêt de la coordination, de la collégialité, bref l'art médical qui est une affaire d'hommes et de femmes et de relations humaines.

Oui, les CPTS sont devenues aujourd'hui et le seront plus encore demain un outil qui se dit être au service de l'organisation des soins et de ses acteurs mais s'avère finalement être une entrave à l'exercice libéral, imposant toujours plus de contraintes et demain de parcours de soins, de forfaitisations, etc. sans omettre le risque de privatisation des soins de 1^{er} recours et l'appétit probable des groupes financiers pour ces structures.

Libérez-vous des CPTS qui sont de nouveaux CHEVAUX DE TROIE à l'assaut de l'exercice libéral car ce que vous pensiez être créé pour vous a été imaginé pour diluer notre exercice, imposer les transferts de tâches, leurs protocolisations, les parcours de soins et in fine la fin de la médecine libérale lorsqu'elles se déploieront et feront loi sur tout le territoire.

LIBEREZ VOUS DE CES CHAINES : DEMISSIONNEZ ou faites part de votre NON-ADHESION aux CPTS ! Sans médecins, elles seront vidées de leur substance et de leurs prérogatives, elles s'écrouleront d'elles-mêmes et nous aurons gagné cette bataille !

Vive la Médecine Libérale, Vive l'attractivité, Vive le paiement à l'acte :
seuls garants de notre liberté et indépendance d'exercice

L'équipe Médecins pour Demain