

#convention médicale #préservation du système de santé

## Convention médicale 2024-2029 : un déploiement des mesures dès le 22 décembre pour conforter la médecine libérale et améliorer l'accès aux soins

Dès le 22 décembre prochain, les premières mesures tarifaires de la convention médicale entreront en application, après sa signature le 4 juin dernier avec les syndicats représentatifs des médecins libéraux, généralistes comme spécialistes.

L'Assurance Maladie s'est pleinement mobilisée pour tenir son engagement d'une entrée en vigueur de ces revalorisations attendues par la profession, avant la fin de l'année 2024. Ces 1<sup>ères</sup> mesures fortes marquent le lancement du déploiement des différents volets de cette convention, avec une mise en œuvre progressive de l'ensemble de ses dispositions jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Conçue pour apporter des solutions concrètes et efficaces, cette convention a pour ambition de transformer durablement la médecine de ville : renforcer l'attractivité du métier, améliorer l'accès aux soins et assurer la pertinence et la qualité des soins pour tous.

*« Dès le 22 décembre, avec l'entrée en vigueur de la consultation de médecine générale à 30 euros et les revalorisations importantes de consultations spécialisées courantes, la convention médicale concrétise ce virage ambitieux et attendu par les médecins libéraux mais aussi nos assurés. Cette convention pose un nouveau cadre d'exercice de la médecine de ville, plus juste pour les médecins, plus adapté aux besoins des patients. Redonner du temps médical, renforcer l'attractivité de la profession, favoriser les installations, et améliorer la qualité et la pertinence des soins : autant d'objectifs que nous nous sommes fixés avec nos partenaires. Avec un investissement inédit, cette convention témoigne de notre volonté de conforter la médecine libérale comme le pilier essentiel d'un système de santé accessible et performant »* déclare Thomas Fatôme, directeur général de l'Assurance Maladie.

### Une feuille de route ambitieuse pour répondre aux défis du système de santé

Les partenaires conventionnels ont défini une feuille de route ambitieuse pour les mois à venir, pour concrétiser les différentes mesures de la convention médicale, autour de trois axes structurants :

- **Attractivité et revalorisation de la médecine libérale** : une série de mesures coordonnées permettent de répondre au défi de l'attractivité de la médecine de ville, essentielle à l'installation et à l'exercice des médecins libéraux : revalorisations de la consultation de référence de médecine générale, de consultations spécialisées (pédiatres, gynécologues, psychiatres, endocrinologues ...), création de consultations longues ou majorées en lien avec leur complexité / technicité, mise en place d'une rémunération forfaitaire revue et revalorisée du médecin traitant, possibilité de cumul intégral d'actes techniques avec des consultations...
- **Renforcement de l'accès territorial et financier aux soins** : la convention médicale mobilise différentes mesures fortes pour améliorer l'accès aux soins et répondre aux besoins des patients : soutien aux médecins engagés pour la prise en charge de soins non programmés ou urgents, aides à l'exercice en zones sous-denses, à l'emploi des assistants médicaux... Elle s'appuie surtout sur un engagement inédit et conjoint des partenaires conventionnels autour de 10 objectifs collectifs et mesurables avec, dès le 12 décembre prochain, l'installation d'un Observatoire national pour l'accès aux soins, décliné localement.

- **Optimisation de la qualité et de la pertinence des soins** : les partenaires conventionnels se sont résolument engagés en faveur du bon usage des soins, l'amélioration des parcours des patients atteints de maladies chroniques, une adéquation renforcée entre pratiques professionnelles et recommandations scientifiques, la sobriété des pratiques.  
Un Observatoire dédié à la pertinence et la qualité des soins sera également mis en place pour assurer le suivi des objectifs fixés.

S'inscrivant dans une logique globale, la convention médicale 2024-2029 verra ainsi ses différentes mesures entrer en application progressivement entre décembre 2024 et janvier 2026 (cf calendrier global en p5).

**Cette progressivité reflète une volonté d'allier efficacité immédiate, comme en témoigne le revalorisation de la consultation de référence des médecins généralistes à 30 € dès décembre 2024, et un échelonnement des mesures nécessitant des ajustements structurels importants, comme la refonte de la nomenclature des actes techniques<sup>1</sup> ou le nouveau Forfait Médecin Traitant, prévu pour 2026.** Un rythme qui garantit une mise en œuvre optimale et la bonne répartition des dépenses, tout en répondant rapidement aux attentes des professionnels de santé avec des jalons clés en juillet 2024, décembre 2024/ janvier 2025, juillet 2025 et janvier 2026.

## **Les premières mesures mises en place fin 2024 et début 2025**

Pour concrétiser ses ambitions, la convention médicale 2024-2029 introduit un 1<sup>er</sup> ensemble de mesures significatives qui entreront en vigueur dès le 22 décembre 2024, suivi d'une deuxième étape en janvier 2025 puis à mi-année.

### **Dès le 22 décembre 2024**

- **Porter la consultation des médecins généralistes à 30 €**

L'attractivité est le premier enjeu de ce nouveau texte conventionnel, pour soutenir le rôle essentiel des médecins généralistes dans la prise en charge quotidienne des patients en ville, avec près d'1 million de consultations ainsi réalisées chaque jour. De ce fait, à compter du **22 décembre 2024<sup>2</sup>**, la consultation de référence pour les médecins généralistes sera revalorisée à hauteur de **30 €**.

Les 3 consultations obligatoires avec certificat pour les enfants seront portées à **54 €** contre 47,50 € actuellement (**60 € au 1er juillet 2025**).

- **Revaloriser l'activité clinique de différentes spécialités pour répondre à des enjeux clés de santé publique**

Dès le 22 décembre 2024, plusieurs spécialités médicales<sup>3</sup> bénéficieront de revalorisations significatives. Ces mesures visent à la fois à restaurer l'attractivité de ces spécialités cliniques dont les revenus sont parmi les moins élevés et à contribuer à améliorer la réponse à des enjeux importants de santé publique, pour le suivi des enfants et des jeunes, des personnes âgées, des femmes, des patients souffrant de difficultés psychiques notamment.

Ces revalorisations<sup>4</sup> entreront en vigueur en deux temps, la 1<sup>ère</sup> étape dès le 22 décembre 2024, la seconde en juillet 2025.

<sup>1</sup> Refonte de la CCAM – classification commune des actes techniques

<sup>2</sup> Conformément à la période incompressible de 6 mois pour la mise en œuvre d'une mesure conventionnelle ayant un impact tarifaire.

<sup>3</sup> Revalorisations ouvertes exerçant en secteur à tarif opposable (secteur 1) ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable).

<sup>4</sup> Les tarifs présentés s'appliquent en métropole aux médecins de secteur 1 ou secteur 2 secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM/OPTAM-ACO, ou n'ayant pas adhéré à l'Optam/Optam-ACO dans le cas du respect des tarifs opposables. Ils intègrent la Majoration de coordination spécialiste (MCS) de 5 euros pour le retour au médecin traitant. Pour les autres spécialités non ciblées par les augmentations, la consultation du spécialiste correspondant reste à 31,50 euros (y compris MCS).

Pour les secteurs 2 n'ayant pas adhéré à l'Optam/Optam-ACO et réalisant des dépassements les tarifs des consultations sont à 23€ (42,50€ pour les psychiatres et neurologues), ils bénéficient également pour les médecins généralistes d'une majoration de 5€ pour le patient de moins de 6 ans, et pour le pédiatre d'une majoration de 11,5€ pour les moins de deux ans.

- **En pédiatrie**, les 3 consultations obligatoires avec certificat pour les enfants seront portées à **54 €** contre 47,50 € actuellement (**60 € au 1er juillet 2025**), les autres examens obligatoires jusqu'à 2 ans seront portés à **45 €** contre 38,50 € actuellement (**50 € au 1er juillet 2025**).

Les consultations de suivi courant, selon l'âge de l'enfant, connaîtront également des revalorisations : pour les enfants de **moins de deux ans**, elles seront valorisées à **39 €** à partir du 22 décembre 2024 (**40 € en juillet 2025**). Les consultations de suivi courant et les examens obligatoires pour les enfants **de deux à moins de six ans** passeront à **35 €**, tandis que celles pour les enfants de **six ans et plus** seront à **31,50 €**, dès le 22 décembre 2024.

- **En psychiatrie**, pour renforcer l'attractivité de l'exercice libéral et soutenir l'accompagnement au quotidien en faveur de la santé mentale des patients, la consultation des psychiatres libéraux, est portée à **55 €** au 22 décembre 2024 contre 51,70 € aujourd'hui (**57 € à terme en juillet 2025**). Pour mieux répondre aux besoins croissants en santé mentale des enfants et des jeunes, la consultation de pédopsychiatrie leur étant destinée sera valorisée à hauteur de **67 €** au 22 décembre 2024 (75 € à terme en juillet 2025, contre 54,70 € aujourd'hui). Cette cotation s'étendra en outre désormais aux jeunes jusqu'à 25 ans.
- **Pour les gynécologues**, les consultations seront valorisées à **37 € au 22 décembre** (contre 33,50 € aujourd'hui), puis à **40 €** en juillet 2025.
- **En dermatologie**, la consultation coordonnée pour le dépistage du mélanome passera à **54 €** en décembre 2024 contre 47,5€ auparavant (et **60 € en juillet 2025**).
- **En gériatrie**, la consultation passera de 31,5 € à **37 € en décembre 2024 (42 € en juillet 2025)**. L'avis ponctuel de consultant passera à 67,50 € dès décembre 2024.
- Pour les **endocrinologues**, la consultation complexe passera à 58 € en décembre 2024 contre 53,5€ auparavant (et **62 € en juillet 2025**).
- En **neurologie**, la consultation est portée à **55 €** au 22 décembre 2024 contre 51,70 € aujourd'hui, puis **57 €** à terme en juillet 2025
- Les spécialistes en **médecine physique et de réadaptation** bénéficient aussi d'une revalorisation de leur consultation à **36 €** à partir du 22 décembre 2024 contre 31,50 € aujourd'hui (**40 € en juillet 2025**).

- **Renforcer la coordination entre généralistes et spécialistes et faciliter l'accès à une expertise dédiée**

Pour valoriser le rôle essentiel des médecins spécialistes lorsqu'ils interviennent à la demande d'un médecin traitant, les consultations de second recours bénéficieront d'une revalorisation tarifaire à partir du 22 décembre 2024. Par exemple, le tarif de l'avis ponctuel de consultant (APC), qui rémunère l'expertise fournie par un spécialiste pour éclairer un médecin généraliste sur un cas précis, passera de **56,50 € à 60 €** à cette date. Cette hausse vise à encourager une meilleure coopération entre médecins généralistes et spécialistes pour une prise en charge optimale des patients.

- **Valoriser l'engagement des médecins libéraux dans les soins non programmés et urgents**

Fruit du dialogue conventionnel mené, plusieurs mesures visent à renforcer la continuité des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés et urgents, notamment le soir et le weekend. Il s'agit à la fois de désengorger les services d'urgence de demandes de soins non urgents, de répondre efficacement aux besoins de soins réels et d'assurer des règles équitables de prise en charge entre les professionnels de santé engagés dans cette démarche.

Ainsi, la participation des médecins libéraux est incitée avec la création de nouvelles majorations dédiées à la prise en charge de patients, au sein ou non de leur patientèle médecin traitant, lorsque les consultations réalisées en urgence le sont sur régulation médicale (via le SAS ou le service médical des urgences).

A titre d'exemples :

- Sur demande du Service d'accès aux soins (SAS) : les consultations réalisées, en dehors de la patientèle du médecin traitant, bénéficieront d'une majoration spécifique dès le 22 décembre 2024. Lorsqu'un médecin acceptera de prendre en charge **un patient en dehors de sa patientèle médecin traitant entre 19h et 21h sur demande de la régulation SAS**, il pourra coter, en plus de la majoration

**SNP<sup>5</sup> de 15 €, une majoration supplémentaire SHE<sup>6</sup> de 5 €, ce qui portera le total des majorations applicables à 20 €.**

- Sur demande du centre de régulation médicale des urgences : les médecins traitants pourront coter **la majoration SHE de 5 €, en plus de la majoration MRT<sup>7</sup> de 15 €, lorsqu'ils acceptent de prendre en charge un patient de leur propre patientèle entre 19 h et 21 h**, sur demande du centre de régulation médicale des urgences. Là encore, le total des majorations applicables s'élèvera à **20 €**.

Ces mesures visent ainsi à valoriser les efforts des médecins qui ouvrent des créneaux supplémentaires en fin de journée pour des soins non programmés et se mobilisent pour répondre rapidement aux besoins urgents des patients.

En parallèle des clarifications ont été apportées sur le recours aux majorations de soins non programmés sans régulation pour lesquelles certaines dérives avaient été constatées. Ces clarifications ne remettent pas en cause les organisations existantes inscrites dans des schémas organisés de permanence des soins ambulatoires.

### À partir de janvier 2025

- **Favoriser le bon usage des soins et la prescription raisonnée**

Dès janvier 2025, plusieurs dispositifs d'intéressement encourageront des pratiques médicales optimisées, telles que la prescription de biosimilaires, la déprescription d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et l'accompagnement des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Ces dispositifs permettront un partage financier des économies générées entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux.

Les **15 programmes d'actions autour de la pertinence et la qualité des soins**, reposant sur des recommandations scientifiques reconnues, entrent également en vigueur et concernent notamment : la prescription d'arrêts de travail, la juste prescription des dispositifs médicaux du quotidien, la lutte contre l'antibiorésistance, la limitation de la polymédication, le bon usage des analgésiques, des IPP ou encore la réalisation de dépistages précoces. Chaque programme inclut des objectifs chiffrés cibles et des engagements réciproques.

- **Limiter le reste à charge des patients et élargir l'Optam**

Afin de réduire les restes à charge et d'améliorer la prise en charge financière des soins des patients, la nouvelle convention apporte des améliorations au dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) et le conforte. Différents points sont ainsi ajustés et améliorés : prise en compte d'une période de référence plus récente, harmonisation des taux entre les régions, ouverture d'une nouvelle option pour les anesthésistes-réanimateurs.

L'Optam-CO (chirurgie-obstétrique) devient ainsi l'Optam-ACO (anesthésie-chirurgie-obstétrique) pour répondre aux attentes des professionnels de santé des blocs opératoires.

- **Revalorisation des actes techniques**

Dès janvier 2025, les actes techniques bénéficieront d'une hausse tarifaire généralisée, grâce à une augmentation du « point travail »<sup>8</sup> en deux étapes (0,45 € au 1er janvier et 0,47 € au 1er juillet 2025).

Une revalorisation spécifique des actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique en secteur 1 et en secteur 2 à tarifs maîtrisés est également prévue en 2025. Les modificateurs K et T spécifiques aux actes de chirurgie et d'obstétrique passeront respectivement de **20 % à 25 % en janvier**, puis à **30 % en juillet** et de **11,5 % à 16,5 % en janvier**, puis à **21,5 % en juillet**. Un nouveau modificateur 3 est créé pour les actes d'anesthésie d'une valeur selon les contextes de 12% ou 8%.

---

<sup>5</sup> **SNP** : majoration pour la prise en charge par un médecin correspondant non médecin traitant pour un patient adressé par le médecin régulateur du SAS pour une prise en charge dans les 48 heures, facturable dans la limite de 20 par semaine et par médecin

<sup>6</sup> **SHE** : Majoration pour Soins Hors patientèle en soirée

<sup>7</sup> **MRT** : Majoration pour Rendez-vous Temporaire, spécifique aux soins non programmés réalisés par le médecin traitant.

<sup>8</sup> **Facteur de Conversion monétaire (FC)** : une unité clé utilisée pour transformer la valeur en points attribuée aux actes médicaux dans la CCAM en un montant en euros pour calculer leur tarif.

## Tout au long de l'année 2025

- **Engager les travaux de refonte de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)**

En parallèle, les travaux sont en cours pour réviser en profondeur les 13 000 actes techniques de la nomenclature CCAM et proposer une nouvelle hiérarchie d'ici 2026.

Une enveloppe de 240 millions d'euros est allouée pour revaloriser les actes qui le nécessiteront à l'échéance de ce chantier de grande ampleur.

- **Renforcer le rôle du médecin traitant et de la prévention**

La convention médicale acte le remaniement en profondeur des rémunérations forfaitaires versées aux médecins libéraux, pour qu'elles répondent davantage aux attentes et aux pratiques des professionnels de santé libéraux.

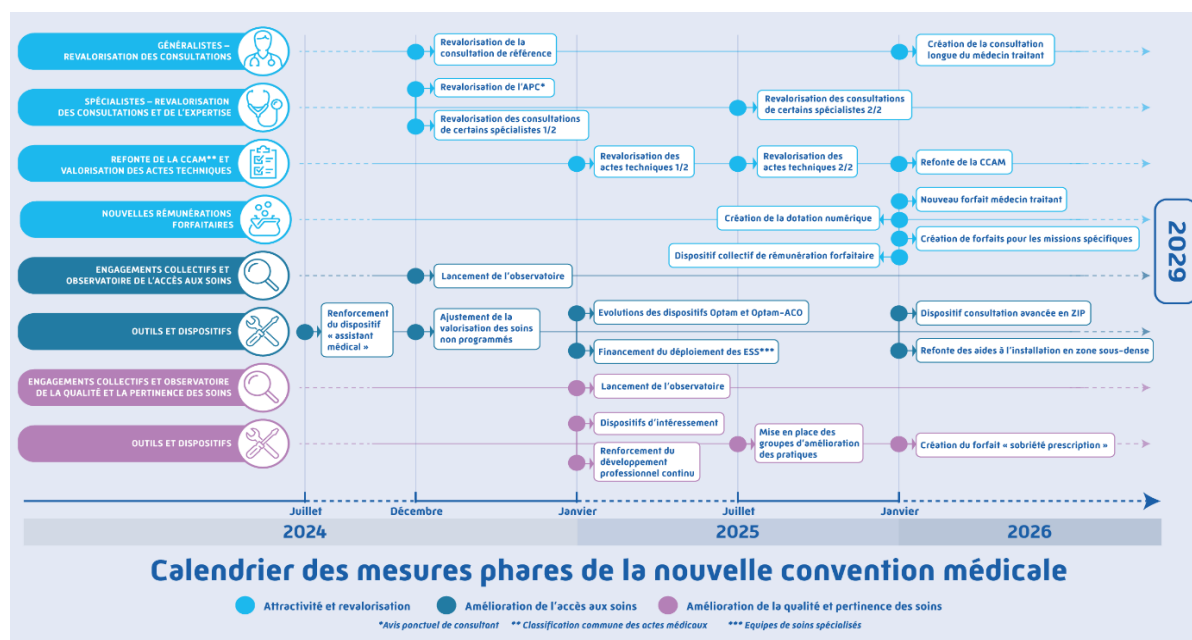
Ainsi, un « forfait médecin traitant » (FMT), plus simple et plus lisible, viendra ainsi se substituer en 2026 au FPMT (forfait patientèle médecin traitant) actuel et à la Rosp (rémunération sur objectifs de santé publique). Avec le FMT, le médecin traitant dispose d'une rémunération annuelle individualisée pour chacun de ses patients, en fonction du suivi nécessaire et du profil de ses patients (âge, état de santé, situation sociale, etc.) Le montant socle s'élèvera à 100 €/an pour un patient en affection de longue durée (ALD) de 80 ans et plus, et à 55 € pour ceux de moins de 80 ans. En parallèle, un supplément de 10 € sera versé pour chaque patient bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (C2S). Afin d'encourager la prévention, des majorations spécifiques de 5 € seront appliquées par indicateur validé, couvrant des thématiques telles que la vaccination, le dépistage des cancers ou encore le suivi des maladies chroniques comme le diabète et les maladies rénales chroniques.

Ce chantier d'ampleur nécessite des travaux structurants en matière de systèmes d'information pour la collecte, la mise à disposition et la visualisation aisée de ces données.

- **Soutenir l'exercice en zones sous-denses**

Dès le 1er janvier 2026, les médecins s'installant pour la première fois dans des **zones sous-denses** bénéficieront d'aides forfaitaires pouvant aller jusqu'à **10 000 €**. Ce soutien financier, complété par des majorations spécifiques, vise à combler les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins.

En 2026, les consultations ponctuelles réalisées dans les **zones sous-dotées** seront valorisées à hauteur de **200 € par demi-journée**, dans la limite de **six demi-journées par mois**. Ce dispositif soutient une meilleure répartition des soins, tout en facilitant l'intervention ponctuelle de médecins dans ces territoires.



Retrouvez l'ensemble des mesures de la convention médicale  
et un [éditorial du directeur général de l'Assurance Maladie](#)  
dans l'espace dédié sur [ameli.fr](https://ameli.fr)

**A propos de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)**

Etablissement public national à caractère administratif, sous la double tutelle du ministère des Solidarités et de la Santé (chargé de la Sécurité sociale) et du ministère de l'Action et des Comptes publics, la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) gère, au niveau national, les branches Maladie et Accidents du travail / Maladies professionnelles du régime général de Sécurité sociale. Avec plus de 2 200 salariés, elle constitue la tête de pont opérationnelle du régime d'assurance maladie obligatoire en France. Elle pilote, coordonne, conseille et appuie l'action des organismes locaux qui composent son réseau (CPAM, DRSM, Ugecam, Carsat, CGSS...). Elle mène les négociations avec les professionnels de santé au sein de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Elle concourt ainsi, par les actions de gestion du risque ou les services en santé qu'elle met en œuvre, à l'efficacité du système de soins et au respect de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Elle participe également à la déclinaison des politiques publiques en matière de prévention et informe chaque année ses assurés pour les aider à devenir acteurs de leur santé.

**Contacts presse**

Service de presse Cnam : [presse.cnam@assurance-maladie.fr](mailto:presse.cnam@assurance-maladie.fr)

Agence Hopscotch : [cnam-presse@hopscotch.fr](mailto:cnam-presse@hopscotch.fr)

Alice Roznowiez – 01 72 60 22 83

Léo Leroy – 01 72 60 19 89



[Suivez notre actualité sur X !](#)