

Signature d'une nouvelle convention médicale entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux : un accord ambitieux pour l'accès aux soins et la qualité des pratiques

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) et cinq des six syndicats représentatifs des médecins libéraux - MG France, Avenir-Spé Le Bloc, la CSMF, la FMF et le SML - ont signé ce mardi 4 juin 2024 la nouvelle convention médicale pour la période 2024-2029.

Cette convention médicale a été adoptée par une large majorité des syndicats représentatifs des médecins libéraux (supérieure à 70% dans chaque collège) ¹.

Cette nouvelle convention décline les 4 axes prioritaires définis par la lettre de cadrage du ministère de la santé et de la prévention en novembre dernier et par le mandat donné par le Conseil de l'Uncam : **améliorer l'accès aux soins, soutenir l'attractivité de la médecine libérale, renforcer la qualité et la pertinence des soins et faire évoluer les modes de rémunération des médecins libéraux.**

« La signature de cette nouvelle convention médicale est un succès collectif et le fruit d'un dialogue constructif et inscrit dans la durée. Cet accord témoigne également d'une volonté commune d'améliorer le système de santé au bénéfice de tous, patients comme médecins. Il répond de manière ambitieuse aux enjeux majeurs que sont notamment l'attractivité de la médecine libérale et l'accès aux soins. Les médecins bénéficieront de revalorisations inédites des consultations dès fin 2024 ainsi que d'autres évolutions, qui représenteront un investissement total de 1,6 milliard d'euros pour l'Assurance Maladie sur la durée de la convention. Pour les assurés, cette convention doit leur permettre de bénéficier d'un meilleur accès aux soins et d'un parcours plus fluide. », précise Thomas Fatôme, directeur de l'Uncam.

Des mesures phares pour soutenir l'attractivité de la médecine libérale au bénéfice des patients les plus fragiles

Cette nouvelle convention médicale s'articule autour de différentes mesures fortes et emblématiques, mises en œuvre dans les prochains mois pour valoriser l'exercice de la médecine libérale, des généralistes comme des spécialistes :

- **La consultation de médecine générale sera revalorisée à hauteur de 30 euros** en décembre 2024.
- **Le tarif de l'avis ponctuel de consultant (APC)**, valorisant l'expertise de second recours apportée par un médecin spécialiste à un médecin traitant, est porté à **60 euros** en décembre 2024.
- **Un effort inédit sera consacré à la santé mentale**, avec notamment la revalorisation de la consultation de psychiatrie à **57 €**, et à **la santé de l'enfant**, avec notamment la revalorisation des consultations obligatoires de l'enfant jusqu'à **60 €**, du forfait socle du médecin traitant de l'enfant à **15 € par an** et de l'ensemble des consultations du pédiatre pour les enfants moins de 6 ans. La consultation de **pédopsychiatrie** sera quant à elle revalorisée de 40% à **75 €** et par ailleurs étendue aux adolescents et aux jeunes jusqu'à **25 ans**.

¹ Syndicats représentatifs des médecins libéraux représentant plus de 30% des voix respectivement dans le collège des médecins généralistes et dans les deux collèges de spécialistes aux élections aux Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) de 2021.

- **Les consultations de certaines spécialités cliniques en perte d'attractivité**, notamment la pédiatrie, la psychiatrie, la rhumatologie, la gynécologie médicale, la gériatrie ou encore l'endocrinologie, bénéficieront de revalorisations ciblées et importantes.
- **Une consultation longue du médecin traitant est créée pour les patients de plus de 80 ans** afin de valoriser la prise en charge d'épisodes complexes et chronophages : sortie d'hospitalisation, entrée dans un parcours médico-social, déprescription en cas de polymédication (janvier 2026).
- **Un soutien important (plus de 500 M€) est apporté à la valorisation des actes techniques** avec des hausses de tarifs intervenant dès fin 2024 pour soutenir ces activités (revalorisation du « point travail »), une revalorisation spécifique des actes de chirurgie d'anesthésie et d'obstétrique en secteur 1 et en « secteur 2 à tarifs maîtrisés » (modificateurs de l'OPTAM-ACO) et le provisionnement d'une enveloppe de 240 millions d'euros allouée à la **refonte de la nomenclature des actes techniques qui entrera en vigueur en 2026**.
- **Enfin, il sera désormais possible de cumuler sans décote certains actes techniques à des consultations**, afin d'optimiser le temps médical et les déplacements des patients.

Une refonte en profondeur et une revalorisation des rémunérations forfaitaires pour le médecin traitant

Dans le but de renforcer le rôle-clé du médecin traitant dans le parcours de soins des patients, **un nouveau forfait médecin traitant (FMT) est créé et sera mis en place en 2026**.

Le médecin bénéficiera d'une rémunération annuelle pour chacun de ses patients, individualisée selon la complexité du suivi de celui-ci. Le FMT sera ainsi calibré par patient selon son âge, son état de santé, sa situation sociale, et son parcours de prévention :

- **Son montant socle ira jusqu'à 100 euros** pour un **patient de plus de 80 ans en ALD**,
- Pour tout **bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire**, le montant par patient sera augmenté de **10 euros**.
- Le respect effectif du parcours de prévention préconisé par la Haute Autorité de Santé (vaccination, dépistage, examens de suivi des patients atteints de pathologies chroniques) aboutira à **une majoration de 5 euros par indicateur validé par patient** (que l'acte ait été réalisé par le médecin ou non).

Pour une patientèle de taille moyenne, ce FMT représentera **21 500 €** en moyenne par an pour un médecin traitant (hors majoration prévention).

Les médecins auront également la possibilité d'opter en groupe pour une rémunération intégralement forfaitaire selon un cahier des charges à définir par les partenaires conventionnels.

Par ailleurs, une dotation numérique est créée pour valoriser l'usage numérique des médecins libéraux. Le forfait médecin traitant, le forfait structure et la ROSP sont supprimés.

Améliorer l'accès aux soins, dans les déserts médicaux notamment

Les partenaires conventionnels s'engagent conjointement autour de 10 objectifs collectifs pour améliorer l'accès aux soins et ont acté la création d'un observatoire national de l'accès aux soins :

- Stabiliser la part de patients ALD sans médecin traitant au seuil frictionnel de **2%** dès 2025
- Augmenter le nombre de primo-installés en médecine générale de **+5% par an**
- Augmenter la patientèle médecin traitant moyenne du MG de **+2% par an**
- Augmenter la file active moyenne des médecins libéraux de **+2% par an**
- Raccourcir le délai moyen d'accès aux spécialistes – l'objectif chiffré sera fixé avant fin 2024 à l'issue d'un travail conjoint mené par l'Assurance Maladie et l'Etat et présenté aux partenaires conventionnels.
- Augmenter le nombre de contrats assistants médicaux pour atteindre 10 000 contrats en 2025 et **+10% par an** à compter de 2026

- **100%** du territoire couvert par la PDSA et le SAS
- Augmenter le nombre de médecins qui s'affilient à l'OPTAM de **+5% par an**
- Augmentation de l'installation des médecins dans les zones sous dotée de **+7% par an**
- Baisse de 2% par an du non recours aux soins des personnes en situation de handicap

Afin de faciliter l'atteinte de ces objectifs, plusieurs mesures fortes se trouvent dans la convention :

- **La création et le financement des équipes de soins spécialisés (ESS) pour** structurer l'offre de second recours et permettre aux médecins traitants de trouver plus rapidement un RDV de spécialiste pour leurs patients. Un crédit d'amorçage de 80 000 euros sera alloué, suivi d'une dotation annuelle (de 50 000 à 100 000 euros en fonction du nombre de médecins) après validation du projet de santé.
- **Le développement des consultations avancées**, notamment dans les Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP), avec la mise en place d'un forfait ad hoc de 200 € par demi-journée.
- **Le renforcement du dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical** (revalorisation de l'aide de 5%, assouplissement des objectifs et des modalités de recrutement, possibilité de mutualisation, etc.)
- **Une majoration annuelle et pérenne du forfait médecin traitant de 10%** pour les médecins traitants exerçant **en ZIP et/ou en QPV**, avec des bonifications pour les jeunes installés et les médecins de plus de 67 ans. **Des aides à l'installation** seront versées **automatiquement** aux primo-installés dans des déserts médicaux, quelle que soit leur spécialité (**10 000 € en ZIP, 5 000 € en ZAC**).

Agir en faveur de la pertinence et qualité des soins

Dans un contexte de forte dynamique des dépenses de santé, l'Assurance Maladie est engagée à la juste allocation des ressources qui lui sont confiées et au bon usage du système de santé. Dans ce cadre, elle a proposé un engagement collectif et partagé des médecins libéraux et de l'Assurance Maladie autour de quinze programmes d'actions chiffrés sur la pertinence et la qualité des soins. Ceux-ci s'appuient sur des recommandations scientifiques reconnues ; la pertinence des soins et la qualité de la prise en charge des patients sont au cœur de cette approche.

Les thèmes prioritaires identifiés pour ces programmes sont notamment :

- Le juste recours aux **arrêts de travail** ;
- Le bon usage des **produits de santé**, et notamment la lutte contre l'antibiorésistance, la réduction de la polymédication, la pénétration des biosimilaires, la sécurisation de la prescription d'analgésiques et d'opioïdes, la lutte contre le gaspillage des dispositifs médicaux ;
- La **sobriété des pratiques** : réduction des actes d'imagerie ou de biologie inutiles ;
- L'amélioration des **parcours des patients** atteints de pathologies chroniques.

Deux observatoires seront mis en œuvre, l'un sur l'accès aux soins, l'autre sur la pertinence et la qualité des soins, afin de permettre un suivi fin des engagements collectifs et de proposer le cas échéant des mesures correctives.

Un investissement significatif de l'Assurance Maladie

Pour financer cette convention, l'Assurance Maladie réalise un effort financier inédit de **1,6 milliard d'euros**, qui témoigne de son investissement aux côtés des médecins pour renforcer l'attractivité de la médecine libérale et simplifier leur exercice au quotidien.

Elle se félicite du travail engagé en profondeur, avec l'ensemble des partenaires conventionnels, durant plus de 6 mois, pour aboutir à une convention médicale ambitieuse et équilibrée, avec des propositions successivement adaptées pour tenir compte des attentes fortes et retours des médecins libéraux.

Cette dynamique conventionnelle va se poursuivre dans les mois à venir pour permettre la mise en place concrète et opérationnelle de cette nouvelle convention médicale, qui intègre des chantiers structurels en faveur de la transformation du système de santé.

Les principaux tarifs de consultation

A noter : la plupart de ces tarifs concernent les médecins de secteur 1 et ceux engagés à maîtriser leurs dépassements ; Tous ces tarifs concernent les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonné

Le prix des consultations	Exemples	Tarifs et calendrier	Ancien tarif (RA 2023)
Consultation de médecine générale (G= C + MMG)	Consultation de référence G	30 euros <i>(6 mois après publication de la convention)</i>	26,50 euros
	Consultation pour l'enfant de moins de 6 ans	35 euros <i>(6 mois après publication de la convention)</i>	31,50 euros
Consultation longue du médecin traitant pour les plus de 80 ans (GL)	Facturation une fois par an et par patient pour chacune des trois situations: dans les 45 jours après une sortie d'hôpital ; pour les consultations de déprescription pour les patients polymédiqués ; pour les dossiers d'allocation personnalisée d'autonomie.	60 euros <i>(1^{er} janvier 2026)</i>	NC
Avis ponctuel de consultant	Facturation par le médecin correspondant lorsqu'il est sollicité par le médecin traitant pour un avis ponctuel		
	APC (toutes spécialités) APY (psychiatre, neurologue, gériatre*) * élargissement pour les gériatres	60 euros 67,5 euros	56,50 euros 64 euros
Consultation de médecine spécialisée		<i>En 2 étapes de revalorisation : 6 mois après publication puis 1er juillet 2025</i>	
Endocrinologie	Consultation très complexe avec la majoration MCE	62 euros	53,5 euros

Psychiatrie	Consultation de référence CnPsy	57 euros	51,70 euros
	Consultation de pédo psychiatrie	75 euros	54,70 euros
	Majorations sur consultations de synthèse (MAF et MPF)	+ 25 euros	+ 20 euros
Gynécologie médicale	Consultation de référence	40 euros	33,5 euros
Gériatrie	Consultation de référence	42 euros	31,5 euros
Dermatologie	Consultation de dépistage du mélanome	60 euros	NC
Pédiatrie	Examen obligatoire de l'enfant de moins de 2 ans sans certificat (COH)	50 euros	38,5 euros
	Consultation classique de l'enfant de moins de 2 ans	40 euros	38,5 euros
	Consultation dont examen obligatoire de l'enfant de de 2 ans à moins de 6 ans sans certificat.	35 euros	33,5 euros

A propos de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam)

Instance créée par la loi de réforme de l'Assurance Maladie d'août 2004, l'Uncam regroupe les différents régimes d'assurance maladie. Elle a pour mission de conduire la politique conventionnelle, définir le champ des prestations admises au remboursement et de fixer le taux de prise en charge des soins.

Elle est dirigée par Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam).

Le Conseil de l'Uncam, composé de douze membres et présidé par M. Fabrice Gombert, président du Conseil de la Cnam, délibère sur les orientations de l'Uncam dans les domaines de sa compétence et sur les participations financières demandées aux assurés, ainsi que sur les avis concernant les projets de loi et de textes réglementaires qui lui sont soumis.

Contacts presse

presse.cnam@assurance-maladie.fr



[Suivez notre actualité sur X !](#)

Si vous souhaitez vérifier l'authenticité du communiqué de presse en pièce-jointe, il vous suffit de cliquer [sur le site d'Augure](#) ou [sur le site de Keeex](#) et de glisser ou télécharger la pièce jointe. En retour, un message contenant une coche verte indiquera que ledit document a bien été déposé par le service de presse de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie, confirmant ainsi son authenticité. Dans le cas contraire, la coche est rouge.