

DOSSIER DE PRESSE

Les Chirugiens-Dentistes de France — Août 2026

Relèvement du ticket modérateur sur les soins dentaires

70 %, 60 %, 50 % : En 3 ans, le passage de 70 à 50% de la part remboursée par l'Assurance maladie (passage de 30 à 50% du ticket modérateur) signe le désengagement massif de l'Assurance maladie sur les soins dentaires.

Le décret a été publié au Journal officiel le 22 août 2026. Ce que cela change pour les patients, et pourquoi les CDF en demandent le retrait au Premier ministre.

« La santé bucco-dentaire n'est pas une dépense superflue : c'est un enjeu de santé publique. Faire payer davantage les patients pour se soigner est une erreur sanitaire autant qu'économique. »

Dr Pierre-Olivier DONNAT, Président des Chirugiens-Dentistes de France

76 % des Français jugent cette mesure inacceptable (Elabe / Les Échos, 30 juillet 2026). Le Conseil de la CNAM et le Conseil de l'UNOCAM ont rendu, l'un et l'autre à l'unanimité, un avis défavorable sur ces décrets.

Contacts presse

Service communication — Tél : 01 56 79 20 20 — communication@lescdf.fr

Charlotte TEYSSIER d'ORFEUIL, Déléguée générale — Tél : 01 56 79 20 41 — teyssier@lescdf.fr

Les Chirugiens-Dentistes de France — 54 rue Ampère, 75849 Paris cedex 17 — www.lescdf.fr

Sommaire

- **1. L'essentiel en six points** — ce qu'il faut retenir de la mesure
- **2. Le communiqué de presse du 24 juillet 2026** — la position officielle des CDF
- **3. Le décret publié : ce que le Gouvernement a décidé, et comment**
- **4. Notre analyse en huit arguments**
- **5. Les chiffres clés**
- **6. Pourquoi la santé orale n'est pas un soin de confort** — les liens établis avec la santé générale
- **7. Une opposition qui dépasse la profession dentaire** — les avis défavorables du Conseil de la CNAM et de l'UNOCAM, la position des Libéraux de Santé
- **8. Ce que disent les Français** — 76 % jugent la baisse du remboursement dentaire inacceptable
- **9. La mobilisation de la profession** — une pétition des patients et une affiche dans les salles d'attente
- **10. Citations disponibles**
- **11. Qui sont Les Chirurgiens-Dentistes de France**
- **12. Contacts presse**

1. L'essentiel en six points

1. Le décret publié au Journal officiel le 22 août 2026 porte le ticket modérateur sur les soins dentaires à 50 %. La prise en charge de l'Assurance maladie obligatoire passera de 60 % à 50 % au 1er janvier 2027. Elle était encore de 70 % il y a trois ans : vingt points de désengagement en trois ans.

2. Ce n'est pas une économie, mais un transfert de charges. La dépense ne disparaît pas : elle est reportée sur les complémentaires santé — donc sur les cotisations de tous les assurés — et sur le reste à charge direct des Français qui n'en ont pas.

3. Ce sont les soins courants et la prévention qui sont les plus frappés. Le traitement des caries et les soins conservateurs et préventifs, actes à tarif opposable, sont les actes les plus impactés en proportion. Le 100 % Santé, mis en avant par le Gouvernement, porte pour l'essentiel sur les prothèses dentaires et ce sont déjà les complémentaires santé qui en assurent l'essentiel de la prise en charge financière.

4. Les soins dentaires sont la seule catégorie d'actes médicaux visée par ce nouveau déremboursement — rangée aux côtés des médicaments à « service médical rendu faible ou modéré » et des transports sanitaires.

5. La mesure est rejetée bien au-delà de la profession dentaire. Le Conseil de la CNAM a rendu un avis défavorable à l'unanimité (34 voix), l'UNOCAM également à l'unanimité. Les dix syndicats des professions libérales de santé réunis au sein des Libéraux de Santé en demandent le retrait, et 76 % des Français la jugent inacceptable (Elabe / Les Échos, 30 juillet 2026).

6. Les CDF demandent au Premier ministre le retrait pur et simple de la mesure, le maintien d'un financement solidaire des soins courants et de la prévention, et l'ouverture d'une concertation réelle avec la profession. D'autres syndicats dentaires rejoignent cet avis.

À noter : les honoraires des chirurgiens-dentistes ne changent pas. La hausse du reste à charge induite par cette mesure, ne résulte d'aucune décision de la profession : elle découlera de la baisse de la part remboursée par l'Assurance maladie.

2. Le communiqué de presse du 24 juillet 2026

Paris, le 24 juillet 2026

Soins dentaires : les CDF s'opposent fermement à un nouveau désengagement de l'Assurance maladie

Le gouvernement envisage de porter par décret le ticket modérateur à 50 %, ramenant le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire de 60 % à 50 %, alors qu'il était encore de 70 % il y a 3 ans. Les Chirugiens-Dentistes de France dénoncent une mesure comptable qui affaiblit la solidarité nationale, pénalise les patients et tourne le dos à la prévention bucco-dentaire. Les CDF en demandent le retrait.

Une fausse économie : un simple transfert de charges

Réduire la part remboursée par l'Assurance maladie ne fait disparaître aucune dépense : elle est reportée sur les complémentaires santé, donc sur les cotisations de l'ensemble des assurés. L'État affiche une « économie » pour la Sécurité sociale, mais le coût réintègre immédiatement le système par la porte des mutuelles. C'est un jeu d'écritures, pas une maîtrise des dépenses de santé.

Le projet du gouvernement range explicitement les soins dentaires dans le même ensemble que les médicaments à « service médical rendu faible ou modéré » et les transports sanitaires. Ce classement est inacceptable. La santé bucco-dentaire n'est ni un soin de confort ni une prestation accessoire : elle conditionne la santé générale et son atteinte est un marqueur reconnu des inégalités sociales de santé. Prétendre réserver le remboursement aux seuls soins jugés « les plus efficaces » tout en désengageant le dentaire, c'est nier la valeur médicale et préventive de la chirurgie dentaire. Il n'y a pas de santé sans santé bucco-dentaire.

Une double peine pour les patients

La hausse des charges des complémentaires se traduira mécaniquement par une augmentation des cotisations, qui pèsera d'abord sur les retraités, les jeunes adultes et les ménages modestes. Pour les Français sans complémentaire — souvent les plus fragiles — c'est un reste à charge direct qui s'alourdit. Dans les deux cas, le risque est le même : le renoncement ou le report de soins, avec des conséquences sanitaires et, à terme, financières bien plus lourdes.

Un mauvais signal envoyé à la prévention

Cette baisse de remboursement frappe les soins conservateurs — le traitement des caries, les soins courants — qui sont précisément le cœur de la prévention et le meilleur rempart contre des traitements ultérieurs coûteux. Décourager ces soins aujourd'hui, c'est programmer une dégradation de la santé bucco-dentaire des Français et une facture plus élevée demain.

La santé orale est au cœur de la prévention des maladies systémiques plus graves et plus coûteuses. Faire renoncer nos concitoyens à une médecine bucco-dentaire préventive, c'est les condamner à des affections générales, bien plus lourdes.

Un recul de la solidarité nationale

En abaissant sa prise en charge à hauteur de la barre symbolique des 50 %, l'Assurance maladie acte un désengagement progressif du financement solidaire au profit d'une couverture assurantielle inégalitaire. Les CDF refusent cette logique de déremboursement, témoin de l'ignorance des pouvoirs publics et qui fait de la santé bucco-dentaire une variable d'ajustement budgétaire.

Une menace pour l'accès aux soins et l'équilibre du 100 % Santé

Pour absorber ces charges nouvelles, les complémentaires seront contraintes de durcir leurs garanties, au risque de fragiliser l'équilibre du 100 % Santé et l'accès de tous à des soins de qualité. La profession, déjà mobilisée pour lutter contre le renoncement aux soins et les déserts médicaux, ne peut accepter une mesure qui va à rebours de ces objectifs.

Les Chirugiens-Dentistes de France demandent :

- **le retrait pur et simple** du relèvement du ticket modérateur sur les soins dentaires ;
- **le maintien d'un financement solidaire** des soins courants et de la prévention par l'Assurance maladie obligatoire ;
- **l'ouverture d'une concertation réelle** avec la profession sur le financement de la santé bucco-dentaire, plutôt que des mesures unilatérales à visée budgétaire.

« La santé bucco-dentaire n'est pas une dépense superflue : c'est un enjeu de santé publique. Faire payer davantage les patients pour se soigner est une erreur sanitaire autant qu'économique. »

Dr Pierre-Olivier DONNAT, Président, Les Chirugiens-Dentistes de France

3. Le décret publié : ce que le Gouvernement a décidé, et comment

Le 23 juillet 2026, la ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées a saisi le Conseil de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) de plusieurs projets de décrets en Conseil d'État. Ces textes organisent ce que le Gouvernement nomme un « nouveau partage du remboursement » entre l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et les organismes complémentaires (OCAM). Quatre postes de dépenses sont concernés : les médicaments à « service médical rendu faible ou modéré », les dispositifs médicaux, les transports sanitaires — et les soins dentaires.

Le décret relevant le ticket modérateur sur les soins dentaires a été publié au Journal officiel le 22 août 2026 [référence du décret à compléter]. La prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire sera ramenée à 50 % au 1er janvier 2027, contre 60 % aujourd'hui et 70 % il y a trois ans.

Le Gouvernement a donc passé outre l'avis défavorable rendu à l'unanimité par le Conseil de la CNAM, celui rendu à l'unanimité par le Conseil de l'UNOCAM, la demande de retrait formulée par les dix syndicats des professions libérales de santé et l'opposition de 76 % des Français. Les développements qui suivent retracent le processus qui a conduit à cette publication.

Pour la profession dentaire, la traduction est directe : le ticket modérateur sur les soins dentaires est porté à 50 %, ramenant la prise en charge de l'AMO de 60 % à 50 %. La trajectoire doit être rappelée : la prise en charge était encore de 70 % il y a trois ans ; elle a été abaissée à 60 % en 2023 (relèvement du ticket modérateur de 30 % à 40 %) ; elle passera à 50 % au 1er janvier 2027.

Une méthode : le décret, en procédure d'urgence

Le Gouvernement agit par voie réglementaire, en sollicitant l'avis de l'UNOCAM dans le cadre de la procédure d'urgence, et sans concertation préalable avec la profession. Le fondement invoqué est budgétaire : les économies dégagées pour l'AMO seraient « intégralement affectées » à l'hôpital, à l'adaptation au changement climatique, au renforcement de l'offre médicale et aux traitements innovants.

Le Gouvernement affirme que « l'objectif n'est pas de rembourser moins mais de rembourser mieux » et met en avant plusieurs garde-fous : le maintien de la prise en charge à 100 % pour les patients en affection de longue durée, la protection des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) et le maintien du dispositif du 100 % Santé, notamment en matière de soins prothèses dentaires.

Un point de méthode doit être souligné, car il est déterminant pour la portée de la mesure. Ainsi que le relève la délibération publiée du Conseil de l'UNOCAM, ces décrets ont pour objet principal de modifier les « fourchettes » des tickets modérateurs prévues à l'article R. 160-5 du code de la sécurité sociale. Le décret ne fixe donc pas lui-même le taux applicable : il déplace les bornes à l'intérieur desquelles l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) arrête ensuite ce taux. Le taux de 50 % annoncé correspond au plancher de la nouvelle fourchette envisagée : une fois celle-ci relevée, toute augmentation supplémentaire du ticket modérateur ne nécessiterait plus aucun décret, mais une simple décision de l'UNCAM.

Le décret qui concerne la profession est intitulé « décret relatif à la soutenabilité de notre système de santé et à la prise en charge des frais d'honoraires des chirurgiens-dentistes et certains actes de soins dentaires ». Un cinquième décret, relatif au relèvement du plafond annuel de la participation des assurés

aux frais de santé — le doublement des franchises médicales, de 100 à 200 euros par an —, a suivi le même processus.

L'entrée en vigueur du transfert est fixée au 1er janvier 2027.

4. Notre analyse en huit arguments

4.1. Une fausse économie : un transfert, non une maîtrise de la dépense

Réduire la part remboursée par l'Assurance maladie ne fait disparaître aucune dépense de santé. La charge est transférée aux Complémentaires santé, qui la répercuteront sur les cotisations de l'ensemble des assurés. Le total dépensé pour soigner les Français ne baisse pas d'un euro : seule change la répartition de son financement — alourdie au passage des frais de gestion des organismes complémentaires et de la taxe de solidarité additionnelle qui pèse sur les contrats. En rigueur budgétaire, ce n'est pas une économie : c'est un déplacement du curseur, du solidaire vers l'assurantiel.

4.2. Un classement inacceptable

En rangeant les soins dentaires dans le même ensemble que les médicaments à service médical rendu faible ou modéré et que les transports sanitaires, le Gouvernement traite implicitement la médecine bucco-dentaire comme un soin de second rang, dont on pourrait réduire la prise en charge sans dommage, au service médical rendu discutable. C'est une erreur médicale autant que politique : la santé bucco-dentaire est un déterminant majeur de la santé générale (voir point 6).

4.3. Une double peine pour les patients

La hausse des charges des complémentaires se traduira par une augmentation des cotisations. Cet effet est profondément inégalitaire : une hausse de cotisation, largement forfaitaire, pèse proportionnellement bien davantage sur les retraités, les jeunes adultes et les ménages modestes titulaires de contrats individuels que sur les assurés couverts par des contrats collectifs. Pour les Français dépourvus de complémentaire — souvent les plus fragiles — c'est un reste à charge direct qui s'alourdit d'autant. Dans les deux cas, le risque est identique et documenté : le renoncement ou le report de soins. Or un soin dentaire différé n'est pas un soin évité : c'est un soin qui deviendra plus lourd et plus coûteux, pour le patient comme pour la collectivité.

4.4. La prévention frappée, et l'argument trompeur du 100 % Santé

La baisse de remboursement touche de plein fouet les soins conservateurs, qui constituent le cœur de la prévention et le meilleur rempart contre des traitements ultérieurs lourds et onéreux. Renchérir aujourd'hui sur l'accès à ces soins, c'est programmer une dégradation de la santé bucco-dentaire des Français et une facture plus élevée demain.

L'argument du maintien du 100 % Santé n'y répond pas : ce dispositif porte pour l'essentiel sur les prothèses et ne concerne pas les soins conservateurs, qui sont proportionnellement les plus impactés par la hausse du ticket modérateur. Néanmoins la diminution de prise en charge par l'Assurance maladie des prothèses dentaires, réduite elle aussi de 10%, viendra gonfler celle à la charge de la Complémentaire Santé dans le cadre du 100% santé, qui devra trouver de nouvelles ressources pour absorber ce transfert.

4.5. Un recul de la solidarité nationale

L'AMO n'est pas l'AMC. L'Assurance maladie obligatoire repose sur la solidarité : chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins et selon les prestations de soins prises en charge. L'assurance maladie complémentaire repose sur la responsabilité individuelle. Transférer la charge de l'une vers l'autre, c'est troquer un principe de solidarité contre une logique de marché.

4.6. Une menace pour l'accès aux soins et pour l'équilibre du 100 % Santé

Pour absorber ces charges nouvelles, les complémentaires ne seront pas seulement tentées de réagir : elles y seront contraintes. Augmentation des cotisations, restriction des garanties, moindre attractivité des contrats responsables et solidaires — ce n'est pas une hypothèse, mais une conséquence mécanique. Cet effet en chaîne fragilisera l'équilibre déjà précaire du 100 % Santé et, plus largement, l'accès de tous à des soins de qualité. Les autres paniers de soins prothétiques hors 100% Santé, essentiels aussi dans la liberté de choix thérapeutique du patient deviendront encore plus difficiles d'accès. L'accès aux prothèses amovibles partielles sera particulièrement affecté.

4.7. Une seule profession médicale visée, sur un fondement sans lien avec elle

Les soins bucco-dentaires sont, dans le champ des actes médicaux, les seuls concernés par ce nouveau partage. Or le ministère justifie la mesure par la hausse des dépenses d'affection de longue durée, du médicament et, plus largement, de l'ONDAM : des postes sans lien direct avec la santé orale. On invoque donc des causes de dérive budgétaire situées ailleurs pour faire payer un secteur qui n'en est pas responsable.

Les chirurgiens-dentistes ne peuvent, à eux seuls, résoudre le déficit de l'assurance maladie, et ne sauraient en être la variable d'ajustement. Si une mesure d'économie doit être prise, elle doit s'appliquer de la même manière à l'ensemble des professions médicales.

S'ajoute la méthode : une réforme du financement de la santé bucco-dentaire de cette ampleur ne peut être décidée par décret, dans l'urgence, sans dialogue avec ceux qui soignent au quotidien. Cette critique n'est pas seulement la nôtre : le Conseil de la CNAM et le Conseil de l'UNOCAM la formulent dans les mêmes termes (voir points 7.1 et 7.2).

4.8. Un relèvement de fourchette, et non un simple ajustement de taux

Le débat public se concentre sur le passage de 60 % à 50 %. C'est en réalité la nature juridique de l'opération qui devrait retenir l'attention. En modifiant les bornes réglementaires de l'article R. 160-5 du code de la sécurité sociale, le Gouvernement ne procède pas à un ajustement ponctuel : il élargit le champ des taux que l'Assurance maladie pourra appliquer aux soins dentaires, le taux effectif étant ensuite arrêté par l'UNCAM à l'intérieur de ces bornes.

Deux conséquences en découlent. D'une part, les 50 % annoncés constituent le plancher de la nouvelle fourchette, non son plafond : ce qui est présenté comme le terme de la trajectoire en est le point de départ. D'autre part, une fois la fourchette relevée, un nouveau relèvement du ticket modérateur ne relèverait plus du pouvoir réglementaire ni d'aucun débat public : il suffirait d'une décision de l'UNCAM. C'est précisément ce qui rend la vigilance nécessaire, et ce qui justifie de demander le retrait du texte plutôt que la négociation d'un taux. 10% de remboursement en moins sont encore à craindre prochainement par cette méthode.

Les CDF le disaient dès le 24 juillet : le relèvement engagé il y a trois ans a été le coin enfoncé dans la porte du désengagement. La technique retenue aujourd’hui confirme cette lecture — quand les limites sont franchies : il n’y a plus de limites !

4.9. Une publication qui ne clôt pas le débat

Le Gouvernement a publié son décret malgré deux avis défavorables unanimes, la demande de retrait des dix syndicats des professions libérales de santé et l’opposition de 76 % des Français. Ce n’est pas une divergence technique : c’est un passage en force, au terme d’une procédure d’urgence conduite en plein été, sans débat parlementaire ni étude d’impact consolidée.

Un décret publié peut être abrogé. Le Gouvernement dispose de plus de quatre mois avant l’échéance du 1er janvier 2027 pour revenir sur une décision qu’aucune des instances consultées n’a approuvée. La publication ne clôt donc pas le débat : elle le déplace. Il ne s’agit plus d’un avis à rendre, mais d’une décision politique à assumer ou à retirer — et cette décision appartient au Premier ministre.

Les CDF demandent donc au Premier ministre l’abrogation de ce décret avant son entrée en vigueur, et appellent les Français à signer la pétition nationale (voir point 9).

5. Les chiffres clés

Repères	Données
70 %	Taux de prise en charge des soins dentaires par l'Assurance maladie obligatoire de 1993 au 1er octobre 2023 (ticket modérateur de 30 %).
60 %	Taux depuis 2023, après un premier relèvement du ticket modérateur de 30 % à 40 %.
50 %	Taux fixé par le décret publié le 22 août 2026 (ticket modérateur porté à 50 %), applicable au 1er janvier 2027.
20 points	Désengagement cumulé de l'Assurance maladie sur les soins dentaires courants en trois ans.
1,4 à 1,5 Md€	Montant des dépenses transférées de l'AMO vers les complémentaires santé au 1er janvier 2027, sur les soins dentaires, les dispositifs médicaux, les transports sanitaires et les médicaments à SMR faible et modéré. L'UNOCAM qualifie ce montant de « sans précédent ».
76 %	Part des Français qui jugent « inacceptable » la baisse du remboursement des consultations chez le chirurgien-dentiste de 60 % à 50 % : la mesure la plus rejetée des cinq annoncées (Elabe / Les Échos, 30 juillet 2026).
34 voix sur 34	Avis défavorable rendu à l'unanimité par le Conseil de la CNAM sur les quatre projets de décrets relatifs à l'augmentation des tickets modérateurs, dont celui sur les soins dentaires (29 juillet 2026).
Unanimité	Avis défavorable également rendu à l'unanimité par le Conseil de l'UNOCAM (délibération n° CONS.-27 du 31 juillet 2026).
15,9 Md€	Déficit de la branche maladie en 2025, rappelé par le Conseil de l'UNOCAM comme le contexte de ces transferts.
10 syndicats	Les dix syndicats représentatifs des professions libérales de santé réunis au sein des Libéraux de Santé, dont les CDF, demandent ensemble le retrait des projets de décret (communiqué du 27 juillet 2026).
22 août 2026	Publication du décret au Journal officiel, malgré les avis défavorables unanimes du Conseil de la CNAM et du Conseil de l'UNOCAM.
23 juillet 2026	Saisine de l'UNOCAM par la ministre de la Santé, en application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, sur quatre projets de décrets en Conseil d'État, en délai d'urgence.

Article R. 160-5 CSS	Disposition modifiée par les projets de décrets : elle fixe les fourchettes à l'intérieur desquelles l'UNCAM arrête le ticket modérateur. Le décret déplace les bornes ; le taux effectif est ensuite décidé par l'UNCAM.
1er janvier 2027	Date d'entrée en vigueur annoncée du transfert.
4 postes de dépenses	Médicaments à « service médical rendu faible ou modéré », dispositifs médicaux, transports sanitaires (hors ALD), soins dentaires. Les soins dentaires sont le seul poste d'actes médicaux concerné.
100 syndicats départementaux	Le maillage territorial des Chirurgiens-Dentistes de France, premier syndicat de la profession en nombre d'adhérents.

Les taux indiqués concernent les soins dentaires courants pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, hors situations particulières (affections de longue durée, complémentaire santé solidaire).

Les actes médicaux effectués par des médecins restent remboursables par l'AMO à 70% dans le régime général.

6. Pourquoi la santé orale n'est pas un soin de confort

La santé bucco-dentaire n'est ni un soin de confort ni une prestation accessoire : elle est un déterminant majeur de la santé générale, et son atteinte est un marqueur reconnu des inégalités sociales de santé. Les liens établis par les données scientifiques sont notamment les suivants :

- **Diabète** — les maladies parodontales entretiennent une relation bidirectionnelle avec le diabète : chacune aggrave l'autre.
- **Maladies cardiovasculaires** — les foyers infectieux bucco-dentaires sont associés à une majoration d'un sur-risque cardiovasculaire et d'endocardite infectieuse.
- **Grossesse** — une mauvaise santé orale pendant la grossesse est liée à des complications telles que la prématurité et le faible poids de naissance.
- **Personnes âgées** — la perte de la fonction masticatoire est un facteur direct de dénutrition et de perte d'autonomie.
- **Edentements** – souffrances, difficultés masticatoires, altération de l'image de soi, de la santé mentale, peuvent contribuer à affecter l'intégration sociale et professionnelle, au recours à d'autres thérapeutiques médicales et à des arrêts maladie.

C'est la raison pour laquelle les CDF portent un message constant : il n'y a pas de santé générale sans santé bucco-dentaire. Désengager l'Assurance maladie des soins conservateurs, c'est désengager la prévention de pathologies systémiques plus graves et plus coûteuses.

7. Une opposition qui dépasse la profession dentaire

Ce que les CDF dénonçaient le 24 juillet vient d'être confirmé par les corps intermédiaires eux-mêmes. Les deux instances saisies des projets de décrets — le Conseil de la Caisse nationale de l'Assurance maladie et le Conseil de l'UNOCAM — ont rendu, l'une et l'autre, un avis défavorable à l'unanimité. Les dix syndicats représentatifs des professions libérales de santé en demandent, ensemble, le retrait. Ce n'est donc pas une posture syndicale isolée : c'est l'ensemble de la démocratie sociale et de la médecine de ville qui alerte sur ces textes.

7.1. Le Conseil de la CNAM : avis défavorable à l'unanimité

Le 29 juillet 2026, le Conseil de la CNAM a rendu un avis défavorable à l'unanimité — 34 voix — sur les quatre projets de décrets relatifs à l'augmentation des tickets modérateurs, dont celui portant sur « la prise en charge des frais d'honoraires des chirurgiens-dentistes et certains actes de soins dentaires ». Le cinquième projet, relatif au relèvement des plafonds des franchises médicales et des participations forfaitaires, a fait l'objet d'un avis défavorable à la majorité.

La composition de ce vote est déterminante : l'unanimité réunit l'ensemble des financeurs et des représentants des assurés — syndicats de salariés (CGT, CFDT, CGT-FO, CFTC, CFE-CGC), organisations d'employeurs (MEDEF, Les Entrepreneurs, U2P), mutualité (FNMF) et associations d'usagers et de patients (FNATH, UNAF, UNAASS, La Fage). Aucun de ces acteurs, quelles que soient ses divergences par ailleurs, n'a approuvé ces textes.

Le Conseil dénonce « la précipitation des pouvoirs publics à vouloir faire adopter, durant l'été, des textes qui ont d'importants impacts sur les fondements même de notre modèle de Sécurité Sociale ». Il partage l'objectif de soutenabilité du système, mais regrette que le Gouvernement privilégie des solutions de court terme pesant, in fine, sur les assurés sociaux et les entreprises, plutôt que des mesures structurelles.

Il relève enfin que ces textes consistent « en grande partie à transférer une part des charges de l'Assurance Maladie Obligatoire vers l'Assurance Maladie Complémentaire, sans agir suffisamment sur les causes structurelles de la progression des dépenses », et qu'une évolution touchant aux principes d'organisation de notre protection sociale aurait dû être précédée d'un débat parlementaire et public, appuyé sur une étude d'impact consolidée, filière par filière.

7.2. Le Conseil de l'UNOCAM : avis défavorable, également à l'unanimité

Saisi le 23 juillet 2026 en application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, le Conseil de l'UNOCAM a rendu, par sa délibération n° CONS.-27 du 31 juillet 2026, un avis défavorable adopté à l'unanimité sur les quatre projets de décrets en Conseil d'État portant transferts de dépenses vers les organismes complémentaires.

L'UNOCAM chiffre l'opération : entre 1,4 et 1,5 milliard d'euros de dépenses seraient transférés de l'Assurance maladie obligatoire vers les complémentaires santé au 1er janvier 2027 — « un montant sans précédent ». Elle rappelle qu'« une dépense de santé transférée ne disparaît pas : elle continue d'être financée, directement ou à travers une augmentation des cotisations des contrats de complémentaire santé », et que ces mesures, à rebours de l'affichage qui en est fait, ne répondent pas à la question de la soutenabilité du système dans sa globalité.

Elle souligne également que ces transferts sont décidés en amont du PLFSS pour 2027, dont le contenu et les impacts ne sont pas connus à ce stade, et que les capacités d'absorption des organismes complémentaires sont limitées compte tenu du niveau déjà élevé de la fiscalité qui pèse sur les contrats.

7.3. Les Libéraux de Santé : dix syndicats demandent le retrait des décrets

Le 27 juillet 2026, Les Libéraux de Santé (LDS), qui rassemblent les dix principaux syndicats représentatifs des professions libérales de santé — dont les CDF, aux côtés de la CSMF, de la FFMKR, de la FNI, de la FNO, de la FNP, de la FSPF, du SDA, du SDBIO et du SNAO —, ont dénoncé « un passage en force » et demandé le retrait des projets de décret.

Leur critique porte d'abord sur la méthode. Ces mesures ont été arrêtées par la seule voie réglementaire, sans concertation préalable avec les syndicats représentatifs signataires des conventions. Les LDS y voient une atteinte grave au pacte conventionnel qui structure les relations entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé, et un précédent dont la portée dépasse les quatre secteurs aujourd'hui visés : rien n'indique que d'autres pans du soin ne pourront pas, demain, être traités de la même façon, par simple décret et sans discussion préalable.

Sur le fond, les LDS retiennent la même lecture que les CDF : derrière le vocabulaire du « rééquilibrage », c'est un transfert de charges qui s'opère — vers les patients, dont les cotisations aux complémentaires vont mécaniquement augmenter, et vers les employeurs, qui financent la part obligatoire des contrats collectifs. Ils alertent sur la dérive vers un partage à 50/50 entre l'Assurance maladie et les organismes complémentaires, qui poussera patients et entreprises vers des contrats moins-disants, avec des paniers de soins amputés et davantage de renoncement aux soins.

Ils soulignent enfin que ces choix font porter aux patients et aux soignants libéraux le poids de décisions budgétaires qui ne sont pas les leurs, et estiment que la part du produit intérieur brut que la France souhaite consacrer à sa santé doit être tranchée par les Français eux-mêmes à l'occasion de l'élection présidentielle de 2027, plutôt qu'anticipée par une série de décrets d'été.

« Décider, en catimini, en plein été, de faire payer aux Français l'addition de quinze années de renoncements budgétaires, ce n'est pas gouverner un système de santé : c'est le démanteler pièce par pièce. Nous demandons le retrait de ces projets de décret et l'ouverture d'une vraie négociation. »

Les Libéraux de Santé, communiqué du 27 juillet 2026

Les CDF, membres des LDS, s'associent pleinement à cette position. Elle rappelle que le dossier dentaire n'est pas un cas isolé : il est le premier maillon d'une méthode qui peut s'appliquer demain à toute autre profession de santé.

7.4. Ce que les CDF en retiennent

Quatre constats convergents, dont trois indépendants de la profession dentaire :

- la mesure est un transfert de charges, non une économie — la CNAM et l'UNOCAM l'écrivent l'une et l'autre ;

- la méthode est unanimement contestée : décrets pris en plein été, en délai d'urgence, sans débat parlementaire ni étude d'impact consolidée ;
- aucune des instances consultées n'a validé ces textes, y compris celles qui bénéficieraient ou pâtiraient différemment de la mesure ;
- l'ensemble des professions libérales de santé, et pas seulement les chirurgiens-dentistes, demandent le retrait de ces décrets.

Les CDF réitèrent en conséquence leur demande : le retrait pur et simple du relèvement du ticket modérateur sur les soins dentaires, et l'ouverture d'une véritable concertation avec la profession sur le financement de la santé bucco-dentaire.

8. Ce que disent les Français

Baisse du remboursement des soins dentaires : les Français disent non

La baisse du taux de remboursement des consultations chez le chirurgien-dentiste, de 60 % à 50 %, est la mesure d'économie la plus massivement rejetée par les Français.

Selon un sondage Elabe pour Les Échos publié le 30 juillet 2026, 76 % d'entre eux la jugent « inacceptable, même si la situation financière de l'Assurance maladie est difficile », contre 22 % qui l'estiment acceptable. C'est le plus fort taux de rejet parmi les mesures annoncées le 23 juillet par la ministre de la Santé, Stéphanie Rist.

Jugé inacceptable	Mesure annoncée le 23 juillet 2026
76 %	Baisse du remboursement des consultations chez le chirurgien-dentiste, de 60 % à 50 %
60 %	Doublement du plafond annuel des franchises médicales, de 100 à 200 € par an
53 %	Baisse du remboursement des transports sanitaires (ambulances, VSL), de 55 % à 50 %
47 %	Baisse du remboursement des médicaments les moins efficaces

Ce refus dépasse tous les clivages politiques. Rapporté au vote aux élections législatives de 2024, il va de 58 % chez les électeurs LR, DVD et UDI à 87 % chez ceux du Nouveau Front populaire, en passant par 63 % chez les électeurs Ensemble et 81 % chez ceux du Rassemblement national et de ses alliés. Il s'exprime plus fortement encore chez les femmes (81 %, contre 70 % chez les hommes) et chez les 35-64 ans (79 à 81 %). Le dentaire est ainsi la seule des quatre mesures à être rejetée par une majorité de chaque électorat.

Prévues par décret pour une entrée en vigueur au 1er janvier 2027, ces mesures se heurtent donc, sur le dentaire, à une opinion très largement hostile — alors même que 84 % des Français jugent urgent de réduire la dette publique. L'adhésion au principe d'un effort budgétaire ne vaut pas acceptation de cette mesure-là.

Sondage Elabe pour Les Échos, « Les Français, la dette et l'Assurance Maladie », réalisé en ligne du 28 au 29 juillet 2026 auprès d'un échantillon de 1 004 personnes représentatif des résidents de France métropolitaine âgés de 18 ans et plus (méthode des quotas). Publié le 30 juillet 2026.

9. La mobilisation de la profession

Les Chirurgiens-Dentistes de France ne s'en tiennent pas à une prise de position nationale. La profession engage, dans les cent départements, une campagne d'information des patients et de sollicitation des parlementaires. Elle repose sur deux supports, présents là où la mesure sera d'abord ressentie : le cabinet dentaire, avec une pétition à signer et différents affichages

Depuis la publication du décret le 22 août 2026, cette mobilisation change de portée : elle ne vise plus à empêcher une signature, mais à obtenir une abrogation avant le 1er janvier 2027. La pétition en est le principal levier.

9.1. Une pétition nationale des patients

Une pétition unique est mise à la signature des patients, en version papier dans les salles d'attente et en version en ligne : Le recueil des signatures est volontairement limité aux informations strictement nécessaires — nom, prénom, code postal et signature — à l'exclusion de toute donnée de santé. Les signatures sont centralisées par les CDF par l'intermédiaire de la plateforme openPetition aux seules fins de décompte et de remise aux pouvoirs publics, et ne font l'objet d'aucune autre utilisation.

Un premier point d'étape sera communiqué à la fin du mois de septembre 2026, puis à la veille de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2027. La pétition sera remise aux pouvoirs publics et aux parlementaires avant l'échéance annoncée du 1er janvier 2027.

9.2. Des affiches dans les salles d'attente

Des propositions d'affiches sont à diffuser aux cabinets dentaires par les cent syndicats départementaux des CDF, pour un affichage en salle d'attente. C'est, dans cette campagne, le support qui touche le plus grand nombre de patients : la salle d'attente est le seul lieu où l'information atteint directement les personnes concernées, au moment où elles viennent se faire soigner.

Le parti pris rédactionnel est strictement factuel. L'affiche expose la baisse du remboursement, précise que les honoraires du praticien ne changent pas, indique qui supportera la différence, et invite à signer la pétition. Elle ne met en cause aucun patient et ne comporte aucune indication tarifaire propre au cabinet.

L'affiche renvoie à la pétition en ligne par un QR code, ce qui permet aux patients de signer depuis la salle d'attente.

9.3. Une campagne également portée auprès des parlementaires

Parallèlement, les syndicats départementaux des CDF sollicitent les députés et sénateurs de leur territoire : demandes de rendez-vous en circonscription, dépôt de questions écrites au Gouvernement, interpellation lors de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2027. L'objectif est que les conséquences concrètes de la mesure soient documentées département par département, à partir de la réalité des cabinets et des patients.

À la disposition des rédactions

- le visuel de l'affiche de salle d'attente, en haute définition ;

- le texte intégral de la pétition et le lien vers sa version en ligne ;
- les points d'étape du décompte des signatures ;
- la mise en relation avec un syndicat départemental ou un praticien pour un témoignage local (reports de soins, échanges au fauteuil, patients sans complémentaire).

10. Citations disponibles

Citations du Dr Pierre-Olivier DONNAT, Président des Chirurgiens-Dentistes de France, mobilisables par les rédactions.

« La santé bucco-dentaire n'est pas une dépense superflue : c'est un enjeu de santé publique. Faire payer davantage les patients pour se soigner est une erreur sanitaire autant qu'économique. »

« Il n'y a aucune économie dans cette mesure. Il y a un transfert : ce que l'Assurance maladie cesse de payer, les Français le paieront par leurs cotisations de complémentaire, ou directement de leur poche s'ils n'en ont pas. »

« On nous explique qu'il s'agit de rembourser mieux. Du point de vue du patient, le fait est qu'il sera moins bien remboursé. »

« Ranger les soins dentaires aux côtés des médicaments à faible service médical rendu, c'est ignorer que la bouche fait partie du corps. Il n'y a pas de santé générale sans santé orale. »

« Ce sont les soins conservateurs, le traitement des caries, qui sont les plus touchés : on renchérit précisément ce qui évite les traitements lourds de demain. »

« Nous sommes la seule profession médicale visée par un tel déremboursement, au nom d'une dérive budgétaire dont les causes sont ailleurs. Les chirurgiens-dentistes ne peuvent pas être la variable d'ajustement du déficit. »

« Après 70 %, puis 60 %, puis 50 % : quelle sera la prochaine étape ? Quand les limites sont franchies, il n'y a plus de limites. »

« Le Gouvernement a été alerté par tout le monde : les syndicats, les employeurs, les mutuelles, les associations de patients, les professions de santé. Il a choisi de publier quand même. Ce décret n'a été validé par personne, et il peut encore être abrogé : nous demandons au Premier ministre de le faire. »

« Nos honoraires ne changent pas. C'est au fauteuil, pourtant, que nous devons expliquer à nos patients une hausse que nous n'avons pas décidée. »

« Syndicats de salariés, employeurs, mutualité, associations de patients : au Conseil de la CNAM, personne n'a voté pour. Trente-quatre voix contre, zéro pour. Quand l'unanimité se fait contre un texte, ce n'est plus une contestation corporatiste, c'est un désaveu. »

« Trois quarts des Français jugent cette mesure inacceptable, dans tous les électorsats. Le Gouvernement peut passer par décret ; il ne peut pas prétendre qu'il y a un consensus. »

« Les Français savent qu'il faut redresser les comptes. Ils refusent que cela commence par leurs dents. »

« Ce qui est fait au dentaire aujourd'hui pourra être fait demain à n'importe quelle autre profession de santé, par simple décret et sans discussion. C'est pourquoi les dix syndicats libéraux demandent, ensemble, le retrait de ces textes. »

Toute demande d'interview ou de citation complémentaire peut être adressée au service presse (voir point 12).

11. Qui sont Les Chirugiens-Dentistes de France

Les Chirugiens-Dentistes de France (Les CDF) sont le premier syndicat de la profession dentaire en nombre d'adhérents. Leurs cent syndicats départementaux, répartis sur l'ensemble du territoire, font des CDF la force majeure de défense des intérêts de la profession.

Les CDF représentent les chirurgiens-dentistes libéraux auprès des pouvoirs publics, de l'Assurance maladie et des organismes complémentaires. Ils sont signataires de la convention nationale et siègent dans les instances paritaires de la profession. Leur action porte sur les conditions d'exercice, le financement de la santé bucco-dentaire, l'accès aux soins et la reconnaissance de la place de la santé orale dans les politiques de santé publique.

Pas de santé générale sans santé bucco-dentaire.

Les Chirugiens-Dentistes de France — 54 rue Ampère, 75849 Paris cedex 17 — Tél : 01 56 79 20 20 — contact@lescdf.fr — www.lescdf.fr

12. Contacts presse

Relations presse	Service communication — 01 56 79 20 20 — communication@lescdf.fr
Déléguée générale	Charlotte TEYSSIER d'ORFEUIL — 01 56 79 20 41 — teyssier@lescdf.fr
Siège	54 rue Ampère, 75849 Paris cedex 17 — 01 56 79 20 20 — contact@lescdf.fr
En région	Les cent syndicats départementaux des CDF peuvent être sollicités pour un éclairage local. Le service presse assure la mise en relation.

Visuels, chiffres et éléments complémentaires disponibles sur demande auprès du service presse.