

**DIRECTION DES AFFAIRES FINANCIÈRES ET DES ENTREPRISES
COMITÉ DE LA CONCURRENCE**

Groupe de travail n° 2 sur la concurrence et la réglementation

La concurrence et la réglementation dans le secteur de la santé – Note de la France

22 juin 2026

Ce document est une contribution écrite soumise par la France au titre de la session 7 de la 81^{ème} réunion du Groupe de travail n° 2 organisé le 22 juin 2026.

Federica MAIORANO
Federica.Maiorano@oecd.org

JT03589224

France

Introduction

1. Le secteur de la santé présente une importance particulière pour l'économie française et pour la cohésion sociale. Il se caractérise par un degré élevé de régulation, au niveau européen et national, qui touche l'ensemble des acteurs et des produits et services mis sur le marché.
2. Le secteur est marqué par des évolutions profondes et constantes notamment quant aux caractéristiques et à l'organisation de l'offre de soins. Dans un contexte de contraintes budgétaires, le maintien d'un réseau de santé au plus près des patients, sur tout le territoire, et la nécessité d'optimiser le fonctionnement du réseau de santé publique, sont des objectifs majeurs guidant les pouvoirs publics en vue de l'organisation et du développement de nouvelles missions pour les offreurs de soins. En outre, les technologies numériques offrent également la possibilité de nouveaux services et modes d'organisation.
3. C'est dans ce contexte que l'Autorité de la concurrence (ci-après « l'Autorité ») a rendu notamment des avis sectoriels relatifs au fonctionnement concurrentiel de la distribution du médicament en ville¹. L'Autorité a ainsi rappelé la nécessité de mettre la politique de concurrence au service de l'innovation et de la production de valeur, en particulier en amont de la filière pharmaceutique. Elle s'est également prononcée en faveur d'un renforcement de la puissance d'achat des intermédiaires de la distribution du médicament et d'une adaptation progressive du fonctionnement du marché à l'aval aux nouveaux modes de commercialisation et aux attentes nouvelles des consommateurs. Parmi ceux-ci figurent le développement de la vente en ligne de médicaments et l'élargissement des lieux de distribution pour certains produits de santé en dehors de l'officine, qui serait rendu possible par un assouplissement encadré du monopole officinal. Enfin, constatant que le cadre juridique applicable au secteur était de nature à brider le mouvement de modernisation du réseau de distribution du médicament, l'Autorité a appelé à des assouplissements réglementaires, dans le respect des impératifs de santé publique.
4. L'Autorité s'est par ailleurs prononcée à plusieurs reprises sur l'évolution du cadre d'exercice de différentes professions de santé, et particulièrement sur les règles déontologiques qui leur sont applicables. Si des objectifs d'intérêt général peuvent justifier la mise en place d'une réglementation restrictive, celle-ci doit être adaptée et proportionnée aux défaillances de marché en cause, afin de ne pas conduire *in fine* à une situation moins bénéfique pour les consommateurs, ou moins efficace économiquement, que celle qui prévaudrait en l'absence de réglementation.
5. La présente contribution sera ainsi l'occasion de présenter l'action consultative de l'Autorité dans le secteur de la santé, et sa réflexion approfondie quant aux problématiques suscitées par l'interaction entre cadre réglementaire et préoccupations de concurrence.

¹ Avis n° 13-A-24 du 19 décembre 2013 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament à usage humain en ville ; avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019 relatif aux secteurs de la distribution du médicament en ville et de la biologie médicale privée.

1. Le commerce en ligne de médicaments

6. Dans son avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019, l’Autorité a relevé que la réglementation instaurée en France pour l’exercice de la vente en ligne de médicaments à usage humain est l’une des plus strictes de l’Union européenne. Elle y est en effet limitée aux médicaments à prescription médicale facultative, et réservée aux sites internet adossés à une officine physique régulièrement installée, excluant *de facto* les *pure players*.

7. L’Autorité a été amenée à se prononcer sur cette réglementation dès la transposition en France de la directive du 8 juin 2011² imposant aux États membres de permettre la vente à distance au public de tels médicaments. Elle s’est montrée très favorable à l’autorisation du commerce en ligne de médicaments, car cette forme de distribution constitue en général un vecteur d’innovation en termes de services, de diversification de l’offre et d’allègement des coûts, se traduisant par une baisse de prix. Consciente de la spécificité du médicament et de la nécessité d’assurer la sécurité des patients, l’Autorité a estimé que le régime mis en place en France permettait d’assurer un niveau de sécurité élevé dans la distribution en ligne du médicament et d’écarter les produits falsifiés³. En effet, le fait que cette activité soit réservée aux seuls pharmaciens et que les règles de la vente en officine lui soient applicables, en ce inclus un contrôle permanent par le pharmacien, le conseil aux patients et le contrôle de la traçabilité des produits, garantit déjà le niveau de sécurité adéquat, la protection de la santé publique et la confiance des patients⁴. S’il importe d’éviter les risques que le commerce de médicaments peut faire courir aux patients, toute restriction de concurrence doit être justifiée par des considérations de santé publique et proportionnée à cet objectif. L’Autorité a ainsi insisté, dans son avis n° 13-A-24 de décembre 2013, sur la nécessité de limiter autant que faire se peut les restrictions réglementaires au développement du commerce en ligne⁵.

8. Consultée sur les projets de textes fixant les modalités d’exercice de cette activité, l’Autorité a systématiquement relevé plusieurs dispositions jugées trop restrictives, disproportionnées par rapport à l’objectif de protection de la santé publique et faisant obstacle à son développement. Elle a ainsi émis des avis défavorables sur les projets de texte concernant les règles relatives aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments et les règles techniques applicables aux sites internet utilisés à cette fin, et proposé des modifications. Dans ses avis n° 13-A-12 d’avril 2013 et n° 16-A-09 d’avril 2016, l’Autorité

² Directive 2011/62/UE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2011 modifiant la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, en ce qui concerne la prévention de l’introduction dans la chaîne d’approvisionnement légale de médicaments falsifiés.

³ Avis n° 12-A-20 du 18 septembre 2012 relatif au fonctionnement concurrentiel du commerce électronique ; avis n° 12-A-23 du 13 décembre 2012 relatif à un projet d’ordonnance et un projet de décret transposant la directive n° 2011/62/UE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2011 modifiant la directive n° 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, en ce qui concerne la prévention de l’introduction dans la chaîne d’approvisionnement légale de médicaments falsifiés, paragraphe 26 ; avis n° 16-A-09 du 26 avril 2016 relatif à deux projets d’arrêtés concernant le commerce électronique de médicaments, paragraphes 49 et 50.

⁴ Avis n° 13-A-12 du 10 avril 2013 relatif à un projet d’arrêté de la ministre des affaires sociales et de la santé relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique, paragraphes 100 et suivants.

⁵ Avis n° 13-A-24 du 19 décembre 2013, précité, paragraphe 686 ; et n° 16-A-09 du 26 avril 2016, précité, paragraphes 50 et 51.

a considéré que l'accumulation de dispositions restrictives conduisait à brider toute initiative commerciale en termes de prix, de gammes de produits et de services nouveaux, le cadre proposé ôtant tout intérêt à la commercialisation de médicaments par internet, tant pour les patients que pour les pharmaciens⁶.

9. Une partie de ses recommandations ont été réitérées dans son avis n° 19-A-08, dans lequel elle a examiné en détail le périmètre juridique de la vente en ligne de médicaments en France et dans les autres États membres, et constaté une activité qui, en France, reste peu développée, en raison notamment des restrictions réglementaires en vigueur, dont :

- l'encadrement strict de la publicité et des outils de communication des officines et des sites internet, empêchant les pharmaciens de faire connaître leurs services et leur activité ;
- l'exigence pour les locaux de stockage d'être situés à proximité de l'officine, pouvant faire obstacle à l'activité de vente en ligne, faute de locaux disponibles et/ou de meilleur marché ;
- l'impossibilité pour les officines de regrouper leur offre en ligne au sein d'un site commun ou de recourir à des plateformes de mise en relation avec les patients, empêchant toute mutualisation de moyens ;
- l'interdiction de confier la conception et la maintenance du site internet à une entreprise produisant ou commercialisant des produits de santé, alors que certains groupements de pharmaciens pourraient utiliser leur expertise pour offrir de tels services, facilitant la gestion de cette activité ;
- l'absence de dispositions quant au régime applicable aux opérateurs établis dans d'autres États membres, source d'insécurité juridique et d'un potentiel désavantage compétitif pour les acteurs français, dans le cas où les règles nationales ne seraient pas appliquées à tous les opérateurs présents sur le territoire.

10. Dans ce même avis, l'Autorité a également relevé l'existence d'une procédure d'autorisation de création de site internet trop longue ou complexe, et source de disparités régionales, en l'absence d'harmonisation au niveau national⁷. Consultée sur les projets de texte visant à l'instauration d'un régime déclaratif et à une harmonisation de la procédure applicable, l'Autorité a relevé, dans son avis n° 24-A-02 de mai 2024⁸, une avancée vers un régime plus souple de nature à faciliter l'exercice de cette activité. Elle a toutefois réitéré ses précédentes recommandations, déplorant qu'elles n'aient pas emporté de mise en œuvre ou de modifications concrètes. En effet, seule l'une de ses préconisations de 2019 a été entendue, l'interdiction du référencement payant et des comparateurs de prix payants ayant été abrogée à la suite d'une clarification jurisprudentielle⁹.

⁶ Avis n° 13-A-12 du 10 avril 2013, précité, paragraphes 189 et suivants ; avis n° 16-A-09 du 26 avril 2016, précité, paragraphes 91 et suivants.

⁷ Avis de l'Autorité n° 19-A-08 du 4 avril 2019, précité, paragraphe 195 et Annexe II Synthèse de la consultation publique des acteurs du secteur de la distribution du médicament en ville, page 31.

⁸ Avis n° 24-A-02 du 23 mai 2024 relatif à des projets de décret et d'arrêté relatifs au régime de déclaration préalable d'une activité et d'un site de commerce électronique de médicaments.

⁹ L'interdiction du référencement payant et des comparateurs de prix payants a été abrogée à la suite de la décision n° 440208 rendue par le Conseil d'État le 17 mars 2021, et de l'arrêt de la Cour de justice du 1^{er} octobre 2020, Shop-Apotheke, aff. C-649/18.

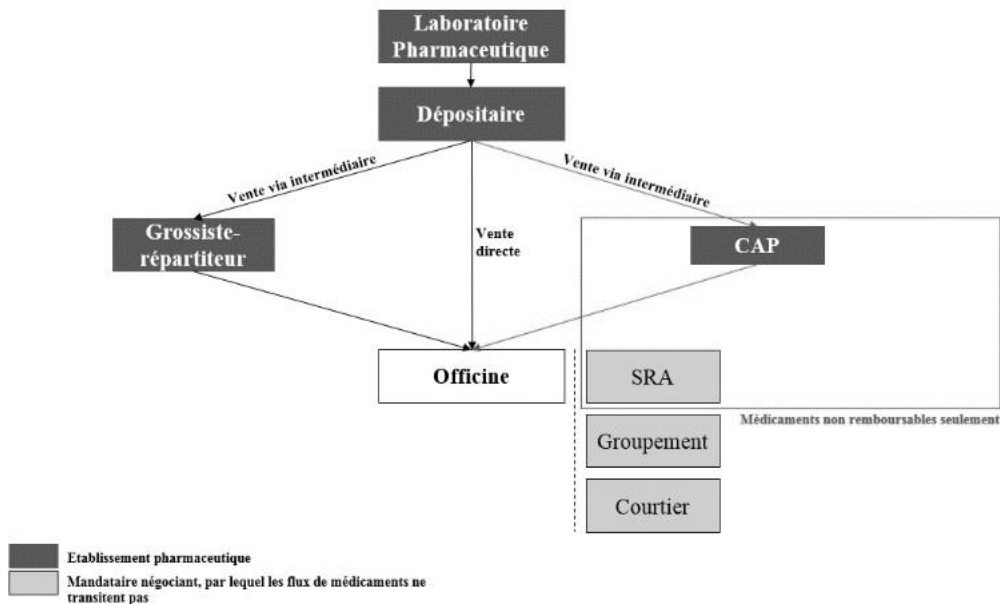
2. La chaîne de distribution du médicament en ville

11. La chaîne de distribution du médicament fait intervenir de nombreux acteurs. Outre la réglementation prévue par le droit de l'Union européenne, des dispositions nationales définissent le statut respectif, ainsi que les droits et obligations, de chacun d'eux.

12. Dans ses avis n° 13-A-24 et n° 19-A-08, l'Autorité a attentivement étudié le fonctionnement de cette chaîne de distribution, notamment à son stade intermédiaire, caractérisé par un grand nombre d'acteurs hétérogènes, et le recours à différents circuits de distribution selon les caractéristiques du médicament concerné – remboursable ou non, princeps/générique/autres.

Figure 1. Schéma d'organisation de la chaîne de distribution du médicament en ville

Figure 20 : Schéma d'organisation de la chaîne de distribution du médicament en ville



13. L'Autorité a relevé que les autorités de concurrence ont tendance à jeter un regard favorable sur les circuits courts de commercialisation, car les intermédiaires captent souvent une partie de la marge au détriment d'autres acteurs et du consommateur final. Toutefois, l'intermédiaire peut s'avérer indispensable au fonctionnement du secteur, tel le grossiste-répartiteur en France, garant d'un approvisionnement régulier et rapide du réseau officinal¹⁰.

14. Dans son avis n° 19-A-08, l'Autorité a souligné les difficultés économiques propres au secteur de la distribution en gros du médicament en ville, susceptibles notamment de priver les intermédiaires d'un pouvoir de négociation suffisant face aux autres acteurs de la chaîne. Les faibles niveaux de marges rendent ainsi les acteurs particulièrement vulnérables et ne leur permettent pas de compenser leurs charges. En effet, ces grossistes sont soumis à des obligations de service public, portant sur leurs stocks et leurs délais de livraison, emportant des coûts indéniables mais difficilement évaluables.

¹⁰ Avis n° 13-A-24 du 19 décembre 2013, précité, paragraphes 355 et suivants, et 618 et suivants.

15. L'Autorité a relevé, parmi les facteurs favorisant cette situation, la structure de leur rémunération réglementée, ne prenant pas en compte les coûts qu'ils supportent, la captation de flux d'activités par le canal de la vente directe, et les évolutions du marché du générique. En effet, les grossistes sont directement affectés par la contraction du marché du médicament remboursable, sur lequel repose principalement leur rentabilité, induite par la politique de maîtrise des dépenses de santé et la promotion du générique. En outre, en raison du poids des frais fixes liés à leurs obligations de service public, leur modèle économique dépend fortement de leur volume d'activité, car l'amortissement de leurs coûts et leur rentabilité exigent un nombre suffisamment élevé de livraisons. Toute perte d'activité au profit de la vente directe leur est donc préjudiciable¹¹.

16. Pour faire face à leur situation économique dégradée, les grossistes ont mis en œuvre des stratégies d'adaptation, dont l'Autorité a analysé l'impact sur leur marge effective. Ainsi, sur certains marchés, dont celui du générique, ils ont cherché à récupérer les flux de vente, par des efforts financiers considérables, notamment en renonçant à leur marge réglementée, pourtant déjà faible. Ils ont également diversifié leurs activités, pour réduire leur dépendance au médicament remboursable, compte tenu des faibles perspectives de croissance de ce segment et de l'inadéquation de leurs marges. Toutefois, à la date de son avis en 2019, l'Autorité a constaté que ces stratégies, qui ont pu stabiliser la situation, n'avaient pas permis de restaurer la rentabilité du secteur de la répartition¹².

17. Enfin, l'Autorité a constaté l'existence d'un déséquilibre entre acteurs de la chaîne de distribution, bénéficiant à ceux situés à l'amont et à l'aval, aux dépens des intermédiaires, mais aussi entre les intermédiaires eux-mêmes, les grossistes subissant un désavantage concurrentiel par rapport aux autres intermédiaires, lié à leurs obligations de service public. Ainsi, malgré leur poids économique, dans un secteur de la répartition relativement concentré, le pouvoir de négociation des grossistes vis-à-vis de leurs fournisseurs est insuffisant pour assurer la rentabilité de leurs activités¹³.

18. Pour faire face à cette situation, l'Autorité a suggéré une révision du niveau de la rémunération réglementée des grossistes. À tout le moins, un réexamen des règles qui la régissent, concernant la distribution du médicament remboursable, pourrait être envisagé, car à structure constante de marché, elle ne leur permet pas de faire face aux coûts logistiques de leur activité. La marge de distribution pourrait ainsi être progressivement dissociée du prix des médicaments, dans une logique de révision similaire à celle de la marge réglementée des pharmaciens d'officine¹⁴.

19. Depuis l'avis de l'Autorité, les règles gouvernant la rémunération des grossistes n'ont pas connu de modifications majeures. Des mesures de soutien sont toutefois intervenues, parmi lesquelles le rehaussement du montant maximal de la marge brute hors taxe ainsi que de la marge plafond par boîte, s'agissant des médicaments remboursables, et l'introduction d'un montant forfaitaire par conditionnement pour les spécialités se conservant au froid avant ouverture. En outre, le taux de la première tranche de la taxe sur

¹¹ Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019, précité, paragraphes 1046 et suivants et 1069 et suivants.

¹² Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019, précité, paragraphes 1081 et suivants.

¹³ Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019, précité, paragraphes 1129 et suivants, 1143 et suivants, et 1149 et suivants.

¹⁴ Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019, précité, paragraphes 1153 et suivants.

la vente en gros des spécialités pharmaceutiques, dont l'assiette correspond au chiffre d'affaires hors taxe réalisé auprès des pharmacies, a été abaissé à deux reprises¹⁵.

3. Les règles de détention du capital des officines

20. En France, la vente de médicaments à usage humain au consommateur final se caractérise par un double monopole : celui de l'officine (monopole officinal) et celui du pharmacien (monopole pharmaceutique). Ainsi, seul un pharmacien peut dispenser des médicaments à un patient, et il ne peut le faire qu'au sein d'une officine, d'où le rôle prépondérant de ces dernières en aval de la chaîne de distribution. Dans son avis n° 19-A-08, l'Autorité a détaillé la situation économique et financière des officines, et leur capacité à s'adapter aux enjeux économiques du secteur. Au-delà des modifications de leur rémunération réglementaire, une modernisation de leur activité est apparue nécessaire à l'Autorité, notamment par une ouverture encadrée du capital des officines, comme dans d'autres pays européens¹⁶. Cependant, aucune mesure significative n'a été adoptée en ce sens depuis cet avis.

21. En France, le cadre législatif limite la propriété et l'exploitation des officines. Le code de la santé publique¹⁷ impose que le pharmacien soit propriétaire de l'officine dont il est titulaire, et d'une seule, quelle que soit la structure juridique employée. S'agissant des sociétés d'exercice libéral (ci-après « SEL »), forme la plus répandue dans la profession, la majorité des droits de vote et du capital doit être détenue par des professionnels personnes physiques qui y exercent, le complément pouvant être détenu par des personnes limitativement énumérées : les personnes exerçant l'activité de pharmacien, une société de participations financières de professions libérales de pharmaciens (ci-après « SPFPL ») ou, pendant un temps limité, d'anciens associés ou des ayants droit des personnes précédentes. En outre, un pharmacien titulaire peut détenir une participation majoritaire dans la SEL dans laquelle il exerce, mais aussi des participations minoritaires dans quatre autres SEL. Une SEL peut, quant à elle, détenir des participations directes et indirectes dans quatre SEL, tandis que les SPFPL peuvent en détenir dans trois SEL. Enfin, est interdite à une personne exerçant une profession libérale de santé autre que celle de pharmacien d'officine la détention, directe ou indirecte, de parts ou d'actions représentant tout ou partie du capital social d'une SEL de pharmaciens.

22. L'Autorité a relevé le caractère très contraignant de ce cadre juridique, qui ne semblait plus adapté aux défis de la profession¹⁸ : il limite fortement la capacité des officines à accéder à des sources de financement, et n'offre pas les moyens requis pour sa modernisation. Si les SEL et SPFPL présentent de nombreux avantages pour les pharmaciens (possibilité pour des personnes extérieures d'apporter des capitaux, de mettre en commun des moyens financiers et de profiter des synergies entre plusieurs officines), les montages associés à ces structures sont très contraints. Il en est ainsi du champ restreint des personnes autorisées à accéder au capital des officines, ou de la limitation du nombre de sociétés dans lesquelles les participations sont autorisées.

¹⁵ Articles L. 138-1 et L. 138-2 du code de la sécurité sociale.

¹⁶ Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019, précité, paragraphes 22 et suivants, 112 et suivants, et 670 et suivants.

¹⁷ Articles L. 5125-8 et suivants et R. 5125-14 et suivants du CSP, dans leur rédaction en vigueur à la date de publication de l'avis n° 19-A-18.

¹⁸ Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019, précité, paragraphes 718 et suivants.

23. A défaut pour les officines de pouvoir satisfaire leurs besoins en financement par les seuls emprunts bancaires et fonds propres, les financements alternatifs par des groupements d'officines et des obligations convertibles en actions (ci-après « OCA ») n'apparaissent pas pleinement satisfaisants. La stratégie de certains fonds d'investissements, qui s'appuie sur des montages financiers leur permettant d'entrer au capital de groupements et de souscrire à des OCA émises par les officines, ouvre la voie à une future détention du capital de celles-ci, dans l'hypothèse d'un assouplissement de la réglementation¹⁹. Certains acteurs craignant qu'une telle stratégie, si elle était insuffisamment encadrée, ne fasse peser un risque sur l'autonomie d'exercice de la profession, l'Autorité a examiné quelles garanties pourraient être apportées pour accompagner cet assouplissement nécessaire de la réglementation.

24. Ainsi, selon l'Autorité, une ouverture du capital des officines à des non-pharmaciens devrait s'inscrire dans une politique de remplacement du monopole officinal par le monopole du pharmacien. Parmi les améliorations attendues d'une telle mesure, l'Autorité a identifié des avantages financiers, opérationnels et structurels : l'amélioration de la trésorerie des officines, l'accès à de nouvelles sources de financement, la création de chaînes de pharmacies – source d'économie d'échelle –, un poids plus important dans les négociations avec les fournisseurs, ou encore l'émergence d'acteurs verticalement intégrés dans la distribution du médicament. L'ouverture du capital des officines pourrait aussi être bénéfique au maillage territorial²⁰.

25. Enfin, rappelant que le médicament n'est pas un bien comme les autres, l'Autorité a souligné qu'il serait primordial d'encadrer une telle ouverture du capital afin qu'elle réponde aux exigences de santé publique²¹. Il conviendrait de s'assurer que les pharmaciens conservent la faculté de prendre seuls les décisions importantes, et celle de conseiller les patients de façon indépendante, dans le respect des règles déontologiques. D'autres règles, notamment pour éviter les conflits d'intérêt, pourraient également être établies : réserver la majorité des droits de vote aux pharmaciens en exercice au sein de la SEL, ou interdire les objectifs commerciaux pour les pharmaciens salariés des chaînes d'officines, pour ce qui concerne la vente de médicaments.

26. Quant à l'ouverture du capital, l'Autorité a examiné quatre scénarios, allant de l'augmentation du nombre des participations minoritaires ou majoritaires de pharmaciens, à l'ouverture d'une part minoritaire du capital à des investisseurs extérieurs minoritaires, voire à l'existence d'un capital détenu majoritairement par des investisseurs autres que les pharmaciens²².

4. Les règles déontologiques applicables aux professions de santé

27. Par application de l'article L. 462-2 du Code de commerce, l'Autorité est obligatoirement consultée par le gouvernement sur les projets de réforme des règles déontologiques applicables aux professions de santé, et se prononce à ce titre sur leur compatibilité avec les règles de concurrence.

¹⁹ Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019, précité, paragraphes 735 et suivants et 756 et suivants.

²⁰ Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019, précité, paragraphes 766 et suivants et 781 et suivants.

²¹ Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019, précité, paragraphes 790 et suivants.

²² Avis n° 19-A-08 du 4 avril 2019, précité, paragraphes 799 et suivants.

28. S'il est justifié de prévoir de telles règles en vue de garantir la sécurité et la qualité des actes, et d'encadrer le comportement des professionnels de santé à l'égard des usagers, ces règles ne sauraient établir des restrictions de concurrence ou à la liberté d'entreprendre qui ne soient pas nécessaires, ni proportionnées aux objectifs d'intérêt général poursuivis. La particularité des professions de santé, qui justifie leur régulation, n'ôte pas à leur activité toute dimension économique, ni toute inscription dans le champ des règles de concurrence, ainsi que l'a régulièrement souligné l'Autorité²³.

4.1. Les règles en matière de publicité et de communication des professionnels de santé

29. S'agissant des règles déontologiques relatives à la publicité et à la communication des professionnels de santé, l'Autorité a indiqué qu'elles sont de nature à réduire le degré de concurrence. En effet, elles augmentent le coût de la recherche d'information sur les services, leur qualité et leur prix pour les consommateurs, et empêchent les nouveaux prestataires de se faire connaître. L'Autorité a aussi indiqué que les restrictions de concurrence qui en seraient issues devraient être appréciées à l'aune du principe de proportionnalité²⁴.

30. Les avis les plus récents de l'Autorité en la matière sont intervenus dans un contexte particulier, lié notamment à une jurisprudence européenne favorable à la libéralisation de la communication²⁵, et à une étude publiée par le Conseil d'État le 3 mai 2018 relative aux « Règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité », dans laquelle il appelle à une réforme des règles déontologiques²⁶.

31. Concernant les pharmaciens, dans le cadre de deux avis, l'Autorité s'est montrée critique vis-à-vis des règles déontologiques applicables, en particulier s'agissant de la publicité. Dans l'avis n° 17-A-10 de juin 2017²⁷, l'Autorité avait relevé que, malgré des avancées louables, certaines règles étaient restrictives de concurrence car trop imprécises et sujettes à interprétation, ou d'une généralité excessive, créant une insécurité pouvant inhiber les initiatives des professionnels et donc brider le jeu concurrentiel. L'Autorité relevait aussi des dispositions redondantes voire contradictoires au sein du code de déontologie des pharmaciens. Enfin, certaines dispositions étaient, sur le fond, restrictives de concurrence et non justifiées par des impératifs de santé publique (par exemple,

²³ Avis n° 19-A-18 du 31 décembre 2019 relatif à plusieurs projets de décret portant modification des codes de déontologie de certaines professions de santé, paragraphes 37 et suivants.

²⁴ Avis n° 19-A-18 du 31 décembre 2019, précité, paragraphe 62.

²⁵ Arrêt de la Cour de justice, 4 mai 2017, Luc Vanderborght, aff. C-339/15. Saisie d'une question préjudicielle relative à la loi belge applicable aux chirurgiens-dentistes, la Cour a jugé notamment qu'une réglementation nationale concernant la publicité en matière de soins dentaires était contraire à la directive 2000/31/CE sur le commerce électronique, ainsi qu'à l'article 56 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne relatif à la libre prestation de services, dès lors qu'elle conduisait à interdire de manière générale et absolue, l'usage, par les professionnels de santé, de toute publicité relative à des prestations de soin, par voie d'écrit ou par voie électronique. Voir également l'ordonnance de la Cour de justice du 23 octobre 2018, C-296/18, RG et SELARL, cabinet dentaire du docteur RG.

²⁶ <https://www.conseil-etat.fr/publications-colloques/etudes/etudes-a-la-demande-du-gouvernement/regles-applicables-aux-professionnels-de-sante-en-matiere-d-information-et-de-publicite>

²⁷ Avis n° 17-A-10 du 16 juin 2017 relatif à un projet de décret portant code de déontologie des pharmaciens et modifiant le code de la santé publique.

l'interdiction générale de toute offre ou promotion commerciale). L'Autorité a recommandé d'utiliser des formulations précises, dénuées d'ambiguïté et cohérentes, ainsi que d'adapter certaines règles voire d'en supprimer. Une analyse similaire a été menée dans l'avis n° 25-A-08 de juin 2025,²⁸ et concluait à la nécessité d'assouplir, clarifier ou supprimer certaines dispositions.

32. L'Autorité a rendu des avis relatifs à la communication de nombreuses autres professions médicales et paramédicales (médecins, sage-femmes, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures-podologues...). En particulier, dans l'avis n° 19-A-18 de décembre 2019²⁹ visant spécifiquement la réforme des règles de communication de ces six professions, l'Autorité émettait un avis « *très réservé* » sur le projet de réforme, pour plusieurs raisons.

33. Premièrement, les règles applicables en matière de publicité différaient, parfois sensiblement, entre les professions concernées, sans que cela n'apparaisse objectivement justifié par les spécificités de l'une ou l'autre. Cela s'illustre « *par l'hétérogénéité du degré de précision dans la définition des règles applicables, certains textes détaillant par exemple de manière quasi-exhaustive le contenu de diverses obligations (mentions devant figurer sur les plaques professionnelles, sur les ordonnances, etc.), d'autres posant simplement les grands principes et renvoyant pour plus de précisions aux chartes ou recommandations édictées par l'ordre* »³⁰.

34. Deuxièmement, à l'instar des règles applicables aux pharmaciens, l'Autorité déplorait un manque de clarté et de lisibilité du dispositif soumis à avis. Par exemple, le terme « commerce » et ses dérivés, utilisés pour interdire l'exercice de la profession comme un commerce, n'étaient pas explicités³¹. L'Autorité concluait que « *ces imprécisions, ce manque de cohérence et cette hétérogénéité placent à l'évidence les professionnels de santé dans une situation d'insécurité juridique, dès lors qu'ils risquent d'être poursuivis et sanctionnés par les instances ordinales sur le fondement de règles incertaines et sujettes à interprétation* »³² et préconisait de modifier les règles applicables, « *en les rendant plus lisibles, en structurant la rédaction, en explicitant les termes utilisés [et] en homogénéisant la nature et l'étendue des obligations des professionnels de santé* »³³.

35. Troisièmement, l'Autorité relevait l'existence de règles constitutives de restrictions de concurrence. Par exemple, certaines règles déontologiques interdisent le recours par les praticiens aux procédés de référencement payants. Or cette interdiction prive le professionnel de santé d'un moyen de promotion et de publicité, notamment *via* son site internet sur lequel sont présentées son activité et ses compétences, et ce d'autant plus que certains organismes n'y sont pas soumis (notamment les cliniques privées et les centres de santé)³⁴. Il en est de même des restrictions concernant l'installation du professionnel, et relatives à la limitation du nombre d'annonces que le professionnel peut diffuser, à

²⁸ Avis n° 25-A-08 du 2 juin 2025 relatif à un projet de décret modifiant le code de déontologie des pharmaciens et d'autres dispositions du code de la santé publique, paragraphe 47.

²⁹ Avis n° 19-A-18 du 31 décembre 2019, précité.

³⁰ Avis n° 19-A-18 du 31 décembre 2019, précité, paragraphe 52.

³¹ Voir également l'avis n° 22-A-09 du 22 novembre 2022 relatif à un projet de décret réformant le code de déontologie des sage-femmes, paragraphes 66 et suivants.

³² Avis n° 19-A-18 du 31 décembre 2019, précité, paragraphe 59.

³³ Avis n° 19-A-18 du 31 décembre 2019, précité, paragraphe 61.

³⁴ Avis n° 22-A-09 du 22 novembre 2022, précité, paragraphes 54 et suivants

l'obligation de transmettre préalablement le projet de communication au conseil départemental de l'ordre concerné, à la limitation du support de diffusion, de la nature de l'information diffusée ou encore de la durée de communication. L'Autorité avait conclu que ces dispositions « *limitent incontestablement la liberté d'installation du praticien qui souhaite se faire connaître auprès de la patientèle locale* », alors que la communication aiderait à pallier, le manque de praticiens dans certaines zones géographiques, à améliorer l'information des patients et à faciliter l'accès aux soins. L'Autorité recommandait ainsi d'assouplir sensiblement ces différentes règles³⁵.

4.2. Les conditions d'exercice des professionnels de santé

36. S'agissant des règles déontologiques concernant, de manière générale, les conditions d'exercice des professionnels de santé, l'Autorité s'est là aussi prononcée à de nombreuses reprises en faveur de formulations plus explicites, garantissant une certaine sécurité juridique pour les professionnels de santé, ou a recommandé la suppression de règles constituant des restrictions de concurrence non justifiées. Par exemple, ont été visées les dispositions :

- interdisant au professionnel d'abaisser ses tarifs, ce qui apparaît d'autant plus problématique lorsque l'interdiction est associée à des notions imprécises telles que « *tact et mesure* »³⁶ ;
- interdisant l'installation postérieurement au remplacement d'un confrère ou dans l'hypothèse où un professionnel est déjà installé dans un immeuble, par une obligation de non-concurrence³⁷ ;
- limitant le nombre d'exercices ou de cabinets secondaires pour un professionnel³⁸.

37. Il sera rappelé que l'Autorité a déjà sanctionné pour entente des instances ordinales, dont les chambres disciplinaires s'étaient appuyées sur des obligations déontologiques pour fonder des poursuites contre des praticiens. Par exemple, ont été visées des pratiques de boycott par le Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et plusieurs conseils départementaux de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Ces pratiques, dont certaines se fondaient sur des règles déontologiques de fixation des honoraires avec « *tact et mesure* » et d'interdiction du détournement de clientèle, visaient en particulier un réseau de soins dentaires reposant sur des partenariats signés avec les chirurgiens-dentistes, comportant des

³⁵ Avis n° 19-A-18 du 31 décembre 2019, précité, paragraphes 88 et suivants.

³⁶ Avis n° 25-A-08 du 2 juin 2025, précité, paragraphes 48 et suivants ; avis n° 19-A-18 du 31 décembre 2019, précité, paragraphes 91 et suivants ; avis n° 17-A-10 du 16 juin 2017, précité, paragraphes 69 et suivants ; avis n° 16-A-11 du 11 mai 2016 relatif à un projet de décret portant code de déontologie des infirmiers, paragraphes 127 et suivants ; avis n° 12-A-07 du 1^{er} mars 2012 relatif à un projet de décret portant code de déontologie des pédicures-podologues, paragraphes 74 et suivants.

³⁷ Avis n° 25-A-08 du 2 juin 2025, précité, paragraphes 52 et suivants ; avis n° 22-A-09 du 22 novembre 2022, précité, paragraphes 46 et suivants ; avis n° 17-A-10 du 16 juin 2017, précité, paragraphes 77 et suivants ; avis n° 16-A-11 du 11 mai 2016, précité, paragraphes 151 et suivants ; avis n° 12-A-07 du 1^{er} mars 2012, précité, paragraphes 120 et suivants ; avis n° 08-A-15 du 29 juillet 2008 relatif au projet de décret portant code de déontologie des masseurs kinésithérapeutes, paragraphes 58 et suivants.

³⁸ Avis n° 22-A-09 du 22 novembre 2022, précité, paragraphes 48 et suivants ; avis n° 12-A-07 du 1^{er} mars 2012, précité, paragraphes 88 et suivants.

engagements réciproques comme des tarifs de soins plafonnés et une orientation des patients qui en feraient la demande vers les professionnels de santé membres du réseau³⁹.

38. Les recommandations formulées par l’Autorité en matière de règles déontologiques sont régulièrement prises en compte. Notamment, la plupart de celles figurant dans son avis n° 19-A-18 ont été suivies, notamment s’agissant de l’harmonisation et de la simplification des règles, de la suppression de l’interdiction générale faite aux médecins d’utiliser tout procédé d’information à caractère commercial, ou encore la consécration d’un principe de libre communication au public.

39. Par ailleurs, le décret n° 2026-156 du 3 mars 2026⁴⁰, dont le projet avait été soumis pour avis à l’Autorité⁴¹, a repris lui aussi la grande majorité de ses recommandations, notamment relatives à l’harmonisation du cadre juridique applicable aux pharmaciens avec celui des autres professions de santé en matière d’information, à la modification et à la suppression de certaines dispositions relatives à la publicité, ou encore à la suppression des dispositions relatives au montant des honoraires et tarifs ainsi que de celles concernant la non-concurrence.

³⁹ Décision n° 20-D-17 du 12 novembre 2020 relative à des pratiques mises en œuvre dans le secteur de la chirurgie dentaire (rejet du recours par décision de la cour d’appel de Paris, 14 septembre 2023, n° RG 20/17860 ; rejet du pourvoi par décision de la Cour de cassation, 15 octobre 2025, pourvoi n° 23-21.370).

⁴⁰ Décret n° 2026-156 du 3 mars 2026 modifiant le code de déontologie des pharmaciens et d’autres dispositions du code de la santé publique, JORF du 5 mars 2026.

⁴¹ Avis n° 25-A-08 du 2 juin 2025, précité.