UNIVERSITÉ DE LORRAINE | BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

École Doctorale Sciences Juridiques, Politiques, Économiques et de Gestion
Institut François Gény

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du titre de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Mention : **Droit privé et sciences criminelles**

Présentée et soutenue le 6 décembre 2024

par **Ulysse PY**

Sous la direction de Madame Catherine MÉNABÉ

E-santé en milieu carcéral

Membres du jury :

Directrice de thèse	Mme Catherine MÉNABÉ	Maître de conférences HDR en droit privé et sciences criminelles, Université de Lorraine
Rapporteurs	Mme Lina WILLIATTE, présidente du jury	Professeure en droit privé et sciences criminelles, Université Catholique de Lille
	M. Thibault DOUVILLE	Professeur en droit privé et sciences criminelles, Université de Caen Normandie
Examinateurs	Mme Martine HERZOG-EVANS	Professeure en droit privé et sciences criminelles, Université de Reims
	M. Guillaume ROUSSET	Maître de conférences HDR en droit privé et sciences criminelles, Université Jean Moulin Lyon 3

Avertissement

L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Remerciements

À ma directrice de thèse, Madame Catherine Ménabé, pour m'avoir fait confiance et avoir su me guider sans ajouter à l'épreuve d'une thèse celle de sa direction.

Aux membres de mon jury, Madame la Professeur Lina Williatte, Madame la Professeur Martine Herzog-Evans, Monsieur Guillaume Rousset et Monsieur le Professeur Thibault Douville, pour l'honneur qu'ils me font d'évaluer ces travaux de recherche.

À mes collègues du GIP Pulsy, pour les enseignements professionnels et surtout humains acquis à leurs côtés ; et particulièrement Renato Brasselet pour m'avoir permis de me lancer dans cette aventure.

À mes collègues de l'Institut François Gény, pour les échanges passionnants, les conseils brillants et le support réconfortant.

À mes amitiés, si ce n'est nombreuses du moins précieuses, à celles nées avant cette expérience et qui ont subsisté, à celles qui se sont créées pendant, et qui j'en suis sûr vont perdurer.

À ma famille, d'ici ou d'ailleurs, pour les valeurs inculquées et l'amour partagé, qu'ils soient encore de ce monde ou que leurs souvenirs m'accompagnent.

À celle qui me laisse partager sa vie, auprès de laquelle je ne cesse d'apprendre, et que je regarde chaque jour avec un peu plus d'amour et d'admiration.

Liste des principaux acronymes et abréviations

ANS	Agence du numérique en santé
ANSS	Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information
AP	Administration pénitentiaire
APPI	Application des peines, probation et insertion
APSEP	Association des professionnels de santé exerçant en prison
ARCEP	Autorité de régulation des communications électroniques, des postes et de la distribution de la presse
ARS	Agence régionale de santé
ASPMP	Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire
CCNE	Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé
CE	Conseil d'État
CEDH	Cour européenne des droits de l'Homme
CEL	Cahier électronique de liaison
CEPD	Comité européen de la protection des données
CESP	Contrat d'engagement de service public
CESREES	Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé
CGEIET	Conseil général de l'économie, de l'industrie, de l'énergie et des technologies
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CGTI	Conseil Général des Technologies de l'Information
CJCE	Cour de justice des Communautés européennes
CJUE	Cour de justice de l'Union européenne
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNPEN	Comité national pilote d'éthique du numérique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPU	Commissions pluridisciplinaires uniques

CRPA	Code des relations entre le public et l'administration
CSP	Code de la santé publique
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire
DGA	Loi européenne sur la gouvernance des données
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DM	Dispositif médical
DMC	Dispositif médical connecté
DMP	Dossier médical partagé
DP	Dossier pharmaceutique
DPI	Dossier patient informatisé
DPO	Délégué à la protection des données
EDS	Entrepôts de données de santé
ENS	Espace numérique de santé
GAFAM	Google, Apple, Facebook, Amazon et Microsoft
GIDE	Gestion informatisée des détenus
HAS	Haute autorité de santé
HDH	Health Data Hub
IA	Intelligence artificielle
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IPDS	Institut pour la démocratie en santé
IUD	Identification unique des dispositifs
MDPH	Maison départementale pour les personnes handicapées
MSSanté	Messagerie sécurisée de santé
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OSE	Opérateur de service essentiel
PDS	Plateforme des données de santé
PIP	Poly Implant Prothèse
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPSMJ	Personnes placées sous main de justice

QPC	Question prioritaire de constitutionnalité
RGPD	Règlement général sur la protection des données
RSSI	Responsable de la sécurité des systèmes d'information
SIADM	Systèmes d'intelligence artificielle utilisés pour le diagnostic médical
SNDS	Système national des données de santé
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SSJ	Suivi socio-judiciaire
UE	Union Européenne
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
USMP	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

Sommaire

PARTIE I. UN ACCÈS AUX SOINS RENOVÉ

Titre I. Un accès aux soins facilité

Chapitre I. L'intégration complexe du détenu dans le système de soins

Chapitre II. Une télé-accessibilité du détenu au système de soins

Titre II. Un accès aux soins optimisé

Chapitre I. La technologie au service du perfectionnement des prises en charge

Chapitre II. La technologie au service d'un accroissement de la télésanté

PARTIE II. UNE RELATION DE SOINS FRAGILISÉE

Titre I. Une relation de soin métamorphosée

Chapitre I. Une autonomie illusoire en milieu carcéral

Chapitre II. Une relation de soins dissipée en milieu carcéral

Titre II. Une relation de soins infiltrée

Chapitre I. Des risques d'origine humaine

Chapitre II. Des risques d'origine technologique

Introduction générale

« *Sciences sans conscience n'est que ruine de l'âme* »[1].
François RABELAIS.

1. Enjeux de la santé en détention. En 2023, plusieurs dizaines de soignants de la région PACA[2] s'indignent dans un « cri d'alarme »[3] face à la dégradation de l'accès aux soins en milieu carcéral et alertent leur direction, l'Agence régionale de santé (ARS) et la direction interrégionale des services pénitentiaires. Si les pouvoirs publics se sont saisis du sujet à la fin du XX^{ème} siècle, cette facette particulière des politiques publiques laisse apparaître des modalités d'interaction complexes entre la Santé et la Justice, deux administrations aux ambitions différentes voire ambivalentes (**Section I**). L'enjeu spécifique de l'accès aux soins des personnes détenues interroge dans des établissements qualifiés de « *zone de non-droit* » de « *jungle en vase clos* » ou encore de « *cloaque de la misère humaine* »[4]. Le développement récent des technologies de l'information et de la communication (TIC ou NTIC) pourrait être une solution organisationnelle et financière aux manquements récurrents de l'État Français par le biais de son système sanitaire et de son administration pénitentiaire (**Section II**).

Section I– Les modalités d'interaction complexes entre Santé et Justice

2. L'hôpital, un lieu d'enfermement[5]. L'hôpital avait à l'origine pour fonction d'héberger certaines catégories de personnes comme les mendiants[6]. Cependant, si le terme d'hébergement est employé, c'est au sens d'enfermement qu'il doit être compris. Le rôle de l'hôpital n'est alors pas de prodiguer des soins, mais bien de faire travailler les populations[7] qui y sont enfermées

[1] F. RABELAIS, Pantagruel, Gallimard, Paris, 1973, Chapitre VIII, p. 55.
[2] Provence-Alpes-Côte d'Azur.
[3] OIP, *Cri d'alarme de plus de cent soignants pour la santé des personnes détenues*, Lettre ouverte, 5 octobre 2023.
[4] J.-P. GUÉNO, *Paroles de détenus*, Librio, coll. « France Bleu », 2012, p. 40.
[5] M. FOUCAULT rappelle que l'hôpital jusqu'au XVIIIème siècle, n'avait jamais été conçu comme un instrument thérapeutique, mais comme un lieu de *"ségrégation et de cumul"*, où « s'entassaient des individus pauvres et malades », v. M. FOUCAULT *in* Les lundis de l'Histoire, France Culture, 23 mai 1977.
[6] Le 27 avril 1656, Louis XIV promulgue un « *Edit du Roy portant establissement de l'Hôpital général pour le renfermement des pauvres mendions de la ville et faubourgs de Paris* », créant ainsi l'Hôpital général à Paris dans le but de procéder au « renfermement des pauvres mendiants », Criminocorpus.
[7] Qui sont alors les mendiants, les prostituées, les pauvres « *de tous sexes, lieux et âges, de quelques qualité et naissance, et en quelque état qu'ils puissent être, valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables* ». code de l'Hôpital général de Paris, ou Recueil des principaux édits, Arrêts, Déclarations et

pour lutter contre l'oisiveté[8], tout en plaçant les enfants en apprentissage[9]. Il est également employé comme un lieu de confinement pendant les épidémies comme la lèpre, devenant un lieu de relégation[10].

3. La prison, un lieu de traitement. De la même façon, la prison n'est pas à l'origine « *instituée par la loi comme un séjour de peine* »[11] mais est essentiellement envisagée comme une mesure de détention préventive[12]. À l'objectif thérapeutique de la prison canonique[13] a été substitué sa fonction punitive à la Révolution où elle devient la peine par excellence. Demeure toutefois, cette vision selon laquelle le crime est une « *maladie sociale pour laquelle un remède, un traitement doit être inventé* »[14]. Pour Alexis de TOCQUEVILLE et Gustave de BEAUMONT, l'étude des prisonniers américains les mènent à la conclusion que l'isolement sévère des détenus est un principe de base efficace qui doit être généralisé[15]. Il est efficace parce qu'il permet d'éviter une « *contagion mutuelle* »[16]. Par ces mots, il est entendu la réduction des risques de contamination épidémique, mais il faut également comprendre l'absence de contagion morale des prisonniers entre eux. Le détenu serait un être à soigner, à traiter, non pas pour son bien, mais pour celui de la société. Le rôle du médecin en prison était ainsi à la fois orienté sur l'évaluation de la dangerosité et sur la transformation du condamné, sur sa

---

Règlements qui le concernent, Ainsi que les Maisons et Hôpitaux réunis à fort Administration. A PARIS, De l'Imprimerie de la Veuve THIBOUST, Imprimeur du ROI, place Cambrai, M. D. CC. LXXXVL, p. 262.

[8] « *Déclaration du Roy Pour obliger les pauvres mandians valides d'aller travailler à la campagne* », 25 juillet 1700, disponible en ligne sur https://criminocorpus.org/fr/bibliotheque/page/116763/ (consulté le 10 oct. 2024).

[9] Pour aller plus loin *V.* J. IMBERT, *Les hôpitaux de France*, Paris, PUF, col. « que sais-je ? », 4e éd., 1981 ; J. IMBERT, *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, Privat, 1982

[10] J. IMBERT, *Les hôpitaux de France*, Paris, PUF, col. « que sais-je ? », 4e éd., 1981, p. 36 ; J. LAPOINTE, « Contribution à l'étude historique des relations hôpital-prison », *in* B. PY (dir.) *Relations hôpital-prison*, LEH, À la croisée des regards, nov. 2023, p. 36.

[11] J.-N. GUYOT, *Répertoire universel et raisonné de jurisprudence civile, criminelle, canonique et bénéficiale*, t. 13, Paris, Visse, 1784, p. 661, cité par J. LAPOINTE, « Contribution à l'étude historique des relations hôpital-prison », *in* B. PY (dir.) *Relations hôpital-prison*, LEH, À la croisée des regards, nov. 2023 p. 24.

[12] J. LAPOINTE, « Contribution à l'étude historique des relations hôpital-prison », *in* B. PY (dir.) *Relations hôpital-prison*, LEH, À la croisée des regards, nov. 2023, p. 29.

[13] J.-M. CARBASSE, *Histoire du droit pénal et de la justice criminelle*, Paris, PUF, 3e éd., 2014, p. 178.

[14] Citation du médecin L. VILLERMÉ en 1829 dans « prospectus inaugural des annales d'hygiène publique et de médecine légale », cité par G. PETIT JACQUES, C. FAUGERON, M. PIERRE, *Histoire des prisons en France*, Toulouse, Privat, 2002, p. 200-201.

[15] A. de TOCQUEVILLE, G. de BEAUMONT, *Système pénitentiaire aux États-Unis et de son application en France*, 1833.

[16] A. de TOCQUEVILLE, G. de BEAUMONT, *Système pénitentiaire aux États-Unis et de son application en France*, 1833, p. 174

« *guérison* »[17], ce qui explique que pendant longtemps les auteurs parlaient de « *traitement pénitentiaire* »[18].

4. Le développement d'une politique sanitaire. C'est avec le code criminel de COLBERT[19] en 1670 qu'apparaît la prise en compte de la santé des personnes détenues notamment dans l'article 1er de l'ordonnance criminelle précisait alors « *voulons que les prisons soient sûres et disposées en sorte que la santé des prisonniers n'en puisse être altérée* » ou encore que l'établissement pénitentiaire devienne un lieu « *où les prisonniers puissent être gardés sans danger pour leur santé* »[20]. L'ordonnance criminelle visait par ces dispositions à lutter contre les difficultés rencontrées par les détenus en matière de salubrité, en les transférant de leur cachot vers une chambre le temps de la convalescence, mais l'intervention du médecin dans la procédure judiciaire se limitait à faire supporter la peine ou encore à donner la capacité de supporter la torture[21]. La déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 (DDHC) érige la liberté au range des droits inaliénables de l'homme et transforme la prison en peine à part entière, le premier code pénal de 1791[22] place alors l'enfermement au centre du dispositif judiciaire, la peine privative de liberté devient la peine de référence. L'année 1810 marque toutefois un retour en arrière, l'adoption du second code pénal privilégiant le châtiment qui vient s'ajouter à l'incarcération[23]. Au début du XXème siècle, la gestion de l'administration pénitentiaire qui dépendait, et c'est révélateur, du ministère de l'intérieur, fut confiée au ministère de la justice[24]. Il faut toutefois noter que ce transfert est réalisé pour des raisons politiciennes sans lien avec les droits des personnes détenues[25]. Ce fut également une période de forte contestation journalistique de la condition des condamnés au bagne[26]. En 1959, le code de procédure pénale fut ainsi modifié pour imposer à chaque établissement de se doter d'un

[17] A. CHASSAGNE, « Des frontières entre l'hôpital et la prison », *Soins et prison Enquête auprès de détenus gravement malades*, Érès, 2019. p. 27-42.
[18] P. PEDRON, J.-P. DUROCHÉ, *Droit Penitentiaire*. Vuibert, 2019, p. 167 ; *V.* dernière édition P. PEDRON, J.-P. DUROCHÉ, F. FÉVRIER, M. WAGNER, *Droit Penitentiaire*. Vuibert, 2024, 576 p.
[19] Ancêtre du premier code de procédure criminelle qui deviendra le code de procédure pénale.
[20] Code criminel de COLBERT d'après F. SERPILLON, « Code criminel, ou commentaire sur l'Ordonnance de 1670 », Lyon, Chez les frères Perisse, 1784, vol. 1, p. 581-623, Titre XIII ; pour aller plus loin v. P. GRELLIÈRE et al., Historique de la santé du détenu : point de vue législatif, point de vue humain, Nice, Les éditions Ovadia, 2017, p. 58.
[21] P. GIROLAMI, « La médecine en milieu carcéral et la construction de l'homme nouveau - Enjeux éthiques et juridiques », *RGDM*, n°40, 2011, p. 119.
[22] Loi Code pénal Donnée à Paris le 6 octobre 1791.
[23] Loi 1810-02-16 du 26 février 1810 : C'est l'exemple du boulet au pied des forçats, la flétrissure au fer rouge, ou encore du travail obligatoire.
[24] Décret du 13 mars 1911.
[25] C. CARLIER, *La balance et la clef, Histoire du rattachement de l'administration pénitentiaire au ministère de la Justice*, Coll. Archives pénitentiaires, n° 7, 1986.
[26] A. LONDRES, *Au bagne*, Albin Michel, Paris, 1923.

service médical et d'une infirmerie. Les mutineries du début des années 1970 mettent au jour les conditions d'incarcération dans les prisons françaises[27], mais c'est finalement à la suite du rapport CHODORGE[28] conduisant Simone VEIL à qualifier ces conditions de « *véritable état d'urgence sanitaire* », qu'une loi importante fut votée en 1994 en mentionnant expressément dans un titre « *soins en milieu pénitentiaire et protection des détenus* »[29]. Cette loi met en œuvre des mesures telles que l'affiliation obligatoire au régime d'Assurance Maladie, la création des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA)[30] pour les soins en milieu pénitentiaire et leur gestion par le ministère de la santé. Ce changement de tutelle est censé assurer l'indépendance et l'autonomie des professionnels de santé vis-à-vis de l'administration pénitentiaire, ainsi, « *l'hôpital entre dans la prison* »[31], ce qui illustre que la considération de la société pour la santé publique est désormais une affaire d'État, celui-ci en devient le garant[32].

5. Soins en prison. La prise en charge sanitaire en détention n'a cessé de s'organiser depuis, que ce soit pour les soins somatiques ou psychiatriques qui relèvent également du service public hospitalier [33]. Les services médico-psychologiques régionaux, les SMPR, unités de soins en santé mentale au sein d'un établissement pénitentiaire, furent d'ailleurs créés en 1986, soit près d'une décennie avant la réforme de 1994. Aujourd'hui, le code de la santé publique (CSP) prévoit l'existence de plusieurs niveaux de prise en charge psychiatrique en milieu pénitentiaire. L'organisation est plus ou moins la même que pour le soin somatique, puisqu'elle est constituée en trois niveaux de prises en charge, à la différence près que la loi introduit une organisation de secteur en psychiatrie[34]. Ces trois niveaux s'articulent de la façon suivante : d'abord les soins

[27] Y. LEU, « Les mutinueries de l'été 1974 et la réforme de 1975 », 15 avril 2009, disponible en ligne sur https://criminocorpus.org/fr/expositions/anciennes/prisons/histoire-des-prisons-de-lille/articles/mutineries-de-1974-et-reforme-de-1975/ (consulté le 10 oct. 2024) ; P. ARTIÈRES *La prison en procès. Les mutins de Nancy (1972),* Vingtième Siècle, 2001, p. 57.

[28] G. CHODORGE, G. NICOLAS, *Santé en milieu carcéral*, Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus, Haut comité de la santé publique, Janvier 1993.

[29] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale ; v. ég. O. CLIGMAN, *Le droit en prison*, Paris, Dalloz, 2001.

[30] Aujourd'hui Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP).

[31] A.-M. DUGUET, « L'accès aux soins en détention », *in* I. POIROT-MAZÈRES (dir.), *L'accès aux soins, principes et réalités*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2011, p. 129-140

[32] P. GRELLIÈRE et al., *Historique de la santé du détenu : point de vue législatif, point de vue humain* , Nice, Les éditions Ovadia, 2017, p. 128 ; *V.* ég. C. HURIET, Rapport numéro 49, fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale, 21 oct. 1993 ; F. MOREAU, « La santé dans les prisons française », *Pouvoirs*, 2010/4, n° 135, p. 69 ; B. MILLY, *Soigner en prison*, PUF, Paris, 2001, p. 98 ; C. HERVE, G. MOUTEL, « La médecine ne peut se réduire à une recomposition du corps », *in* C. HERVE (dir), *Visions éthiques de la personne*, éd. L'Harmattan, 2001 ; J.-M. DE FORGES, Introduction. In : *Le droit de la santé*, Presses Universitaires de France, *Que sais-je ?*, 2009, pp. 3-12.

[33] Pour aller plus loin *V.* M. HERZOG-EVANS, *Droit pénitentiaire*, 3e éd., Dalloz, 2019, 1374 p.

[34] CSP, art. L.3221-4 ; Secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire CSP, art. R.3221-1 ; rattachement à un établissement public hospitalier et SMPR CSP, art. R.3221-5, Code pénitentiaire, art. D115-6 ; Liste des SMPR

ambulatoires réalisés à l'unité sanitaire[35], puis les hospitalisations à temps partiel dans l'établissement de santé de rattachement ou en SMPR[36], et enfin les hospitalisations à temps complet[37]. Pour les hospitalisations à temps complet, la différence se fera également sur la durée nécessaire d'hospitalisation. Celles d'une durée inférieure à quarante-huit heures pourront notamment être réalisées dans une chambre sécurisée de l'hôpital de rattachement[38] alors que celles d'une durée supérieure seront réalisées à l'Unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) pour les soins somatiques ou à l'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) pour les soins psychiatriques. À l'image de la population libre, le système de santé est encore largement centré autour des hospitalisations. Le contexte carcéral est une clôture qui impose des sorties d'établissements dès lors que la prise en charge rencontre ses limites à l'unité sanitaire. Or, ces limites sont récurrentes et l'hospitalisation d'une personne détenue impose une organisation complexe pour les équipes pénitentiaires.

Section II –La réponse thérapeutique en milieu clos grâce à la technologie

§ I – La recherche d'un diagnostic

1) Les contours de la notion de milieu carcéral

6. **La prison**. Selon le Vocabulaire juridique CORNU, il s'agit « *au sens large, [des] établissements destinés à détenir les individus privés de leur liberté par l'effet d'une décision de justice. Au sens étroit, [du] lieu où s'exécutent l'emprisonnement correctionnel et la détention provisoire* »[39]. Le terme de « prison » renvoie donc à un espace clos et sécurisé, relevant de l'administration pénitentiaire et dans lequel un individu qui, en application d'une décision de justice, est privé de liberté, est dit « détenu ». En revanche, la privation de liberté d'aller et venir dépasse en droit français le cadre pénitentiaire. L'autorité administrative

Arrêté du 10 mai 1995 fixant la liste des établissements pénitentiaires sièges de services médico-psychologiques régionaux et des établissements pénitentiaires relevant du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire de chaque service médico-psychologique régional, JORF n°111 du 12 mai 1995.

[35] Et pour les soins psychiatriques, par les SMPR si aucun psychiatre n'est disponible au sein de l'USMP ; *V.* ég. CSP, art. R. 6111-28.

[36] CSP, art. R.6111-39.

[37] Pour aller plus loin, CSP, art. R. 6111-39, Arrêté du 10 octobre 2022 relatif au ressort territorial et au cahier des charges des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes détenues ; *V.* ég. Cour des comptes, Rapport public annuel 2014, « La santé des personnes détenues », p. 254.

[38] Ou dans un établissement habilité pour les soins psychiatriques ; ministère de la Justice, ministère de la Santé et des solidarités, *Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des PPSMJ*, 2019, p. 178.

[39] *V.* « Prison », *in* G. CORNU et Association Henri Capitant (dir.), Vocabulaire juridique, 14ème éd., PUF, coll. « Quadrige », Paris, 2020, p. 802.

indépendante chargée de les contrôler, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est en ce sens compétent pour se rendre en « *tout lieu où des personnes sont privées de leur liberté par décision d'une autorité publique, ainsi que tout établissement de santé habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement* »[40]. Cette définition regroupe, sans exhaustivité, les personnes gardées à vue, placées en hospitalisation psychiatrique sans consentement[41], ou encore les personnes de nationalité étrangère retenues dans un local ou un centre de rétention administrative. Dès lors, il existe nécessairement des problématiques sanitaires communes aux différents lieux privatifs de liberté, qui rencontrent des difficultés si ce n'est similaires, au moins comparables en matière d'accès aux soins. Cependant, le statut extrêmement différent de ces différentes catégories de personnes rend inopportune l'analyse de l'ensemble de ces situations. En admettant que chaque catégorie de personne privée de liberté ne fera pas l'objet d'une étude approfondie, plusieurs hypothèses pourront toutefois être abordées ponctuellement.

7. Les détenus. La loi désigne par le mot « détenus » les personnes faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire[42]. Dès lors, la notion de détenus est un terme générique permettant d'y incorporer de multiples situations juridiques[43] comme la détention provisoire ou l'exécution d'une peine à la suite d'une condamnation définitive[44], et ce indépendamment du type d'établissement ou d'autres critères comme le sexe, l'âge ou l'état de santé. Ne sont alors pas détenues au sens propre les personnes qui bénéficient d'un aménagement de peine, qu'il soit prononcé après une certaine période de détention ou *ab initio*[45]. Ainsi les personnes bénéficiant d'un placement à l'extérieur, d'une semi-liberté, d'une surveillance électronique, quand bien même elles demeurent sous écrou[46], ne constituent pas des personnes détenues en tant que telles, dès lors qu'elles ne sont plus privées de liberté au sein d'un établissement relevant de l'administration pénitentiaire[47]. Seules les personnes bénéficiant d'une permission de sortir sont encore juridiquement détenues car la

[40] Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté, art. 8.
[41] CSP, art. L. 3212-1, L. 3213-1, C. proc. pén., art. 706-135.
[42] CPP, art. D50.
[43] F. CHARLENT, *Le statut des personnes détenues*, Thèse dactyl, Aix-Marseille, 2021, p. 6.
[44] « Tout individu détenu en raison d'une mesure judiciaire de prévention (détention provisoire), ou d'une mesure de répression (condamnation) », *V.* « Détenu », *in* G. CORNU et Association Henri Capitant (dir.), Vocabulaire juridique, 14ème éd., PUF, coll. « Quadrige », Paris, 2020, p. 338.
[45] F. ALLARD, P. JUNG, « Plus de 40 % des peines de prison ferme aménagées ou converties avant incarcération », *Infos rapides justice n°17*, 24 sept. 2024, disponible en ligne sur www.justice.gouv.fr. (Consulté le 08 oct. 2024).
[46] C. proc. pén., art. 724.
[47] F. CHARLENT, *Le statut des personnes détenue*s, Thèse dactyl., Aix-Marseille, 2021, p. 9

sortie de l'établissement est temporaire. Toute personne détenue bénéficie dès son incarcération d'un numéro d'écrou, qui sera levé le jour de sa libération définitive. Bien que proche, le statut de « mis sous écrou » diffère par conséquent de celui de détenu[48]. Il est également fait référence depuis quelques années aux « *personnes placées sous main de justice* », ce qui a permis d'élargir la focale en englobant toute personne « confiée » aux services de la justice[49]. Si la notion de détenu nous semble trop restrictive pour aborder l'ensemble des tenants et aboutissants de la télésanté, celle de personne placée sous main de justice (PPSMJ) est bien trop large en incluant toutes les mesures simplement restrictives de liberté. La notion de personne écrouée semble à l'inverse pertinente afin d'évaluer l'efficacité des dispositifs de télésanté sur la population carcérale et d'envisager son application à travers le filtre de l'aménagement de peine. Si les expressions de « personne écrouée » ou de « mise sous écrou » ne seront pas systématiquement employées, il en sera fait l'observation spécifique à certaines étapes de l'étude.

8. Milieu carcéral. Du latin *carcer* qui signifie littéralement « prison », le milieu carcéral semble être l'expression la plus proche de notre sujet, car l'étude ne se limite pas au lieu, à la structure l'établissement pénitentiaire, mais bien à son environnement. À titre d'exemple, le statut de l'enfant en détention, qui n'est ni détenu ni même écroué, pose toutefois des questionnements juridiques quant à sa prise en charge médicale. Le CGLPL fait une distinction claire entre les établissements pénitentiaires comme les prisons, les établissements de santé comme l'USMP[50] et les établissements placés sous l'autorité conjointe du ministère de la santé et du ministère de la justice comme les UHSI, UHSA ou le centre socio-médico-judiciaire de sûreté[51]. Dans le cadre de cette étude, chacun de ces établissements est analysé comme faisant partie de ce contexte carcéral. Dès lors, le recours à la télésanté doit être analysé au regard du cadre juridique de notre système de santé et de l'accès aux soins en détention, mais également à l'égard des droits des personnes détenues, des conséquences pour les professionnels de santé, pour les professionnels de l'administration pénitentiaire et pour la santé publique[52].

---

[48] V. M. HERZOG-EVANS, *Droit de l'exécution des peines*, 6e éd., Dalloz, 2022, Dalloz action, 1717 p.
[49] V. HALLEY DES FONTAINES, P. CZERNICHOW, « Santé des personnes sous main de justice », adsp n° 104, septembre 2018, p. 7.
[50] Qui bien qu'étant un service de l'établissement sanitaire de rattachement, est considéré comme un établissement à part entière par le CGLPL.
[51] Lieu où se déroule les mesures de rétention de sûreté, cf. *infra* n°64.
[52] J. GROS, « Santé et nouvelles technologies de l'information », *in* J. BAECHLER, *Santé, médecine, société.* Presses Universitaires de France, Lucien Israël éd., 2010, pp. 361-370 ; P. SIMON, « Définitions et apports de la télémédecine pour la santé publique », *adsp* n° 101 décembre 2017, p. 10.

2) Les contours de la notion de e-santé

9. Santé, médecine et soins. La santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »[53]. Dans cette définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), depuis 1946, la santé est « *l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* »[54]. Pour obtenir cet état complet de bien-être, le malade peut faire appel à la médecine, qui représente l'« *ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de tous ordres mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités*. »[55]. Or la maladie implique le soin, « *au sens commun du mot curatif, c'est le cure*[56] »[57]. Au sens du *cure*, le soin est alors entendu comme le déploiement de techniques visant la guérison, ou encore l'ensemble des « *actions et pratiques mises en œuvre pour conserver ou rétablir la santé* »[58] . Cependant, certaines maladies ne sont par définition pas curables et nécessitent tout de même que l'on « prenne soin » de la personne du malade, « *que l'on ait à son égard le « souci de », et non seulement le souci de la maladie, dans une externalité, de façon désincarnée. Une telle attention, c'est le care*. »[59]. Ce sont alors les soins au sens des « *attentions qu'on a pour le soulager* »[60]. Pourtant, cette dissociation des deux notions, alors même que le *care* aurait pour racine le mot *cure*[61] est dommageable pour l'éthique du soin[62]. Aucune distinction ne devrait en effet avoir lieux car ce sont deux facettes d'une même prise en charge sanitaire[63]. Le code de la santé publique réalise une distinction entre l'activité médicale réservée à certaines professions définies[64], et les auxiliaires médicaux qui peuvent réaliser des « soins » qui ne rentrent pas dans le champ de la

---

[53] Organisation mondiale de la Santé (OMS), Constitution adoptée par la Conférence internationale de la Santé, 15 février 1946.
[54] OMS, « Constitution de l'OMS : L'OMS demeure fermement attachée aux principes énoncés dans le préambule de sa Constitution », archive en ligne (consulté le 08 oct. 2024).
[55] Larousse encyclopédie en ligne (consulté le 10 octobre 2024).
[56] V. ég. J.-M. MORVILLERS, « Le care, le caring, le cure et le soignant ». *Recherche en soins infirmiers*, 2015/3 n° 122, 2015, p.77-81.
[57] J.-D. LALAU, *Le cure et le care*, Médecine des Maladies Métaboliques, Volume 15, Issue 1, fév. 2021, pp. 99-103
[58] TLFi, <http://www.atilf.fr/tlfi>, ATILF - CNRS & Université de Lorraine, *V.* « soin ».
[59] J.-D. LALAU, *Le cure et le care*, Médecine des Maladies Métaboliques, Volume 15, Issue 1, fév. 2021, pp. 99-103
[60] Dictionnaire de l'académie française 8e éd.
[61] J-P LEHMANN, « Ce que " prendre soin " peut signifier », *Coq-Héron* n°180, 2005, pp. 50-54.
[62] J.-M. MORVILLERS, « Le care, le caring, le cure et le soignant ». *Recherche en soins infirmiers*, 2015/3 n° 122, 2015, p.77-81.
[63] Pour aller plus loin v. C. COUSIN, *Vers une redéfinition de l'acte médical*, Thèse dactyl., Université de Rennes, 2016.
[64] CSP, « Quatrième partie : professions de santé ».

médecine. Cette classification n'implique aucune différence de fond quant à la teneur des soins prodigués, elle se limite aux actes autorisés selon le niveau de diplôme et donc de compétences obtenues par les différents professionnels. Ainsi, peu importent leurs professions, tous ces professionnels peuvent d'ailleurs exercer au sein d'une « équipe de soins »[65]. Les soins requis par un patient peuvent être prodigués de différentes façons par bon nombre de professionnels, mais dans quelle mesures peuvent-ils s'inscrire dans un contexte de développement technologique majeur qui voit se développer les prises en charge à distance ? Peut-on toujours qualifier de « soins » un acte réalisé à distance ?

10. E-santé. Le système de santé est appréhendé selon l'OMS comme « *la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'actions visant principalement à améliorer, maintenir ou restaurer la santé* »[66]. Ce système est directement affecté par la révolution numérique, il devient un « *système de santé apprenant, favorable aux innovations médicales, techniques ou managériales* »[67], nous menant vers l'ère de la e-santé. Le champ de la e-santé en France est initialement mal délimité car très vaste[68]. Selon l'OCDE, les TIC – technologies de l'information et de la communication – sont une « *combinaison de produits et de services qui capturent, enregistrent et affichent des données et des informations, par voie électronique* »[69]. Or, l'explosion des TIC[70] a fait de l'électronique[71] et de l'informatique à partir des années 1960 l'influence principale du développement de la médecine et de l'ensemble du système de santé. Mais la technologie et l'électronique sont utilisées depuis longtemps et encore aujourd'hui pour des actes qu'on ne qualifie pas de e-santé. La e-santé ou télésanté[72] n'est pas la santé électronique, elle ne se restreint pas à cette définition. Elle renvoie à l'ensemble des activités liées à la santé et pratiquées à distance au moyen des technologies de

[65] CSP, art. L. 1110-12.
[66] OMS, *Des systèmes de santé renforcés sauvent plus de vies*, Un aperçu de la stratégie européenne de l'OMS en matière de systèmes de santé, 2005, p. 2.
[67] Rapport de la CERNA commandé par le CCNE, *Numérique et santé : quels enjeux éthiques pour quelles régulations ?*, 19 nov. 2018, p. 6.
[68] E. MERCIER, *Le parcours de soins du patient : du processus global à l'émergence de la e-santé*, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. « Mémoires numériques de la BNDS », p. 80.
[69] OECD, MEASURING THE INFORMATION ECONOMY 2002, OECD Publishing, Paris, 2003, p. 19.
[70] *V.* « Technologies de l'information et de la communication », *Office québécois de la langue française, <http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8349341>* ; Pour aller plus loin v. not. V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2019.
[71] Le « e » de « e-santé » vient d'électronique.
[72] Les deux termes étant utilisés indifféremment pour traduire le mot e-Health du monde anglo-saxon ; la loi française ayant adoptée la version francisée notamment dans le chapitre du CSP réservé à la télésanté, art. R. 6316-1.

l'information et de la communication[73]. La e-santé représente « *un outil de modernisation par excellence, celui par le biais duquel tous les maux organisationnels – et ils sont nombreux – pourraient être guéris* »[74], parfois résumée à « *l'innovation en matière de santé* »[75] ou comme « *un vaste domaine d'applications des technologies de l'information et de la télécommunication au service de la santé* »[76]. Aussi appelée santé numérique ou santé connectée, la e-santé exclura le terme de santé digitale, voire de « *digitalisation sanitaire* »[77], souvent employé[78] mais ne revêtant aucun sens car n'étant qu'une mauvaise traduction de l'anglais « *digital* »[79]. La télésanté n'est pas non plus « *la santé ambulante, laquelle renvoie à tous les dispositifs de santé itinérante permettant de rapprocher l'offre de soins de la population située dans des zones où il a peu de professionnels de santé* »[80].

Le champ d'application de cette e-santé est complexe à saisir. Il s'étend à des situations particulièrement diverses : « *logiciels, techniques d'amélioration de la pratique des professionnels de santé, outils numériques de suivi et d'amélioration du parcours de soins, applications d'accompagnement, médecine à distance ou télémédecine, prévention en ligne, soins mobiles, télésurveillance, applications de contrôle et/ou suivi sportif, etc.* »[81]. Le développement fulgurant des soins grâce aux TIC a forgé une tendance de la télésanté à la

---

[73] *V.* L. WILLIATTE, « Télémédecine et E-santé », *in* BÉRANGER J., RIZOULIÈRES R., *La révolution digitale dans le système de santé*, éd. ISTE EDITIONS 2020 p. 199-216 ; D. ACKER et P. SIMON, *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*, Rapport à la diction générale de l'offre de soins, Ministère de la Santé, 2008, p. 14-16.

[74] Sur ces maux et sur les réponses à leur apporter, V. not. O. CLARIS, *La gouvernance et la simplification hospitalière*, Rapport, juin 2020 ; E. MINVIELLE, *Conditions de travail à l'hôpital : quelles pistes d'amélioration ?*, Les Tribunes de la santé 2021, n°69, p. 59-68.

[75] A. BAYLE, « L'*habeas data* à l'ère de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, n°5, 2020, p. 285.

[76] HAS, *La e-santé, Des avantages concrets pour vos patients*, L'essentiel, mai 2023, p. 1.

[77] A. BAYLE, « L'*habeas data* à l'ère de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, n°5, 2020, p. 285.

[78] M. VERPEAUX, « De la e-psychiatrie à la m-psychiatrie ? », *L'information psychiatrique* 2016/6, volume 92, p. 438 ; Une enquête menée par le Centre national d'expertise hospitalière (CNEH) a révélé en juillet 2018 que plus de 89% des établissements de santé interrogés considéraient que l'innovation digitale était une priorité de stratégie. Leur deuxième priorité était, quant à elle, de faciliter la collaboration entre les professionnels de santé de la médecine de ville et de l'hôpital, TIC Santé, Les établissements jugent prioritaires les innovations numériques facilitant l'accès aux soins et les collaborations, Enquête 31 juillet 2017, disponible sur http://www.ticsante.com/les-etablissements-jugent-prioritaires-les-innovations-numeriques-facilitant-l-acces-aux-soins-et-les-collaborations-(enquete)-NS_4175.html (consulté le 10 octobre 2024) ; P. LEMOINE, B. CYRULNIK (dir), *Pour une nouvelle psychiatrie, Propositions*. Odile Jacob, avril 2023, Satorius Norman, p. 81 : « *La troisième tendance d'importance pour la société et la médecine est la digitalisation* ».

[79] « Relatif au doigt ; qui fait partie du doigt » ; Le terme numérique « Se dit, par opposition à *Analogique*, du codage, du stockage, de la transmission d'informations ou de grandeurs physiques sous forme de chiffres ou de signaux à valeur discrète (ou discontinue). Par ext. Se dit de la représentation d'informations, de données sous forme de chiffres. *Panneau d'information, montre à affichage numérique*. Dans ce sens, doit être préféré à l'anglais *Digital*. » Dictionnaire de l'académie française, 9e édition.

[80] O. RENAUDIE, « La télésanté, vers un autre rapport(x) territoire(s) ? », *in* : S. BRIMO, O. RENAUDIE (dir.), *Santé et territoire(s)*, Paris, LexisNexis, 2022, p. 156.

[81] A. BAYLE, « L'*habeas data* à l'ère de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, n°5, 2020, p. 285.

mobilité[82], et donc à inclure en son champ la notion de « m-santé »[83] car elle exploite tout le potentiel des communications mobiles. Celle-ci se définit comme les « *pratiques médicales et de santé publique supportées par des appareils mobiles, tels que les téléphones mobiles, les dispositifs de surveillance des patients, les PDA[84] et autres appareils sans fil* »[85]. On y trouvera encore d'autres notions comme la « cybersanté »[86] ou encore le « *quantified-self* »[87]. Forgeant ainsi un nouvel écosystème de santé[88], appelant à une modernisation de l'ensemble du système de santé, la e-santé regroupe tous les moyens numériques de communication et d'information relatifs à la santé, c'est une notion par conséquent bien plus large que la seule télémédecine, qu'elle contient, mais à laquelle elle ne peut être résumée.

11. Télémédecine. La télémédecine, à l'instar de la e-santé, serait un mot valise[89] dont le contenu est difficile à délimiter. La médecine se pratique maintenant en réseau[90], à l'intérieur des hôpitaux, et entre les hôpitaux. Il fallait dès lors superposer le réseau technologique de communication à ce réseau médical. La télémédecine a été définie par l'OMS en 1997 comme « *la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique de prescrire des produits, de réaliser des prestations ou des actes, ou encore d'effectuer une surveillance de l'état des patients* »[91]. Dès lors cette activité nécessite une connexion avec un professionnel de santé, ce qui n'est pas le cas de toutes celles qui compose

[82] Avec les smartphones, les tablettes et tous les dispositifs intégrant une connexion à un réseau mobile. Les applications de m-santé se multiplient donc vont du conseil de bien être (sport, alimentation et sommeil) au véritable dispositif médical (tensiomètre connecté, ECG). Cela recouvre également les outils disponibles grâce à internet comme les réseaux sociaux à vocation médicale.

[83] De l'anglais "m-health" auto-attribué à R. S. H. ISTEPANIAN, B. WOORDWARD, "m-Health : Fundamentals and Applications", *Wiley-IEEE Press*, 2003, pp. 424.

[84] Acronyme pour « *personal digital assistants* »

[85] OMS, mHealth, "New horizons for health through mobile technologies", *Global Observatory for eHealth series*, vol. 3, 2011, p. 6.

[86] Définition de la cybersanté par l'OMS : « *Soulignant que la cybersanté consiste à utiliser, selon des modalités sûres et offrant un bon rapport coût/efficacité, les technologies de l'information et de la communication à l'appui de l'action de santé et dans des domaines connexes, dont les services de soins de santé, la surveillance sanitaire, la littérature sanitaire et l'éducation, le savoir et la recherche en matière de santé* », Cinquante-huitième assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions, Genève, 16-25 mai 2005, p. 114.

[87] Qui veut littéralement dire « auto-mesure » et peut intervenir dans un contexte de m-santé et donc télésanté, mais peut également sortir largement de ce cadre avec une finalité très souvent ludique ou sportive ; cf. *infra* n°184 et n°250

[88] A. BAYLE, « L'*habeas data* à l'ère de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, n°5, 2020, p. 285.

[89] É. PARIZEL, P. MARREL, R. WALLSTEIN, « La télémédecine en questions », *Études*, 2013/11 (Tome 419), p. 461-472.

[90] C. BOURRET, « La santé en réseaux », *Études*, 2003/9 t. 399, p. 175-189.

[91] P. SIMON, D. ACKER, *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*. Rapport de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. 2008, p. 8.

le large cadre de la e-santé. Introduit pour la première fois en 1974 dans la littérature médicale anglo-saxonne[92], la télémédecine trouve toutefois ses origines bien plus tôt. Tous les moyens de communication à distance de l'histoire ont un jour servi à des fins médicales, à l'image des « *consultations épistolaires* » courantes au XVIIIe siècle[93], du télégraphe puis de la radio pour les marins en particulier[94]. C'est l'invention du téléphone qui a considérablement accéléré l'échange d'informations sur de longues distances, de façon générale mais également dans le cadre sanitaire. On pense alors aux numéros d'appel de secours en cas d'urgence médicale. Enfin, si le développement d'outils de télécommunication extrêmement élaborés par la NASA pour assurer la surveillance médicale des astronautes a fait faire un bond de géant à la télémédecine, c'est surtout l'essor d'internet qui a fini de compléter le tableau et qui marque le début de l'ère de la « *télémédecine moderne* »[95]. La télémédecine a toutefois évolué avec l'essor des TIC, elle est toujours une médecine à distance, mais son cadre a été précisé juridiquement. Elle a en ce sens reçu une première définition en France en 2004[96,] puis la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST)[97] a modifié cette définition en précisant que cette pratique médicale fait intervenir au moins un médecin[98]. C'est depuis une « *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* »[99]. Cette définition ne couvrait cependant pas les soins apportés par les autres professions de santé, réduisant ainsi la pratique à distance aux seuls actes médicaux. Or, le périmètre de la santé étant plus large, la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé a défini le télésoin pour l'étendre à d'autres professions de santé comme les pharmaciens d'officine et les auxiliaires

---

[92] A. ASTRUC, S. SARFATI, B. HALIOUA, « Télémédecine : les débuts de l'histoire », *La Presse Médicale Formation*, vol. 1, nov. 2020, pp. 551-557

[93] J. COSTE, « Les relations entre médecins et malades dans les consultations médicales françaises (milieu XVI[e] siècle-début XIX[e] siècle) », *in* É. BELMAS (dir.), S. NONNIS-VIGILANTE (dir.), *Les relations médecin-malade des temps modernes à l'époque contemporaine*, Presses universitaires du Septentrion, Coll. Histoire et civilisations, 2013, pp. 23-48.

[94] A. ASTRUC, S. SARFATI, B. HALIOUA, « Télémédecine : les débuts de l'histoire », *La Presse Médicale Formation*, vol. 1, nov. 2020, pp. 551-557 ; É. PARIZEL, P. MARREL, R. WALLSTEIN, « La télémédecine en questions », *Études*, 2013/11 (Tome 419), p. 461-472.

[95] A. ASTRUC, S. SARFATI, B. HALIOUA, « Télémédecine : les débuts de l'histoire », *La Presse Médicale Formation*, vol. 1, nov. 2020, pp. 551-557

[96] Présentée dans l'article 32 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 comme un simple acte à distance sous le contrôle d'un médecin : « *la télémédecine permet entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical* ».

[97] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 : « *La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient* ».

[98] Sa définition et sa mise en œuvre sont précisées par le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 qui énumère les différents actes de télémédecine : téléconsultation télé expertise télésurveillance médicale téléassistance médicale réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale.

[99] CSP, art. L.6316-1.

médicaux[100]. En 2021, le code de la santé publique mentionne d'ailleurs pour la première fois la « télésanté »[101]. Si la télémédecine, en tant qu'acte médical permettant l'établissement d'un diagnostic ou d'une prescription à distance, forme une part importante de la télésanté, elle n'en est pas la seule composante. Elle sera toutefois un objet central de cette étude à travers les nombreux actes qu'elle encadre.

§ II – La prescription, la télésanté en milieu carcéral

1) Les symptômes, les enjeux sanitaires du milieu carcéral

12. Le droit à la santé. Le droit à la santé doit être entendu, de façon consensuelle, non pas comme le droit à être en bonne santé, mais comme le droit à la protection de la santé[102]. Sur le plan international, ce droit à la protection de la santé est mentionné dans de nombreux textes non impératifs comme la Déclaration universelle des droits de l'homme[103] ou le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies de 1996[104]. C'est bien la protection de la santé qui est visée, énoncée comme un droit individuel[105]. Au niveau européen, la Charte sociale[106], adoptée dans le cadre du Conseil de l'Europe, présente deux dispositions que l'on peut rattacher à la protection de la santé[107], tandis que la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (UE) reconnaît le droit de toute personne à la protection de la santé « *dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales* »[108]. La combinaison de ces textes implique un accès efficace à des soins appropriés.

---

[100] Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF du 26 juillet 2019.
[101] Décret n° 2021-707 du 3 juin 2021, JORF du 4 juin 2021.
[102] L. DUBOUIS, « Santé (droit à la -) », *in* J. ANDRIANTSIMBAZOVINA et al., *Dictionnaire des droits de l'homme*, PUF, Paris, 2008, p. 698) ; *V.* ég. SAUVAT C., « Précision normative sur le droit à la santé », *Revue Lamy droit civil*, n°24, février 2006 p. 54 ; C. SAUVAT, *Réflexions sur le droit à la santé*, PUAM, Thèse, Université d'Aix-en-Provence, 2004 ; V. SAINT-JAMES, « Le droit à la santé dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel », *Revue du droit public* 1997, p. 457 ; J. MOREAU, « Le droit à la santé », *AJDA*, 1998, numéro spécial « Les droits fondamentaux. Une nouvelle catégorie juridique ? », p. 185.
[103] Déclaration universelle des droits de l'homme, art. 25-1 : « *toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, (...) notamment les soins médicaux* ».
[104] Il comporte un article 12.1, dans lequel les États reconnaissent « *le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* » et énonce les mesures nécessaires que les États doivent prendre pour « *assurer le plein exercice de ce droit* ».
[105] Pour aller plus loin, *V.* G. MEMETEAU, M. GIRER, *Cours de droit médical*, 5e éd., Bordeaux, Les Etudes hospitalières, 2016, p. 683 s.
[106] Conseil de l'Europe, Charte sociale européenne révisée du 3 mai 1996, art. 11.
[107] L'article 11 ouvre à toute personne « *le droit de bénéficier de toutes mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'il puisse atteindre* », et l'article 13 reconnaît « *un droit à l'assistance sociale et médicale pour les personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes* ».
[108] Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, Journal officiel de l'Union européenne C83, vol. 53, Union européenne, 2010, art. 35.

En revanche, la protection de la santé, en tant que composante de l'ordre public, ne trouve sa place au sein de la Convention européenne des droits de l'homme que comme une justification légitime pour porter atteinte aux droits qui sont garantis par cette dernière[109]. Ce sera alors au juge européen d'adapter le contenu de la convention afin de maintenir l'actualité de ses dispositions. Ainsi, la Cour européenne met à la charge des États des obligations positives en matière de droit à la santé, à l'image du droit à des conditions de détention conformes à la dignité humaine qui se fonde sur les dispositions de l'article 3 de la Convention[110]. En droit interne, dès la IV^{ème} République, le préambule de la Constitution de 1946[111] se réfère expressément à la protection de la santé[112]. Après l'entrée en vigueur de la Constitution du 4 octobre 1958, le Conseil constitutionnel a sauvegardé la valeur constitutionnelle du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 en l'intégrant au bloc de constitutionnalité[113]. Réaffirmé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé[114], le droit à la protection de la santé est décliné plus spécifiquement dans le Code de la santé publique dans sa dimension curative comme préventive[115]. L'article L.1110-1 dispose en effet que « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels* […] *contribuent* [...] *à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ». Le droit à l'accès aux soins se présente alors, du point de vue français, plus comme une composante législative du « *droit fondamental à la protection de la santé* » reconnu par le Préambule de la Constitution de 1946[116]. C'est l'accès à la santé qui est véritablement un droit, « *le droit à la santé est alors un programme, un objectif* »[117]. L'accès aux soins a donc pour fondement la protection de la santé, mais il n'en est qu'un des éléments et fait naître, selon Brigitte

[109] F. SUDRE, « Le droit à la protection de la santé, droit diffus dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *Revue trimestrielle des droits de l'Homme* 125, 2021, p. 50.
[110] Pour aller plus loin, *V.* not. E. PAILLISSÉ, *Le droit à la santé dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme*, Thèse dactyl., Université de Perpignan, 2018.
[111] L'al. 11 du préambule de la Constitution du 27 oct. 1946 prévoit que « la Nation garantit à tous (...) la protection de la santé » ; V. X. PRÉTOT, « Alinéa 11 », *in* G. CONAC, X. PRÉTOT, G. TEBOUL (Dir.), *Le préambule de la Constitution de 1946, histoire, analyse et commentaires*, Dalloz, 2001, coll. « Thèmes et commentaires », p. 261.
[112] Droit consacré parmi les droits sociaux : Le 11e alinéa du préambule dispose alors que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ».
[113] Cons. Const., n° 71-44 DC du 16 juillet 1971 dite « Liberté d'association ».
[114] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
[115] CSP, art. L. 1110-1 et L. 6112-2.
[116] X. BIOY, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », *in* I. POIROT-MAZERES (dir.), *L'accès aux soins*, LGDJ-Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2010, p. 47.
[117] M. BELANGER, « Origine et histoire du concept de santé en tant que droit de la personne », *Journal international de bioéthique*, 1998, vol. 9, numéro 3, p. 59.

FEUILLET, une possibilité de revendiquer une prestation, c'est-à-dire un droit d'accéder aux soins[118]. Le respect du droit passe nécessairement par la réalisation de la prestation de service qui permettra de lui donner corps[119]. Par conséquent l'accès aux soins fait naître un droit d'accéder aux soins, à des prestations de santé[120]. Le droit à la protection de la santé dont sont titulaires les détenus comme tout un chacun, est donc un droit-créance qui impose à l'état une obligation positive d'assurer un droit à des prestations de santé. La mise en œuvre de ce droit est toutefois complexe, alors même que le milieu carcéral est particulièrement sujet à des risques sanitaires.

13. Population à risque. La population carcérale se caractérise par une sur-représentation des catégories sociales défavorisées qui présentent des difficultés de santé[121]. Les personnes incarcérées présentent notamment plus de trouble mentaux, une tendance aux addictions et des risques suicidaires. L'état de santé des détenus est fragile dès leur entrée en prison. Même si cette période d'incarcération peut être une occasion d'accéder à une meilleure protection de leur santé particulièrement pour les soins dentaires ou les maladies chroniques[122], les conditions de détention sont un facteur aggravant[123]. Or, comme l'a affirmé Valéry GISCARD d'ESTAING, « *la prison, c'est la privation de la liberté d'aller et venir, et rien d'autre* »[124]. La loi pénitentiaire de 2009 a prévu en ce sens un véritable droit pénitentiaire dans lequel est mis en avant l'accès aux soins[125]. Si en théorie « *la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de*

[118] B. FEUILLET, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS* 2008 p. 713 ; Pour aller plus loin sur l'effectivité de la règle, *V.* F. SUDRE, « Le droit à la protection de la santé, droit diffus dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *op. cit.*, p. 50 ; X. BIOY, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », *op. cit.*, p. 38.

[119] Pour reprendre la formule de E. LABOULAYE : « *ce n'est pas le respect qu'il demande, c'est un service qu'il exige* », E. LABOULAYE, *Questions constitutionnelles*, Pub. Univ. Caen, 1993, p. 45, cité par X. PRÉTOT, « Alinéa 11 » précit., p. 274.

[120] B. MATHIEU, « La protection du droit à la santé par le juge constitutionnel - A propos et à partir de la décision de la Cour constitutionnelle italienne n°185 du 20 mai 1998 », *Cahiers du Conseil constitutionnel* n° 6, janvier 1999, p. 61.

[121] C. CHAN-CHEE, C. VERDOT, « État de santé des personnes sous main de justice », *adsp* n° 104, septembre 2018, p. 13.

[122] A.-M. DUGUET, « L'accès aux soins en détention », *in* I. POIROT-MAZÈRES (dir.), *L'accès aux soins*, principes et réalités, Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2011, p. 129-140

[123] Surpopulation, isolement, insalubrité

[124] V. GISCARD d'ESTAING lors de son déplacement à la prison de Saint-Paul à Lyon le 10 août 1974.

[125] M. HERZOG-EVANS, *Droit pénitentiaire*, 3e éd., Dalloz, 2019, Dalloz action, 1374 p. ; J-P DUROCHE, P. PEDRON, *Droit pénitentiaire*, Vuibert, coll. VUIBERT DROIT, 4e éd., 2019 ; *V.* aussi M. HERZOG-EVANS, « Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 : changement de paradigme pénologique et toute puissance administrative », *D.* 2010, p. 32 ; J.-P. CÉRÉ, « La loi du 24 novembre 2009 : aspects de procédure pénale et de droit pénitentiaire », *Droit pénal* 2010, étude 2.

la population », les particularismes du milieu carcéral rendent cet objectif particulièrement complexe à atteindre.

14. Antinomie des soins en détention. Dans sa doctrine utilitariste, BECCARIA défendait l'idée selon laquelle doit être assurée la prise en charge efficace de la santé de la population présente en prison[126], mais également que la population carcérale doit être réduite autant que possible, l'enfermement devant être limité en privilégiant les alternatives[127]. Mais on peut sans difficulté étendre cette réflexion à des enjeux sanitaires. Pour des motifs de santé publique, la population carcérale a en effet pu être réduite rapidement lors de l'épidémie de COVID qui frappa le pays en 2020. Dès lors, les pouvoirs publics admettent, du moins indirectement, que l'organisation de nos prisons est incompatible avec le maintien d'une bonne santé de la population qui y vit. Pourtant, les chiffres du nombre d'incarcérations n'ont cessé d'augmenter depuis[128]. De surcroît, le double statut prodigué au patient, qui est également détenu, empêche le médecin d'« exercer *à plein sa vocation définie par le devoir d'assistance et de soins dès lors que la situation même dans laquelle il est appelé à le faire constitue une atteinte à la liberté et à la santé requise précisément par les règles du système carcéral* »[129]. Deux administrations se font face, l'une est chargée d'assurer le bien-être et d'effacer la souffrance, l'autre d'assurer la justice entraînant une « *confusion du châtiment et du remède avec le corollaire de la quasi-identité du geste qui punit et de celui qui guérit* »[130]. La souffrance infligée au détenu lors de l'expiation d'une peine semble incompatible avec le fait d'en prendre soin, « *d'où la singularité et le caractère problématique du débat éthique et juridique autour de la médecine en milieu carcéral* »[131].

Doit-on dès lors médicaliser la peine, médicaliser la prison[132] ? Les établissements pénitentiaires apparaissent comme une source d'accès aux soins pour une population que l'on peut qualifier de « à risque ». Or, la finalité de la prison n'est pas le soin mais l'exécution d'une peine. Il existe une différence entre la temporalité carcérale et la temporalité médicale, en milieu libre le rythme de soins s'adapte à l'état et aux besoins du patient, mais en milieu carcéral ce

[126] C. BECCARIA, *Traité des délits et des peines*, préf. R. BADINTER, Flammarion, 2023.
[127] S. PORTELLI, « Les alternatives à la prison », *Pouvoirs*, 2010/4, Le Seuil, p. 15.
[128] Passant de 58 109 détenus au 1er juin 2020 à 78 397 au 1er août 2024, ministère de la Justice, Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée, août 2024.
[129] P, RICŒUR, *Lectures 1. Le Pouvoir et le Politique*, Seuil, 1991 : p. 268, cité par F. VIALLA, V. MIJUSKOVIC, Santé des personnes sous main de justice, *adsp* n° 104, septembre 2018, p. 2.
[130] M. FOUCAULT, Histoire de la folie, Gallimard, Paris, 1972, p. 100.
[131] P. GIROLAMI, Médecine et prison. Entre éthique et droit. LEH, 2013, p. 14.
[132] P. GIROLAMI, « La médecine en milieu carcéral et la construction de l'homme nouveau - Enjeux éthiques et juridiques », *RGDM*, n°40, 2011, p. 119.

n'est pas le cas[133]. La prison peut éventuellement être une occasion de soin, ce qui est bien différent. La prison n'est pas un lieu de soin, c'est un lieu où l'on soigne[134]. A titre d'exemple, l'absence quasi-systématique de médecins spécialistes dans les USMP constitue une difficulté d'accès aux soins d'ordre structurel à laquelle la télémédecine pourrait utilement répondre. En ce sens, la télémédecine permet donc de rapprocher, à l'aide de divers outils, un lieu où l'on soigne d'un lieu de soins[135]. D'après le guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine, le nombre de personnes détenues – et donc de la « *file active sanitaire* »[136] dans les unités sanitaires – justifiait le besoin d'accéder à la télémédecine pour faciliter l'accès aux soins tout en réduisant les coûts[137].

2) Le traitement, la télésanté

15. Enjeux médicaux. Les chiffres portant à plusieurs milliards d'euros, rien qu'en France, les investissements dans le secteur de la e-santé[138] sont éloquents. Dès 2005 l'OMS a mis en place un observatoire mondial de la e-santé[139]. En 2023 elle a annoncé une nouvelle stratégie pour la santé numérique[140]. À l'échelle nationale, après avoir défini un cadre réglementaire à la télémédecine en 2010[141], une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine a vu le jour, animée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et dont le comité de pilotage a identifié cinq chantiers prioritaires pour faciliter le déploiement de la télémédecine en France[142]. Parmi ces chantiers figurait la santé des personnes détenues[143]. Cette identification des priorités

---

[133] V. MORGANTE, *Le droit à la protection de la santé des personnes détenues*, Thèse dactyl., Pau, 2020, p. 66.
[134] A. LÉCU, « La prison, un lieu de soin ? », *PSN*, vol. 11, no. 1, 2013, pp. 7-23.
[135] U. PY, La télémédecine en prison, *in* B. PY (dir.) et al., *Relations hôpital-prison*, LEH, 2023, p. 295.
[136] La file active correspond au nombre de patients différents vus au moins une fois en consultation au cours de l'année : DREES, Les établissements de santé, éd. 2021, Les dossiers de la DREES, n° 111, juill. 2023, p. 37.
[137] DGOS, Circulaire n° DGOS/PF3/2011/451 du 1er décembre 2011 relative au guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine, p. 58.
[138] M. BOUTEILLE-BRIGANT, « Les enjeux de la e-santé au sein de la relation médicale », *Dalloz IP/IT*, 2019, p. 593 ; Institut Montaigne, *E-santé : augmentons la dose !* Rapport, juin 2020 ; C. VILLIERS, « E-santé : un marché gigantesque », *Statista*, 31 août 2022 ; P. RANDALL, « L'e-santé, un marché mondial en ébullition », *Les Numériques*, 01 décembre 2021 ; BPI France, « E-santé : vers un marché de 234,5 milliards de dollars », 08 nov. 2019.
[139] OMS, *Cinquante-huitième assemblée mondiale de la santé, Résolutions et décisions*, préc., p. 114
[140] OMS, « L'OMS lance une nouvelle initiative mondiale sur la santé numérique avec le soutien de la présidence du G20 », *Communiqué de presse*, 19 août 2023.
[141] Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.
[142] DGOS, Circulaire n° DGOS/PF3/2011/451 du 1er décembre 2011 relative au guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine.
[143] Rappelé par la Haute autorité de santé (HAS) en 2013 : HAS, Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation, Rapport d'évaluation médico-économique, juillet 2013, p. 20 : « *Il répond à la volonté d'offrir aux patients sous main de justice des soins équivalents aux autres patients. En effet, la contrainte de la prison rend difficile l'accès aux consultations et en particulier aux spécialités. Les dispositifs de télémédecine permettent de prendre en charge ces patients en toute sécurité et dans des conditions de prise en charge de qualité* »

nationales devait ensuite s'inscrire dans la planification régionale de l'offre de soins. Les pouvoirs publics ont depuis largement communiqué sur le sujet, en 2019 particulièrement avec la feuille de route « *Accélérer le virage numérique* » 2019-2022, puis la feuille de route du numérique en santé 2023-2027[144], et récemment un volet accélération de la santé numérique dans le plan d'investissement « France 2030 »[145]. Le 3 février 2015, le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) a présenté son livre blanc « *De la e-santé à la santé connectée* ». À cette occasion, le CNOM encourageait les médecins à « *accompagner le déploiement du « monde numérique » appliqué à la santé et à en adopter eux-mêmes les aspects utiles et bénéfiques dans leurs pratiques médicales* »[146].

Un tel bouleversement de notre système de santé doit être envisagé dans le cadre pénitentiaire. La possibilité de soigner à distance est un atout majeur dans un contexte où les déplacements sont par nature extrêmement restreints. Cela interroge le juriste qui doit d'une part se demander dans quelle mesure le recours à la télésanté est possible dans le milieu carcéral, et d'autre part faire preuve de vigilance en plaçant des limites pour préserver les droits du patient et la relation médicale.

16. Enjeux juridiques e-santé. La télésanté est un cadre large, un écosystème dans lequel gravitent plusieurs pratiques. Cependant, « l*'absolue nécessité d'un développement rationnel et coordonné des NTIC dans le domaine de la santé ne doit pas occulter les freins qui subsistent encore* »[147]. En plus des problématiques financières et organisationnelles, la santé à distance présente les mêmes problématiques juridiques que la santé en général, auxquelles s'ajoutent des problématiques spécifiques. Ainsi, le patient bénéficie toujours d'un droit à l'information, au consentement, au secret de ses informations, mais la position prépondérante de la technologie remet en cause la place du patient comme celle du professionnel dans la relation de soins, et interroge sur celle de ces outils technologiques et de leurs concepteurs. C'est par exemple le cas des dispositifs mobiles, le cadre de la « m-santé » interrogeant particulièrement les professionnels[148]. De plus, l'extrême volumétrie des échanges possibles interroge la protection

[144] Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS), *Feuille de route du numérique en santé 2023-2027*, mai 2023.

[145] ANS, *stratégie d'accélération « Santé numérique » France 2030*, Dossier de presse, 18 janvier 2024 ; v. L. MENVIELLE, « Innovation santé : enjeux et perspectives avec France 2030 », *Forbes*, 05 mai 2024.

[146] CNOM, De la e-santé à la santé connectée, Le livre blanc du CNOM, janvier 2015, p. 3.

[147] X. BONNET, F. PONCHON, *L'usager et le monde hospitalier. 50 fiches pour comprendre le fonctionnement hospitalier*, *in* X. BONNET (dir.), F. PONCHON (dir.), Presses de l'EHESP, 2018, pp. 229-234.

[148] Le CNOM son livre blanc présentait comme prioritaires de « Définir le bon usage de la santé mobile au service de la relation patients-médecins », de « Promouvoir une régulation adaptée, graduée et européenne » ou encore de « Veiller à un usage éthique des technologies de santé connectée », v. CNOM, *De la e-santé à la santé connectée*, Le livre blanc du CNOM, janvier 2015.

des données à caractère personnel, tant au niveau individuel pour le patient, qu'au niveau collectif avec des questions comme la centralisation des données ou le maintien d'une forme de souveraineté sur les données des Français.

3) **Problématique**

17. ***Non progredi est regredi***[149]. Les défenseurs du progrès permanent nous présentent le progrès technologique comme un remède et une cible de chaque problématique sociétale. Cette étude a pour objectif de s'interroger sur le fait de savoir si, et le cas échéant, dans quelles mesures, sont ou peuvent être conciliés, l'encadrement juridique des dispositifs de e-santé et les droits à l'accès aux soins du patient, dans le contexte particulier qu'est le milieu carcéral.

18. **Annonce de plan**. Le constat structurel que sont les inégalités territoriales d'accès aux soins frappe de plein fouet la population carcérale, qui se trouve de fait et de droit privée de sa liberté d'aller est venir et donc dans une impasse contextuelle l'empêchant d'échapper à ces inégalités. Les apports de la télésanté sont indéniables en détention afin de favoriser l'accès aux soins à distance tout en prenant en compte les contraintes liées à la privation de liberté. L'étude de tels mécanismes n'est pas sans rappeler l'intérêt que le développement de la télésanté peut recouvrir en matière de santé publique. Il apparaît que la mise en œuvre de ces nouveaux outils nécessite un renouvellement organisationnel profond du système de santé. Le cadre juridique relatif à la prise en charge sanitaire dans les établissements pénitentiaires est suffisant pour utiliser les outils permettant la réalisation d'actes de soins à distance. Il est en revanche trop restreint pour permettre au milieu carcéral de profiter pleinement de l'offre en e-santé. De plus, notre cadre juridique actuel peut rencontrer des difficultés à appréhender le futur technologique et donc médical que constituent les dispositifs médicaux connectés et l'intelligence artificielle. Sans évolution, l'affirmation selon laquelle la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population sera illusoire **(Partie 1)**.

19. Il faut toutefois rester vigilant face aux incertitudes qui risquent de transformer la télésanté en « santé carcérale ». D'abord parce que la télésanté et ses avantages organisationnels sont des leviers pour les pouvoirs publics, tendant à centrer cette nouvelle forme de prise en

[149] F. VIALLA, « *Non progredi est regredi* », *in* E. BROSSET (dir.), S. GAMBARDELLA (dir.), G. NICOLAS (dir.), *La santé connectée et « son » droit : approches de droit européen et de droit français*, PUAM, 20107, p. 47-56.

charge sur la maladie plutôt que sur le malade. De plus, la place gagnée par le patient dans la relation de soins depuis la loi du 4 mars 2002[150] pourrait être mise en péril. Bien qu'en façade, cette dynamique d'« empouvoirement »[151] au regard de l'information sur sa santé ou dans la prise de décision médicale devrait subsister en télésanté, elle pourrait également rencontrer un mur technologique. Les places du patient et du professionnel de santé sont alors réinterrogées face à cette possible déliquescence de la relation de soins. La frontière est fine entre surveillance médicale du patient détenu et surveillance du détenu. Enfin, l'accroissement du recours à la technologie ne doit pas devenir une prééminence de celle-ci sur les droits du patient, y compris en milieu carcéral. La télésanté ouvre de fait la porte à des possibles violations de confidentialité des informations médicales et des données à caractère personnel. La généralisation d'outils technologiques comme le « *big data* »[152] fait peser certaines menaces pour la population française, la législation européenne qui n'a pas de compétences en matière de santé tente de compenser les abus grâce à ses compétences en matière numériques, notamment en indiquant un cap en matière de protection des utilisateurs de technologie, mais en tous les cas, ces menaces se répercutent nécessairement sur la population carcérale **(Partie 2)**.

[150] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
[151] Cf. *infra* n°243 et s.
[152] Cf. *infra* n°450 et s.

Partie I : Un accès aux soins rénové

« *Le vrai médecin doit (...) guérir quand il peut, soulager quand il ne peut guérir et consoler quand il ne peut ni guérir ni soulager* »[153].

Claude BERNARD.

20. Lorsque la loi pénitentiaire de 2009 annonce que le détenu est un patient comme un autre, le juriste comprend que ce dernier doit bénéficier d'un égal et libre accès aux soins. Deux constats peuvent être formulés, d'une part la restriction de la liberté d'aller est venir des détenus se répand à d'autres droits, d'autre part les choix de politiques publiques sanitaires ne sont pas assez forts pour remédier à ces atteintes. Afin d'assurer effectivement une qualité et une continuité des soins telles qu'elles sont garanties à tout patient et donc aux personnes écrouées, le cadre juridique de la prise en charge sanitaire en détention doit évoluer pour en faciliter les soins. Ce déséquilibre entre statut de personne écrouée et patient « lambda » conduit à souhaiter une modification du cadre juridique et organisationnel en détention, pour voir naître une réelle « télé-accessibilité » aux soins par les détenus. L'amélioration de l'accès aux soins des personnes détenus n'est possible qu'en parallèle d'une modification du fonctionnement du système de santé. Le schéma régional de santé a été orienté vers une évolution de l'organisation de l'offre de soins pour réduire les inégalités territoriales de santé. Pour cette raison, l'encadrement de la télémédecine et la promotion de ce type de prise en charge s'est largement développé depuis le début des années 2000, la technique devant être développée en détention et en général (**Titre 1**).

21. Au-delà d'un raisonnement quantitatif, les pouvoirs publics ont réalisé que la télésanté est un réel atout d'optimisation des soins en eux-mêmes et du système de soins en général. L'organisation de la prise en charge est la pierre angulaire de l'accès aux soins dans un contexte de manque de professionnels en détention. Ainsi, la télésanté apparaît comme une solution providentielle, pour assurer des soins immédiatement et donc réduire la file active sanitaire des USMP, mais également pour prendre le relai dans des situations devenues urgentes. Son encadrement doit être appréhendé au regard de ses atouts actuels comme prospectifs. Si certains outils sont déjà opérationnels, la technologie est en constante évolution. Les protocoles de prise

[153] C. BERNARD, Principes de médecine expérimentales, PUF, 1878, p.33.

en charge pourront de fait évoluer avec le temps afin de prendre en compte ces outils en voie de développement (**Titre II**).

Titre I : Un accès aux soins facilité

22. Le détenu est par nature placé dans une situation de vulnérabilité, à laquelle s'ajoute des inégalités d'accès aux soins. Les maisons d'arrêt françaises ont un taux d'occupation toujours supérieure à 100% depuis 1990, plaçant le plus gros des effectifs écroués en état de surpopulation carcérale. Si la problématique est connue et prise en compte depuis plusieurs décennies[154], leur situation continue d'être dénoncée par les autorités de contrôle[155] et les associations[156] car elle induit des problématiques sanitaires certaines. En tout état de cause, l'assimilation des détenus par le système de soins semble utopique, malgré une recherche d'égalité par les pouvoirs publics, celle-ci rencontre des difficultés structurelles (**Chapitre I**). Si le législateur souhaite dans les textes une forme de parallélisme entre le patient privé de liberté et les autres patients, il s'avère impossible dans un contexte aussi restrictif que le milieu carcéral (**Chapitre II**).

[154] Cour des comptes, *Une surpopulation carcérale persistante, une politique d'exécution des peines en question*, Rapport, 05 oct. 2023, p. 9 ; A. KENSEY, O. TIMBART, « La population des prisons a augmenté de 60% en vingt ans », *Infostat Justice*, n°25, octobre 1991 ; Ministère de la justice, « Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée », en ligne (consulté le 02 oct. 2024).

[155] G.-P. CABANEL, *Prisons : une humiliation pour la République*, Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, Tome 1, 29 juin 2000 ; CGLPL, Rapports d'activités annuels.

[156] OIP, *Dignité en prison, quelle situation deux ans après la condamnation de la France par la cour européenne des droits de l'homme ?* juin 2022 ; Amnesty International, *Prison en France : alerte sur les conditions de détention*, 16 juin 2022.

Chapitre I : L'intégration complexe du détenu dans le système de soins

23. Sur le plan national, le préambule de la Constitution de 1946[157] et la loi[158] se réfèrent expressément à la protection de la santé. Le Conseil constitutionnel en a fait un principe à valeur constitutionnelle[159] puis un objectif constitutionnel[160] dont l'élément essentiel est l'accès aux soins. Accéder aux soins exige que toute personne puisse être vue et prise en charge par un médecin, en fonction de son état. Concrètement, cela nécessite, au minimum, de pouvoir accéder à un système de soins et d'être assuré de la prise en charge financière de cet accès. Une offre de soins satisfaisante, comprenant des personnels qualifiés, des lieux où sont dispensés les soins et par la mise à disposition des traitements doit être assurée. De plus, les soins prodigués doivent être de qualité[161]. La loi confie cette tâche aux établissements publics et privés qui doivent assurer « *les examens de diagnostic, de surveillance et le traitement des malades* »[162]. Le droit d'accéder aux soins permet à son titulaire de bénéficier de mesures garantissant son accueil en vue d'être soigné[163], au vu de son état de santé[164]. Cet objectif de soins doit être assuré en permanence, d'où le principe de continuité du service public[165]. Ce droit à la protection de la santé est identique pour le citoyen lambda et pour le citoyen privé de sa liberté. Cependant, malgré une volonté de rapprochement des patients privés de leur liberté (**Section I**) l'accès aux soins en détention fait l'objet de nombreuses difficultés de façon

[157] L'al. 11 du préambule de la Constitution du 27 oct. 1946 prévoit que « *la Nation garantit à tous (...) la protection de la santé* »

[158] CSP, art. L. 1110-1.

[159] Cons. const., déc. n° 74-54 DC du 15 janv. 1975, Rec., p. 19 ; Cons. const., déc. n° 77-92 DC, 18 janv. 1978, Rec., p. 21 ; Cons. const., déc. n° 80-117 DC du 22 juill. 1980, Rec. p. 42 ; Cons. const., déc. n° 90-297 DC du 16 janv. 1991, Rec., p. 108 ; Cons. const., déc. n° 90-283 DC 8 janv. 1991, Rec., p. 11 ; Cons. const., déc. n° 91-296 DC du 29 juill. 1991, Rec., p. 102 ; Cons. const., déc. n° 93-325 DC du 13 août 1993, Rec., p. 224.

[160] S. JUAN, « L'objectif à valeur constitutionnelle du droit à la Protection de la santé : droit individuel ou collectif ? », *RDP*, n°02, 2006, p. 439 ; B. MATHIEU, « La protection du droit à la santé par le juge constitutionnel – A propos et à partir de la décision de la Cour constitutionnelle italienne n° 185 du 20 mai 1998 », *Cah. Cons. const.*, n° 6, 1999, p. 59.

[161] A ce titre, la Haute Autorité de Santé a mis en place des procédures d'évaluation des pratiques ; *V.* CSP, art. L.6113-1 et s. ; Le système s'appuie sur la compétence des professionnels CSP, art. L. 4133-1.

[162] CSP, art. L.6111-1.

[163] Sauf dans les hypothèses où le médecin peut refuser des soins : l'article R. 4127-47 al. 2 du CSP prévoit notamment qu'il peut refuser ces soins lorsqu'il le fait dans des conditions qui ne peuvent nuire à la santé du malade. De même, le médecin peut refuser de pratiquer une IVG mais doit communiquer le nom d'un praticien susceptible de le faire (CSP, art. L. 2212-8 al. 1).

[164] La loi du 4 mars 2002 n°2002-203 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a contribué à renforcer ces prérogatives du malade.

[165] Dans le secteur libéral, les médecins doivent participer au service de garde organisé par le Conseil départemental de l'ordre (art. R. 4127-77 CSP), même s'ils contestent ce service (CE 18 oct. 2002, n° 222544, CDOM Oise, RFDA 2002. 1183). La loi du 4 mars 2002 a réaffirmé ce principe en assurant la permanence des soins.

générale[166] qui empêchent la constitution d'un véritable parallélisme avec les patients classiques (**Section II**).

Section I – Une similarité de statut

24. Quand bien même une égale santé ne peut être assurée, l'égal accès aux soins, lui, doit être une cible à atteindre. Le système de santé français repose d'abord sur cet égal accès aux soins[167] (**§ I**), puis sur un libre accès aux soins (**§ II**). Ces deux principes constituent le point de départ de la recherche d'une forme d'homogénéité entre le patient détenu et son homologue libre.

§ I – Une recherche d'égalité dans l'accès aux soins

« *Pourquoi la règle qui est applicable à un homme ne le serait-elle pas également à tous les autres ?* »[168]

Alexis de Tocqueville.

25. La reconnaissance d'un droit-créance. Notre système de santé repose sur un droit subjectif d'accès aux soins, qui permet aux individus qui en seraient privés d'agir en justice[169]. Mais cette obligation de l'État se limite « *au regard du contexte global de l'offre de soins* »[170]. Ainsi, la seule obligation étant l'obtention effective des soins, il est assuré aux patients de pouvoir rencontrer un médecin, mais pas nécessairement le médecin de son choix ni le plus proche de son domicile. De plus, l'État français a opté pour un régime d'accès aux soins qui se veut égal et libre. Or, la décision judiciaire d'éloigner certains individus de la société fait apparaître des inégalités d'accès aux soins qui se cumulent à des inégalités économiques sous-jacentes. Pour pallier ces difficultés de fait, il doit être mis en place un véritable accès aux prestations sociales (**A**) ainsi qu'une réelle effectivité du droit d'accès aux soins (**B**).

---

[166] A. BONNE-HARBIL, *Les droits de la personne détenue en matière de santé*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2016 ; S. SLIMANI, *L'accès aux soins des personnes incarcérées*, Thèse de doctorat, Université de Paris 8, 2022 ; V. MIJUSKOVIC, *Droit de la santé en détention : approches juridiques et budgétaires*, Thèse dactyl., Université de Montpellier, 2023 ; V. MORGANTE, *Le droit à la protection de la santé des personnes détenues*, Thèse dactyl., Université de Pau, 2020 ; E. DELAIRE, *Le droit à la santé des détenus*, Thèse dactyl., Université d'Aix-Marseille, 2018.

[167] G. JOHANET, « L'égalité d'accès aux soins », *in* Conseil d'État, *Rapport public 1999, L'intérêt général,* La Doc. française, 1999, p. 429 ; B. FEUILLET, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008, p. 713.

[168] A. DE TOCQUEVILLE, *De la démocratie en Amérique*, Paris, Librairie de Charles Gosselin, 1835.

[169] P.-A. MOLINARI, « La prestation des soins de santé et le respect des droits fondamentaux : esquisse d'une problématique », *in Etudes offertes à J.-M. AUBY*, Dalloz, 1992, p. 771, cité par B. FEUILLET, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008, p. 713.

[170] B. FEUILLET, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008, p. 713.

A. Une effectivité du droit d'accès aux soins des détenus assurée par la protection sociale

26. L'accès aux soins nécessite, en parallèle, un droit à obtenir des prestations sociales[171]. L'accès aux soins en tant que droit garantit à l'individu d'être soigné lorsqu'il en a besoin[172]. Cependant, en pratique, des limites peuvent restreindre cet accès, implicitement ou expressément. Si la règle est celle d'une égalité dans l'accès aux soins, « *l'effectivité de la règle va être déterminée par les règles de remboursement par la sécurité sociale* » qui déterminent l'étendue de l'accès aux soins[173]. L'État dispose alors de deux options : assurer lui-même l'offre de soins et sa gratuité, ou la garantir en supportant le coût de soins. Le droit français a retenu la deuxième, en généralisant la sécurité sociale[174].

27. Des mesures prises par le législateur pour lutter contre les inégalités socio-économiques de santé. Certains mécanismes ont vu le jour afin de lutter contre les inégalités socio-économiques de santé[175], et donc de préserver les patients d'une discrimination dans leur accès aux infrastructures ou aux professionnels qui serait due à leur statut social. Ces dispositifs sont de deux ordres. D'une part, la lutte contre les inégalités implique l'information des patients et leur orientation au sein du parcours de soins[176]. D'autre part, la protection du public passe par une aide matérielle, qui peut consister en l'accessibilité matérielle aux soins[177], mais aussi et surtout en une prise en charge financière de ceux-ci. Depuis la fin des années 90 et les lois

---

[171] J. MOREAU, « Le droit à la santé », *AJDA*, 1998, p. 187 ; Cons. const., déc. n° 89-269 DC du 22 janv. 1990 préc.
[172] CSP, art. L.1110-1.
[173] B. FEUILLET, « L'accès aux soins entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008, p. 713.
[174] Loi n° 78-2 du 2 janv. 1978 relative à la généralisation de la sécurité sociale.
[175] INSEE, *France, portrait social*, Insee références, 2023, disponible en ligne (consulté le 10 octobre 2024) ; HCSP, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*, Rapport, déc. 2009 ; A. LECLERC et al., *Les inégalités sociales de santé*. Paris, La Découverte, INSERM, 2000 ; N. HASCHAR-NOÉ, *Réduire les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire de l'évaluation,* Toulouse, Presses universitaires du Midi, 2017.
[176] G. ROUSSET, « Patients : droits et rôles nouveaux », *RDSS*, 2022, p. 87 : Monsieur ROUSSET décrit alors le planning familial, le rôle des assistances sociales, ou encore le service public décrit à l'article L.1111-1-1 du CSP « *placé sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. Les informations diffusées sont adaptées et accessibles aux personnes handicapées* ».
[177] Pour aller plus loin notamment sur la permanence d'accès aux soins, *V.* G. ROUSSET, « Patients : droits et rôles nouveaux », *RDSS*, 2022, p. 87.

relatives à la lutte contre les exclusions[178] ou à la couverture maladie universelle[179], la couverture sociale de base a été généralisée ainsi qu'une couverture supplémentaire dans certains cas[180].

28. Des freins à l'accès aux soins qui demeurent. Cependant, dans cette recherche d'égalité et de liberté dans l'accès aux soins, les solutions retenues peuvent devenir à leur tour des causes du manque d'égalité entre les individus qui assument les conséquences de cette liberté d'accès aux soins[181]. En pratique, l'accès effectif aux soins peut être restreint, particulièrement par les faibles revenus[182] des personnes, car la politique publique de maîtrise des dépenses de santé[183] entraîne de fait une limite à la liberté d'accès aux soins. Un droit général et illimité à l'accès aux soins est illusoire tant la ressource est coûteuse[184]. Le Conseil constitutionnel a d'ailleurs consacré les différentes pratiques qui aboutissent à limiter le principe d'égalité[185].

29. Prestations sociales et personnes privées de liberté. Le principe est celui de la prise en charge des frais de santé par l'Assurance Maladie. Le code de la Sécurité sociale prévoit en effet que toutes les personnes écrouées bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé,

---

[178] Loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, laquelle garantit, dans son article 1er, « *l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de l'éducation, de la formation et de la culture…* ». ; *V.* not. P.-Y. VERKINDT, « La santé des personnes les plus démunies et le rôle des organismes sociaux », *RDSS* 1999, p. 416 cité par G. ROUSSET, « Patients : droits et rôles nouveaux », *RDSS*, 2022, p. 87.

[179] Loi n° 99-641 du 17 juill. 1999 portant création de la CMU, devenu Protection universelle maladie (PUMa) le 1er janvier 2016, *V.* Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

[180] Pour la CMU-C devenue l'aide médicale d'état, *V.* not. M. BORGETTO, « La Sécurité sociale à l'épreuve du principe d'universalité », *RDSS* 2016, p. 11 ; C. BISTONDI, « Les dispositifs d'aide à l'accès aux complémentaires santé : retour sur la CMU-C et l'AC », *RDSS* 2017, p. 403.

[181] Ils sont alors créanciers et débiteurs du droit d'accès aux soins : Y. DAUCHY, « Les normes supérieures du droit de la sécurité sociale », *RDP* 1996, p. 1003 ; B. FEUILLET, L'accès aux soins, entre promesse et réalité, *RDSS*, 2008, p. 713. ; Dominique BERTRAND et Alain BERARD, « Dépenses de santé et économie de santé », *in* F. BOURDILLON, G. BRÜCKER et D. TABUTEAU (dir.), *Traité de santé publique*, Flammarion, 2007 ; Maryse BABEL, « Liberté et système de santé », *RDSS* 2005, nº 6, p. 28.

[182] C. FABRE, « Le recours aux urgences hospitalières : un mode d'accès aux soins spécifiques des populations défavorisées », *Prévenir*, n° 28, 1995. 132.

[183] D. TABUTEAU, « Assurance Maladie : les standards de la réforme », *Dr. soc*. 2004. 875 ; franchises médicales Loi n°2004-810 du 13 août 2004 sur l'assurance-maladie (franchise fixée par décret à 1 € par consultation) ; LFSS n° 2007-1786 du 19 déc. 2007 ; l'art. 52 de cette dernière loi complétant l'art. L. 322-2 CSS prévoit qu'une franchise annuelle sera laissée à la charge des assurés sociaux pour certains frais relatifs à des médicaments, à des actes effectués par un auxiliaire médical et à des transports sanitaires. Le montant de la franchise est déterminé par une participation forfaitaire, avec un plafond annuel (D. n° 2007-1170 du 2 août 2007) ; Le Conseil constitutionnel (déc. n° 90-297 DC du 16 janv. 1991) a fait de la maîtrise des dépenses de santé un objectif à valeur constitutionnelle, ouvrant ainsi la porte à des restrictions justifiées par l'intérêt général qui pourraient être apportées à d'autres principes constitutionnellement reconnus.

[184] B. FEUILLET, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008, p. 713.

[185] Pour le droit à obtenir des prestations sociales, *V.* Cons. const., déc. nº 89-269 DC, 22 janv. 1990, *Rec*., p. 33 ; RDSS, 1990, p. 637, note L. DUBOUIS. ; B. FEUILLET, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008, p. 713.

assurée par le régime général à compter de la date de leur mise sous écrou[186]. Pourtant, selon la Cour des comptes, la protection sociale des détenus n'est pas toujours effective[187]. Malgré une affiliation systématique aux assurances maladie et maternité du régime général de la sécurité sociale, dès le premier jour de leur incarcération, la Cour des comptes révèle une gestion variable en fonction de la CPAM de rattachement[188] et un défaut d'informations des personnes. Comme en 2012, seules 65 % des CPAM avaient signé des conventions avec des établissements pénitentiaires dans l'objectif d'améliorer la gestion des droits des détenus, la Cour des comptes recommandait la rédaction d'une convention type[189], afin de garantir une uniformité des pratiques et de garantir la continuité de la protection sociale des personnes détenues. La santé des personnes détenues ayant été identifiée par le ministère de la santé comme l'un des cinq chantiers prioritaires de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine[190], cette convention devrait donc désormais intégrer la prise en charge des actes de télémédecine.

30. Liberté tarifaire et inégalités. Le système français garantit aux assurés une grande liberté de choix dans le recours aux soins en raison de taux de remboursement donnant libre accès l'ensemble des professionnels. Mais ce principe de liberté de choix du praticien est contrebalancé par une volonté de dissuader le recours aux médecins non conventionnés[191]. Pour Didier TABUTEAU, « *le développement du droit permanent à un dépassement jusqu'en 1980, puis la création du secteur 2, permettant à des médecins conventionnés de pratiquer des honoraires libres, ont redonné à la liberté tarifaire une place qui, aujourd'hui encore, se traduit par de graves inégalités dans l'accès aux soins* »[192]. Or les réflexions sur la liberté qui pourrait être accordée, grâce à la technique, d'accéder à tous les professionnels de santé, ne doivent pas mener à une médecine à deux vitesses pour les détenus[193]. La télémédecine peut ouvrir l'accès, en théorie, à tous les professionnels de santé du territoire. Mais « *le lien étroit entre soins et protection sociale montre que le droit de la santé et le droit de la protection sociale ne peuvent*

[186] CSS, art. L.381-30 et L.381-31.
[187] Cour des comptes, Rapport public annuel 2014, *La santé des personnes détenues*, p. 265-266.
[188] « *Les modalités de gestion et de suivi des droits sociaux des personnes détenues sont, en effet, variables d'une caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) à une autre. On constate fréquemment des problèmes d'affiliation, d'ouverture ou de reprise de droits et un défaut d'information de la personne détenue sur l'étendue de ses droits à l'entrée comme à la sortie de la détention », Ibid*. p. 265-266.
[189] *Ibid*. p.265-266.
[190] DGOS, *Plan national de déploiement de la télémédecine*, mars 2012.
[191] CE, 29 octobre 2007, n° 301362, *Association pour l'ouverture du secteur 2 (APOS 2).*
[192] D. TABUTEAU, « Santé et liberté », *Pouvoirs*, n°130, 2009, p. 104.
[193] Le réel accès appartenant alors qu'aux détenus ayant des ressources importantes, *V.* M. DUPONT, « Le libre choix du médecin : son évolution depuis la loi du 4 mars 2002 », *RDSS*, 2007, p. 759 cité par B. FEUILLET, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008, p. 713.

plus cheminer de manière autonome »[194], l'extension du système existant en détention devant donc prendre en compte les inégalités de fait, afin de garantir à chaque détenu à la fois un égal accès aux soins, mais aussi un seuil minimum de qualité évalué par des indicateurs de performance. Enfin, le caractère égal et libre de cet accès aux soins n'a aucune portée réelle si l'effectivité dudit droit n'est pas garantie aux personnes vulnérables que sont les personnes détenues.

B. Une effectivité du droit d'accès aux soins des détenus renforcée par la protection juridictionnelle

31. L'applicabilité du droit d'accès aux soins. Le droit d'accès aux soins se fonde sur d'autres droits, en particulier dans la jurisprudence de la Cour européenne. En effet, faute d'existence textuelle dans la Convention, la Cour a développé une protection indirecte sur d'autres fondements, comme la non-discrimination : « *en tant que ressource potentiellement rare, les soins entraînent des mécanismes de sélection à l'accès. Le caractère urgent ou innovant des soins peut ainsi légitimer des priorités médicalement fondées, lesquelles ne doivent pas négliger tout à la fois le principe de non-discrimination et le principe d'égalité devant les services publics* »[195].

32. Le principe de non-discrimination fondement du droit d'accès aux soins. « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins* »[196]. En disposant ainsi, l'article L. 1110-3 CSP traite des refus de délivrance de soins en déclarant qu'un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide médicale d'État[197] (AME). Que ce soit dans le cadre du service public hospitalier ou dans celui de l'exercice libéral, les médecins ne doivent faire aucune distinction entre leurs patients[198]. Le lien entre accès aux

---

[194] Sur ce point, *V.* D. TABUTEAU, « Le droit de l'Assurance Maladie, composant du droit de la santé », *Gaz. Pal.* 7 avr. 2007, n° 97, p. 7 : Selon lui, le code de la sécurité sociale pourrait être un code « suiveur » du code de la santé publique dans le domaine des prestations de santé.

[195] G. JOHANET, « L'égalité d'accès aux soins », *in Rapport public du Conseil d'Etat* 1998, La Doc. Française, 1999, p. 429 ; D. FASSIN, *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*, Rapport 2001, CRESP ; C. ALLONIER, P. DOURGNON, T. ROCHEREAU, *Enquête sur la santé et la protection sociale* 2006, Rapport IRDES, nº 1701, avr. 2008.

[196] CSP, art. L. 1110-3.

[197] Dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, conditions de résidence et de ressources, *V.* Code de l'act. soc., art. L. 251-1 ; sa suppression a été votée par le Sénat le 7 novembre 2023 pour la remplacer par l'aide médicale urgente, moins protectrice.

[198] Selon le Code de déontologie médicale, « *le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur*

soins et égalité devant le service public se trouve également formalisé par l'article L. 6112-2 CSP qui prévoit que le service public hospitalier est non seulement assuré par les établissements publics de santé et par les établissements de santé privés, mais surtout que « *ces établissements garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement […]* ». Le droit communautaire a aménagé en ce sens un vaste dispositif tendant à assurer l'égal accès des ressortissants communautaires aux soins sans distinction de nationalité[199]. Le droit à l'accès aux soins, si fermement ancré dans notre système juridique, doit toutefois être assorti de procédures assez vigoureuses pour assurer son opposabilité.

33. La qualité de « personne vulnérable »[200] que peuvent revêtir les détenus appellent une protection spécifique de ces patients particuliers. Selon Xavier BIOY, le droit d'accès aux soins, même s'il semble s'intégrer comme une partie du droit à la santé, serait réservé à quelques-uns[201]. Il cite ainsi Sophie JUAN : « *le droit à la santé recèle une dimension individuelle. La protection de la santé ne s'applique en effet pas à "tous" sans aucune distinction, mais bien à certains individus, dont la situation répond à quelques critères d'identification, simples, précis* ». Le droit d'accès aux soins apparaît alors *« plus comme un droit catégoriel que comme un droit générique ou général* ». Il s'exprime en effet davantage dans des situations spécifiques[202] ou en faveur de personnes plus vulnérables dans leur autonomie[203], comme les personnes privées de liberté[204], les enfants ou encore les mères. La Cour européenne est particulièrement attentive aux situations des personnes faisant l'objet d'une peine de prison. On se souvient de l'affaire *Vincent*[205] qui a vu l'État français être condamné car un détenu était maintenu en établissement, l'empêchant de recevoir les soins

appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard (...) ».

[199] CJCE 16 mai 2004, *Watts*, aff. C-372-04, Rec. p. I-4325, *RDSS* 2006. 843, note L. AZOULAI ; Loi n° 290-207 du 21 mars 2007 relative à l'immigration et à l'intégration (art. L. 121-1 CESEDA).

[200] *V.* F.-X. ROUX-DEMARE, « La notion de vulnérabilité, approche juridique d'un concept polymorphe », *Les Cahiers de la justice*, 2019, p. 619.

[201] X. BIOY, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », *in* I. POIROT-MAZÈRES (dir.), *L'accès aux soins*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, LGDJ, 2010, p. 37-71.

[202] Comme l'urgence ou la fin de vie, *V.* X. BIOY, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », *op.cit.*

[203] P. MISTRETTA « La santé de la personne détenue », *in* É. MARTINEZ, F. VIALLA (dir.) *Les Grands Avis du Comité consultatif national d'éthique*, *LGDJ*, 2013, p. 651.

[204] CEDH, 16 novembre 2006, *Huylu c. Turquie* (requête n° 52955/99) : les détenus malades nécessitant des soins médicaux particuliers doivent être transférés vers des établissements spécialisés ou vers des hôpitaux civils, lorsque ces soins ne sont pas dispensés en prison ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c. Royaume-Uni* (n° 27229/95) : dans le cas d'une carence des soins psychiatriques menant au suicide d'un détenu.

[205] CEDH, 26 mars 2007, *Vincent c/ France* (n°6253/03).

adaptés à sa condition, alors même que d'autres établissements existaient et permettaient d'y remédier. De même, la Cour a pu retenir la responsabilité de l'État car le détenu ne recevait pas de soins appropriés[206], ou encore car les soins n'étaient pas compatibles avec la gravité de son état de santé[207]. Du côté de la jurisprudence administrative, le Conseil d'État a déjà caractérisé de « mesure d'ordre intérieur », insusceptible de recours donc, une décision de changement d'affectation d'une maison d'arrêt à un Centre de détention, considérant que l'accès aux soins de la personne n'était pas amputé et qu'il bénéficierait de soins adaptés à sa pathologie[208]. *A contrario*, cela signifie qu'une décision administrative qui revêt d'importants effets sur la situation d'un détenu, en particulier sur sa santé ou sa prise en charge médicale, est susceptible de recours. Cependant, cette appréciation est laissée aux juges administratifs, et l'on pourrait discuter de l'importance d'un parcours de soins linéaire sur une prise en charge médicale somatique ou psychiatrique. Le fait que le même type de professionnels soit disponible d'un établissement à l'autre ne suffit pas toujours à considérer que la décision de transfert n'a pas ou peu d'incidence sur la prise en charge médicale[209].

34. Le cas encore plus particulier des mineurs étrangers et femmes étrangères enceintes.

Des personnes mineures peuvent être détenues. Si les mineurs de nationalité française bénéficient d'un accès aux soins « classique », la situation est différente pour les mineurs étrangers en situation irrégulière. Ces derniers bénéficient de l'AME car le juge administratif inclut l'accès aux soins dans la notion d'intérêt supérieur de l'enfant, au sens de la Convention de New-York[210]. En tout état de cause, dès lors qu'un mineur est détenu, le Conseil d'Etat considère que les dispositions de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)[211] imposent à l'autorité administrative d'accorder une attention à l'intérêt supérieur des enfants

---

[206] CEDH, 22 déc. 2008, *Alexanian c. Russie*, (n° 46468/06).

[207] CEDH, Gr. Ch., 10 mars 2009, *Paladi c/ Moldavie*, (n° 39806/05)

[208] CE, 10ème et 9ème SSR, 9 avril 2008, n° 308221 : « *il n'est pas contesté que la pathologie dont souffre M. A est, depuis deux ans, en phase de rémission ; qu'en outre, il n'établit pas que le changement d'affectation dont il a fait l'objet aurait pour effet de le priver de l'accès aux soins nécessités par son état de santé, dès lors notamment qu'il est constant que le centre hospitalier universitaire de Caen, au sein duquel sera assuré son suivi médical, dispose d'un service adapté à sa pathologie et d'une unité hospitalière de sécurité interrégionale* »

[209] Pour les intérêts de la prise en charge à distance.

[210] Par exemple : Cour administrative d'appel de Douai, 1ère chambre 29 mars 2007, 06DA01203. Inédit au recueil *Lebon*. Cons. Const., DC n°2003-488, 29 décembre 2003, *Loi de finance rectificative pour 2003*, *Rec* 480. Pour aller plus loin *V.* X. BIOY, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », *in* I. POIROT-MAZÈRES (dir.), *L'accès aux soins*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, LGDJ, 2010, p. 37-71 ; La prise en charge prévue à l'article L.254-1 du Code de l'action sociale et des familles est alors insuffisante. C'est-à-dire qu'au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant il n'est pas possible de restreindre l'accès à l'aide médicale des enfants pour des motifs tenant à des conditions de résidence et donc de nationalité.

[211] CIDE, art. 3.1 « intérêt supérieur de l'enfant » ; art. 37 « prise en compte de la situation des mineurs dans le cadre d'un régime carcéral ».

pour toutes les décisions qui les concernent, comme une décision de mise à l'isolement. Le Conseil donne alors aux dispositions de la CIDE un effet « *non seulement direct mais un effet plein et entier puisqu'elle conduit à annuler des dispositions réglementaires ou individuelles prises par les autorités françaises* »[212]. L'AME est enfin ouverte aux femmes enceintes et aux cas d'interruption médicale de grossesse.

35. Un droit faiblement opposable. L'accès aux soins est un droit fondamental. Or, pour obtenir l'applicabilité d'un droit en tant que droit subjectif, la structure du contentieux prend une importance considérable. L'absence ou la limitation des recours pouvant être intentés seront un frein de droit à la concrétisation de ce droit, et donc à la réalisation de fait de cet accès aux soins[213]. Certes, toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie ou le président du Conseil de l'ordre professionnel territorialement compétent concerné par les faits, saisine valant dépôt de plainte. Mais selon les mots de Xavier BIOY, « *malgré sa tournure "subjectiviste", l'accès aux soins demeure, pour le plus grand nombre de patients un "droit objectif" découlant de la mise en œuvre des normes générales de santé publique. La protection juridictionnelle demeure donc à la merci de "recours objectifs" en excès de pouvoir (dont les conditions spécifiques ne permettent pas une protection toujours adéquate) ou de recours en responsabilité une fois le préjudice réalisé* ». En droit privé, les actions en responsabilité demeurent la façon presque exclusive de saisir le juge.

36. A ce constat s'ajoute que, devant le service public hospitalier comme devant le service public pénitentiaire[214], on s'aperçoit d'une ineffectivité[215] des voies de recours administratives tendant à faire suspendre les décisions. Le seul moyen d'action qui demeure serait alors le contentieux de la réparation, une fois le préjudice réalisé. Il revient alors à la Cour européenne le mérite de se saisir de telles questions, une jurisprudence fournie dresse désormais le cadre

---

[212] R. SCHWARTZ, « La jurisprudence du Conseil d'État et les droits de l'enfant », *Journal du droit des jeunes*, vol. 296, no. 6, 2010, pp. 37-41.

[213] X. BIOY, « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », *in* I. POIROT-MAZÈRES (dir.), *L'accès aux soins*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, LGDJ, 2010, §59 : *« L'accès aux soins a beau être un droit fondamental, l'assurance de le concrétiser dépend très largement de la façon dont les recours peuvent être intentés »*.

[214] S. HURES, *L'accès aux recours des personnes détenues à l'encontre des mesures prises par l'administration pénitentiaire*, Mémoire Institut de Droit et Economie d'Agen, 2020-2021.

[215] CGLPL, Avis relatif à la défense dans les lieux de privation de liberté, 23 avril 2020 : « *Ce recours doit être effectif, au sens que lui donne la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, c'est-à-dire qu'il doit permettre de mettre fin à une situation contraire aux droits fondamentaux et permettre la compensation de toute personne lésée* ».

juridique de l'accès aux soins en détention. La Cour européenne a en effet pu déduire, de manière générale à partir de l'article 2 de la Convention garantissant le droit à la vie, l'existence d'un droit à la santé[216]. Néanmoins, s'agissant des détenus, la CEDH a fait apparaître le concept de dignité en détention avec un arrêt *Kudla* en 2000[217]. Si elle se fonde sur l'article 3, la CEDH opère un « glissement » de fondement juridique[218], pour apporter une protection indirecte souvent qualifiée de protection « par ricochet »[219]. Si le procédé est contestable, la conséquence est que la notion de dignité peut être invoquée pour exiger des soins adéquats en détention[220]. Toutefois, le juge administratif demeure plus favorable à un contrôle indemnitaire qu'au recours pour excès de pouvoir. Tandis que le premier n'est pas efficace pour mettre un terme aux conditions de détention indignes, le second est ineffectif[221].

37. Si la CEDH tente tant bien que mal d'apporter des limites aux atteintes au droit d'accès aux soins auxquelles se heurtent les personnes vulnérables, ces atteintes ne rencontrent que très peu de limites juridictionnelles en pratique. L'offre de soins classique peine alors à s'étendre dans les lieux privatifs de liberté car elle n'est pas adaptée à la prise en charge de cas aussi spécifiques. Cela est d'autant plus vrai que l'organisation des établissements privatifs de liberté rend cette offre de soins inefficace.

---

[216] CEDH, *Kalender c/ Turquie*, 15 déc. 2009, req. n° 4314/02.

[217] CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, req. n°30210/96. /// *V.* CEDH, gr. ch., 26 oct. 2000, *Kudla c/ Pologne*, req. n° 30210/96 ; RTD civ. 2001, 442, obs. J.-P. MARGUÉNAUD ; JCP G, 2001, I, 291, n° 6, chron. F. SUDRE : la dignité de la personne humaine impose aux États-parties d'assurer les soins et traitements médicaux, lesquels font partie des conditions et du traitement des personnes détenues. Ce droit est reconnu non seulement au profit des personnes purgeant des peines de prison, mais encore, par analogie, au profit de toutes les personnes privées de liberté

[218] A. ZELCEVIC-DUHAMEL, « La santé en prison – vue par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) », *JDSAM*, n°37 – 2023, p. 97.

[219] T. GRÜNDLER, « Une Europe protectrice ? », *Plein droit*, vol. 94, no. 3, 2012, pp. 22-25 ; Béatrice MAURER, *Le principe de respect de la dignité humaine et la Convention européenne des* droits de l'homme, Thèse, Université de Montpellier, 1998.

[220] CEDH, 14 mars 2019, *Davtyan c/ Arménie*, req. n°29736/06.

[221] Pour aller plus loin *V.* A. BONNE-HARBIL, *Les droits de la personne détenue en matière de santé*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2016 ; G. FAUGERE, *L'accès des personnes détenues aux recours. Etude de droit administratif*, Thèse, Université de Toulouse, 2015 ; N. FERRAN, « La personne détenue encore à la recherche de son juge en France », *Déviance et Société*, vol. 38, no. 4, 2014, pp. 469-489 ; S. GAUCHE, « A la recherche du recours effectif : responsabilité et référés en droit pénitentiaire », *AJDA*, 2017, p. 1837 ; S. HURES, *L'accès aux recours des personnes détenues à l'encontre des mesures prises par l'administration pénitentiaire*, Mémoire Institut de Droit et Economie d'Agen, 2020-2021, p. 48.

§ II – Un système fondé sur la liberté d'accès aux soins

« *La liberté du corps entraine celle du cœur et de l'esprit*. »[222]
Léon BLUM.

38. Une dépendance à la médecine de ville. Le constat du manque d'accès aux soins dans les territoires fait ressortir un enjeu : « *l'organisation des professionnels de santé*[223] *en ville est aujourd'hui l'une des clés de la réponse aux défis posés à notre système de santé qui doit s'adapter à un effet ciseau : une demande de santé en hausse et une offre de soins en baisse* [lequel] *remet en cause le principe d'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire et interroge à la fois les raisons ayant conduit à cette situation et les politiques de santé à mettre en œuvre pour lutter contre de telles inégalités* »[224]. Cela est totalement paradoxal avec l'organisation actuelle du système de santé en prison[225]. Ce sujet fait fréquemment l'objet de réformes, ou tout du moins de projets de réformes, afin de favoriser un accès aux soins dans les territoires qui souffrent d'une offre de soins manifestement insuffisante face à la demande de la population[226]. Cela se vérifie récemment, puisque de multiples propositions de lois ont été déposées depuis 2021[227], la dernière en date « *visant l'accès aux soins dans les déserts médicaux* »[228]. Ces textes s'accompagnent de nombreux rapports[229], du parlement comme d'autres organes comme le Haut conseil de la santé publique, marquant trente ans d'échecs des politiques publiques[230]. Pourtant, les solutions envisagées sont multiples, allant du

---

[222] L. BLUM, *Pour être socialiste*, Albin Michel, p. 60.
[223] Pour aller plus loin sur cette organisation et le principe de liberté d'installation des professionnels libéraux, *V.* C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022.
[224] O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS, Les déserts médicaux en question, *op. cit.*, p. 15- 25.
[225] Cf. *infra* n°58 et s.
[226] Voir, par exemple, proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux, 18 février 2015 ; G. ROUSSET, « Vers une régulation coercitive de l'installation des médecins ? - À propos de la proposition de loi n° 2597 *visant à lutter contre les déserts médicaux*, *JCP A*, 2015, « Act. 311 ».
[227] Pour aller plus loin, *V.* not. G. ROUSSET, Lutter contre les déserts médicaux, encore et toujours… Proposition de loi n° 646 visant à favoriser l'accès aux soins dans les déserts médicaux, 3 juin 2022, RDS n° 109, septembre 2022, pp. 612-614 : mais aussi G. CHICHE, proposition de loi n° 4533 pour la fin de la liberté d'installation des médecins et un accès de proximité au système de santé, déposée à l'Assemblée nationale le 12 octobre 2021 ; S. JUMEL *et al.*, proposition de loi n° 4589 pour une santé accessible à tous et contre la désertification médicale, déposée à l'Assemblée nationale le 19 octobre 2021 ; T. BENOIT *et al.*, proposition de loi n° 4735 visant à lutter contre la désertification médicale, déposée le 30 novembre 2021 ; G. GAROT *et al.*, proposition de loi n° 4784 d'urgence contre la désertification médicale, déposée le 7 décembre 2021.
[228] D. CHASSEING, J.-P. DECOOL *et al.*, Proposition de loi n° 646 visant à favoriser l'accès aux soins dans les déserts médicaux, 3 juin 2022.
[229] G. ROUSSET, « Lutter contre les déserts médicaux, encore et toujours… Proposition de loi n° 646 visant à favoriser l'accès aux soins dans les déserts médicaux », *RDS* n° 109, septembre 2022, pp. 612-614.
[230] F. BIZARD, « Les déserts médicaux, ou 30 ans d'échec des politiques publiques », *Huffingtonpost*, 26 octobre 2016, disponible en ligne (consulté le 08 octobre 2024) ; *V.* ég. G. JOHANET, « L'échec de la régulation », *in* P.-

conventionnement sélectif et du *numerus clausus* à l'installation[231], à la limitation du reste à charge pour les patients contraints de se rendre aux urgences car l'offre de soins est trop limitée, à l'allongement de la durée des études de médecines qui pourraient prévoir une année de stage dans une zone sous-dotée[232], jusqu'à l'obligation pour les Centres hospitaliers régionaux (CHR) et Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) de mettre du personnel médical à disposition des maisons de santé pluriprofessionnelles ou centres de santés installés dans des déserts médicaux[233]. L'État dispose donc de moyens incitatifs ou coercitifs afin d'influencer la dynamique de répartition sur le territoire des professionnels de santé, problématique redondante de l'accès aux soins. Si l'accès aux soins est en principe libre (**A**), il semble que la liberté soit davantage laissée aux professionnels de santé qu'aux patients qui souhaitent y accéder (**B**).

A. Le libre accès aux soins du patient conditionné par la liberté de choix

39. Le système de santé repose sur un libre accès aux soins. À la lecture du code de la santé publique et spécifiquement de son article L. 1110-1, seul l'égal accès aux soins est garanti, et non son libre accès. Le CSP mentionne uniquement le libre choix du médecin ou de l'établissement. Cependant, l'expression de « libre accès aux soins » est fréquemment employée, toute personne étant libre d'accéder à tous les soins que son état nécessite, ce qui donne au droit d'accès aux soins toute sa portée. Le problème est qu'en pratique, « *cette formule est interprétée à la lumière des règles de la médecine libérale*[234] »[235] et donc signifie que le patient est libre dans le choix de son professionnel et de son établissement de soin, mais également que le professionnel est d'une part, libre de s'installer où il veut, et d'autre part libre de sa prescription[236].

L. BRAS, G. DE POUVOURVILLE, D. TABUTEAU (dir.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po, 2009, p. 275-283.

[231] G. ROUSSET, « "Déserts médicaux", accès aux soins et liberté d'installation : le territoire au cœur des préoccupations de santé », Actes du 3e colloque international du CIST, *En quête de territoire(s)* ?, 2016, p. 415-420.

[232] *V.* M.-C. DE MONTECLER, « Un budget de la sécurité sociale guéri de la *Covid-19* ? », *AJDA* 2022, p. 1816 sur la proposition de loi « visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale » adoptée par le Sénat le 18 octobre 2022.

[233] G. ROUSSET, « Lutter contre les déserts médicaux, encore et toujours… Proposition de loi n° 646 visant à favoriser l'accès aux soins dans les déserts médicaux », 3 juin 2022, *RDS* n° 109, septembre 2022, pp. 612-614.

[234] La conception de la médecine française est fondée sur la prévalence de la liberté, qui figure parmi les principes généraux de la médecine libérale, *V.* le code de déontologie médicale (D. n° 95-1000 du 6 sept. 1995).

[235] B. FEUILLET, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008, p. 713.

[236] CSS, art. L. 162-2.

40. S'agissant de la liberté du patient au choix de son médecin. Le patient malade est libre de choisir son médecin, incarne un des principes de la médecine libérale, voire « *le principe premier de l'organisation et du fonctionnement du système français de santé et d'Assurance Maladie* »[237]. Le patient choisit librement son médecin, le consulte quand il le décide et le paie directement, avant d'être remboursé sur la base de tarifs conventionnels. Cette liberté de choix est prévue par les textes : le code de la santé publique l'érige en « *principe fondamental de la législation sanitaire* »[238], et le code de la sécurité sociale affirme que dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de ce droit, qui est un des « *principes déontologiques fondamentaux* », doit être assuré[239]. Enfin, il est fait mention dans le code de déontologie médicale que « *le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit* »[240], principe également présent dans le code de déontologie des infirmiers[241].

Le Conseil d'Etat a fait du principe de liberté de choix un principe général du droit[242], ce dont il déduit qu'il s'impose à toutes les autorités réglementaires, même en l'absence de dispositions législatives. Le Conseil a également reconnu la qualité de « *principe fondamental de la sécurité sociale* » à travers la question du libre choix par les assurés sociaux des établissements de santé[243]. La Cour de cassation a quant à elle affirmé que le libre choix est un principe d'ordre public[244] de portée générale dépassant les simples règles déontologiques, puis un « *principe fondamental de la législation sanitaire* »[245]. Le Conseil constitutionnel a cependant refusé de se prononcer sur la valeur constitutionnelle de ce principe, se cantonnant à le caractériser de « *principe déontologique fondamental* »[246].

41. Le champ d'application du libre choix. Le choix porte sur les structures de soins, l'établissement pouvant être public ou privé. De plus, ce choix porte sur le type de service de l'établissement. Dans l'hypothèse où une structure de soin dispose de plusieurs services, un

---

[237] D. TABUTEAU, « Santé et liberté », *Pouvoirs*, n°130, 2009, p. 111.
[238] CSP, art. L. 1110-8.
[239] CSS, art. L. 162-2.
[240] CSP, art. R. 4127-6.
[241] CSP, art. R. 4312-8-1 et R.4312-88.
[242] CE, Sect., 18 févr. 1998, Section locale du Pacifique Sud de l'Ordre des médecins, Lebon 1181 ; *RFDA* 1999, p. 47, note M. JOYAU.
[243] CE, 2 décembre 1966, Féd. Hospitalière de France et Féd. intersyndicale des maisons de santé de France et d'Outre-mer, n° 65158 A : *GADS*, 2e éd., Dalloz, 2016, n° 66, *in* M. GIRER, G. ROUSSET (dir), *Les droits des usagers dans les secteurs sanitaire, social et médico-social*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2022 pp. 41-49.
[244] Cass. Civ. 1ère, 31 déc. 1989, n° 88-15352.
[245] Cass. Civ. 1ère, 6 mai 2003, n° 01-03.259 P : *RDSS* 2003. 630, obs. G. MEMETEAU.
[246] Cons. const., déc. 22 janv. 1990, DC n°89-269, *Loi portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé*, considérant 30 : Le Conseil parle simplement de *« principes déontologiques fondamentaux »*.

patient bénéficie, sauf urgence et selon les lits disponibles, du libre choix du service dans lequel il souhaite être admis[247]. Enfin, la liberté de choix implique également de pouvoir librement changer d'établissement au cours de la prise en charge. Si le libre choix concerne également le professionnel de santé qui va intervenir, en pratique, dans le milieu hospitalier public, ce choix se limite souvent au service d'accueil. Le libre choix du patient sera alors celui de refuser les soins si les limites du service ne lui conviennent pas. On note déjà une éventuelle première difficulté dans la liberté de choix concernant les personnes atteintes de pathologies psychiatriques[248]. De plus, dans certaines hypothèses, le libre choix de son médecin trouve une limite dans la convention passée entre le médecin et l'assurance-maladie[249].

42. La liberté limitée par le parcours de soins coordonnés. La liberté de choix du patient est cependant entravée lorsqu'elle doit faire face aux limites intrinsèques du système de santé, les fondations sur lesquelles il a été bâti. Ce principe fondamental de la législation sanitaire n'a qu'une valeur législative et peut dès lors faire l'objet de dérogations. Lorsque l'on met en perspective cette liberté avec la qualité de soins fournis, notamment à travers l'objectif de coordination des soins qui en est une condition, le législateur a fait le choix de favoriser la prise en charge de qualité, en limitant la liberté du patient. Depuis l'apparition du parcours de soins coordonnés imposé par la loi depuis 2004[250], le système de santé est organisé autour de la figure du médecin traitant, appelé à gérer l'orientation des usagers dans le parcours de soin. Cette désignation conditionne également le remboursement de l'Assurance Maladie[251]. Dès lors la liberté est contrainte de fait pour l'ensemble de la population. Cependant, le Conseil constitutionnel, saisi de la constitutionnalité de la loi relative à l'assurance-maladie de 2004, a considéré dans une décision du 12 août 2004[252] que la mise en place du médecin traitant ne porte pas atteinte au principe du libre choix, car celle-ci n'est pas obligatoire et repose sur un

[247] CSP, art. R.1112-17.
[248] Sur les difficultés de l'application du principe du libre choix du médecin en matière psychiatrique, *V.* not. T. FOSSIER, « Démocratie sanitaire et personnes vulnérables », *JCP*, 21 mai 2003, I, p. 135, cité par B. FEUILLET, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008, p. 713.
[249] Certains régimes spéciaux de salariés imposent le « médecin attaché à la Caisse » pour bénéficier de la gratuité des prestations, à titre d'exemple, c'est le cas pour les cheminots, *V.* B. FEUILLET, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008, p. 713
[250] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, dite « Douste-Blazy ».
[251] Le patient de plus de 16 ans est en effet tenu de consulter en premier recours son médecin traitant déclaré pour obtenir un remboursement de l'Assurance Maladie à hauteur de 70%. Cela représente le montant maximal prévu pour le remboursement des actes indépendamment des couvertures du reste à charge par les complémentaires santé, et hors régimes d'exceptions pour les consultations en établissement de santé ou avec un spécialiste. A l'inverse, les soins n'entrant pas dans un parcours de soins coordonnés ne seront remboursés qu'à hauteur de 30%, sauf exceptions prévues aux articles L. 162-5-3 ; R. 322-1-1 ; D. 162-1-6 ; D. 162-1-7 et D. 162-1-8 du Code de la sécurité sociale.
[252] Cons. const., 12 août 2004, n°2004-504 DC, Loi relative à l'Assurance Maladie.

libre choix du patient lors de la désignation du professionnel[253]. La seule limite posée par la Cour constitutionnelle au pouvoir du législateur de porter atteinte à la liberté de choix du patient est la même que celle admise pour le principe d'égalité, le respect de la protection de la santé[254]. Or, il est possible de s'interroger sur l'effectivité d'une telle liberté tant les refus de prise en charge des nouveaux patients sont monnaie courante dans les zones sous-dotées en offre de soins, et ce alors que de plus en plus de patients n'ont pas de médecin traitant.

43. Pour certains, cette carence est le symptôme de la liberté totale d'installation[255] qui conditionne l'effectivité du droit du malade au libre choix de son praticien[256]. Une inégalité territoriale de santé peut alors se conjuguer à des inégalités sociales, les patients étant doublement pénalisés s'ils ne peuvent être remboursés de leurs consultations chez un spécialiste en cas d'absence de médecin traitant. Les inégalités sociales ne peuvent être allouées à cette limite au libre choix pour les détenus car leur prise en charge par l'Assurance Maladie est rappelée par le Code pénitentiaire[257]. Dès lors, le principe de liberté d'installation pourrait constituer un frein à la liberté d'accès aux sois des personnes écrouées, du fait de l'inégale répartition des professionnels sur le territoire. Pourtant, en 2014, certains estimaient que « *la France ne manque pas de médecins : elle a le plus souvent cherché à endiguer leur croissance et elle a une densité médicale supérieure à celle de la plupart de ses voisins. La difficulté réside dans son maillage médical incohérent, qui est principalement le produit de la liberté d'installation, dont jouissent les praticiens libéraux* »[258].

---

[253] CSP, art. L.162-5-3.

[254] Pour aller plus loin notamment sur les majorations de spécialiste, *V.* Cons. const., 12 août 2004, n°2004-504 DC, Loi relative à l'Assurance Maladie ; CE 27 juill. 2005, *Sopena et autres*, RDSS 2005. 927, note P. Lokiec ; CE 13 juill. 1962, *Cons. nat. Ordre des médecins*. Lorsque les assurés s'adressent à des praticiens dégagés du système conventionnel, ils sont pourtant pénalisés puisqu'ils ne sont remboursés que sur la base du tarif forfaitaire et que cette différence n'est pas prise en charge par la couverture complémentaire ; CE 12 juill. 1978, *Kahn*.

[255] La Cour des Comptes appelle depuis une quinzaine d'années à réguler la liberté d'installation des médecins par des mesures nettement dissuasives (baisse importante ou suppression de la prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance Maladie, voire autres pénalités financières), Cour des comptes, Rapport sécurité sociale 2007, Chapitre VIII : Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins, 2004 p. 187-255 ; Rapport sécurité sociale 2017, Chapitre V : La médecine libérale de spécialité, *RALFSS* 2017, p. 212-256.

[256] Pour aller plus loin, *V.* C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022, p. 16.

[257] Code pénitentiaire, art. R.324-1 : « *Les personnes détenues sont affiliées, dès leur entrée en détention, au régime général de la sécurité sociale. A ce titre, elles bénéficient, ainsi que leurs ayants droit, des prestations en nature de l'Assurance Maladie et maternité servies par le régime général* »

[258] A. LECA, C. BERLAND-BENHAIM, J.-P. AGRESTI, « Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent » *in* J-P. AGRESTI, C. BERLAND-BENHAIM U. NGAMPIO-OBÉLÉ-BÉLÉ (dir.), G. NICOLAS, *Les déserts médicaux*, CDSA, n°19, LEH, 2014, p 35.

B. Le libre accès aux soins du patient limité par la liberté d'installation du médecin

44. Un système fondé sur la liberté d'installation. Monsieur le Professeur Henri PÉQUIGNOT nous rappelait en 1996 que la liberté du patient implique celle du médecin soit « *un patient libre face à un médecin libre* »[259]. Du principe de libre accès aux soins relève également la liberté d'installation du médecin. Selon la docteure Charlène COLLET, la liberté d'installation constituerait l'un des principes fondateurs de la médecine libérale aux côtés de la liberté de choix du médecin par le malade, les rédacteurs de la Charte médicale de 1927[260] n'ayant pas pris la peine de la faire figurer expressément dans le texte tant elle allait de soi[261]. On ne peut réduire les professions libérales aux médecins[262]. Néanmoins, en matière de santé, les médecins, et plus spécifiquement les médecins généralistes, sont les principaux acteurs du parcours de soins coordonné tel qu'il a été conçu[263]. Le choix de leur installation *« cristallise donc plus que tout autre profession les enjeux de l'accès aux soins »*[264], lequel *« résulte du rapport entre les besoins en soins d'une population et la prise en charge effective et de qualité des patients* »[265] ». Leur répartition déséquilibrée dégraderait donc l'ensemble du parcours de soins, dès lors, ces difficultés nous poussent à interroger le principe même de la liberté d'installation.

---

[259] H. PEQUIGNOT, *La déontologie médicale*, Paris, Litec, 1996, p. 9.

[260] Charte médicale du 30 novembre 1927

[261] La Charte médicale du 30 novembre 1927 faire apparaître différents principes comme liberté de choix du médecin par le malade, liberté thérapeutique et de prescription, respect absolu du secret professionnel, liberté tarifaire, paiement direct et par entente directe entre le malade et le médecin, et représentation des syndicats de médecins dans les caisses ; pour aller plus loin *V.* C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022.

[262] dès lors qu'elles « *groupent les personnes exerçant à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité de nature généralement civile ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du client ou du public, des prestations principalement intellectuelles, techniques ou de soins mises en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées et dans le respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle, sans préjudice des dispositions législatives applicables aux autres formes de travail indépendant.* », Loi n°2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives, art. 29, I.

[263] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, dite « Douste-Blazy » et Loi n°2009-870 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST ».

[264] *V.* en ce sens, O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS, Les déserts médicaux en question(s), *op. cit.*, p. 10 : « *La répartition déséquilibrée des médecins généralistes et des spécialistes de premier recours conditionne effectivement, du fait de leur pouvoir de prescription, l'installation d'autres professionnels comme, par exemple, les infirmiers libéraux. C'est en réalité le parcours de soins dans son intégralité qui est dégradé*. » *V.* ég. M.-L. MOQUET- ANGER, « Égal accès aux soins et déserts médicaux », *in* : S. BRIMO, O. RENAUDIE (dir.), *Santé et territoire(s)*, Paris, LexisNexis, 2022, p. 30 : « De par l'adjectif médical, le désert médical doit être entendu comme l'offre insuffisante de médecins rendant difficile l'accès aux soins, car le recours au médecin est la voie d'entrée dans le système de santé. ».

[265] M.-F. CALLU, M. GIRER, G. ROUSSET, *Dictionnaire de droit de la santé*, *op. cit.*, *V.* « Accès aux soins », p. 3-4.

45. Une remise en cause nécessaire de la liberté d'installation. La liberté d'installation du médecin[266], relevant elle aussi du principe de libre accès, est remise en cause régulièrement[267] dans la mesure où elle porte atteinte à l'égalité territoriale d'accès aux soins, l'un des objectifs de la politique de santé publique[268]. Afin de favoriser l'installation dans des zones déficitaires, le législateur s'est longtemps cantonné à des mesures incitatives pour les médecins[269], tandis que d'autres professions n'ont rencontré aucune difficulté à voir leur liberté réduite dans l'intérêt général de l'offre de soins. La liberté d'installation des professionnels libéraux repose sur les principes de la liberté d'entreprendre, à valeur constitutionnelle, et de liberté d'établissement, régulée au niveau européen. Concernant la première, le Conseil constitutionnel ne s'est pas prononcé spécifiquement sur la liberté d'entreprendre des professions de santé, mais les diverses exigences constitutionnelles relatives à l'accès aux soins favorisent une importante marge de régulation au législateur dans la répartition territoriale des professions de santé[270]. Les normes communautaires s'inscrivent dans la même démarche et laissent aux législateurs nationaux une certaine marge de manœuvre pour atteindre leurs objectifs[271].

Le législateur français a par ailleurs déjà montré sa capacité à réguler cette liberté d'installation de façon coercitive, afin de pallier les disparités dans l'offre de soins pour les professions d'infirmier, de sage-femme ou encore de masseur-kinésithérapeute[272]. En outre, l'exemple français de l'encadrement du nombre d'officines de pharmacies est parlant. Historiquement et à la demande des pharmaciens eux-mêmes[273], l'idée d'une meilleure répartition territoriale des officines a perduré depuis[274] pour mener à un durcissement des règles d'implantation des

---

[266] C'est une liberté fondamentale, CSS art. L. 162-2 ; Civ. 1re, 22 nov. 1983, Bull. civ. I, n° 277, p. 248.

[267] Au moins seize propositions de loi ont tenté d'instaurer des mesures coercitives à cette installation en dix ans : C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, p. 271.

[268] Art. L. 1411-1-7° CSP depuis loi 2004.

[269] G. ROUSSET, « "Déserts médicaux", accès aux soins et liberté d'installation : le territoire au cœur des préoccupations de santé », Actes du 3e colloque international du CIST, *En quête de territoire(s)* ?, 2016, p. 415-420 ; Pour aller plus loin *V.* C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022.

[270] F. JORNET, « Le droit applicable à l'installation des professionnels de santé libéraux sur un territoire », *RDSS*, Hors-série, 2009, p. 108.

[271] F. JORNET, « Le droit applicable à l'installation des professionnels de santé libéraux sur un territoire », *RDSS*, Hors-série, 2009, p. 108.

[272] Pour aller plus loin, *V.* C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, n°378 et suivants.

[273] Les pharmaciens ont demandé des mesures de restrictions de la concurrence estimée « préjudiciables à la moralité des professions », ce qui a mené à la Loi du 11 septembre 1941 relative à l'exercice de la pharmacie, *JO*, 20 septembre 1941, p. 4018.

[274] V. sur l'historique de la législation, H. VAN DEN BRINK, « La répartition des officines de pharmacie, quelle évolution ? », *RGDM*, n°20, 2006, p. 311-326.

officines[275] afin de mener à une réponse « *optimale au regard des besoins de la population résidente* »[276]. Le résultat est sans appel : aucun désert pharmaceutique n'existe en France. Il faut toutefois noter que l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) a relevé sur la question des professionnels étrangers que « *la règlementation relative à l'installation d'une officine peut constituer l'un des motifs de cette faiblesse des flux entrants* »[277]. Dès lors, la liberté reposant sur une rémunération indirecte de la collectivité à travers l'Assurance Maladie[278] devrait pouvoir être suivie de certaines obligations. La conciliation de l'État-providence et du caractère libéral de la profession médicale exige de résoudre les contradictions entre notre ordre politique fondé sur l'égalité juridique et politique des citoyens, et la réalité sociale qui repose sur les inégalités socio-économiques[279]. Pourtant, à ce jour, *« toute tentative des pouvoirs publics pour contrôler l'activité médicale semble devoir se heurter à l'influence décisive que continuent d'exercer en France les principes de la médecine libérale* »[280].

46. Remise en cause du modèle libéral. L'avenir de la médecine libérale fait l'objet de multiples interrogations, car pour une partie de la doctrine, la lutte contre les inégalités de santé implique un questionnement du modèle de santé français, et plus spécifiquement une remise en cause du modèle libéral[281]. La sociologue Anne-Chantal HARDY s'interroge : *« quelle cohérence possible entre le principe de liberté structurant la médecine libérale et le principe d'égalité auquel se réfère les politiques de santé publique ?* »[282] ; de même, certaines réflexions plus récentes interpellent : « *cette dérive inégalitaire se nourrit de l'identité libérale de la médecine et de la revendication de la liberté tarifaire et de la liberté d'installation* »[283].

---

[275] Les pharmaciens d'officine ne peuvent s'installer et ouvrir une officine que s'ils bénéficient d'une licence, document formalisation l'autorisation accordée par le directeur de l'ARS ; CSP, art. L.5125-3.
[276] CSP, art. L.5125-3.
[277] J. GIRAUD et *al., Les mobilités internationales des professionnels de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens*, ONDPS, août 2016, p. 116.
[278] Le remboursement par la sécurité sociale du prix de la consultation revient à une sorte de rémunération indirecte du médecin.
[279] D. SCHNAPPER, La communauté des citoyens, Gallimard, 1994, p. 154.
[280] B. FEUILLET, L'accès aux soins, entre promesse et réalité, RDSS, 2008, p. 713 ; *V.* ég. C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022.
[281] V. not., D. TABUTEAU, « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », *Dr. soc*., 2009, p. 383 ; M. CHASSANG, « Brèves réflexions sur l'avenir de la médecine libérale », *RDSS*, Hors-série, 2011, p. 7 ; T. GRANIER, « L'avenir de la médecine libérale à la lumière de l'évolution des structures sociétales accueillant l'activité », *RDSS*, Hors-série, 2011, p. 21 ; D. SCHNAPPER, *La communauté des citoyens*, Gallimard, 1994, p. 154. ; B. FEUILLET, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008, p. 713.
[282] A.-C. HARDY, « La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté », RDSS, n°4, 2013, p. 631.
[283] P. BATIFOULIER Philippe, N. DA SILVA, J.-P. DOMIN, *Économie de la santé*, Paris, Armand Colin, 2018, p. 179.

Cependant, d'autres estiment que « *le caractère libéral de la médecine française n'est en rien un obstacle à l'évolution positive de notre système de santé* »[284], et les mesures prises pour la réguler pourraient même aggraver le constat existant[285], ce qui mène à envisager une autre forme de réponse car « *la régulation de l'offre de soins gagnerait davantage à accompagner les mutations des modèles d'exercice et d'installation des professionnels de santé qu'à les contrarier* »[286].

Section II : Une divergence de régimes

47. Si le contentieux relatif au droit d'accès aux soins est catégoriel en ce qu'il ne concerne que certaines catégories de personnes vulnérables, parmi lesquelles figurent les détenus, c'est bien parce que les États parties, et donc la France, ne respectent pas leurs obligations relatives à l'accès aux soins pour ces personnes. Une analyse structurelle de la privation de liberté en France permet de pointer les disparités entre la réalité de la détention et les obligations qui incombent à l'État, qu'elles soient constitutionnelles ou supranationales. L'accès aux soins des personnes privées de liberté se heurte à l'organisation des services de santé sur le plan national comme local, laissant apparaître un décalage entre les principes et la réalité de l'accès aux soins, si bien qu'on constate une inégale accessibilité géographique au système de soins (**§ I**). Malgré les tentatives de rééquilibrage par le dispositif juridique, le constat est clair : la liberté d'installation ne peut s'appliquer en milieu carcéral, ce qui a une incidence logique sur le droit des patients dans le choix de leur professionnel (**§ II**).

§ I – L'inégal accès au système de soins pour les détenus

48. La répartition territoriale des établissements de santé laisse apparaître une inégalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, qui entraîne des conséquences directes sur les établissements privatifs de libertés (**A**). En la combinant à la répartition territoriale des établissements pénitentiaire, on constate que les prisons constituent des déserts médicaux à part entière (**B**).

---

[284] N. NABET, « La médecine libérale : mythe ou réalité juridique ? », *RDSS*, Hors-série, 2011, p. 15.

[285] A.-C. HARDY met en avant le fait que les différentes mesures visant à une « meilleure » répartition des médecins sur le territoire en fonction des spécialités aboutissent, *de facto*, à une augmentation du nombre de spécialistes et à une diminution des généralistes, la réalisation des mesures aggraverait alors l'injustice qu'elles sont censées combattre, *V.* A.-C. HARDY « La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté », *art. cit.*

[286] C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022, p. 28.

A. L'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire

49. Souvent résumée aux termes de « désert médical », la question de la répartition de l'offre de soins sur le territoire est prioritaire dans les politiques de santé menées ces trente dernières années[287]. Prioritaire d'abord car le constat est alarmant[288] et contrevient au droit à la protection de la santé protégé par le Préambule de la Constitution de 1946 ; et prioritaire ensuite car les solutions envisagées successivement n'ont que très peu d'effet sur la difficile réalité du manque de professionnels de santé dans certaines zones du territoire français.

50. Définition et constat de l'inégale répartition sur le territoire. L'expression « désert médical » désigne un accès difficile aux soins selon le lieu de résidence. Souvent utilisée pour désigner uniquement les médecins, il faut considérer cet accès aux soins au sens large, comme un accès à une présence de professionnels de santé de toute nature. Néanmoins, dans la mesure où les médecins généralistes et spécialistes de premier recours disposent du pouvoir de prescription le plus large, leur présence conditionne l'installation d'autres professionnels, comme les infirmiers ou kinésithérapeutes. Leur absence revient alors à dégrader le parcours de soins dans son intégralité[289]. C'est pourquoi, à la notion de « désert médical », peut – et doit – être substituée l'expression de zone « sous-dense », ou « sous-dotée » ou encore « déficitaire en offre de soins », afin que la problématique ne se limite pas à la pénurie de professionnels médicaux. Cette acception plus large concerne alors le déficit d'offre de soins par rapport aux besoins de santé[290]. La définition des zones déficitaires en offre de soins réside ainsi sur « *la difficulté d'accès aux soins au regard d'un standard de système de santé* »[291].

---

[287] F. BIZARD, « Les déserts médicaux, ou 30 ans d'échec des politiques publiques », *Huffingtonpost*, 26 octobre 2016. Disponible sur : https://www.huffingtonpost.fr/ (consulté le 08 oct. 2024) ; *V.* ég. G. JOHANET, « L'échec de la régulation », *in* P.-L. BRAS, G. DE POUVOURVILLE, D. TABUTEAU (dir.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po, 2009, p. 275-283.

[288] Une demande de santé en hausse, (maladies chroniques, augmentation et vieillissement de la population, mouvement d'urbanisation), et parallèlement une offre de soins en baisse (nombre de médecins, disparités territoriales, *numerus clausus*) ; Une officine sur dix est située dans une commune avec un seul prescripteur, *Le moniteur des pharmacies*, n° 2977, 30 mars 2013, p. 20. ; pour aller plus loin, *V.* not. N. VERGIER, H. CHAPUT, I. LEFEVRE-HOANG, *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?*, DREES, mai 2017, n°17, p. 45.

[289] O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS. « 1. Qu'est-ce qu'un désert médical géographique ? », *Les déserts médicaux en question(s)*, O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS (dir.), Presses de l'EHESP, 2021, pp. 7-23.

[290] V. sur l'apparition de la notion, P. CARLIOZ, « La fausse notion de "désert médical"... Mais il existe une solution innovante contribuant à la résolution de la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins », *RGDM*, n°58, 2016, p. 61-76.

[291] D. DUVAL-ARNOULD, *Droit de la santé. Prise en charge des patients et réparation des dommages liés aux soins*, Paris, Dalloz, coll. « Référence », 2019.

51. Concernant maintenant la réalité à laquelle renvoie ces différentes expressions, les chiffres sont éloquents, particulièrement au sein de l'opposition classique entre la population urbaine et la France rurale. Les habitants des zones rurales consommeraient 20% de soins hospitaliers de moins que ceux des villes, ce qui creuserait de deux ans la différence entre l'espérance de vie des habitants des villes et celle des habitants des campagnes[292]. La même dynamique délétère entoure également les spécialistes[293]. De plus, lorsque l'on met cela en perspective avec l'âge vieillissant des professionnels libéraux en exercice, le constat est préoccupant[294].

52. Les conséquences d'un manque de professionnels. L'absence ou le nombre de professionnels de santé au sens large entraîne inévitablement plusieurs conséquences autres que de simples statistiques. D'une part, l'absence peut entraîner des conséquences directes pour les patients comme l'allongement des délais de rendez-vous ou l'impossibilité de s'inscrire auprès d'un nouveau médecin traitant par exemple. Près d'un médecin sur deux refuse aujourd'hui en France de prendre de nouveaux patients[295], alors qu'un français sur dix n'a pas de médecin traitant[296]. D'autre part, le manque de professionnels pouvant accueillir des personnes en consultation expose également le système de santé à des conséquences que l'on peut qualifier d'indirectes. On peut cette fois-ci mentionner l'augmentation du nombre de passages aux urgences. Le temps médical du service est amputé par les patients qui se présentent aux urgences car ils n'ont pu obtenir de consultation en médecine de ville[297].

53. Une évaluation complexe et un indicateur. La définition d'un désert médical repose sur la difficulté d'accès aux soins dans un lieu déterminé, au regard « *d'un standard de système*

---

[292] « *Sur 3 827 cantons, 3 062 (soit 80 %) ont vu baisser leur densité médicale entre 2010 et 2017. Et dans 1 108 essentiellement ruraux (soit 30 %), elle a baissé de plus d'un tiers* » J.-M. PASTOR, « Déserts médicaux, une situation dramatique en milieu rural », *AJDA* 2021, p. 1891.

[293] Selon une étude sur la pénurie de médecins spécialistes libéraux en Île-de-France réalisée par l'URPS Médecins libéraux en 2019 : en 8 ans, les spécialités les plus touchées sont : la psychiatrie avec une diminution de 30% des effectifs libéraux franciliens ; la gynécologie (- 29 %) ; la dermatologie (- 25 %) ; l'ORL (- 21%) ; la rhumatologie (- 21 %). Étude disponible sur : https://www.urps-med-idf.org/penurie-de-medecins-specialistes-liberaux-en-ile-de-france/ ; (consulté le 08 oct. 2024).

[294] Près de 50% des médecins libéraux franciliens ont plus de 60 ans (et 30% plus de 65 ans), ce qui laisse présager à court terme de nombreux départs à la retraite et par conséquent une baisse sensible du nombre de professionnels sur ce territoire.

[295] *V.* UFC-Que Choisir, « Enquête auprès des médecins généralistes », 21 novembre 2019, www.quechoisir.org.

[296] B. ROJOUAN, Rapport d'information au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable (1) par la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale (2), sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins », Rapp. Sénat n°589, 29 mars 2022, p. 22.

[297] Ce cycle pernicieux est désormais installé au sein du système de santé, moins de professionnels disponibles en ville menant à plus de patients se présentant à l'hôpital, et donc des professionnels moins disponibles à l'hôpital.

de santé »[298]. Pour objectiver cette notion et afin d'en prendre la pleine conscience, des critères permettant d'évaluer si le territoire concerné peut être défini de zone déficitaire en offre de soins ont dû être déterminés. La proximité spatiale est un indicateur limité pour parler d'accessibilité aux professionnels de santé. En démontre le fait qu'en France, la quasi-totalité de la population réside dans une commune située à moins de dix minutes en voiture d'un médecin généraliste[299]. De plus, la proximité n'est pas le seul critère choisi par les patients lorsqu'ils font appel à un médecin[300]. La « *densité médicale* »[301] correspond au nombre de médecins pour 100 000 habitants. Cette méthode utilisée initialement plaçait la France dans la moyenne des pays de l'OCDE avec une densité de 318 médecins pour 100 000 habitants[302] et ne reflétait alors pas assez précisément les difficultés ressenties par une partie de la population. C'est ainsi que la DREES a mis au point en 2012 l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL), prenant en compte le nombre de consultations par an et par habitant afin de déterminer l'accessibilité de la population cible aux professionnels médicaux. À la distinction d'un calcul de la densité médicale, cet indicateur prend en compte à la fois la proximité, c'est-à-dire la distance entre la demande et l'offre de soins, et à la fois la disponibilité de cette offre de soins, donc des professionnels de santé[303]. Cependant, la densité de professionnels présents sur les différentes plateformes, leur disponibilité et l'accessibilité à ces outils sont des critères déterminants pour envisager une augmentation de l'accessibilité au système de e-santé. Dès lors, on peut envisager soit la création d'un nouvel indicateur d'accessibilité potentielle sans notion de localisation, soit à l'inverse, cette notion de localisation doit être maintenue car en fonction du lieu de résidence, des disparités subsistent pour l'accessibilité technologique[304].

---

[298] O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS (dir.), « 1. Qu'est-ce qu'un désert médical géographique ? », *Les déserts médicaux en question(s)*, Presses de l'EHESP, 2021, pp. 7-23.

[299] Ce taux atteint 98%, pour aller plus loin, *V.* N. VERGIER, H. CHAPUT, I. LEFEVRE-HOANG, *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?*, DREES, Les dossiers de la DREES, n°17, mai 2017, p. 20.

[300] Ainsi seul un tiers des patients des communes ayant une accessibilité faible aux médecins généralistes libéraux consultent le médecin le plus proche ; *V.* N. VERGIER, H. CHAPUT, I. LEFEVRE-HOANG, *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?*, *op. cit.* p. 15.

[301] C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022, p. 23.

[302] M. ANGUIS et *al., Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques*, DREES, Les dossiers de la DREES, n°76, mars 2021.

[303] BARLET Muriel et *al., L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux*, DREES, Études & Résultats, n°795, mars 2012 ; Pour aller plus loin voir C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022, p. 24

[304] Cf. *infra* n° 108 et s.

En toute hypothèse, l'APL est un indicateur « *d'adéquation territoriale* »[305] entre l'offre et la demande de soins. Même si les chiffres de la DREES peuvent être à relativiser de façon globale[306], l'indicateur est le plus précis à ce jour et renvoie une image assez proche de la réalité pour que l'APL serve de base de réflexion et ces chiffres permettent en tous les cas d'effectuer une comparaison entre les territoires[307]. De surcroît ce constat négatif a tendance à s'accentuer[308]. Cela s'explique par l'effet cumulatif d'une baisse du nombre total de consultations proposées par les médecins et de besoins de soins croissants[309].

B. L'inégale répartition des établissements pénitentiaires sur le territoire

54. Selon Charlène COLLET, « *la répartition déséquilibrée des professions médicales en France a fait naître des inégalités territoriales d'accès aux soins, lesquelles s'accroissent par manque d'attractivité des territoires déjà déficitaires. Les disparités de l'offre de soins médicaux se font aujourd'hui principalement au détriment des zones rurales ou reculées ainsi que des banlieues et périphéries des grandes agglomérations*. »[310].

55. Des déserts médicaux dans des déserts médicaux. L'administration pénitentiaire assure « *un hébergement, un accès à l'hygiène, une alimentation et une cohabitation propices à la prévention des affections physiologiques ou psychologiques* »[311]. Dès lors, la localisation des prisons aura nécessairement une incidence sur la prise en charge sanitaire des personnes hébergées en leur sein. Lorsque l'on prend l'exemple de l'Île-de-France, « *premier désert*

---

[305] DREES, *Accessibilité aux soins de premier recours : dégradation de la situation pour les médecins généralistes, amélioration pour les sages-femmes, les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes*, Jeux de données, 1er décembre 2022, disponible en ligne sur https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees-communique-de-presse/accessibilite-aux-soins-de-premier-recours-degradation-de-la (consulté le 08 oct. 2024).

[306] P. MOUILLER, P. SCHILLINGER, *Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action*, Rapport d'information fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation, relatif aux initiatives des territoires en matière d'accès aux soins, Sénat, 14 octobre 2021 : « *Ces chiffres sont toutefois à relativiser dans la mesure où le choix des paliers contient une part d'arbitraire. Par exemple, en prenant un seuil à 3 consultations au lieu de 2,5, la DREES considérait que 18,4% de la population habitait dans une commune qualifiée de sous-dense en 2015, contre 8 % si on retient le seuil de 2,5*. »

[307] DREES, *Études & Résultats*, n° 1144, février 2020.

[308] L'accessibilité géographique aux médecins généralistes a baissé de 3,3 % entre 2015 et 2018, et les Français ont accès en moyenne à 3,93 en 2018 consultations par an et par habitant, contre 4,06 consultations en 2015 ; B. LEGENDRE, *En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population*, DREES, Études & Résultats, n°1144, février 2020, en ligne sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-2018-les-territoires-sous-dotes-en-medecins-generalistes (consulté le 30 septembre 2024).

[309] B. LEGENDRE, En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population, DREES, Études & Résultats, n°1144, février 2020.

[310] C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022, p. 24

[311] Article L320-1 code pénitentiaire

médical de France »[312] qui parallèlement est la région qui accueille le plus de détenus[313], il est impossible de ne pas constater une convergence des difficultés d'accès aux soins pour les détenus. Or, il faut prendre la mesure de la similitude entre cette répartition des professionnels de santé et la répartition des établissements pénitentiaires en France. Au départ, fondée sur une logique de proximité où l'on incarcérait les personnes le plus près possible des tribunaux, la stratégie des pouvoirs publics s'est développée au fil des programmes et autres plans de construction pénitentiaire. C'est désormais une logique de mise à distance qui prime lors des discussions relatives à l'édification de nouvelles places de prison[314]. En effet, le « programme 13 200 » en 2002, puis le « programme 15 000 »[315] en 2022 organisent la fermeture des établissements carcéraux vétustes localisés dans les centres urbains[316] au profit d'une implantation en périphérie urbaine[317].

Si selon l'administration pénitentiaire, cela est dû à la raréfaction du foncier utile en zone urbaine[318] ainsi qu'aux démarches d'acquisition entravées par des contraintes « *de faisabilité technique et environnementale* »[319], le choix de ces zones excentrées permet également de gagner en taille des établissements[320]. Néanmoins, de manière générale, il est fait le choix

---

[312] O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS, « Qu'est-ce qu'un désert médical géographique ? », *op. cit.*

[313] L'Île-de-France compte de loin le plus grand nombre de détenus. Ils sont 13 381 pour 10 040 places opérationnelles, la densité carcérale avoisinant donc les 133 %, *V.* DAP, *Statistique des établissements et des personnes écrouées en France*, 2023.

[314] O. MILHAUD, *Séparer et punir, Une géographie des prisons françaises*, CNRS Éditions, 2017, p. 33-37.

[315] Près de 2 000 places nettes ont déjà été mises en service et 120 de plus le seront avec l'ouverture du centre pénitentiaire de Lutterbach (520 places ouvertes, parallèlement à la fermeture des maisons d'arrêt de Colmar, puis de Mulhouse), 5 premières opérations sont engagées en 2020 (Tremblay-en-France, Saint-Laurent du Maroni, Entraigues, Muret et Rivesaltes), pour un total de 2 750 places ; les 5 300 places seront engagées en 2021 et 2022 sur des sites déjà identifiés.

[316] Les prisons Saint-Paul et Saint-Joseph de Lyon sont devenues le CP de Lyon-Corbas, la maison d'arrêt Charles III de Nancy est devenue le centre pénitentiaire Nancy-Maxéville etc.

[317] Ce qui a déjà été fait,au 20 octobre 2023, sur les 50 opérations du programme 15 000 : 19 établissements ont déjà été livrés (soit 4 103 places nettes, une fois prises en compte des fermetures d'établissements le cas échéant) dont 3 en 2022 (CD Koné, SAS Caen, SAS Montpellier : total : 360 places nettes) et 8 en 2023 (SAS Valence, SAS Avignon, SAS le Mans-Coulaines, SAS Osny, SAS Meaux, CP Caen-Ifs, CP Troyes-Lavau, CD Fleury-Mérogis : total: 1 662 places nettes) ; 9 établissements sont actuellement en travaux, (SAS Noisy-le-Grand, SAS Toulon, SAS Colmar, DAC Nîmes, SAS Ducos, CP Baumettes 3, CP Bordeaux-Gradignan, DAC Baie-Mahault, DAC Basse-Terre, pour un total de 2 051 places nettes). https://www.info.gouv.fr/politiques-prioritaires/renforcer-l-ordre-republicain-et-encourager-l-engagement/poursuivre-le-plan-de-creation-de-15-000-places-nouvelles-en-prison ; https://www.apij.justice.fr/nos-actualites/programme-penitentiaire-15-000-places/ 5 premières opérations sont engagées en 2020 (Tremblay-en-France, Saint-Laurent du Maroni, Entraigues, Muret et Rivesaltes), pour un total de 2 750 places ; les 5 300 places seront engagées en 2021 et 2022 sur des sites déjà identifiés.

[318] J.-J. URVOAS, *En finir avec la surpopulation carcérale*, Rapport au Parlement sur l'encellulement individuel, 20 septembre 2016.

[319] P. HETZEL Rapport d'information, *La planification de la construction des prisons : une inexorable procrastination*, n°1283, 25 mai 2023.

[320] G. SALLE. « De la prison dans la ville à la prison-ville. Métamorphoses et contradictions d'une assimilation », *Politix*, vol. 97, no. 1, 2012, pp. 75-98 ; C. BARCELLINI, O. MILHAUD, *La France des prisons, une France des marges ?* Compte rendu Café Géographique de Saint-Brieuc 24 novembre 2016, en ligne sur : https://cafe-geo.net/la-france-des-prisons-une-france-des-marges/ (consulté le 30 septembre 2024).

d'implanter ces établissements proches de pôles urbains, pour des raisons pragmatiques d'accès simplifié par rapport aux territoires ruraux profonds[321]. Cette implantation se fait donc presque systématiquement dans des communes de petites tailles, concernées par le manque de professionnels médicaux. Le résultat de ce déplacement, de cette relégation spatiale, est dénoncé comme une « *marginalisation* » ou une *« expulsion »* du corps social[322]. Formé par l'invisibilisation créée à l'aide d'une « *distance symbolique* »[323] du reste de la population, cet éloignement marque la création d'un véritable « *territoire carcéral* »[324], lieu d'exécution d'une peine géographique[325]. Si les auteurs s'interrogent sur les difficultés engendrées par un tel placement géographique pour la réinsertion des détenus, ou encore sur les retombées économiques pour les communes concernées, qu'en est-il pour la prise en charge sanitaire des personnes détenues ? Les établissements pénitentiaires sont par nature des zones sous-dotées en offre de soins, car placés en dehors des grands foyers de peuplement, avec une patientèle difficile et très peu de professionnels intéressés pour y exercer. Ce sont des lieux particuliers, principalement par leur fonction mais également par la situation sanitaire qui y règne. L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) dénonçait, en 2015, une offre de soins très disparate et encore insuffisante[326]. Le manque de professionnels de santé[327] s'explique par la faible attractivité de l'exercice en prison et notamment l'éloignement géographique de certains établissements. Aujourd'hui, les consultations de spécialistes sont en grande majorité réalisées en milieu hospitalier[328], le recours aux spécialistes libéraux est totalement exceptionnel, alors que le recours au libéral était bien

[321] Il faut ne pas être trop loin du tribunal ou de l'hôpital, pas trop loin des forces de l'ordre en cas d'émeute, et donc pas trop loin des villes qui garantissent en outre vie sociale, possibilités d'emploi pour les familles de surveillants ainsi que la présence d'associations aidant les détenus et l'accessibilité pour leur famille. C. BARCELLINI, O. MILHAUD, *La France des prisons, une France des marges ?*, Compte rendu Café Géographique de Saint-Brieuc 24 novembre 2016.

[322] A.-M. MARCHETTI, P. COMBESSIE, parlent des hors-la-loi mis *« hors-la-ville », in* A.-M. MARCHETTI, P. COMBESSIE (dir.), *La prison dans la cité*, 1996, p. 85.

[323] I. LEROUX, É. RIGAMONTI, « Les nouvelles prisons françaises, objets de développement économique local ? Socio-économie des impacts sur la commune d'accueil et nouveaux enjeux de territorialité », *Criminocorpus*, 15 | 2020 disponible en ligne (consulté le 08 oct. 2024).

[324] I. LEROUX, É. RIGAMONTI, « Les nouvelles prisons françaises, objets de développement économique local ? Socio-économie des impacts sur la commune d'accueil et nouveaux enjeux de territorialité », *Criminocorpus*, 15 | 2020 disponible en ligne (consulté le 08 oct. 2024).

[325] C. BARCELLINI, O. MILHAUD, La France des prisons, une France des marges ? Compte rendu Café Géographique de Saint-Brieuc 24 novembre 2016.

[326] IGAS-IGSJ, Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, novembre 2015, pour aller plus loin cf. *infra* n° 125 et s.

[327] À titre d'exemples, le rapport nous indique que 22 % des postes de spécialistes et 15,5 % des postes de psychiatres budgétés n'étaient pas pourvus. Seules douze unités sanitaires (USMP) indiquaient alors couvrir à 100 % leurs postes de kinésithérapeutes.

[328] Sur les trois mois d'enquête, 9 267 des consultations de spécialistes (non psychiatres) hors UCSA ont eu lieu en milieu hospitalier, soit 95%, Haut comité de la santé publique, La santé en prison, *adsp* n° 44, septembre 2003, p. 34.

plus courant autrefois[329]. Cela est en partie dû au fait que lorsqu'il est fait appel au libéral pour une problématique médicale, les refus de se déplacer sont fréquents[330]. L'offre de soins varie considérablement d'une région à une autre. Cela mène à de fortes disparités entre les territoires. La diversité des prisons entraîne autant de diversité des situations vécues par les détenus. Or, cette variété de situations n'est pas souhaitable lorsque l'on souhaite faire régner une égalité d'accès aux soins pour tous les usagers du service public pénitentiaire.

56. La télésanté, ou l'oasis au sein des déserts. Définie comme une zone fertile dans une étendue de terrains arides[331], une oasis doit être considérée ici comme ce qui permettrait de fertiliser un accès aux soins dans des territoires particulièrement soumis aux intempéries médicales. En supprimant toute notion de proximité, la télésanté peut soulager les professionnels de santé exerçant en unité sanitaire ainsi que les personnels de l'administration pénitentiaire, en apportant aux personnes détenues les soins qu'ils sont en droit de recevoir. Si la décision de revenir sur le principe de liberté d'installation des médecins ne semble pas être d'actualité[332], la télésanté peut apporter une solution alternative en permettant l'entrée dans le parcours de soins[333]. Cette solution providentielle que représente la e-santé, et surtout la télémédecine, a été identifiée par les pouvoirs publics dès 2012. La santé des personnes détenues avait en effet été identifiée par le ministère de la santé comme l'un des cinq chantiers prioritaires de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine[334] et fait régulièrement l'objet de recommandations par le contrôleur général des lieux de privation de liberté[335]. Une crainte toutefois tient à ce que l'absence de contact et d'accès à la technologie pourrait engendrer la naissance de « e-déserts »[336]. À titre d'exemple, les dispositifs de recours à la

[329] « En 1997, 44 % des établissements, correspondant à 52 % de la population pénale, avaient recours au système hospitalier ; les autres faisaient appel au système libéral. Rapportée à la population pénale, le nombre de consultations au titre de la permanence des soins était de 8 pour 100 détenus, en moyenne nationale sur trois mois », Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des services judiciaires. *L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation*. Paris, Inspection générale des affaires sociales, 2001, p. 196.
[330] IGAS IGSJ, *Evaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice*, nov. 2015, p. 51
[331] Larousse Dictionnaire, (s. d.) *V.* « Oasis », en ligne (consulté le 02 octobre 2024)
[332] Pour une analyse approfondie des solutions employées et souhaitées, *V.* C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022.
[333] On pense ici à la « téléprescription » ou « prescription électronique », *V.* CSP, art. L. 4071-1 ; pour aller plus loin *V.* J. PEIGNÉ « Prescription électronique : les conditions de mise en œuvre et d'entrée en vigueur précisées », *Dalloz Actualité*, 30 janv. 2024 ; M. BOUTEILLE-BRIGANT, « La prescription électronique est sur le pas de tir ! », *RDS*, n° 118, mars 2024, p. 248 ; L. FILIPPI, « La prescription électronique », *BJPH*, n°269, juin 2024, p. 14.
[334] DGOS, Plan national de déploiement de la télémédecine, mars 2012.
[335] CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, 16 juin 2015 ; CGLPL, Rapport d'activité 2020, p. 79, 272 et 328.
[336] Cf. *infra* n° 96.

télémédecine font disparaître *a priori* le critère de proximité de l'indicateur APL, mais le critère de disponibilité demeure primordial[337].

57. L'Outre-mer, un désert particulier. Comment ne pas penser aux établissements pénitentiaires d'outre-mer, qui présentent structurellement des contraintes liées à l'insularité[338] auxquelles s'ajoutent celles de la détention. Ils sont particulièrement concernés puisque le taux de vacance statutaire des postes de praticiens hospitaliers atteint 37,7% dans les départements et collectivités d'outre-mer, pour 27% en Métropole[339]. De façon générale, avec aujourd'hui une densité médicale de 258 médecins pour 100 000 habitants, les DROM ont 20 % de médecins de moins pour 100 000 habitants qu'en métropole[340]. Enfin, ces territoires particuliers n'ont pas échappé à la dynamique de déplacement des établissements pénitentiaires à l'extérieur des villes[341]. Les prisons d'outre-mer sont donc des îlots où cloisonnement pénitentiaire et isolation géographique se conjuguent pour former un désert au sein même d'un désert médical. Malgré certaines mesures prises pendant la décennie précédente[342], le bilan des récentes politiques de santé dans les Outre-mer demeure mitigé concernant le recours à la télémédecine. Pourtant, déjà en 2009, juste avant l'adoption de la loi du 21 juillet 2009[343] instaurant un chapitre VI sur la télémédecine dans le code de la santé publique, il était préconisé le recours aux nouvelles technologies de l'information et de la communication dans les DOM, « *en vue de fédérer les*

---

[337] *V.* C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022, p. 24.

[338] Ce sont des territoires caractérisés par leur étendue ou de l'isolement, comme en Polynésie française avec ses 138 îles, en Nouvelle-Calédonie, à Wallis-et-Futuna et à Saint-Pierre-et-Miquelon, *V.* O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS, *Les déserts médicaux en question(s)*, Presses de l'EHESP, 2021.

[339] Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG), Rapport d'activité, 2017.

[340] S. CASTAIGNE, Y. LASNIER, *Les déserts médicaux*, Rapport du Conseil économique, social et environnemental, décembre 2017, p. 12-13 : Le territoire ultra-marin français connaît des difficultés identiques au territoire métropolitain en termes d'inégalités. Il existe une exception, l'île de la réunion, qui est aussi bien pourvue voire mieux que l'Hexagone en médecins généralistes. Cependant elle souffre comme tous les autres DOM d'un manque de spécialistes. C'est une exception, car la densité de médecins généralistes libéraux, pour les autres départements d'outre-mer, la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane, est très inférieure à la moyenne nationale selon les précisions de la Direction générale des outre-mer (DGOM). Elle est d'autant plus préoccupante pour Mayotte qui « est le plus grand désert médical français avec une densité de 7 médecins libéraux pour 100 000 habitants, ce qui est 20 fois plus faible que dans l'Hexagone »

[341] En Nouvelle Calédonie, le CP historique est à Nouméa alors que le nouveau CD est implanté sur l'île de Koné ; de même en Polynésie Française qui compte le CP historique Faa'a Nuutania, non loin de Papeete, et un nouveau CD Tatutu à Papeari, à l'autre bout de l'île.

[342] Les mesures du « Pacte Territoire Santé » mises en place dès 2012 comportaient un volet relatif à l'accès aux soins dans les départements et régions d'outre-mer ; la Stratégie nationale de santé, présentée en 2016, prévoyait des mesures supplémentaires pour favoriser l'accès aux soins.

[343] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1), JORF n°0167 du 22 juillet 2009.

compétences et d'abolir les distances »[344]. Un second rapport sénatorial a de nouveau recommandé, plus récemment, de « *faire des outre-mer des régions pilotes en matière de développement de la télémédecine* »[345].

Les établissements pénitentiaires peuvent par conséquent devenir des lieux de prédilection, à la fois pour investir dans de tels dispositifs et pour analyser les conséquences de leur utilisation. Ainsi, la mise en place dans ces territoires de dispositifs de télémédecine doit donner lieu à un constat des outils et procédures, que ce soit sur le plan technique, médical, mais également en termes d'acceptation par les personnes détenues et de la part des professionnels.

§ II – Des établissements privatifs de liberté d'accès aux soins

58. L'organisation de la prise en charge sanitaire dans les établissements pénitentiaires nécessite la cohabitation de deux systèmes dont le fondement est ambivalent, l'un étant chargé de prendre soin du détenu quand l'autre a pour mission d'assurer l'expiation d'une peine. Ces limites inhérentes à leur construction respective interroge quant à la liberté de choix des personnes détenues (**A**) et appellent à une nouvelle planification de l'offre de soins en milieu carcéral dans laquelle la télémédecine pourrait trouver sa place (**B**).

A. Une restriction organisationnelle de la liberté de choix en milieu pénitentiaire

59. Une liberté restreinte en milieu carcéral. En sus de l'accessibilité géographique et financière, la planification de l'offre de soins doit prendre en compte l'accessibilité organisationnelle dans les établissements privatifs de liberté. Jusqu'alors entre les mains du ministère de la justice, depuis la loi du 18 janvier 1994 modifiant le code de la santé publique et le code de sécurité sociale, la prise en charge sanitaire des personnes détenues a été confiée au ministère de la Santé pour mettre fin à une médecine anachronique. Cette loi du 18 janvier 1994[346] codifiée aujourd'hui à l'article L.6111-1-2 du code de la santé publique[347], confère aux établissements de santé la mission de « *dispenser des soins […] aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier* [et] *aux personnes retenues dans les*

[344] *Les DOM, défi pour la République, chance pour la France, 100 propositions pour fonder l'avenir*, Rapport d'information M. E. DOLIGE, n° 519 (2008-2009), tome I, déposé le 7 juillet 2009

[345] Rapport au nom de la commission des affaires sociales sur la mission d'information à la Réunion afin d'y étudier la situation sanitaire, Sénat, n°0738, 2016, spéc. p. 48.

[346] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, modifiée par loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 1 (V) et par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

[347] Modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 puis par Ordonnance n°2020-1733 du 16 décembre 2020.

centres socio-médico-judiciaires de sûreté ». L'organisation de la prise en charge se fait depuis par un couplage de chaque établissement pénitentiaire à un établissement sanitaire de rattachement[348]. Les conditions de cette prise en charge sont précisées réglementairement et en particulier l'obligation pour le directeur de l'ARS de désigner pour chaque établissement pénitentiaire de la région *« l'établissement public de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins définis à l'article L. 6111-1*[349] »[350].

60. Un seul établissement. À la lecture de ce texte, il est impossible de ne pas constater une divergence avec les droits et libertés des patients affirmés par la loi. En effet, le pronom personnel singulier « l' » nous informe que le directeur de l'ARS désigne un seul établissement. Par conséquent, le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé protégé par l'article L. 1110-8 CSP est nécessairement restreint.

61. Un établissement de proximité. Ensuite, il est précisé que cet établissement est situé à proximité. Là encore, cela borne le droit au libre choix et entraîne une distinction entre les personnes détenues. La prise en charge va varier drastiquement en fonction de l'établissement de soins proche de l'établissement pénitentiaire. Ainsi, lorsque l'établissement de rattachement est peu doté en spécialités, le détenu qui n'y a pas accès facilement subit deux fois plus ce manque de spécialistes. Et quand bien même la loi de 1994 prévoit un accès aux soins similaires à la population libre et non pas un accès aux soins similaires pour tous les détenus, les insuffisances pesant sur le système en milieu libre vont bien peser sur la personne détenue, qui n'aura de surcroît pas le choix de s'installer ou non dans une zone bien dotée en spécialistes. Et ce d'autant plus lorsque l'on a connaissance de l'état actuel de la répartition des établissements de soins sur le territoire national.

62. Un établissement public. En outre, l'établissement désigné est public, ce qui s'inscrit en rupture avec le modèle libéral de notre système de santé, qui prévoit que les soins peuvent être dispensés par les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif ou privés[351], et ce en complémentarité avec l'offre libérale présente sur le territoire[352]. Or ce n'est pas du tout le cas

[348] Code pénitentiaire, art. R.115-1.
[349] Ainsi que de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées en milieu pénitentiaire.
[350] CSP, art. R.6111-27.
[351] CSP, art. L. 6111-1.
[352] CSP, art. L. 6111-1, art. L.6111-3-1.

en détention. Aucun lien ou presque n'est établi avec la médecine de ville, l'intégralité de la prise en charge étant réalisée par l'établissement de santé de rattachement, soit à travers l'USMP de l'établissement pénitentiaire, soit au cours du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues. Les missions de « coordination des soins » ne sont alors pas assurées expressément avec la médecine de ville[353] concernant une personne détenue[354]. La télésanté offre les moyens d'assurer ces missions et de faire entrer la médecine de ville dans l'organisation des soins en détention. Cette mission de coordination dépend du comité interministériel Santé-Justice au niveau national et de la Commission santé Justice au niveau régional[355].

63. Absence de choix du médecin traitant. Le code pénitentiaire prévoit que « *les personnes détenues ne peuvent être examinées ou soignées par un médecin de leur choix* »[356]. Le médecin traitant sera donc celui présent au sein de l'USMP, réduisant drastiquement le choix au seul professionnel présent lors de la consultation du patient détenu. Ces freins à la liberté du patient sont présents dès le début de la prise en charge mais également au cours de celle-ci, puisqu'il est logiquement très difficile d'obtenir un second avis médical ou un changement de thérapeute. Depuis 1998 existe toutefois[357] une exception codifiée dans le nouveau code pénitentiaire au même article R. 322-1 et prévoyant que le directeur interrégional peut prendre une décision contraire[358]. Dans cette hypothèse, l'article précise que le détenu acquitterait le montant des frais de pris en charge, ce qui revient à payer la part excédant le ticket modérateur[359]. Dès lors le caractère exceptionnel de cette disposition devrait, à l'aide de solutions pratiques, devenir le principe, si l'on suit les dispositions législatives ainsi que les Règles pénitentiaires européennes. Ensuite, et dans un objectif d'extension d'une telle hypothèse, on en revient à la remise en cause

[353] CSP, art. L. 6111-1 : les établissements devant participer « *à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent*. ».

[354] CSP, art. R.6111-33 : L'établissement public de santé mentionné à l'article R. 6111-27 coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans l'établissement pénitentiaire.

[355] Association TranSFaire, *Soins en prison, 30 ans après la loi de 1994 : Avancées, Limites, Perspectives*, Colloque national, 18 et 19 janvier 2024.

[356] Code pénitentiaire, art. R.322-1.

[357] Code de procédure pénale, art. D.365 ancien, Modifié par Décret n°98-1099 du 8 décembre 1998 - art. 90 () JORF 9 décembre 1998

[358] Code pénitentiaire, art. R.322-1 : « *Hormis les cas où elles se trouvent en dehors d'un établissement pénitentiaire [...] les personnes détenues ne peuvent être examinées ou soignées par un médecin de leur choix, à moins d'une décision du directeur interrégional des services pénitentiaires territorialement compétent* »

[359] Le ticket modérateur représente la part des dépenses qui reste à votre charge après remboursement de l'Assurance Maladie et avant déduction des participations forfaitaires.

éventuelle de la liberté d'installation voire du modèle libéral, afin que cette prise en charge ne soit pas dépendante de l'acceptation individuelle des praticiens libéraux.

B. Une nouvelle planification de l'offre de soins en milieu pénitentiaire

64. Une prise en charge jamais identique à celle de l'extérieur. La loi de 1994 a pris le soin de préciser qu'au sein de l'établissement pénitentiaire, la prise en charge sanitaire doit être réalisée « *dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur, garantissant un accès aux soins équivalent à celui de tout citoyen* ». Bien que rappelée par la loi du 24 novembre 2009[360] sous l'influence des Règles pénitentiaires européennes (RPE)[361], l'obligation est aujourd'hui loin d'être respectée. La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, si elle n'apporte pas de véritable innovation en la matière, entérine cependant la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme[362] en précisant divers points relatifs à la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Elle garantit ainsi la qualité et la continuité des soins aux personnes détenues, ainsi que des mesures de prévention, dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population. Si en droit, la France respecte la majorité des recommandations prévues par le conseil de l'Europe[363], en pratique, les difficultés à organiser des extractions empêchent de s'y conformer. Le manque de spécialistes exerçant en détention pose également différentes difficultés, auxquelles les patients, les professionnels de santé et l'administration pénitentiaire doivent faire face au quotidien. Selon le député Gérard SEBAOUN, « *en fonction de la volonté contractuelle des directeurs des établissements pénitentiaires, l'accès aux*

---

[360] Loi du 24 novembre 2009, art. 46 : « *la prise en charge de la santé des personnes détenues est assurée par le service public hospitalier dans les conditions prévues par le code de la santé publique. La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population* ».

[361] Conseil de l'Europe, Recommandation Rec (2006)2 du Comité des ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes. Les RPE consacrent plus d'une vingtaine de dispositions à la santé en détention. La première pose une obligation générale de protéger la santé des détenus, notamment le principe de la compétence des services de droit commun de santé du pays (40.1, 40.2) ; l'obligation pour chaque prison d'avoir au moins un généraliste (41.1) etc. ; pour en savoir plus *V.* M. HERZOG-EVANS, *Droit pénitentiaire*, 3e éd., Dalloz, 2020/2021, p. 465 ; A. BEZIZ-AYACHE, « Les nouvelles Règles pénitentiaires européennes », *AJ pénal*, 2006, p. 400 ; P. PONCELA, « L'harmonisation des normes pénitentiaires européennes », *RSC*, 2007, p. 126 ; H. LABAYLE, « Droit souple et droits européens, de la nécessité à l'instrumentalisation ? », *Justice et Cassation*, 2023, p. 155.

[362] De façon non exhaustive : Donner à chaque personne détenue les soins médicaux requis CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, n° 27229/95 (Sect 3) ; Offrir des conditions de détention adaptées aux personnes détenues qui souffrent de maladies invalidantes ou de handicap, CEDH, 10 juillet 2001, *Price c/ Royaume-Uni*, n° 33394/96 (Sect 3), CEDH, 19 février 2015, *Helhal c/ France*, n° 10401/12 ; CEDH, 2 décembre 2004, *Farbtuhs c/ Lettonie*, RDP 2004, 77, n° 4672/02 (Sect 1) ; Ne pas retenir incarcérées des personnes dont l'état de santé est incompatible avec une détention, CEDH, 10 juin 2008, *Scopola c/ Italie*, n° 50550/06 (Sect 2) ; pour aller plus loin *V.* not. J.-P. DUROCHÉ, P. PÉDRON, *Droit pénitentiaire*, Vuibert, 2019, pp. 345-347.

[363] Les RPE prévoient par exemple que « *Chaque détenu doit bénéficier des soins médicaux, chirurgicaux et psychiatriques requis, y compris ceux disponibles en milieu libre*. »

urgences, voire aux soins quotidiens, est très différent d'une maison d'arrêt ou d'un centre de détention à l'autre, ce qui nous met en difficulté par rapport aux règles européennes »[364].

65. Le cas particulier de la rétention de sûreté. Instaurée en 2008[365], la rétention de sûreté confère aux personnes concernées un statut particulier. Statut juridique particulier d'une part, car les personnes faisant l'objet d'une telle mesure sont détenues, sous écrou, alors qu'ils ne font plus l'objet d'une peine[366]. Statut médical particulier d'autre part, car la raison justifiant le maintien en détention est celle de la « *particulière dangerosité* »[367] de l'individu. Or, cette dangerosité implique une prise en charge particulière qui diffère de celle d'un détenu de droit commun. Pour cette raison, les dispositions de la loi de 2008, en plus de créer cette mesure de sûreté, ont mis en place un nouveau type de structure, les centres socio-médico-judicaires de sûreté[368]. Les centres sont placés sous la responsabilité conjointe, chacun dans son domaine de compétence, d'un directeur des services pénitentiaires et d'un directeur d'établissement public de santé[369]. Le directeur d'établissement public de santé organise la prise en charge médicale et psychologique des personnes retenues[370]. Il peut passer des conventions avec un ou plusieurs établissements publics de santé afin qu'une prise en charge sanitaire et psychologique permanente soit assurée aux personnes retenues. Il leur est à ce titre proposé de façon permanente, une prise en charge médicale, psychologique et sociale destinée à réduire leur dangerosité et à permettre la fin de la mesure de rétention[371]. Au-delà d'une possible utilisation des procédés de télémédecine au cours de cette mesure de sûreté, cette dernière ne doit intervenir que si la personne concernée a effectivement pu recevoir les soins adaptés à ses troubles de personnalité pendant l'exécution de sa peine[372]. Les manquements aux principes d'égalité à l'accès aux soins pourraient donc en théorie être un frein au prononcé d'une telle mesure, frein qu'une utilisation pertinente de la télémédecine en détention pourrait faire

[364] C. LEMORTON, Rapport d'information en conclusion des travaux sur la mission sur l'organisation de la permanence des soins, Assemblée Nationale Commission des affaires sociales.
[365] Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental
[366] Elle intervient pour une durée indéterminée et après une condamnation.
[367] Le Conseil constitutionnel a ainsi expliqué qu'il ne s'agit ni d'une peine, ni d'une sanction ayant le caractère d'une punition dans la mesure, notamment, où elles ne sont pas décidées par la juridiction de jugement et ne reposent pas sur la culpabilité de l'intéressé mais sur sa « particulière dangerosité », *V.* Cons. constit., 21 février 2008, n° 2008-562 DC.
[368] Code pénitentiaire, art. L.115-2.
[369] Code pénitentiaire, art. R.541-3.
[370] CSP, art. L.6111-1-2.
[371] Code pénitentiaire, art. R.541-2.
[372] Cons. const., 21 février 2008, n° 2008-562 DC précitée.

disparaître. En réalité, c'est une solution réservée à un nombre de personnes extrêmement réduit[373].

66. Vers une labellisation européenne grâce à la télémédecine. Les Règles pénitentiaires européennes ont eu et conserve une influence sur la législation française en fixant la trame permettant le respect des droits de chaque personne détenue. Sur la base du référentiel européen, une procédure de labellisation du circuit arrivant[374] a été mise en place dans une démarche de conformité aux dispositions européennes[375]. Ces RPE, éditées en 2006, bien qu'une révision ait été proposée en 2020[376], ne mentionne aucunement la télémédecine. Pourtant, il est possible de déduire du droit d'accès à tous les soins médicaux, « *y compris ceux disponibles en milieu libre* »[377], que l'accès à la télémédecine devrait d'une part être développée de façon générale, et d'autre part pourrait se mettre au service des démarches de labellisation. En effet, dans le cheminement de la loi pénitentiaire de 2009 et de la volonté affichée des pouvoirs publics d'augmenter le taux d'établissement s'inscrivant dans le respect des RPE, la télémédecine pourrait être utilisée dans les quartiers arrivants, sortants, ou réservées à l'application des sanctions disciplinaires. Prisons dans la prison, ces quartiers abritent néanmoins un public d'une particulière fragilité somatique et souvent psychique. Dès lors la télémédecine se révèle être un allié de taille pour les détenus comme pour le personnel de surveillance. Quid alors d'une procédure de labellisation de l'outil de télémédecine en lui-même ?

67. Une centralisation de la planification inopportune. La planification de l'offre de soins dans les établissements pénitentiaires obéit aux mêmes règles que pour la population générale, à savoir que la réflexion a lieu à l'échelon local. Ainsi, il appartient aux ARS d'évaluer et d'identifier les besoins sanitaires des personnes détenues, puis de définir et réguler l'offre de

---

[373] En 2015, 7 personnes avaient été placées en rétention de sûreté depuis l'entrée en vigueur de cette mesure : J.-B. JACQUIN, G. DAGORN, « La rétention de sûreté, un dispositif peu appliqué et toujours très contesté », *Le Monde*, 05 novembre 2015

[374] Puis « *trois nouveaux sous-indicateurs mesurant le taux d'établissements pénitentiaires bénéficiant du label " prise en charge et accompagnement des personnes détenues "ont été créés afin de tenir compte de l'élargissement de ce label aux nouveaux processus relatifs à la prise en charge des personnes détenues sortantes, à la prise en charge des personnes détenues placées en quartier disciplinaire et à la prise en charge des personnes détenues placées en quartier d'isolement d'autres lieux particuliers de la détention comme Isolement, quartier sortant, quartier disciplinaire* », H. PORTELLI, Projet de loi de finances pour 2016 : Administration pénitentiaire, Avis n° 170 (2015-2016), tome VIII, déposé le 19 novembre 2015.

[375] Administration pénitentiaire, *Programme 107 Bilan stratégique Rapports annuels de performance*, Annexe au PLR 2022, INDICATEUR 2.3 : Taux d'établissements pénitentiaires labellisés dans le processus de « prise en charge et accompagnement des personnes détenues », p. 19 ; P. MALLE, *Le processus de labellisation des sortants de prison, les courtes peines désavantagées*, Mémoire, ENAP, Bordeaux, 2018 ;

[376] Conseil de l'Europe, Rec(2006)2-rev, *Recommandations du Comité des ministres aux États membres sur les règles pénitentiaires européennes*, 1er juillet 2020.

[377] RPE, art. 40.5.

soins correspondante[378]. Charge ensuite aux établissements désignés de dispenser les soins dans les conditions prévues par le Code de la santé publique[379]. Le système tel qu'il est bâti doit pouvoir répondre à la demande de soins de la population détenue, et ce au plus proche des besoins du territoire. Cependant, cela n'empêche pas la difficulté d'assurer une égalité dans l'accès aux soins pour toute personne détenue. D'aucun pourrait dire que cela les crée ou du moins les accroît, en ne prenant pas en compte les difficultés inhérentes à chaque territoire. Dès lors, peut-on envisager une gestion nationale de l'offre de soins en milieu pénitentiaire ? Constat est fait en matière de santé publique où les compétences de l'État ne sont pas ou peu déléguées aux collectivités[380]. La loi prévoit la possibilité de confier par décret à une ou plusieurs ARS des compétences interrégionales voire nationales[381]. Il est donc concevable d'imaginer la création d'un service dédié à ces missions[382] au sein d'une ARS référente en milieu pénitentiaire, ce qui induit la centralisation des compétences au sein d'un même service, qu'elles soient sanitaires, financières, juridiques. Cependant, cette centralisation[383] n'est pas judicieuse tant le système de santé français s'est justement tourné vers une territorialisation de son organisation pour prendre en compte de manière plus adéquate les contraintes géographiques, sociales et médicales de chaque région[384].

68. La rédaction de protocoles. Enfin, la loi de 2009, reprenant celle de 1994, a confirmé qu'un protocole, signé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné, *« définit les conditions dans lesquelles est assurée l'intervention des professionnels de santé appelés à intervenir dans les établissements pénitentiaires afin de garantir aux personnes détenues un accès aux soins d'urgence dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population* »[385]. Aujourd'hui

[378] CSP, art. L.1431-2 i) ; Code pénitentiaire, art. L.115-1
[379] Code pénitentiaire, art. L.115-2 ; CSP, art. L.6111-1-2.
[380] O. RENAUDIE, « Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ? », *RF adm.publ.*, 2020, n°176, p. 901-912.
[381] Par décret simple pour les compétences interrégionales, par un décret en Conseil d'état pour les compétences nationales, CSP, art. L.1431-3
[382] Les missions d'identification d'évaluation et de gestion prévue à l'article L1431-3 i) du CSP
[383] M.-L. MOQUET-ANGER, « Territoires de santé et égalité des citoyens », *RDSS*, 2009, p. 116-125 ; C. CASTAING, *La territorialisation de la politique de santé*, LEH éd., 2012 ; L. JANICOT, M. VERPEAUX, *Droit des collectivités territoriales*, PUF., 4e éd, 2017 ; O. RENAUDIE, « Eloge de la centralisation sanitaire », *AJDA*, 6 juill. 2020, p. 1313 ; O. RENAUDIE, « Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ? », *RF adm.publ.*, 2020, n°176, p. 901-912 ; J.-M. PONTIER, « La santé entre centralisation et décentralisation », *RDSS*, 2019, p. 669-679.
[384] O. RENAUDIE, « Le système de santé est-il centralisé ? », *Revue générale du droit*, n°51926, 2020.
[385] LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, art. 46.

présente à l'article R.6111-29 du CSP, l'obligation de rédaction d'un tel protocole est suivie de l'obligation de déterminer précisément les moyens humains et matériels mis à la disposition des personnes détenues au sein de l'établissement pénitentiaire[386]. L'article L.115-4 du Code pénitentiaire ajoute quant à lui une obligation de rédaction et de mise en œuvre d'un tel protocole dans les cas de prise en charge en urgence[387]. Un protocole cadre est à disposition pour orienter les établissements dans leur organisation[388]. Cependant, le fait que ce protocole cadre ne prévoit rien en matière de télésanté est à déplorer. Une nouvelle rédaction étant en cours, on peut espérer que soient intégrées dans sa prochaine version ces nouvelles formes de prise en charge pour l'organisation de l'USMP. La télémédecine fait son apparition progressive en détention depuis 2017 ; en 2019, on dénombrait une quarantaine d'établissements pénitentiaires utilisant ce type de dispositifs[389].

69. L'accompagnement imposé à la médecine libérale. Le développement de la e-santé dans les établissements pénitentiaires ouvre plusieurs options pour les pouvoirs publics. Si la possibilité de réformer le principe de liberté d'installation en profondeur doit être envisagée, la e-santé peut favoriser l'acceptation de restrictions par la profession médicale de restrictions, sans pour autant remettre en cause la totalité du système de santé actuel. Plus précisément, pourraient être envisagées des permanences de soins à distance dans les déserts médicaux, et en particulier dans les établissements pénitentiaires. Ainsi, en imposant des créneaux de consultation aux professionnels de santé, il n'est pas nécessaire de remettre en cause le principe de liberté d'installation des professionnels de santé, la liberté d'exercice telle qu'elle existe aujourd'hui trouvant alors une limite à la marge. Ce compromis mérite d'être interrogé par les représentants des professionnels concernés, dans une démarche de conciliation entre l'intérêt général sanitaire[390] représenté par le principe d'égalité auquel se réfère les politiques de santé publique, et les intérêts individuels des professionnels. Ceci permettrait alors de s'inscrire dans

[386] CSP, art. R.6111-36 : 1° Les conditions dans lesquelles les personnels de l'établissement de santé assurent l'examen systématique des détenus arrivant dans l'établissement pénitentiaire et dispensent à ceux-ci des soins courants et, éventuellement, spécialisés, notamment sous forme de consultations ; 2° L'organisation des soins et le fonctionnement médical de la structure de soins mentionnée à l'article R. 6112-30 ; 3° Les conditions dans lesquelles les détenus ont accès, pour des consultations ou des examens médico-techniques, aux équipements médicaux situés dans l'établissement de santé.

[387] Code pénitentiaire, art. L.115-4.

[388] Ministère de la justice, ministère de la Santé et des solidarités, Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des PPSMJ, Annexe n°1, 2019, p. 438.

[389] Notamment concernant la radiologie, les consultations préanesthésiques, la dermatologie, la dentisterie, la stomatologie ou la préparation des hospitalisations : Assemblée nationale, question écrite n° 11592 de N. FORISSIER, *Journal officiel*, 1er janvier 2019.

[390] L. WILLIATTE, « Regard juridique sur l'avènement de la télé santé lors de la crise sanitaire », *RDS*, n°96, Juillet. 2020, p. 821.

une démarche d'accompagnement plus que de contrariété, comme le préconise Charlène COLLET.

Conclusion du Chapitre I

70. Les personnes écrouées sont dotées comme tout un chacun du droit à la protection de la santé. Droit-créance, il impose à l'état une obligation positive d'assurer un droit à des prestations de santé. Pourtant, la protection sociale des détenus manque d'effectivité. A cette recherche d'égalité financière doit être associée une recherche d'égalité dans l'effectivité juridique de ce droit d'accès aux soins. Or, là encore, une ineffectivité du droit d'accès aux soins ne peut qu'être constatée. La Cour européenne a en ce sens développé une protection indirecte sur d'autres fondements comme la non-discrimination, ou encore la dignité des détenus. Par ce glissement de fondement juridique, la CEDH espère apporter une protection juridique par ricochet afin d'exiger des soins appropriés en détention.

71. L'offre de soins en établissement pénitentiaire se fonde sur la liberté d'accès, or cette liberté trouve des limites contextuelles. En ce sens, une régulation de la liberté d'installation semble de plus en plus nécessaire à l'heure où les inégalités d'accès se creusent. Les solutions d'encadrement ne relèvent pas inévitablement de la coercition, et peuvent s'en tenir à une forme d'accompagnement. Cependant, le système de santé tel qu'il est conçu aujourd'hui doit être réinterrogé tant l'accès aux soins pour les détenus n'est ni égal, ni libre. Si le contexte carcéral est un frein immuable à un rapprochement de statut entre le patient écroué par la justice et son homologue libre, l'organisation actuelle de la prise en charge sanitaire rend ce rapprochement tout bonnement impossible.

72. Superposée à la répartition des professionnels de santé, la répartition géographique des établissements pénitentiaires ne peut qu'avoir une incidence majeure sur la réalité de l'accès aux soins en détention. Cette addition de paramètres conduit à devoir considérer les prisons comme des déserts médicaux particuliers, qui se trouvent parfois au sein même d'un désert médical classique, l'Outre-mer représentant le paroxysme de l'isolement sanitaire. L'une des fonctions de la prison est d'isoler les individus dangereux hors de la société. À ces difficultés structurelles de répartition géographique s'ajoute par conséquent une culture de l'isolement particulièrement ancrée en détention. Bien que l'hôpital soit entré en détention depuis 1994, le libre accès aux soins est un mirage dans un environnement aussi limité. La répartition des soins à un seul établissement public de rattachement circonscrit ainsi un droit fondamental des patients dans le contexte carcéral. La télésanté pourrait être le moyen d'ouvrir cette prise en

charge à davantage de professionnels en respectant plus scrupuleusement les textes de loi. Une certaine évolution du système est à prendre en compte, afin d'intégrer la prise en charge à distance dans les protocoles organisationnels en milieu pénitentiaire.

Chapitre II : Une télé-accessibilité du détenu au système de soins

73. La télésanté « *n'est pas un sujet comme les autres mais LE système qui, dans les années à venir, va transformer les pratiques médicales, voire la manière dont nous concevons la santé* »[391]. Les pouvoirs publics avaient annoncé la télésanté comme un axe principal des réformes d'ampleur visant à endiguer les inégalités sanitaires et sociales causées par les déserts médicaux[392]. Et pour cause, la télésanté est un levier conséquent d'économies pour le système de santé français. Elle permettrait de réduire drastiquement le coût de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, notamment en supprimant les frais de transports ou en diminuant le coût des consultations et des arrêts de travails liés aux consultations de suivi[393]. Les économies réalisées peuvent d'ailleurs servir au financement des outils de la télémédecine, rendant son fonctionnement auto-géré[394]. Enfin, la télésanté serait un facteur de réduction des coûts dits indirects[395]. Pourtant, si elle représente un moyen incontestable de garantir un peu plus l'accès aux soins en prison (**Section II**), son développement est aujourd'hui encore timide à l'échelle nationale comme locale (**Section I**).

Section I – Une politique de santé publique orientée vers une télé-accessibilité

74. Comme l'ensemble de la politique de santé, l'égal accès aux soins est incontestablement lié à l'organisation administrative française qui est faite à la fois de décentralisation et de déconcentration. Si l'État doit définir une politique de santé qui tend à la réduction des inégalités[396] (**§ I**), les ARS ont pour mission de déterminer les priorités des politiques de santé pour la région et d'adapter l'offre de soins aux spécificités de leurs territoires[397] (**§ II**).

---

[391] R. BACHELOT, discours d'ouverture du colloque sur *les systèmes d'information de la santé*, 6 nov. 2008, cité par : O. RENAUDIE, « La télésanté, vers un autre rapport(x) territoire(s) ? », *in* S. BRIMO, O. RENAUDIE (dir.), *Santé et territoire(s)*, Paris, LexisNexis, 2022, p. 155.

[392] Commission européenne, *La télémédecine au service des patients*, COM (2008) 699, nov. 2008.

[393] P. BENTATA, N. MARQUES, *Le recours à la téléconsultation et à la téléexpertise : quel impact économique attendre en France ?*, Institut économique Molinari, janv. 2022 ; IQVIA, LAJAPF, « Télémédecine, des économies en trois actes », Leem, Communiqué Télémédecine, p. 4 ; S. GODELUCK, « Santé : accroître les téléconsultations permettrait d'économiser au moins 1 milliard d'euros », *Les Echos*, 17 janv. 2022.

[394] IQVIA, LAJAPF, « Télémédecine, des économies en trois actes », Leem, Communiqué Télémédecine, p. 4.

[395] Ce sont les coûts qui n'entrent pas dans le processus de productions d'une intervention, notamment liés aux comorbidités. Un exemple récurent est celui de la différence entre les recettes fiscales directes obtenues sur la vente de cigarette et les coûts indirects causés par les conséquences du tabagisme sur le système de santé. Pour aller plus loin sur la notion de coûts indirects, *V.* not. A. BERESNIAK, *Économie de la santé*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2020 ; P. BATIFOULIER, *Économie de la santé*, Malakoff, Armand Colin, 2018.

[396] CSP, art. L. 1411-1.

[397] CSP, art. L. 1434-2 et L. 1434-3.

§ I – La définition de la politique de santé à l'échelon central

75. L'État dispose d'une compétence de principe pour définir la politique de santé. Garanti par le préambule de la Constitution de 1946 dont l'État est le premier débiteur, le Code de la santé publique expose dans son premier article que « *la politique de santé relève de la responsabilité de l'État* »[398]. La politique de santé peut être définie comme « *l'ensemble des dispositifs mis en place par les pouvoirs publics afin d'améliorer l'état de santé de la population, de garantir le droit à la protection de la santé et d'organiser le fonctionnement du système de santé* »[399]. L'apparition en 2000[400] d'un chapitre intitulé « Politique de santé publique » au livre IV du Code de la santé publique, puis la loi du 4 mars 2002[401] ont établi un cadre d'élaboration de cette politique de santé définie par la Nation et selon des priorités pluriannuelles[402]. Enfin, le dispositif a été complété par la loi du 9 août 2004[403], précisant à l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique, que « *la détermination de ces objectifs* [pluriannuels]*, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'État* ». Dès lors, le développement de la télésanté en détention doit *a priori* s'inscrire dans le cadre d'une stratégie nationale encadrant la politique de santé, qui doit tendre à « *la réduction des inégalités sociales et territoriales* »[404]. C'est chose faite depuis 2010 puisque la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine[405] a érigé la santé des détenus comme l'un des cinq axes prioritaires. Plus récemment, la feuille de route du numérique posant les chantiers prioritaires pour les cinq prochaines années[406], le Ségur de la santé organisé en 2020[407] ou encore les déclarations récentes des ministres de la santé[408] convergent tous vers un déploiement

[398] CSP, art. L. 1411-1.
[399] M.-F. CALLU, M. GIRER, G. ROUSSET, *Dictionnaire de droit de la santé*, 2e éd., Paris, LexisNexis, *V.* « politique de santé », p. 337-338.
[400] Ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie législative du Code de la santé publique.
[401] Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner ».
[402] CSP, art. L. 1411-1.
[403] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
[404] Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, CSP, art. L.1411-1.
[405] DGOS, ASIP Santé (Désormais ANS), La stratégie nationale de déploiement de la télémédecine tire son origine du décret du 19 octobre 2010 : http://www.sante.gouv.fr/la-telemedecine-strategie-nationale-de-deploiement-de-la-telemedecine.html
[406] ANS, 9e Conseil numérique en santé 15 juin 2023.
[407] Ministère des solidarités et de la santé, Ségur de la santé, *Les conclusions*, Dossier de presse, juillet 2020, Mesure 24 : assurer le développement de la télésanté dans tous les territoires, p. 36.
[408] O. VÉRAN a affirmé le 3 février 2022 que la télésanté « *est une solution efficace pour accéder aux soins et un allié de poids pour surmonter des contraintes inédites, notamment des pandémies* » Discours prononcé à l'occasion du lancement de « Mon espace santé » par Olivier VÉRAN à la conférence de presse de lancement de Mon espace santé, 03 février 2022.

accru de la télésanté sur l'ensemble du territoire. Ce besoin est finalement réitéré dans un texte à portée organisationnelle concernant la prise en charge des personnes détenues et réunissant le ministère de la santé et de la justice[409].

76. Une égalité dans la distribution des soins mise en avant par la stratégie nationale de santé. Dans un objectif de lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins et de décloisonnement du système de soins[410], la stratégie nationale de santé est déclinée en plans nationaux à l'instar du « Pacte territoire-santé »[411] désormais abrogé mais dont les mesures subsistent[412]. Les ambitions affichées par les gouvernements successifs sont celles d'un accès aux soins égal pour tous, et parallèlement d'un déploiement national de la télémédecine, le second élément pouvant être un moyen d'atteindre le premier. Afin d'atteindre ces objectifs, la compétence de principe de l'État est atténuée par des attributions subsidiaires aux collectivités territoriales car cette « *division du territoire national en territoires locaux serait la plus à même de favoriser l'accès aux soins pour tous en raison tant du choix de ses limites physiques que de la proximité de traitement des questions démographiques et comportementales* »[413]. En ce sens, s'il revient à l'État d'assurer « *l'égalité dans la distribution des soins* » en définissant des exigences nationales qui assurent la qualité et la sécurité des soins, il revient aux territoires d'assurer « *l'égalité d'accès aux soins* ». Pour autant, le cadre juridique d'intervention des collectivités territoriales demeure limité dans le domaine de la santé[414].

[409] Ministère des affaires sociales et de la sante, ministère de la justice, stratégie santé des personnes placées sous main de justice (PPSMJ), avril 2017.
[410] L. WILLIATTE, N. SALLES, « La Télémédecine », Dossier E-Santé : Actualité de santé publique, *adsp* n°108, septembre 2019, pp 16-19.
[411] G. ROUSSET, « Un premier bilan mitigé pour le "pacte territoire santé" », *RDS*, n°59, mai 2014, p. 1281 ; G. ROUSSET, « La promotion de l'accès aux soins dans le plan " Ma santé 2022 " : entre innovation et timidité », *RDSS* 2019, p. 5 ; C. EVIN, « Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence », *RDSS* 2017, p. 107 ; P. VILLENEUVE, « La loi de modernisation de notre système de santé et les collectivités territoriales, », *AJCT* , 2016, p. 64 ; J.-M. PASTOR, « Présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 », *AJDA*, 2013, p. 1949.
[412] C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022, p. 118.
[413] M.-L. MOQUET-ANGER, « Territoires de santé et égalité des citoyens », *RDSS*, Hors-série, 2009, p. 116.
[414] O. RENAUDIE, « Le système de santé est-il centralisé ? », *Revue générale du droit*, n°51926, 2020 ; P. MOUILLER, P. SCHILLINGER, *Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action*, Rapport d'information n°63 fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation relatif aux initiatives des territoires en matière d'accès aux soins, Sénat, 14 octobre 2021.

77. Malgré un bond considérable pendant et depuis la pandémie de *Covid-19*[415], les chiffres que l'Assurance Maladie présente dans son dernier rapport pour 2024[416], montrent un accès réduit à la téléconsultation en France puisqu'elles représentent 4 % des consultations facturées à l'Assurance Maladie. Dès lors, le constat qui peut être fait est que même si par définition la politique de santé est centralisée car l'État dispose d'une compétence quasi exclusive, le système de santé « *n'en reste pas moins légèrement décentralisé, largement déconcentré et fortement territorialisé* »[417]. Or, la réflexion globale que la cohérence appelle de ses vœux mène à une « *adaptation de l'organisation administrative et des politiques publiques aux spécificités des territoires* »[418].

§ II – La territorialisation de la politique de santé à l'échelon local

78. Pour reprendre les mots de Florence CROUZATIER-DURAND : « *si la santé publique doit être pensée de façon globale et donc à l'échelle nationale, c'est indéniablement sur le terrain que se joue la pertinence et l'efficacité des actions mises en œuvre* »[419]. Depuis 2016[420], un chapitre du code de la Santé publique est d'ailleurs intitulé « *Territorialisation de la politique de santé* »[421]. Pourtant, les collectivités territoriales elles, ne se sont vu attribuer que des compétences subsidiaires[422] (**A**) au profit d'une déconcentration aux ARS (**B**).

A. <u>Une faible décentralisation aux collectivités</u>

79. Des compétences inégales. Parmi les trois niveaux de collectivités territoriales, le constat est que la décentralisation opérée par les lois successives[423] est inégale. La commune est sans

---

[415] En 2019 seulement 80 000 avaient été remboursées, à l'occasion de la crise sanitaire en 2020 ce chiffre est passé à 13,6 millions, et se maintient autour des 9 millions par an depuis, CNAM, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021,* juillet 2020 ; *V.* ég. F. ROSIER, *Covid-19 : l'essor fulgurant de la télémédecine :* Le Monde 20 oct. 2020 ; *La téléconsultation séduit un nombre toujours plus important de français* : Le Figaro 25 nov. 2021.

[416] Assurance Maladie, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2024, Paris, 2023, disponible sur https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf (consulté le 10 oct. 2024)

[417] O. RENAUDIE, « Le système de santé français est-il centralisé ? », *Revue générale du droit*, 2020, n°51926.

[418] O. RENAUDIE, « Le système de santé français est-il centralisé ? », *Revue générale du droit*, 2020, n°51926.

[419] F. CROUZATIER-DURAND, « Les collectivités territoriales dans les politiques d'accès aux soins. Quels remèdes aux inégalités territoriales ? » *op. cit.*, p. 263.

[420] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

[421] CSP, art. L.1434-1 à L.1434-15.

[422] C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins,* thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022, p. 121.

[423] Loi n°2004-810 du 13 août 2004 *sur l'assurance-maladie* ; Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* ; Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 *portant nouvelle organisation*

doute l'échelon des collectivités possédant le plus de compétences en matière de santé publique, le maire disposant à cette fin d'un pouvoir de police administrative générale[424]. De plus, elle exerce une fonction d'alerte, dans la mesure où elle doit prévenir le directeur de l'agence régionale de santé en cas de menaces imminentes pour la santé de la population, ou bien transmettre à Santé Publique France toute information nécessaire à l'exercice de sa mission. Elles peuvent enfin créer des centres et maisons de santé sur le fondement de la clause de compétence générale qu'elles tirent de l'article L. 2121-29 du Code général des collectivités territoriales, à condition toutefois qu'elles démontrent d'un intérêt public local couplé à une carence de l'initiative privée[425]. Le département dispose essentiellement de compétences en matière d'action sociale et médico-sociale. La région, « *promu*[e] *comme cadre principal de l'action sanitaire de l'État au niveau local* […] *ne dispose pour sa part que de compétences modestes* »[426] comme la promotion du développement sanitaire de la région[427], des missions de prévention[428] et la formation des professionnels de santé[429].

80. La compétence principale, le soutien financier apporté à l'accès aux soins. Les collectivités peuvent accorder des aides financières aux personnes précaires[430]. Elles peuvent également apporter un financement en faveur des professionnels et établissements de santé[431], destiné à l'installation ou au maintien des professionnels dans les zones qui sont « *caractérisées par une offre de soin insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins* »[432]. Le tribunal administratif a en ce sens précisé que les activités médicales peuvent recevoir la qualification d'activités économiques au sens du droit de l'UE[433], ce qui ne constitue donc pas une réserve à la compétence de principe de la région pour accorder des aides économiques[434]. Que ce soit pour les soins de proximité ou pour les établissements de ressort régional, interrégional voire national, les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent participer au financement

territoriale de la République ; Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 *relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale.*
[424] CGCT, art. L. 2212-2.
[425] G. ROUSSET, Les maisons de santé, un mode d'exercice favorisant l'accès aux soins ? RDSS 2014, p. 450
[426] O. RENAUDIE, « Le système de santé français est-il centralisé ? », *Revue générale du droit*, 2020, n°51926.
[427] CSP, art. L. 4221-1.
[428] CGCT, art. L. 4221-1.
[429] Pour aller plus loin *V.* O. RENAUDIE, « Le système de santé français est-il centralisé ? », *Revue générale du droit*, 2020, n°51926.
[430] CGCT, art. L. 32111-1.
[431] CGCT, art. L.1511-8.
[432] CSP, art. L.1434-4.
[433] CJCE 12 septembre 2000, aff. C-180/988, Pavlov, AJDA 2000, p. 307.
[434] Pour aller plus loin, *V.* F. POULET, « Que reste-t-il de la compétence communale en matière d'aides économiques locales ? », *in* O. RENAUDIE (dir.), *Les aides économiques locales, de quel droit* ?, L'Harmattan, coll. « Logiques juridiques », 2020, p.72.

de programmes d'investissement des établissements de santé publics, privés d'intérêt général ou privés[435]. Dès lors, on peut espérer des collectivités un investissement pour la télémédecine, qui aurait pour intérêt l'accroissement de l'offre médicale sur leur territoire et donc une amplification de l'offre de soins potentiellement ouverte aux personnes privées de liberté.

81. Le recours à la télésanté, un besoin de gestion territoriale. Le recours à la télésanté est intimement lié à la question territoriale tant elle incarne une promesse vis-à-vis des territoires. Car si la nature même de la télésanté pourrait nous laisser penser qu'elle se déploie « *hors les territoires* »[436] ou bien entre eux, il n'en est rien. Cette pratique est ancrée dans les territoires[437] qui s'inscrit dans le schéma régional d'organisation des soins[438]. La mise en place d'un projet de télésanté implique donc la consultation entre les différents élus locaux susceptibles d'être impliqués, afin d'éviter les projets inadaptés et à la soutenabilité financière douteuse, quand bien même cela serait fait pour suppléer la carence de l'initiative privée et la défaillance de l'État[439]. La télésanté se déploiera par conséquent en s'appuyant sur les territoires, « *en ce sens, si celle-ci permet de rapprocher les professionnels de santé et les patients en gommant les distances, le rapport entre santé et territoire(s) induit par celle-ci est tout à la fois révolutionnaire dans son essence et très classique dans sa mise en œuvre. De ce dernier point de vue, la télésanté apparaît, d'une certaine manière, tout aussi territorialisée que la santé.* »[440].

82. Une faible décentralisation[441] limitant le déploiement de la télésanté. Le rapport du Sénat relatif aux initiatives des territoires concluait « *qu'en matière d'accès aux soins les*

---

[435] LOI n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale dite « 3DS », art. 126.
[436] O. RENAUDIE, « La télésanté, vers un autre rapport(x) territoire(s) ? », *in* S. BRIMO, O. RENAUDIE (dir.), *Santé et territoire(s)*, Paris, LexisNexis, 2022, p. 162.
[437] V. P. MOUILLET et P. SCHILINGER, rapport préc., p. 25-27 ; V. DONIER, *Quelle place pour les collectivités territoriales dans les politiques de santé publique ?*, L'Harmattan, 2012, p. 43 et s. ; J.-H. AMET-ROZE, *La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat*, Hérodote 2011, n°143, p.13-32.
[438] Comme le prévoit l'article L.1434-2 du CSP, le schéma régional de santé est « *établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels* ». Sur ces schémas, *V.* B APPOLIS et D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, Dalloz, 11éd., 2022, p19-80 ; T. LERNOUT, L. LEBRUN, P.-H. BRECHAT, *Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire*, Santé publique, 2007, p. 499-512.
[439] P. MOUILLER et P. SCHILINGER, rapport préc., p. 25-27, p. 48 ; V. pour exemple : ARS Grand Est, *Schéma Régional de santé Grand Est 2023-2028*, axe prioritaire n°2, objectif n°3 : Mobiliser la télémédecine pour conforter l'accès aux soins, p. 101.
[440] O. RENAUDIE, « La télésanté, vers un autre rapport(x) territoire(s) ? », *in* S. BRIMO, O. RENAUDIE (dir.), *Santé et territoire(s)*, Paris, LexisNexis, 2022, p. 163.
[441] P. VILLENEUVE, « Les compétences sanitaires des collectivités territoriales », *RDSS*, Hors-série, 2009, p. 87-94.

moyens juridiques d'action des collectivités territoriales s'avèrent limités »[442]. Cela peut s'expliquer par le fait que les « *initiatives des collectivités sont menées en étroite concertation avec les agences régionales de santé* »[443], qui sont chargées expressément de la réduction des inégalités territoriales[444]. On ne peut considérer les collectivités territoriales comme exclues du champ sanitaire[445], la planification de l'offre de soins gagnerait à les associer davantage[446]. Cela pourrait se matérialiser par une « *association étroite* »[447] des collectivités territoriales lors de la concertation obligatoire relative aux textes législatifs en matière de santé publique, car aujourd'hui, celle-ci est relative[448]. Pour conclure, si les collectivités peuvent créer et gérer des services publics à vocation sanitaire, leur autonomie en ce domaine est limitée par la prédominance de l'État, l'égalité devant primer sur la libre administration. Malgré leur rôle dans le système sanitaire, leur influence dans la composition de l'action sanitaire est limitée.

83. Des projets territoriaux de télésanté inadaptés à la privation de liberté. La télésanté constitue une solution opérationnelle au déficit d'offre de soins dans certaines zones, en se présentant tout à la fois comme un outil de modernisation du système de santé et une réponse aux carences sanitaires territoriales[449]. Cependant, son développement timide conduit aujourd'hui à une offre circonscrite à certains actes[450], qui sont en outre inadaptés à la prise en charge des personnes détenues. L'initiative de mettre en place un service de télésanté peut aussi bien être privée que publique[451]. Comme le souligne un rapport de la délégation aux

---

[442] P. MOUILLER, P. SCHILLINGER, *Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action*, *op. cit.*, p. 17.
[443] P. MOUILLER, P. SCHILLINGER, *Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action*, *op. cit.*, p. 17.
[444] CSP, art. L. 1434-2.
[445] V. ég. en ce sens, U. NGAMPIO-OBÉLÉ-BÉLÉ, « Les collectivités territoriales face aux déserts médicaux », *CDSA*, n°19, 2014, p. 55-65 ; V. DONIER, « Quelle place pour les collectivités territoriales dans les politiques de santé publique ? », *in* : S. BRIMO, O. RENAUDIE (dir.), *Santé et territoire(s)*, Paris, LexisNexis, 2022, p. 43-54. ; sur les compétences des collectivités territoriales en matière de santé, *V.* P. VILLENEUVE, « Les compétences sanitaires des collectivités territoriales », *RDSS*, Hors-série, 2009, p. 87-94 ; I. MARTINACHE et N. VEZINAT, *La santé est-elle l'affaire des municipalités ?* La vie des idées, 15 février 2002.
[446] J. MARTIN, *Les collectivités territoriales et la vaccination : une compétence sous tension contradictoire*, *in Rev. Droit et gestions des collectivités territoriales 2012*, dossier consacré à « l'administration locale face à la crise sanitaire », p. 227.
[447] O. RENAUDIE, « Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ? », *Revue française d'administration publique*, vol. 176, no. 4, 2020, pp. 901-912.
[448] O. RENAUDIE, « Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ? », *Revue française d'administration publique*, vol. 176, no. 4, 2020, pp. 901-912.
[449] V. O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS, *Et si la télésanté était une réponse aux déserts médicaux ?*,art. préc., p. 147-148.
[450] La téléconsultation notamment.
[451] *V.* Cour des comptes, *La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre*, *in* Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2017, sept. 2017 et C. MEYER-MEURET, « Les enjeux économiques de la télémédecine », *RDSS*, 2011, p. 1013-2020.

collectivités territoriales du Sénat[452]. La télésanté peut prendre deux formes principales. La première est la « télécabine »[453], qui peut être définie comme un lieu équipé pour la téléconsultation, susceptible d'offrir des soins à des patients isolés[454]. La seconde est le « cabinet de télésanté ». Celui-ci désigne pour sa part un cabinet médical ou de santé, classique, répondant aux normes de sécurité et d'accessibilité, mais dotés d'instruments de mesures connectés[455]. À la différence de la télécabine qui est autonome, le cabinet de télésanté nécessite donc une présence humaine. Si le cabinet de télésanté en détention relève simplement de l'adaptation de la prise en charge à l'USMP, la télécabine relève d'un financement qui ne dépend pas de l'ARS, et pourrait poser des problématiques de sécurité, de suivi voire d'accès[456].

B. Une déconcentration privilégiée aux agences régionales de santé

84. Le rôle prépondérant des ARS. La territorialisation du système sanitaire est « *incarnée par les agences régionales de santé* »[457], lesquelles ont pu être analysées comme le « *pivot territorial des politiques de santé* »[458]. Plusieurs missions ont justifié la création des ARS[459]. La première consiste à mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé définie sur le plan national « *en tenant compte des spécificités de chaque région* »[460]. La seconde mission est de réguler l'offre régionale de services de santé, afin de « *répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système* »[461]. Elles veillent alors à répartir efficacement l'offre de soins sur le territoire pour la rendre cohérente avec les besoins spécifiques de santé. Pour ce faire, elles

---

[452] P. MOUILLER, P. SCHILINGER, *Rapport d'information relatif aux initiatives des territoires en matière d'accès aux soins*, Rapp. Sénat n°63, 14 oct. 2021, p. 25.

[453] A.-L. DAGNET, « Sous-médecine ou vraie solution, les cabinets de télémédecine fleurissent dans les déserts médicaux », *Franceinfo*, 7 déc. 2021, disponible sur : "Sous médecine" ou vraie solution, les cabines de téléconsultation fleurissent dans les déserts médicaux (francetvinfo.fr) (consulté le 10 oct. 2024).

[454] R. Le DOURNEUF, « Dans l'Essonne, une cabine de télémédecine dans une mairie pour éviter le désert médical », *20 minutes*, 20 fév. 2022, disponible sur : https://www.20minutes.fr/paris/3238275-20220220-essonne-cabine-telemedecine-mairie-eviter-desert-medical (consulté le 10 oct. 2024).

[455] P. MOUILLER et P. SCHILINGER, *rapport préc*., p. 26.

[456] De façon générale, la mise en place de cabines de télémédecine dans les zones sous dotées rend ainsi l'accès aux soins dans cette zone dépendante d'une part des projets locaux et d'autre part de la sécurité financière des entreprises concernées. À titre d'exemple, voir l'article de S. BLONDÉ, « Seine-et-Marne : les dix cabines de téléconsultation médicale hors connexion pour cause de liquidation », *Le Parisien*, 28 sept. 2024 ; De façon spécifique, pour la question de l'accès limité à ces outils en détention du fait de l'organisation de l'administration pénitentiaire, cf. infra Partie II

[457] O. RENAUDIE, « Le système de santé français est-il centralisé ? », *op. cit*

[458] C. CHAUVET, « La nature juridique de l'agence régionale de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, 2016, p. 406

[459] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : Succédant aux agences régionales d'hospitalisation

[460] CSP, art. L. 1431-2.

[461] *Ibid*.

disposent du pouvoir d'autoriser la création et les activités des établissements de santé et de certains établissements et services sociaux et médico-sociaux, ou encore de prérogatives concernant l'installation des professionnels de santé. Le premier territoire de santé demeure donc celui de l'État central[462]. Néanmoins, à l'examen des dispositions du Code de la santé publique, il est possible de constater une plus grande marge de manœuvre allouée aux ARS dans la conduite de la politique régionale de santé.

85. Un outil spécifique, le projet régional de santé. Au-delà des plans et programmes nationaux, la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé doit être adaptée aux spécificités locales. La politique de santé étant « *par nature une démarche de proximité* »[463], la planification centralisée doit trouver une application spécifique selon les besoins des territoires. Cette application se fait au moyen de Projets régionaux de santé (PRS), qui constituent la principale expression de la territorialisation de la politique nationale[464]. Le projet régional de santé, créé par la loi HPST[465], a pour objectif de définir « *les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétence, ainsi que les mesures tendant à les atteindre* »[466]. Cette organisation territoriale s'impose, de plus, pour construire des parcours de santé évitant les ruptures de prise en charge des patients atteints de maladie chronique et nécessitant pour cela une bonne articulation entre les différents acteurs de soins. En cela, les objectifs opérationnels des ARS doivent porter sur la réduction des inégalités[467].

86. L'autonomie face à la stratégie nationale. À sa création en 2009, le plan régional de santé s'inscrivait « *dans les orientations de la politique nationale de santé* »[468] et devait être « *conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finance et les lois de financement de la sécurité sociale* ». Cela revenait pour Florence CROUZATIER-DURAND à affirmer que « *l'échelon régional est ainsi reconnu par le législateur comme échelon pertinent*

---

[462] *V.* plus particulièrement sur ce point, C. CHAUVET, « La nature juridique de l'agence régionale de santé », *RDSS*, n°3, 2016, p. 405-414.
[463] D. TABUTEAU, « Évolution des politiques de santé : médecine publique, médecine privée, médecine réglementée », *in* : A. LAUDE, J.-L. MOURALIS, J.-M. PONTIER (dir.), *Le Lamy Droit de la santé*, Saint-Ouen-sur-Seine, Wolters Kluwer France, Tome 1, étude 105, 2018, n° 105-16.
[464] *V.* P.-H. BRÉCHAT, *Territoires et égalité d'accès aux soins et à la santé*, thèse de Droit public, Paris, 2012 ; cité par C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022,
[465] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
[466] CSP, art. L. 1434-1.
[467] C. EVIN, « Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence », *RDSS*, n°1, 2017, p. 107.
[468] CSP, art. L. 1434-1.

des politiques de santé publique sans que cette reconnaissance se traduise par une déconcentration au profit de la région »[469]. Leurs compétences s'exercent selon deux niveaux de mise en œuvre, les contrats territoriaux et locaux de santé d'abord, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens[470] (CPOM) ensuite. Le CPOM, conclu pour une durée de cinq ans entre les ministres chargés de la santé, la sécurité sociale et les ARS témoigne de cette dépendance initiale de l'action territoriale à la politique nationale de santé. Or, depuis 2016[471], le texte a été modifié pour que le PRS soit défini « *en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale* »[472]. On constate une évolution claire dans la souplesse accordée au PRS vis-à-vis de la politique nationale de santé. Comme le font valoir les sénateurs Philippe MOUILLER et Patricia SCHILLINGER pour soutenir la territorialisation, « *ces différences objectives de situation justifient une approche sanitaire différenciée et correctrice* »[473].

87. Une mise en œuvre timide de la télésanté. Pourtant, on peine à constater de la part des ARS une révolution dans l'approche de la télémédecine. La création de Groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) devait pourtant être le fer de lance de la politique régionale d'e-santé[474]. Bien que mentionnée systématiquement lors des concertations ou autres feuilles de route, la rédaction et le choix des termes employés dans le PRS Grand Est sonnent comme un aveu : dans une rubrique « encourager le développement de la télémédecine », les modalités énoncées ne mentionnent que l'accompagnement des projets à l'initiative des établissements. Le nombre et la diversité des projets sont donc paradoxalement laissés à l'initiative des professionnels[475], l'ARS se contentant de les accompagner lorsque ces projets s'inscrivent dans le cadre de sa politique. Cependant, face à la multiplication des outils, les acteurs et patients se heurtent à un manque de lisibilité de l'offre de services numériques

[469] F. CROUZATIER-DURAND, « Les collectivités territoriales dans les politiques d'accès aux soins. Quels remèdes aux inégalités territoriales ? » *in* : POIROT-MAÈRES Isabelle (dir.), *L'accès aux soins. Principes et réalités*, Toulouse, Presses de l'université Toulouse 1 Capitole, Actes de colloque n°8, 2011, p. 249.
[470] CSP, art. L.1433-2.
[471] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), JORF n°0022 du 27 janvier 2016.
[472] CSP, art. L.1434-1.
[473] P. MOUILLER, P. SCHILLINGER, *Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action*, Rapport d'information n°63 fait au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation relatif aux initiatives des territoires en matière d'accès aux soins, Sénat, 14 octobre 2021, p. 10-11.
[474] Instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région.
[475] CSP, art. L.1434-12, Constitution de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ; CSP, D. 6327-3, constitution de plateformes territoriales d'appui (PTA) par l'ARS sur l'initiative des professionnels.

publics territoriaux[476]. *A contrario,* les priorités nationales de déploiement de la télémédecine comme la santé des détenues, bien que rappelées, ne sont que trop peu exploitées, le nombre de projets reste faible avec une grande disparité géographique[477].

88. La recherche d'égalité représentée par le peu de pouvoir laissé aux collectivités au profit d'une centralisation ne doit cependant pas conduire à une forme de retenue de la part des pouvoirs publics. Si l'apport de la santé est maximisé dans des zones sous-dotées en professionnels de santé, le « *virage numérique* »[478] ne doit pas se limiter à ces territoires particuliers. Ils doivent être la cible privilégiée des réformes visant à augmenter l'accès aux soins. La télésanté représente également une nouvelle forme d'accès dans des établissements déjà favorisés en professionnels de santé, en apportant une plus grande liberté pour les détenus qui se voient offrir un choix plus large et plus spécifique d'offre de soins. L'affichage politique d'une volonté de mise en œuvre de la télémédecine doit encore être suivi de mesures renforcées en pratique. La télésanté n'est pas assez déployée sur le territoire de façon générale, et les détenus en subissent inévitablement des conséquences accentuées. La territorialisation est une démarche censée adapter l'offre de soins à chaque territoire dans ses particularités. L'offre de soins à distance favorise sans conteste le respect des droits des personnes privées de leur liberté d'aller et venir. Il faut dès lors intensifier les politiques de Santé publique dans cette dynamique de « télé-accessibilité » aux personnes détenues.

[476] Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS), *Feuille de route du numérique en santé 2023-2027,* mai 2023, p. 23

[477] ARS Grand Est, PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2028, Cadre d'orientation stratégique 2018-2028, COS / SRS & PRAPS / Objectifs quantifiés de l'offre de soins, Juin 2018, p. 71.

[478] Ministère des solidarités et de la Santé, *Accélérer le virage numérique*, Dossier d'information, Feuille de route stratégique du numérique en santé, Ma santé 2022, mai 2019.

Section II - Des soins en prison facilités par une télé-accessibilité

89. Le code de la santé publique mentionne un « *égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité* »[479], notion associée à celle d'accessibilité des soins[480]. Cependant, Mark F. GUAGLIARDO distingue l'accès, qui est réel ou effectif, de l'accessibilité, qui a une dimension potentielle et constitue une composante de l'accès[481]. Dès lors, nous retiendrons cette distinction pour différencier les besoins en matière d'accès physique, technologique en détention (**§ I**), des difficultés d'accessibilité particulières de la télésanté qui doivent être prises en compte par les politiques de santé publique (**§ II**).

§ I – L'amélioration indispensable de l'accès des détenus à cette forme de médecine

90. La modification du cadre juridique relatif à la télésanté s'avère insuffisante pour que la prise en charge à distance dans les lieux privatifs de liberté rencontre une réelle effectivité. L'organisation actuelle de la prise en charge en prison réclame une certaine adaptation pour que ces soins soient effectivement réalisables à distance (**A**). Or cette amélioration par la modernité se heurte à la liberté archaïque des professionnels de santé (**B**).

A. Un accès pratique à développer

91. Pour que l'accès aux soins à distance soit effectif dans toutes ses composantes, il faut reprendre les critères de l'indicateur APL. Les pouvoirs publics doivent s'assurer que les patients ont bien un accès physique de proximité, non pas au professionnel mais à l'outil technologique en détention (**2**). Pour envisager un accès aux soins à distance, cet accès technique dépend toutefois de la bonne volonté organisationnelle de l'administration pénitentiaire (**1**) et doit être associé à la disponibilité des professionnels de santé (**3**).

1) L'accès pénitentiaire

92. L'accès au sein de la structure. La séparation des rôles entre ministère de la santé et de la justice tient notamment à la responsabilité des aménagements immobiliers au sein des établissements pénitentiaires. Certes, l'USMP est un service de l'établissement sanitaire

[479] CSP, art. L.6112-2.
[480] CSP, art. L.6112-2, commentaire Dalloz en ligne, s. a.
[481] M. F. GUAGLIARDO, « *Spatial accessibility of primary care : concepts, methods and challenges* ». *International Journal of Health Geographics*, vol. 3, no 3, 2004 pp 13, cité par G. CHEVILLARD, V. LUCAS-GABRIELLI, J. MOUSQUES. « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'Espace géographique*, vol. 47, no. 4, 2018, pp. 362-380.

implanté géographiquement dans la prison. Mais c'est bien le ministère de la justice qui finance et prend les décisions relatives aux murs de l'USMP[482]. Bien que des concertations aient lieu, avec l'ARS en amont de la construction de nouveaux établissements, les locaux pénitentiaires apparaissent en réalité très peu adaptés à la pratique de la télésanté. Ainsi, la disposition des équipements, l'insonorisation des pièces ou le manque de place peuvent être des obstacles à la télésanté[483].

93. Disponibilité des agents pénitentiaires. Les mouvements dans les établissements pénitentiaires dépendent de l'organisation de son personnel. Aussi, l'accès physique, que ce soit à un professionnel, à des locaux, des outils ou à une télécabine, doit être autorisé et supervisé dès lors qu'il a lieu hors de la cellule.

2) L'accès à la technologie

94. Accès technologique et couverture numérique du territoire. « *La révolution numérique : que de bienfaits en perspective ! On peut même rêver du dossier médical partagé ! Mais il faudra attendre le « haut débit » généralisé* »[484]. Le développement de la télésanté est intrinsèquement lié à une couverture réseau satisfaisante sur l'ensemble du territoire. L'activité est dépendante de la technologie mais aussi et surtout d'un débit internet suffisant pour fonctionner efficacement et de façon sécurisée. Or il existe en France des « zones blanches », zones correspondant à un territoire non couvert par un réseau mobile. Le plus souvent situées en zone rurale, l'expression peut aussi faire référence au programme gouvernemental « zones

[482] C'est l'Agence publique pour l'immobilier de la justice (APIJ) qui est chargée d'assurer les opérations de construction et de réhabilitation menées par le ministère de la justice, établissement public administratif placé sous la tutelle des ministères de la justice et des comptes publics ; Décret n° 2006-208 du 22 février 2006 relatif au statut de l'Agence de maîtrise d'ouvrage des travaux du ministère de la justice.

[483] V. ARNOULD de l'ARS Grand Est nous expliquait également qu'il est difficile de déployer des dispositifs de télémédecine car les locaux de l'USMP n'ont pas été prévu pour à l'origine, la mise en place d'une nouvelle disposition étant physiquement impossible au sein de l'USMP, entretien avec V. ARNOULD, Référente Soins aux Détenus, ARS Grand Est, 09 janvier 2023 ; À titre d'exemple, l'USMP du CP de Faa'a Nuutania dispose d'une seule salle de consultation séparée du bureau du médecin par un rideau. Comment imaginer réaliser un acte de télésanté avec un professionnel extérieur à la détention sans que le médecin sur place n'entende tout ? De plus, cela aurait peu d'intérêt car ne libèrerait pas de temps médical au médecin sur place qui ne pourrait ouvrir la consultation aux autres détenus, faute de pouvoir maintenir la confidentialité. Pour aller plus loin sur la confidentialité dans la relation de soins en télésanté, cf. *infra* n°325 et s., n° 340 et s., n° 387 et s.

[484] S. CASTAIGNE, Y. LASNIER, *op.cit*., pp. 45.

blanches – centres bourgs »[485] initié en 2003[486]. De plus, la problématique de l'aménagement numérique du territoire est d'autant plus prégnante que les zones blanches correspondent le plus souvent aux zones de désertification médicale[487], et donc aux lieux où peuvent se situer certains établissements pénitentiaires.

Les pouvoirs publics se sont saisis de cette question et en janvier 2018, un accord a été signé dans l'objectif d'accélérer la couverture mobile des territoires métropolitains. Le « *New Deal Mobile* », est la manifestation du renoncement de l'État aux enchères en contrepartie de nouvelles obligations pour les opérateurs, notamment une couverture ciblée du territoire et une généralisation de la 4G[488]. Ce « *dispositif de couverture ciblée* » vise à améliorer de manière localisée et significative la couverture de zones dans lesquelles un besoin d'aménagement numérique du territoire a été identifié[489]. La couverture numérique se place entre un cadre européen privilégiant l'initiative privée et la concurrence, un socle législatif qui redonne la main aux collectivités territoriales, et des dispositifs techniques et financiers contrôlés par le gouvernement et le régulateur[490].

3) L'accès à des professionnels de santé

95. Disponibilité temporelle. Si la télémédecine permet de contourner le critère de proximité, on peut s'interroger sur sa pertinence au regard du critère de disponibilité. L'acte de télémédecine peut être décrit comme concomitant, synchrone ou encore simultané lorsque les actions entre le patient et le ou les professionnels se déroulent dans un même temps. Ce sera l'exemple de la téléconsultation. À l'inverse, la téléexpertise ou la télésurveillance peuvent être

[485] Arrêté du 23 décembre 2022 définissant la première liste de zones à couvrir par les opérateurs de radiocommunications mobiles au titre du dispositif de couverture ciblée pour l'année 2023, JORF n°0302 du 30 décembre 2022.

[486] ARCEP, La couverture des zones peu denses, Grand dossier - La couverture mobile en métropole, MAJ sept. 2024, disponible sur https://www.arcep.fr/la-regulation/grands-dossiers-reseaux-mobiles/la-couverture-mobile-en-metropole/la-couverture-des-zones-peu-denses.html (consulté le 10 oct. 2024).

[487] P. VIGIER, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, 16 novembre 2016.

[488] C. BROYELLE, « Itinérance en matière de téléphone mobile : les non-dits de la régulation sectorielle », *AJDA* 2022, p. 814.

[489] Cette identification est réalisée par les collectivités territoriales, puis le ministre chargé des Communications électroniques arrête une liste des zones à couvrir. L'Arcep est quant à elle en charge du contrôle l'avancement des obligations de déploiement des opérateurs ; *V.* ARCEP, Tableau de bord du New Deal mobile, disponible sur https://www.arcep.fr/cartes-et-donnees/suivi-du-new-deal-mobile.html#CouvertureCiblee (consulté le 10 oct. 2024).

[490] H. MAUREY, P. CHAIZE, *Couverture numérique des territoires : veiller au respect des engagements pour éviter de nouvelles désillusions*, Rapport d'information n° 193, Sénat, 2015 ; A. MAUREL, « Comment les collectivités locales peuvent-elles être partenaires de la 5G ? », *AJCT* 2021, p. 129.

réalisées de manière asynchrone. La téléconsultation exige donc, malgré la distance géographique, une présence temporelle concomitante du médecin. Or, L'établissement pénitentiaire, même au centre-ville d'une agglomération bien dotée en professionnels de santé, pourra se heurter à une absence de disponibilité des soignants. De plus, les professionnels de la métropole peuvent difficilement être disponibles avec un décalage horaire de douze heures pour la Nouvelle-Calédonie par exemple. En outre, le critère de densité a ici son importance, dans la mesure où les professionnels disponibles aux horaires « acceptables » pour une prise en charge classique sont peut-être ceux qui habitent sur le territoire concerné. Vient alors un point d'intérêt pour la coopération transfrontalière. La possibilité technologique de contacter un professionnel n'a d'utilité que combinée à une disponibilité des professionnels et à une accessibilité pour les patients détenus, dans le cas contraire, cette innovation pourrait alors mener à la création de « *e-déserts* » médicaux, zones disposant d'un accès aux outils mais où la réalisation d'actes médicaux à distance très difficile.

96. Un changement organisationnel. Pour pouvoir bénéficier des avantages proposés par la télésanté, plusieurs choix s'offrent au législateur. L'organisation sanitaire peut être réformée pour que la prise en charge par télémédecine en milieu carcéral s'ouvre à plusieurs établissements de façon régulière, voire qu'elle soit pleinement intégrée aux usages des professionnels de santé de ville[491]. Il est également possible d'envisager un établissement compétent sur l'ensemble du territoire national et dont la mission serait la prise en charge à distance des personnes écrouées[492]. L'ensemble de la population détenue avoisine les quatre-vingt mille personnes, soit une ville de taille moyenne. Cette plateforme nationalisée pourrait ainsi répondre vingt-quatre heures sur vingt-quatre aux besoins des établissements, y compris hors des ouvertures des USMP et assurer un suivi homogène de l'ensemble de la population détenue, en orientant vers les établissements ou professionnels compétents de chaque ressort le cas échéant. Quelle que soit l'hypothèse, la disponibilité des professionnels à distance se trouvera grandement améliorée. Nous devons toutefois rester prudents quant aux limites que ces changements organisationnels peuvent poser au regard du libre choix par le détenu[493]. L'ouverture à la médecine de ville semble être un moyen cohérent d'élargir les possibilités d'accès à des soins à distance, cependant, les mécanismes de régulation actuels ne sont pas

[491] L. WILLIATTE, N. SALLES, « La Télémédecine », Dossier E-Santé : Actualité de santé publique. *Haut Conseil de la Santé publique*, *adsp* n°108, septembre 2019, pp 16-19.
[492] Ou plusieurs, mais cela pourrait conduire à reproduire les schémas défectueux existants.
[493] Cf. *infra* n° 273 et s.

suffisants pour que les médecins libéraux se concentrent sur les zones déficitaires en offre de soins.

B. Une régulation de la présence sanitaire à amplifier

97. Deux formes de mesures peuvent être prises pour attirer puis pour maintenir des médecins généralistes dans les zones sous-dotées. Ces mesures peuvent être de l'ordre incitatif ou coercitif. Aujourd'hui, ces mesures prennent encore peu en compte les possibilités offertes par la télésanté. Celles-ci interviennent à différents moments de la carrière des médecins, la formation, l'installation, ou au cours de l'exercice[494]. Les moyens coercitifs étant peu pertinents[495], la stratégie adoptée par les pouvoirs publics demeure incitative, par la mise en place de nombreuses aides qui prennent la forme d'incitations financières[496]. Toutefois, l'ineffectivité de ces mécanismes incitatifs (**1**) conduit à ajouter un « filtre numérique » sur ces différents stades de leur parcours professionnel afin de constater l'intérêt de la télésanté pour l'accès aux soins des détenus (**2**).

1) Une ineffectivité constatée des mécanismes incitatifs

98. Le premier temps d'intervention : la formation des futurs médecins. D'abord, concernant le nombre de médecins formés sur le territoire national, dans une démarche économique de limitation des coûts à court terme, le nombre d'étudiants en médecine a fait maladroitement l'objet de choix politiques visant une diminution des professionnels médicaux. C'est le désormais célèbre *numerus clausus*[497], dont les conséquences se font ressentir

[494] G. CHEVILLARD, V. LUCAS-GABRIELLI, J. MOUSQUES. « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'Espace géographique*, vol. 47, no. 4, 2018, pp. 362-380.
[495] C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022, p. 352.
[496] Pour aller plus loin, voir G. CHEVILLARD, V. LUCAS-GABRIELLI, J. MOUSQUES. « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'Espace géographique*, vol. 47, no. 4, 2018, pp. 362-380.
[497] Loi 71-557 du 12 juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur ; Loi n° 79-4 du 2 janvier 1979 portant réforme de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur et relative aux études en pharmacie et au statut des personnels enseignants des unités d'enseignement et de recherche pharmaceutiques (1)

aujourd'hui[498] malgré sa suppression en 2020[499]. Ensuite, il est également possible d'orienter les étudiants vers les spécialités dans le besoin à travers les stages obligatoires comme c'est le cas avec la médecine générale[500]. Enfin, la loi prévoit des incitations financières pour les étudiants qui acceptent de s'installer dans des zones sous-dotées pendant leurs premières années d'exercice, grâce au fameux contrat d'engagement de service public (CESP)[501].

99. Le deuxième temps d'intervention : l'installation des professionnels. Aujourd'hui, ce sont les étudiants déjà issus du milieu rural qui ont plus de probabilité que les autres de s'y installer et d'y rester[502]. La convention de 2016 entre l'Assurance Maladie et les médecins a mis en place quatre nouveaux contrats pour lutter contre la désertification médicale[503], parmi lesquelles le contrat aide à l'installation du médecin (CAIM) sous la forme d'un versement forfaitaire, un contrat de transition pour les médecins proches de la cessation d'activité et qui accueillent un médecin nouvellement installé, ou encore un contrat pour les professionnels apportant simplement leur aide[504] à leurs confrères exerçant en zone d'intervention prioritaire (ZIP). Comme cela a été évoqué, les collectivités territoriales ont également la possibilité d'attribuer ce type d'aides[505]. Elles se sont saisies du sujet en proposant des « *package* » attractifs pour influencer les professionnels à venir s'installer dans leur commune ou département[506].

---

[498] M. MARCHAND, P. PESTIEAU, « Le *numerus clausus* en médecine : pourquoi et comment ? », *Reflets et perspectives de la vie économique*, Tome XLII, 1, 2003, pp.59-70. T. DROMARD, Les effets secondaires du *numerus clausus* gangrènent toujours la médecine, *Challenges*, 29 sept. 2023 ; A. LECHENET, « Déserts médicaux : la fin du numérus clausus, un impact à long terme sur les territoires », *La Gazette*, 02 déc. 2021

[499] La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

[500] Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales ; Arrêté du 18 novembre 2015 relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine

[501] Créé par la loi HPST en 2009.

[502] M. R. MCGRAIL, D. J. RUSSELL, D. G. CAMPBELL, « Vocational training of general practitioners *in* rural locations is critical for the Australian rural medical workforce ». *The Medical Journal of Australia*, vol. 205, nº 5, 2016, pp. 216-221.

[503] Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 25 août 2016 et approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

[504] Contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)

[505] CGCT, art. L.1511-8.

[506] Appartement tout frais payé, installation à la carte, paiement des transports et autres frais, parfois même promesse d'un bateau, les exemples ne manquent pas : Ouest-France, Manche. Le maire promet logement et bateau pour attirer un médecin, 1er août 2018 ; La Dépêche, Désertification médicale : la nouvelle formule "all inclusive" du Lot-et-Garonne pour attirer les médecins, 12 oct. 2023 ; Ouest-France, REPORTAGE. Comment cette commune de la Creuse a-t-elle attiré 45 médecins ?, 24 nov. 2023, TF1, Déserts médicaux : des petites communes réussissent à attirer de nouveaux médecins, 23 nov. 2023

100. Troisième temps d'intervention : les médecins en exercice. Enfin, la troisième et dernière option consiste à intervenir auprès des professionnels déjà en exercice, soit pour les attirer vers une zone déficitaire en offre de soins, soit pour les faire rester lorsqu'ils y sont mais ambitionnent de partir.

101. Les défauts de la stratégie incitative. La multiplication des incitations financières, couplée à l'absence de recensement de l'ensemble des aides à l'installation accordées par les collectivités territoriales a « *pour conséquence le risque de redondance et de concurrence entre territoires, en l'absence de coordination nationale, pour attirer de jeunes internes ou médecins* »[507]. Sont mis en exergues plusieurs causes comme le chevauchement imparfait des différents zonages[508], la superposition de dispositifs concurrents[509] ou encore le manque de coordination entre les acteurs. Or cette multiplication des dispositifs et leur articulation complexe ajoute une difficulté dans leur suivi et donc leur contrôle. Ils se seraient « *superposés et stratifiés, au fil du temps, sans faire l'objet d'une réelle évaluation* »[510] au point qu'il n'existe « *pas de vision consolidée des moyens mobilisés en faveur du rééquilibrage territorial des professionnels de santé* »[511] et qu'il faut « *constater l'absence d'évaluation globale des politiques de régulation des conditions d'installation, ce qui peut s'expliquer par la multiplication et l'intrication des dispositifs qui s'ajoutent et se succèdent sans qu'on ait pris le temps de procéder à des évaluations intermédiaires*. »[512].

102. Une ineffectivité des mesures incitatives. Malgré la « *folle inventivité* »[513] des mesures mises en œuvre par les pouvoirs publics depuis plus de vingt ans pour réduire les inégalités territoriales[514], celles-ci demeurent ineffectives. Car si l'effectivité du Droit est « *la capacité de la règle à orienter le comportement de ses destinataires dans le sens souhaité par le*

[507] Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Chapitre V – La répartition territoriale des médecins libéraux, Cour des comptes, septembre 2011.
[508] *V. not*. V. JEDAT, A. DESNOUHES, M. ANDRIEUX et al., « État des lieux des actions favorisant l'installation des médecins généralistes en France métropolitaine », *Santé Publique*, 2022/2 (Vol. 34), p. 231-241,
[509] Le contrat d'engagement de service public créé en 2009 est venu télescoper des mesures similaires proposées par les collectivités territoriales par exemple.
[510] J.-N. CARDOUX, Y. DAUDIGNY, *Rapport d'information sur l'accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires*, Rapport d'information n° 686 (2016-2017), Sénat, déposé le 26 juillet 2017, p. 33.
[511] J.-N. CARDOUX, Y. DAUDIGNY, *Rapport d'information sur l'accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires*, Rapport d'information n° 686 (2016-2017), Sénat, déposé le 26 juillet 2017, p. 33.
[512] ONDPS, *Les conditions d'installation des médecins en ville en France et dans cinq pays européens*, Vol. 1 mars 2015, p. 10.
[513] M.-L. MOQUET-ANGER, « Égal accès aux soins et déserts médicaux », *in* S. BRIMO, O. RENAUDIE (dir.), *Santé et territoire(s)*, Paris, LexisNexis, 2022, p. 29.
[514] CSP, art. L. 1411-1.

législateur »[515], incontestablement, aucune migration des professionnels de santé n'a encore eu lieu dans le sens escompté[516]. Toujours d'après le même rapport sénatorial[517], il ressort que la part des installations en zones fragiles n'a que faiblement augmenté depuis 2010, comparativement aux autres zones[518]. Les incitations financières individuelles ne sont donc pas suffisantes, pourtant, *« la majorité des actions référencées sont des aides financières pures* »[519]. Or, seul le CESP serait utilisé parmi la multitude de contrats d'État[520], Sophie AUGROS appelant alors à la suppression de ces derniers au profit de la création d'un contrat unique[521]. De plus, si le CESP semble efficace à première vue, il n'existe aucune assurance que ces jeunes professionnels restent dans les zones sous-dotées à la fin de l'engagement contractuel. Les aides financières seules ne joueraient pas un rôle moteur dans la décision d'installation[522], leur caractère direct[523] serait même peu plébiscité. Ainsi, ces aides sont jugées inadaptées voire insuffisantes pour pallier les déserts médicaux[524]. En l'état, les facteurs déterminants à l'installation sont l'accompagnement par les ARS[525], le cadre de vie familial, l'accès aux

---

[515] F. OST, M. VAN DE KERCHOVE, *De la pyramide au réseau. Pour une théorie dialectique du droit*, Bruxelles, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, 2002, p. 329 ; *V.* ég. Y. LEROY, « La notion d'effectivité du droit » *Droit et société*, vol. 3, n°79, 2011 ; J. CARBONNIER, « Effectivité et ineffectivité de la règle de droit », *L'Année sociologique*, LVIII, 1958.

[516] Pour aller plus loin sur l'effectivité du Droit relatif aux inégalités territoriales, *V.* C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022, p. 354.

[517] J.-N. CARDOUX, Y. DAUDIGNY, *Rapport d'information sur l'accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires*, Rapport d'information n° 686 (2016-2017), Sénat, déposé le 26 juillet 2017, p. 33.

[518] Le rapport sénatorial indique une évolution de seulement +0,5 point, J.-N. CARDOUX, Y. DAUDIGNY, *Rapport d'information sur l'accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires*, Rapport d'information n° 686 (2016-2017), Sénat, déposé le 26 juillet 2017, p. 58.

[519] V. JEDAT, A. DESNOUHES, M. ANDRIEUX et al., « État des lieux des actions favorisant l'installation des médecins généralistes en France métropolitaine », *Santé Publique*, 2022/2 (Vol. 34), p. 231-241.

[520] Les contrats type au niveau national comportant des aides financières à l'installation : « contrat d'aide à l'installation des médecins » (Caim), « contrat de début d'exercice », « contrat de praticien territorial de médecine générale » (PTMG), « contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire » (PTMA) ou encore « contrat de praticien territorial de remplacement » (PTMR) ou encore « contrat d'engagement du service public » (CESP).

[521] S. AUGROS, Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins : Rapport pour le ministère de la Santé et des Solidarités, 2019

[522] P. LEMOINE, *Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinion sur les mesures incitatives : enquête auprès des diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille* (promotions 2004 à 2008), thèse dactyl., [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Lille ; 2014.

[523] Pour se distinguer des incitations fiscales

[524] A. DECORDE, X. CRESSENS, Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin, thèse dactyl., [Thèse d'exercice de médecine générale], Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2011 ; cité par V. JEDAT, A. DESNOUHES, M. ANDRIEUX et *al.*, « État des lieux des actions favorisant l'installation des médecins généralistes en France métropolitaine », *Santé Publique*, 2022/2 (Vol. 34), p. 231-241.

[525] S. AUGROS, *Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins* : Rapport pour le ministère de la Santé et des Solidarités, 2019, p. 21 ; Arrêté du 27 juillet 2010 relatif aux modalités de sélection des bénéficiaires du contrat d'engagement de service public, d'attribution et de suspension de l'allocation prévue à l'article L. 632-6 du Code de l'éducation (art. 2 bis). Arrêté du 29 octobre 2013 relatif aux modalités de passation et d'exécution du contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques (art.4)

services publics et aux loisirs[526] ou encore la présence sur le territoire d'autres professionnels de santé[527]. La lutte contre les déserts médicaux s'inscrit dans une politique plus large[528], à laquelle la télésanté peut être intégrée.

2) Un gain d'effectivité envisageable à travers la télésanté

103. La redirection des aides financières. D'abord part il est possible de réorienter les incitations financières vers des dispositifs de télémédecine. C'est le cas des aides financières à l'acquisition d'outils numériques, avec le forfait structure pour la médecine libérale mis en place par la convention médicale de 2016, ou encore l'avenant n°15[529] à la convention nationale des pharmaciens qui établit depuis 2018 les modalités de participation forfaitaire à l'équipement et au temps passé aux activités de téléconsultation. Cela permettrait d'alléger la charge dans les zones sous-dotées. Il est impératif cependant d'informer les médecins tant des aides incitatives dont ils peuvent bénéficier, que des territoires sur lesquels ils peuvent y prétendre[530]. De plus, il est indispensable de limiter la multiplication des aides déjà en cours[531], et de les accompagner d'un contrôle strict sur l'usage qui en est fait par les médecins. À l'occasion d'un rapport sur une proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, Phillipe VIGIER dénonçait à la fois une absence de recensement des initiatives et un manque criant d'évaluation de leur efficacité. Il proposait ensuite la création d'un comité d'évaluation chargé de suivre la mise en œuvre des dispositions de la loi et de proposer, le cas échéant, des modifications[532]. L'ARS exerce une mission de contrôle lorsque des financements sont versés pour accompagner le développement de projet de télésanté[533]. Malheureusement, aucune instance d'évaluation n'existe à ce jour pour contrôler la bonne application des textes visant au

---

[526] O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS, *Les déserts médicaux en question*, *op. cit.*, p. 15- 25.

[527] CNOM, *Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés*, 11 avril 2019, disponible en ligne (consulté le 08 octobre 2024).

[528] Qui prendrait en compte les problématiques d'accessibilité aux soins mais également les enjeux qui frappent les zones rurales. Par exemple, le dépeuplement s'additionne à au vieillissement, à la pauvreté et à la rupture technologique.

[529] Avenant n°15 à la convention nationale des pharmaciens conclu le 6 décembre 2018 et approuvé par arrêt du 2 septembre 2019.

[530] C. COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022, p. 353.

[531] L'ARS Grand Est et le GIP Pulsy ont ainsi déjà constaté le croisement d'une subvention accordée à un établissement de soins dans le cadre de deux appels à projet différents, pour les mêmes équipements. Il y a donc un risque de perte d'argent public, soit par le double financement du même équipement, soit par le financement d'un outil sans vérification que celui-ci est bien financé et utilisé par les établissements.

[532] P. VIGIER, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, 16 novembre 2016.

[533] Exemple de la « feuille de route télémédecine » Grand Est 2021-2023, en ligne, URL : https://www.grand-est.ars.sante.fr/la-feuille-de-route-telemedecine-grand-est-2021-2023

développement de la télémédecine. Ensuite, cette redirection vers l'action à distance des professionnels peut être réalisée en limitant les conséquences négatives pour les praticiens concernés qui ne sont alors pas obligés de s'installer définitivement dans des zones peu attractives. Enfin, en agissant sur leur environnement professionnel, ne serait-ce que par une présence virtuelle de confrères, la télésanté lèverait en ce sens une partie des obstacles à l'installation en zone déficitaire[534]. Il faut toutefois raison garder, la télésanté ne constitue qu'une réponse partielle[535] aux inégalités territoriales d'accès aux soins.

104. L'accent sur la formation des futurs médecins. En matière de télésanté, certaines rubriques du programme des étudiants en médecine s'intéressent aux actes de télésanté ou au contexte du numérique en santé[536]. Mais la mise en œuvre pratique dépend essentiellement des stages choisis durant le parcours de l'étudiant, ou des pratiques existantes lors de son internat. Dans un premier temps, une modification du programme national n'apparaît pas essentielle, si ce n'est pour s'assurer que le cadre réglementaire relatif à la sécurité numérique, à la protection des données à caractère personnel et au respect des droits du patient dans une prise en charge à distance et sont bien maîtrisées. Dans un second temps, à l'instar des stages en médecine générale, une partie de la pratique devra obligatoirement être réalisée au moyen de dispositifs de télésanté. Ainsi, quel que soit la spécialité choisie lors de l'internat, tout professionnel titularisé aura des compétences et des connaissances nécessaires pour envisager une pratique à distance pour une part de son activité.

105. Une résolution coercitive efficace pour les détenus. Sans aller aussi loin que pour les pharmacies d'officine, il est possible d'envisager une mesure coercitive limitant la totale liberté laissée aux médecins, dans l'objectif de réduire les inégalités d'accès aux soins en détention. Le libre choix de l'installation des médecins n'a pas besoin d'être remis en cause, dès lors qu'il peut leur être imposé un temps d'intervention à distance, dirigée exclusivement vers les zones sous-dotées. Ainsi un professionnel souhaitant s'installer dans une zone urbaine voire métropolitaine déjà surchargée de professionnels médicaux pourra toujours le faire. Néanmoins, celui-ci sera dans l'obligation, au moins sur les premières années d'exercice, d'accorder un temps de consultation ou d'expertise à des patients dont l'accès est limité. Les

[534] C COLLET, *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, p. 352.
[535] M.-L. MOQUET-ANGER, « Télémédecine et égal accès aux soins », *op., cit.*, p. 19.
[536] Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, JORF n°0095 du 23 avril 2013, objectif n° 16, objectif n°17.

possibilités sont infinies et il est possible d'envisager une obligation assez large, ou au contraire de préciser spécifiquement pour chaque spécialité ou type de poste l'obligation incombant au professionnel. L'Assurance Maladie pourrait alors être le relai de cette obligation en contrôlant le remboursement des actes cotés par le professionnel. Cette solution coercitive serait extrêmement intéressante pour les lieux privatifs de libertés. D'abord parce que les professionnels souhaitant exercer dans un établissement particulier[537] seraient dans l'obligation d'accorder du temps médical aux établissements plus éloignés, en manque ou dénués de présence médicale. Ensuite parce que, en considérant l'établissement pénitentiaire comme une zone sous-dotée[538], on pourrait sans difficulté imaginer un dispositif dans lequel des professionnels qui ne souhaitaient pas intervenir initialement dans un établissement pénitentiaire seraient dans l'obligation de prévoir un temps médical dédiés aux patients. Une démarche en ce sens nécessiterait une modification législative du texte prévoyant que l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire d'un établissement fonctionne uniquement avec le personnel d'un établissement sanitaire de référence. La coopération se fait aujourd'hui entre deux établissements. La télésanté laisse entrevoir une possibilité de coopération entre plusieurs établissements de santé, mais également plusieurs unités sanitaires de différents établissements pénitentiaires. C'est une souplesse et une agilité apportée à la prise en charge des personnes privée de liberté.

§ II – L'amélioration indispensable de l'accessibilité des détenus à cette forme de médecine

106. L'accessibilité doit être entendue comme la possibilité, la faculté d'avoir accès à quelque chose[539]. Si un accès technique et organisationnel est mis en place, il n'induit pas nécessairement une accessibilité des détenus à la télésanté. Le caractère particulier des outils technologiques employés fait de la notion « d'accessibilité technologique » (**A**) un frein potentiel à l'accessibilité par les détenus à la télésanté (**B**).

[537] C'est le cas notamment pour l'UHSI de Nancy qui fait partie du CHRU, dispose de moyens et de profils différents ce qui emporte l'intérêt des professionnels. C'est donc bien plus attractif que d'effectuer des consultations de médecine générale au centre de détention de Montmédy ou de Saint-Mihiel. Propos recueillis du Docteur SEGONDY, entretien réalisé le 20 fév. 2023 à l'UHSI de Nancy.

[538] Dont l'identification est faite par les ARS ; Arrêté du 1er octobre 2021 modifiant l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP.

[539] Dictionnaire de l'Académie française, Dictionnaire de l'Académie française, 9e éd., *V.* « Accessibilité ».

A. Un accès à la télésanté subordonné à l'accessibilité technologique

107. Une exclusion du numérique. Selon les derniers chiffres de l'INSEE, 15 % de la population était en situation d'illectronisme en 2021[540]. L'illectronisme est « *la situation d'une personne ne possédant pas les compétences numériques de base*[541]*, ou ne se servant pas d'Internet*[542] »[543]. Cette notion représente donc « *la difficulté, voire l'incapacité, que rencontre une personne à utiliser les appareils numériques et les outils informatiques en raison d'un manque ou d'une absence totale de connaissances à propos de leur fonctionnement. Le terme illectronisme transpose le concept d'illettrisme le domaine de l'informatique* »[544]. Malgré une légère baisse depuis la crise sanitaire[545], ces chiffres forcent l'inquiétude et peuvent s'expliquer par des causes essentiellement structurelles.

108. L'âge avancé favorise l'illectronisme. On constate que l'illectronisme est plus répandu parmi les seniors. Plus une personne est âgée, moins elle se sert du numérique, ce qui mène à ce que plus d'une personne de soixante ans ou plus sur trois est en situation d'illectronisme[546]. À cela s'ajoute une réalité, les personnes âgées vivent plus volontiers à la campagne qu'en ville. Ils représentent ainsi une plus grande part de la population des communes rurales que de celles des communes urbaines[547]. Malgré un phénomène de gentrification dans certaines zones rurales[548] – le remplacement de populations rurales autochtones par de nouveaux habitants, venant généralement des villes, issus des classes moyennes ou supérieures[549] – 6,4 millions de personnes âgées de soixante ans ou plus résident dans ces espaces[550], et leur nombre a augmenté

---

[540] H. BENDEKKICHE, L. VIARD-GUILLOT, *15 % de la population est en situation d'illectronisme en 2021*, INSEE, 22 juin 2023.

[541] Comme rechercher des informations en ligne, communiquer en ligne, utiliser des logiciels, protéger sa vie privée, résoudre des problèmes en ligne, etc.

[542] Incapacité ou impossibilité matérielle de l'utiliser dans les trois derniers mois

[543] H. BENDEKKICHE, L. VIARD-GUILLOT, *op. cit.*

[544] L. MORLET-HAÏDARA, « Le futur espace numérique de santé : un formidable outil de prévention », *JDSAM*, 2021/1, n° 28, pp. 30-35.

[545] H. BENDEKKICHE, L. VIARD-GUILLOT, 15 % de la population est en situation d'illectronisme en 2021, Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 22 juin 2023, fig 4.

[546] Il affecte 61,9% des 75 ans ou plus, 24,2% des 60-74 ans (contre 2,4% des 15-24 ans) ; 36% des retraités sont en situation d'illectronisme : Hayet BENDEKKICHE, Louise VIARD-GUILLOT, 15 % de la population est en situation d'illectronisme en 2021, *op. cit.*

[547] L'INSEE constate que 24% des habitants des communes rurales ont 60 ans et plus, alors que seulement 19.8% dans les communes de plus de 200 000 habitants et 16% en agglomération parisienne : G. DESPLANQUES, « Géographie de la population âgée en France », *Retraite et société*, 2005/2, nº 45, Tableau 1, pp. 23-41.

[548] F. COGNARD, 2012, « Les nouveaux habitants dans les régions rurales de moyennes montagnes en France : de la recomposition sociale au développement territorial ? », *in* « L'arrivée des néo-ruraux dans les campagnes : impacts et défis », *Canadian Journal of Regional Science*, 34(4), pp. 177-188.

[549] A. GONIN, C. QUÉVA, *Géographie des espaces ruraux*, Paris, Armand Colin, « Portail », 2018, p. 50-75.

[550] Sur un total de 17.7 millions soit 27% de la population française : L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2022, Panoramas de la DREES, 23 décembre 2022.

entre 2008 et 2018[551]. Les détenus sont également touchés, dans une moindre mesure, par les problématiques inhérentes au vieillissement de la population, mais ce n'est pas ici le point déterminant.

109. Illectronisme et illettrisme. Dès 2015, le CNOM avait présenté dans son livre blanc « *De la e-santé à la santé connectée* »[552] un objectif de développement pour la « *littératie numérique* »[553]. C'est à travers l'école que « *l'État peut prévenir " l'illectronisme ", avant qu'il ne devienne un nouvel avatar de l'illettrisme* »[554]. Selon la mission d'information « *Lutte contre l'illectronisme et pour l'inclusion numérique* »[555], la priorité a longtemps été la couverture numérique du territoire, et non la maîtrise des usages par les personnes. Les pouvoirs publics ont longtemps considéré que l'équipement numérique suffisait, et en ont fait leur priorité, mais « *une tablette magique ne suffit pas à effacer la fracture numérique*[556] »[557]. Jean-Marie PONTIER rappelle, deux décennies après Lionel Jospin, que cette politique ne peut avoir de sens que si elle est conduite parallèlement avec la lutte contre l'illettrisme[558]. L'illettrisme touche 7 % de la population française, soit environ 2,5 millions de personnes[559]. Or, si l'illettrisme ne coïncide que partiellement avec l'illectronisme, le numérique est une activité textuelle, et ce d'autant plus lorsqu'il s'agit d'exercer ses droits à travers un outil numérique.

110. Le faible niveau de vie induit des difficultés d'accès au numérique. Le plus souvent, non-usage et non-équipement en accès Internet à domicile[560] vont de pair. Les internautes non équipés font près de deux fois plus souvent partie des 20 % de ménages aux niveaux de vie les plus faibles que les internautes équipés. L'illectronisme affecte en priorité les plus modestes : les ouvriers sont plus touchés que les cadres ; les habitants des départements et régions d'outre-

[551] Observatoire des territoires, Géographie de la structure par âge en France et son évolution récente, Cahier n°1, Territoires et transitions : enjeux démographiques, 2021 ;
[552] CNOM, De la e-santé à la santé connectée, Le livre blanc du CNOM, janvier 2015, p. 3.
[553] Consistant à Promouvoir l'éducation au numérique pour tous les citoyens et les entrepreneurs.
[554] Déclaration de L. JOSPIN, Premier ministre, sur la mise en œuvre et les orientations de développement du Programme d'action gouvernementale pour la société de l'information (PAGSI), 20ème Université d'été de la communication, Hourtin, 26 août 1999.
[555] R. VALL, *Mission d'information « Lutte contre l'illectronisme et pour l'inclusion numérique »* Rapport d'information, Rapport Sénat n° 711 (2019-2020), p. 214.
[556] Celle-ci s'est même élargie outre-mer, qui n'a pas bénéficié de la baisse des prix de la téléphonie mobile.
[557] R. VALL, *Mission d'information « Lutte contre l'illectronisme et pour l'inclusion numérique » op. cit.*, p. 162.
[558] J.-M. PONTIER, Lutte contre l'illectronisme ?, Actualité juridique Droit administratif, 2020, 39, p. 2225. hal-03854224
[559] N. JONAS, Pour les générations les plus récentes, les difficultés des adultes diminuent à l'écrit, mais augmentent en calcul, division Emploi, INSEE, décembre 2012.
[560] Ni connexion fixe, ni connexion mobile.

mer ; les moins diplômés ; les individus vivant seuls ou en couple sans enfant[561]. Ces catégories de personnes subissent la double peine. Ce sont les mêmes foyers de populations qui ont un besoin élevé de soins mais qui sont paradoxalement sont concernés par le manque d'offre de soins et le manque d'offres numérique. Souvent les zones sous dotées en professionnels de santé se superposent aux zones blanches. Pour les détenus qui sont généralement dans l'une de ces catégories[562], on parlera cyniquement de triple peine.

B. La population écrouée, exclue du numérique

111. Un public particulièrement touché par les freins au numérique. Les personnes détenues sont encore davantage ce qu'on pourrait appeler des exclus du numérique. Comme dit précédemment, le numérique est une activité textuelle, or plus d'un détenu sur dix est en situation d'illettrisme[563] et 7% n'ont pas pour langue maternelle le français[564]. Selon ROUSSEAU[565] la bonne organisation d'une société repose sur un pacte garantissant l'égalité entre les citoyens. Ce pacte social est souvent mentionné dans les discussions relatives à l'insertion des personnes détenues. Dans une société hyperconnectée, où l'on voit apparaître une forme de dépendance technologique, l'illectronisme est un obstacle à l'exercice des droits des personnes et donc de l'accès à l'égalité, et par conséquent à la bonne existence de ce pacte social. Pour les personnes privées de liberté comme pour le reste de la population, la question se pose selon deux aspects. Celui de l'accès à l'équipement d'une part, et celui de la capacité à se servir des outils numériques d'autre part. En effet, dans le cas particulier des personnes faisant l'objet d'un placement en psychiatrie sous contrainte, ces dernières ne sont pas seulement privées de leur liberté d'aller et venir. Elles font également face à des difficultés qui présentent un risque de rupture d'égalité voire de discrimination, car elles ne disposent pas forcément des capacités cognitives ou psychiques leur permettant d'utiliser les outils disponibles, et donc d'exercer pleinement leurs droits. On ferait alors face à « *l'abandon du*

---

561 H. BENDEKKICHE, L. VIARD-GUILLOT, 15 % de la population est en situation d'illectronisme en 2021, *op. cit.*

562 *V.* not. P. MORVAN, *Criminologie*. 4e édition. Paris, LexisNexis, 2022 ; R. GASSIN, *Criminologie*. 6e édition. Paris, Dalloz, 2007. ; X. RAUFER, « Criminologie, faits et données ». *Sécurité globale* 25.1, 2021, pp. 125-134 ; C. MENABE, *Réflexions critiques sur la criminalité féminine*, Thèse, 2013, Université de Lorraine ; D. TIELEMAN, « Criminologie, architecture et territoire : Liens durables et parfois invisibles entre la criminalité et l'espace construit ». *Revue nouvelle*, Tournai, Belgique, N° 2.2, 2022, pp. 54-61.

563 OIP, Enseignement en prison : des besoins criants, 1er avril 2021, disponible en ligne.

564 Les canadiens québécois utilisent le terme « Allophone » pour définir littéralement « *personne dont la langue maternelle est une langue étrangère du pays où elle se trouve* » : Dictionnaire de l'Académie française, 9e éd., *V.* « Allophone ».

565 J.-J. ROUSSEAU, *Du contrat social ou Principes du droit politique*, 1762.

principe de solidarité actuel au profit d'une société d'individus connectés mais potentiellement toujours aussi isolés »[566].

112. Une exclusion numérique de tous les services publics. Selon Jean-Marie PONTIER, l'exclusion numérique due à une politique de dématérialisation généralisée rend difficile l'accès à leurs droits par un grand nombre de bénéficiaires**.** Ainsi, *« si la saisine de l'administration par voie électronique n'est pas juridiquement obligatoire[567], de fait elle l'est »[568]*. Est exprimé ici l'un des paradoxes du numérique — en santé comme en général – qui est un formidable outil d'accès aux droits, si l'accessibilité est rendue possible. Or, la fracture numérique territoriale subsistant, l'accès aux droits est aujourd'hui loin d'être effectif. La dématérialisation est aussi un moyen de réduire les dépenses publiques. Cependant, si elle permettrait d'économiser 450 millions par an à l'État, *« la dématérialisation généralisée des services publics à marche forcée, pour 2022, laisse sur le bord de la route trois Français sur cinq, incapables de réaliser des démarches administratives en ligne »*[569]. Le rapport d'information, s'il vante l'idée d'une stratégie nationale, dénonce l'insuffisance de moyens alloués à la stratégie fixée en 2018 et son manque d'ambition[570]. En effet, il est étonnant de voir le peu de moyens alloués à une telle démarche alors que les études pointent vers des économies jusqu'à quatre-vingt fois supérieures[571]. La mission d'information du Sénat présente, pour la politique d'inclusion numérique, différentes propositions rassemblées autour de grands axes, comme passer d'une logique 100 % dématérialisation à une logique 100 % accessible, l'exclusion par le coût étant dénoncée comme angle mort de la Stratégie nationale pour un numérique inclusif, et devant être combattue plus efficacement. Éric PAILLISSÉ s'interroge sur la possibilité d'étendre la position du juge administratif pour les étrangers demandeurs d'asile à la situation des

[566] M. VERPEAUX, « De la e-psychiatrie à la m-psychiatrie ? », *L'information psychiatrique* 2016/6, volume 92, p. 438.
[567] Conseil d'État a rappelé, le 27 novembre 2019, l'absence de caractère juridiquement obligatoire de cette saisine par voie électronique : CE 27 nov. 2019, n° 422516, La CIMADE, Lebon T. ; AJDA 2019. 2461
[568] J.-M. PONTIER, Lutte contre l'illectronisme ?, Actualité juridique Droit administratif, 2020, 39, p. 2225.
[569] R. VALL, *Lutte contre l'illectronisme et pour l'inclusion numérique,* Rapport d'information n° 711, Sénat, 2020, p. 5.
[570] En effet, on peut s'interroger sur le fait que le principal outil déployé dans cette Stratégie, était le pass numérique, devant servir à former 2,5 millions de Français éloignés du numérique d'ici 2022. Or, l'Agence nationale de la cohésion des territoires donne le chiffre de 400 000 personnes accompagnés pour 22 millions d'euros mobilisés en 2019 et 2020.
[571] Dans son rapport de 2018 France stratégie parle de bénéfices attendus à 1.6 Milliards d'euros par an d'économie si la fracture numérique se résorbait, voir : Les bénéfices d'une meilleure autonomie numérique, *France Stratégie, juillet 2018.*

détenus[572]. Par une décision du 3 juin 2022[573], le Conseil d'État a précisé que la légalité de l'obligation d'introduction de certaines demandes au moyen d'un système de téléservice est subordonnée au fait qu'elle soit en mesure « *de permettre l'accès normal des usagers au service public et de garantir aux personnes concernées l'exercice effectif de leurs droits* » et ce, afin de garantir le respect du principe d'égalité devant le service public[574]. Ainsi, la mise en œuvre de toute démarche dématérialisée doit offrir « *la possibilité de recourir à une solution de substitution* » lorsqu'elle s'adresse à un public n'ayant pas ou peu accès à l'outil numérique[575] ce qui pourrait trouver un intérêt certain dans le cadre du contentieux relatif à l'accès au droit des personnes détenues[576]. Par conséquent, à l'article L. 1110-8 du CSP s'ajoute à ce principe posé par le juge administratif comme garde-fou de l'utilisation systématique de la e-santé sans possibilité pour le patient d'une alternative. La mise en œuvre de la télésanté en détention doit nécessaire s'inscrire dans cette dynamique d'inclusion au numérique pour éviter que l'écosystème administratif[577] plonge le patient *« dans un « hors-espace » où les situations peuvent devenir kafkaïennes* »[578].

113. Accessibilité physique. L'une des composantes de l'accès au numérique est l'accessibilité physique. L'accessibilité au numérique doit prendre en compte toutes les formes de handicap[579]. Déjà en 2003 se posait la question du handicap visuel, dans la mesure où 85% des personnes de plus de cinquante ans ont un problème de vue[580]. En matière d'accessibilité, la législation a pris le sujet à bras le corps avec la loi du 11 février 2005 qui impose des normes de conformité[581] pour tous « *les services de communication publique en ligne des services de*

---

[572] É. PAILLISSÉ, L'égalité devant le service public des personnes détenues : potentialités indirectes de l'arrêt du Conseil d'État du 3 juin 2022, Dalloz Actualité, 30 juin 2022.
[573] CE 3 juin 2022, n° 452798.
[574] Ainsi, l'administration « *doit tenir compte de l'objet du service, du degré de complexité des démarches administratives en cause et de leurs conséquences pour les intéressés, des caractéristiques de l'outil numérique mis en œuvre ainsi que de celles du public concerné, notamment, le cas échéant, de ses difficultés dans l'accès aux services en ligne ou dans leur maniement* ».
[575] É. PAILLISSÉ, « L'égalité devant le service public des personnes détenues : potentialités indirectes de l'arrêt du Conseil d'État du 3 juin 2022 », *Dalloz Actualité*, 30 juin 2022.
[576] Dans la décision CE 19 oct. 2020 n° 439372, le Conseil consacrait déjà « la vulnérabilité des détenus et […] leur situation d'entière dépendance vis-à-vis de l'administration », pour aller plus loin *V.* M.-C. de MONTECLER, « Conditions de détention indignes, le Conseil d'État répond à la CEDH », *Dalloz actualité*, 22 oct. 2020.
[577] I. HAUGER, A. GARAY, « télémédecine gériatrique, enjeux et défis », *RGDM*, 2016, n°60, p. 227.
[578] L. HE, « La sécurité sociale à l'ère du numérique : quel renouveau de la solidarité ? », *RDSS*, 2023, p. 301, à propos des interlocuteurs robotiques et la diffusion de l'IA dans nos services publics notamment.
[579] Non ou mal voyants, sourds.
[580] 1.3 millions de français avec une déficience visuelle, cent milles aveugles, 2.3 millions atteints de daltonisme : B. THIEFFRY, « L'accessibilité aux nouvelles technologies de l'information et de la communication et l'accessibilité en termes d'aménagement du territoire », *in* F. BODIN (dir.), *Populations, handicaps et aménagements durables : perspectives internationales, Tome 2, Hommes et Terres du Nord*, 2003/3, pp. 54-60
[581] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n°36 du 12 février 2005.

l'État, des collectivités territoriales et des établissements publics qui en dépendent »[582]. De cette obligation légale découle le Référentiel général d'accessibilité pour les administrations (RGAA), dont la création est concomitante à la publication du décret d'application du 14 mai 2009[583]. Arrêté conjointement par le ministre chargé des personnes handicapées et le ministre chargé du numérique, il fixe les modalités techniques de mise en œuvre de cette accessibilité. D'abord sous la responsabilité de la Direction interministérielle des systèmes d'information et de communication de l'État (DSIC) en 2011[584], puis sous la Direction interministérielle du numérique (DINUM) depuis 2019[585], des évolutions de ce référentiel sont régulièrement publiées, la dernière version en date, la quatrième, ayant été fixée le 20 septembre 2019[586]. Chaque site internet public doit désormais publier une déclaration d'accessibilité informant du niveau de conformité au référentiel. Le manquement aux obligations déclaratives pouvant entraîner une sanction financière prononcée par le ministre chargée des personnes handicapées. La Direction générale de la cohésion sociale est chargée de vérifier le respect des obligations et de proposer les sanctions[587]. Cependant, pour les établissements privés, s'il existe une obligation relative à l'accessibilité physique des personnes dans un lieu accueillant du public[588], aucune obligation n'existe quant à l'accessibilité de leurs sites internet. Cela dit, des outils de *soft law*[589] paraissent alors suffisant. La production de normes et référentiels d'accessibilité devrait suffire à faire évoluer les sites et logiciels médicaux privés, au risque pour eux de se priver d'une patientèle conséquente.

114. Le cadre juridique restrictif dans le cadre de l'espace numérique de santé. Le législateur a pris la mesure de cette question, particulièrement dans le cadre du développement

[582] Article 47 loi n° 2005-102 du 11 février 2005 précitée.
[583] Décret n° 2009-546 du 14 mai 2009 pris en application de l'article 47 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et créant un référentiel d'accessibilité des services de communication publique en ligne, JORF n°0113 du 16 mai 2009.
[584] Décret n° 2011-193 du 21 février 2011 portant création d'une direction interministérielle des systèmes d'information et de communication de l'État, JORF n°0044 du 22 février 2011.
[585] Décret n° 2019-1088 du 25 octobre 2019 relatif au système d'information et de communication de l'État et à la direction interministérielle du numérique, JORF n°0251 du 27 octobre 2019.
[586] Décret n° 2019-768 du 24 juillet 2019 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des services de communication au public en ligne, JORF n°0171 du 25 juillet 2019.
[587] Depuis, le 6 septembre 2024, le secteur public est passible d'une sanction pour défaut de conformité dont le montant maximal est fixé à 50 000 €, et renouvelable tous les 6 mois ; Ordonnance n° 2023-859 du 6 septembre 2023 prise en application du 1° du VII de l'article 16 de la loi n° 2023-171 du 9 mars 2023 portant diverses dispositions d'adaptation de l'Union européenne dans les domaines de l'économie, de la santé, du travail, des transports et de l'agriculture.
[588] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et liens vers les décrets d'application
[589] Conseil d'État, *Le droit souple*, Étude annuelle, 2013 ; Lavergne, Benjamin, et Nathalie Jacquinot. *Recherche sur la soft law en droit public français*, Toulouse, Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2017. Web.

du dossier médical partagé et de l'espace numérique de santé[590] qui doit être une figure de proue de l'accès aux soins et à l'information sur sa santé, principalement grâce à la prévention[591]. Il a d'ores et déjà spécifié que les opérateurs devront s'astreindre à respecter des référentiels d'engagements éthiques ainsi que des labels et des normes envisagés à l'article L. 1111-13-2 du code de la santé publique. Or, ces labels et normes devront s'attacher à ce que soient mises en œuvre des mesures en faveur des « *personnes rencontrant des difficultés dans l'accès à internet et dans l'utilisation des outils informatiques et numériques* »[592]. Cette nouvelle forme d' « e-inclusion » trouve une importance significative tant « *l'inclusion sociale dans une société et une économie où le numérique joue un rôle essentiel* »[593]. La fracture numérique est bien sociale et générationnelle, représentant un handicap dans une société toujours plus numérisée[594], et ce d'autant plus pour un public particulièrement exclu et fragilisé par différents facteurs. L'objectif de l'enfermement n'est pas la création d'individus inadaptés à la société dans laquelle ils seront amenés à se réintégrer[595]. La télésanté offre aux pouvoirs publics une possibilité de respecter davantage les droits des patients, quand bien même ils seraient détenus.

115. Le remboursement, première étape d'inclusion. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a fait basculer le financement de la télémédecine dans le droit commun de la sécurité sociale[596]. Les tarifs de remboursement de la téléconsultation similaires à la consultation en présentiel, qu'elle soit réalisée en cabinet ou en télécabine[597], ont mené à sa démocratisation. Il était également en filigrane l'amélioration du maillage sanitaire du territoire[598]. Cependant, cet objectif est encore loin d'être atteint, la téléconsultation étant un

---

[590] Cf. *infra* n°2009 et s.

[591] L. MORLET-HAÏDARA, « Le futur espace numérique de santé : un formidable outil de prévention », *JDSAM*, 2021/1, n° 28, pp. 30-35.

[592] Article L. 1111-13-1 III du CSP.

[593] Fondation travail-université Asbl (ftu), *Propositions pour un plan national e-inclusion horizon 2020*, Commande du spp Intégration sociale, Namur, Belgique, décembre 2013 ; B. BOUQUET, M. JAEGER. « L'e-inclusion, un levier ? », *Vie sociale*, vol. 11, no. 3, 2015, pp. 185-192.

[594] R. VALL, *Mission d'information « Lutte contre l'illectronisme et pour l'inclusion numérique »* Rapport d'information, Rapport Sénat n° 711 (2019-2020), p. 1.

[595] C. pén., art. 130-1 « *La peine a pour fonction : […] 2° De favoriser son amendement, son insertion ou sa réinsertion*. »

[596] Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 54 ; suivie par l'arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 25 août 2016 qui fixe les modalités de mise en œuvre et de tarification de la télémédecine pour les actes de téléconsultation et de télé-expertise.

[597] L'arrêté du 1er août 2018 portant approbation par arrêté ministériel de l'avenant n°6 à la convention médicale a fait entrer la téléconsultation dans le droit commun de la prise en charge des actes médicaux par l'Assurance Maladie.

[598] P. MOUILLER, P. SCHILLINGER, Rapport Sénat, « Les collectivités territoriales à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action » 20 octobre 2021,

outil presque exclusivement utilisé en milieu urbain[599] par des populations jeunes donc moins concernées par les pathologies chroniques. De plus, des interrogations commencent à naître sur le potentiel négatif de la télémédecine et les risques de « *médecine fast-food* »[600]. Afin de respecter l'obligation positive de l'État d'agir en faveur de la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins, les mesures visant à favoriser l'accès en détention devront également s'assurer de l'accessibilité réelle pour les détenus.

[599] DREES, Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains, Etudes et résultats, n°1249, 08 déc. 2022.
[600] N. CAMUS, « Contre une télémédecine Fast Food », *Medaviz*, 8 fév. 2023 : « *Après le « binge-watching », évitons le « binge-consulting » !* ».

Conclusion du Chapitre II

116. La recherche d'égalité représentée par le peu de pouvoir laissé aux collectivités au profit d'une centralisation ne doit cependant pas conduire à une forme de frilosité de la part des pouvoirs publics. Si l'apport de la télésanté est maximisé dans des zones sous dotées en professionnels de santé, le « virage numérique »[601] ne doit pas se limiter à ces territoires particuliers. Ceux-ci doivent être la cible privilégiée des réformes visant à augmenter l'accès aux soins. La télésanté représente également une nouvelle forme d'accès dans des établissements pourtant privilégiés en effectifs médicaux, en apportant une plus grande liberté pour les détenus qui se voient offrir un choix plus large et plus spécifique d'offre de soins. L'affichage politique d'une volonté de mise en œuvre de la télémédecine doit encore être suivi de mesures renforcées en pratique. La télésanté n'est pas assez déployée sur le territoire de façon générale, et les détenus en subissent inévitablement les répercussions de façon accentuée. La territorialisation est une démarche censée adapter l'offre de soins à chaque territoire dans ses particularités. L'offre de soins à distance favorise sans conteste le respect des droits des personnes privées de leur liberté d'aller et venir. Il faut dès lors intensifier les politiques de santé publique en faveur de cette dynamique de « télé-accessibilité » aux personnes détenues.

117. La démocratisation de la télésanté en détention est dépendante de facteurs multiples et extérieurs. L'administration pénitentiaire doit être sollicité lors de la construction de nouveaux établissements afin de prendre en compte les exigences relatives à la télésanté. Les différents projets au niveau d'un établissement pénitentiaire seront également dépendants de la direction pour pouvoir intégrer dans son organisation les mouvements nécessaires à l'exercice de cette forme de médecine. À cela s'ajoutent les contraintes techniques, et la disponibilité des professionnels de santé. Pour cette raison, il doit être envisagé certaines mesures d'accompagnement, grâce à la télésanté, orientant les pratiques professionnelles vers un meilleur accès aux soins en détention. Les personnes écrouées sont la cible de cette amélioration de l'accès aux soins, mais elles ont une capacité réduite d'accessibilité aux outils dédiés. Le déploiement des outils perd tout son intérêt si les patients ne peuvent pas les utiliser. C'est pourquoi le changement de cadre relatif à la télésanté en milieu carcéral doit être associé à une

[601] Ministère des solidarités et de la Santé, « Accélérer le virage numérique », Dossier d'information, Feuille de route stratégique du numérique en santé, Ma santé 2022, mai 2019.

politique de prévention et d'éducation au numérique, ainsi qu'à des mesures d'accessibilité claires et unifiées sur l'ensemble des établissements.

Conclusion du Titre I

« *Le progrès n'est que l'accomplissement des utopies* ».
Oscar WILDE.

118. Le législateur œuvre depuis les années 1990 à la recherche d'une forme d'égalité entre les patients incarcérés et les patients en milieu libre, matérialisée par la prise en charge financière de leurs frais de santé par l'Assurance Maladie. Considérés comme vulnérables, les détenus font également l'objet d'une particulière vigilance de la jurisprudence relative au droit d'accès aux soins, qui maintient une protection spécifique à ces personnes privées de leur liberté. Néanmoins, une véritable égalité des droits entre milieu fermé et milieu ouvert est utopique, tant les contraintes de la détention pèsent sur l'organisation de la prise en charge sanitaire. L'offre de soins y est sous-dimensionnée et particulièrement hétérogène selon les établissements. En fonction de leur répartition sur le territoire, les professionnels de santé rencontrent plus ou moins de difficultés d'accès aux établissements, difficultés auxquelles s'ajoutent la faible attractivité de l'exercice en détention comme le rappelait le CGLPL en 2012.

119. Il relève de la responsabilité de l'État de mener à bien la politique de santé, qui doit tendre à la réduction des inégalités territoriales de santé. Or, cette politique, comme l'objectif de protection de la santé en détention auquel doit également s'attacher l'État, s'avère plus aisément réalisable grâce aux nouvelles technologies. L'encadrement de la télémédecine et de son remboursement par l'Assurance Maladie prouve que le législateur s'est saisi du sujet.

120. Les pouvoirs publics manifestent une ambition de développement de la télémédecine au niveau national et territorial, notamment en facilitant la collaboration entre la médecine de ville et l'hôpital, afin de mettre fin aux inégalités d'accès aux soins en milieu carcéral. En faisant entrer la médecine en prison par des moyens numériques, il est souhaitable d'envisager la réduction des atteintes aux principes fondamentaux de notre système de santé que sont l'égalité et la liberté d'accès aux soins. Si ce dessein semble réalisable, il doit être suivi d'une adaptation particulière en milieu carcéral afin que le secours quantitatif s'accompagne d'une réelle optimisation de l'organisation sanitaire des personnes détenues, qui serait bénéfique aux patients mais aussi aux équipes médicales, de surveillance, et à la santé publique.

Titre II : Un accès aux soins optimisé

« *L'intelligence est la capacité de s'adapter au changement*. »
Stephen HAWKING.

121. L'action d'optimiser consiste à « *améliorer une méthode ou une organisation établie dans un but de perfectionnement*[602] ». L'importance de la télésanté dans le système sanitaire et *a fortiori* pour les détenus, ne consiste pas en une révolution mais bien une amélioration de l'existant. Distinguons en ce sens les problématiques actuelles des problématiques futures voire prospectives. En effet, il existe à ce jour des domaines de la médecine dont les personnes privées de liberté ont un besoin immédiat et dont la réponse existe déjà en e-santé (**Chapitre I**). C'est particulièrement le cas dans le cadre des soins de spécialisation ou de la prise en charge en urgence, qui sont dès aujourd'hui à portée de main dans les prisons, ou à portée de clavier. Par la suite, les innovations technologiques et médicales qui ne sont pas encore pleinement intégrées dans notre organisation sanitaire devront être appréhendées juridiquement (**Chapitre II**).

[602] Le Petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Le Robert, Paris, 2023.

Chapitre I : La technologie au service du perfectionnement des prises en charge

122. Le maintien d'un niveau de soins approprié à l'objectif d'égalité, et de similarité avec le niveau de soins fourni à l'extérieur, est contrarié quotidiennement dans les établissements pénitentiaires. Ces difficultés trouvent une réponse immédiate dans la télésanté qui doit être intégrée juridiquement et fonctionnellement au quotidien pénitentiaire, pour les patients, pour les personnels de santé, pour les personnels de l'administration pénitentiaire et pour la santé publique. Ainsi, il est possible d'espérer voir les manquements à l'accès aux soins spécialisés se résorber de façon générale (**Section I**) et dans les situations exceptionnelles comme l'urgence (**Section II**)

Section I : La télésanté comme outil de spécialisation des soins

123. La télémédecine est un pont virtuel entre la prison et l'hôpital. Elle ouvre le champ des possibilités en matière d'accès aux soins en permettant de fluidifier les contacts existants voire d'en créer de nouveaux. Elle rend les soins plus accessibles. Cet accès aux soins exige un élargissement pour plus de personnes, tout en favorisant un accès à une plus grande diversité de soins. De façon générale, le bât peut blesser dès lors que la recherche de quantité laisse de côté la qualité des prestations, or selon l'ordre des médecins, dès 2009, « *l'acte de télémédecine constitue un acte médical à part entière quant à son indication et sa qualité. Il n'en est pas une forme dégradée* »[603]. Si l'acte médical n'est pas dégradé par la distance, il peut être perfectionné tant cette forme de médecine ouvre d'abord l'accès à une plus grande diversité de soins (**§ I**), et à une patientèle étendue (**§ II**).

§ I – Un accès à des soins plus diversifiés par la télésanté

124. Les règles pénitentiaires européennes prévoient spécifiquement dans leurs dispositions que « *les détenus doivent avoir accès aux services de santé proposés dans le pays sans aucune discrimination fondée sur leur situation juridique* »[604], car ils doivent pouvoir « *bénéficier des soins médicaux, chirurgicaux et psychiatriques requis, y compris ceux disponibles en milieu*

[603] CNOM, Télémédecine, Les préconisations du Conseil national de l'ordre des médecins, janvier 2009.
[604] RPE, 40.3

libre »[605]. Elles précisent également que « *tout établissement pénitentiaire doit comprendre dans la mesure du possible un nombre suffisant de spécialistes* »[606]. Si l'on constate actuellement un manque alarmant de soins spécialisés en prison (**A**), cela est également imputable au recours insuffisant à la télémédecine (**B**).

A. Un recours accru aux soins spécialisés en prison

125. Des carences évidentes. La spécialisation des soins en détention est, et doit être, une cible à atteindre pour les établissements sanitaires. L'ensemble des acteurs du secteur et des rapports publics sur la question pointent cette problématique depuis plusieurs décennies. Dès 2003, Geneviève GUÉRIN, secrétaire générale adjointe du Haut Comité de la santé publique, rappelle que le premier bilan du ministère de la Santé en 1996 sur la mise en œuvre de la réforme de 1994 pointait l'insuffisance des moyens en personnel[607]. Elle constatait dans ce rapport une augmentation du temps de travail budgété pour le personnel médical de 26% en soins somatiques et 33% en soins psychiatriques entre 1997 et 2001[608]. En 2015, l'IGAS et l'IGSJ mettaient en évidence une offre de soins très disparate et encore insuffisante[609]. Outre le manque de professionnels de santé[610], qui s'explique par la faible attractivité de l'exercice en prison et en particulier l'éloignement géographique de certains établissements, l'offre de soins varie considérablement d'une région à une autre. Cela mène à une forme d'hétérogénéité non seulement géographique mais également selon le type d'établissements. Géographique d'abord, car de fortes disparités existent entre les territoires. Les constats effectués par l'Observatoire international des prisons (OIP) en 2022 n'autorisent pas de réjouissance quant à la prise en compte de ces difficultés. Les carences sont toujours présentes, avec en cause, le financement

[605] RPE, 40.5
[606] RPE, 89.1 : cette règle présente la nécessité pour la prison de se doter d'un nombre suffisant de spécialistes dans certains domaines. Une façon de garantir aux détenus des soins médicaux satisfaisants est de s'assurer qu'un médecin ayant les qualifications requises soit toujours disponible, notamment en cas d'urgence médicale.
[607] Certaines spécialités sont particulièrement carencées en milieu carcéral, la psychiatrie, les soins dentaires, la dermatologie, l'ophtalmologie, la kinésithérapie ; G. GUÉRIN, « La santé en prison », dossier du Haut comité de la santé publique, *adsp* n° 44 septembre 2003, p. 27 ; CGLPL, Rapport d'activité 2012, p. 233 ; CGLPL, Rapport d'activité 2022, p. 127.
[608] G. GUÉRIN, « La santé en prison », *adsp* n° 44 septembre 2003, p. 28.
[609] IGAS-IGSJ, Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, novembre 2015.
[610] À titre d'exemples, le rapport nous indique que 22 % des postes de spécialistes et 15,5 % des postes de psychiatres budgétés n'étaient pas pourvus. Seules douze unités sanitaires (USMP) indiquaient alors couvrir à 100 % leurs postes de kinésithérapeutes, *V.* IGAS-IGSJ, Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, novembre 2015.

des spécialités[611]. Plus de 50% des unités sanitaires n'ont pas un effectif complet en termes d'ETP[612] et pour ceux qui ne sont pas complets, la plupart fonctionne avec un effectif réel inférieur de plus de la moitié de l'effectif budgété[613] et ce, lorsque l'on n'est pas dans une situation où l'établissement est totalement dépourvu d'une ou plusieurs spécialités. Là encore, le rapport de l'OIP pointe les disparités régionales en constatant de meilleurs résultats dans certaines régions à la suite d'une « politique volontariste »[614]. Ensuite, les disparités existent au niveau des établissements, le CGLPL observe par exemple qu'en matière de psychiatrie « *l'accès aux soins ambulatoires et à l'hospitalisation de jour est très inégal selon que la personne détenue est ou non affectée dans un établissement doté d'un SMPR* »[615] ce à quoi le ministère de la Santé a répondu en se positionnant favorablement à un développement de l'offre de soins de niveau 2[616]. La réalité actuelle est que les places en SMPR sont principalement dédiées aux personnes détenues de l'établissement dans lequel il est implanté, alors que les SMPR ont une compétence régionale. La DGOS reconnait ce dysfonctionnement et a annoncé des groupes de travail permettant de « *repositionner le dispositif du SMPR dans le parcours de soins* ». Selon l'ensemble des observateurs publics ou privés, le constat est alors clair, le premier des facteurs principaux « *étant à l'origine des entraves majeures constatées dans l'accès aux soins de la population pénale : l'équipe de l'unité sanitaire est sous-dimensionnée au regard du taux d'occupation de l'établissement »*[617]. Dès lors, les bénéfices découlant d'un recours à des actes de télémédecine, et spécifiquement à la téléexpertise, paraissent évidents. Dans les régions particulièrement sinistrées, la télémédecine permet d'accéder à des spécialités qui ne sont pas offertes dans le département.

126. Des conséquences délétères pour la santé des détenus. Parmi les motifs de saisine du CGLPL relatifs aux établissements de santé, ce dernier a constaté que l'accès aux soins occupe la première position, que ce soit pour les personnes détenues ou les personnes placées en

---

[611] V. ARNOULD, référente soins aux détenus à l'ARS Grand-Est *: « Au niveau national, la problématique des financements des spécialités de ce type n'est pas valorisée au sein de la MIG. […] Les ARS peuvent appuyer des prises en charge spécifiques grâce au fonds d'intervention régional mais ce fonds ne permet pas de financer des emplois pérennes.* », *V.* Section française de l'observatoire international des prisons, *La santé incarcérée*, enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison, juillet 2022, p. 27.
[612] Equivalent temps plein.
[613] Section française de l'observatoire international des prisons, *La santé incarcérée*, enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison, juillet 2022, p. 28.
[614] *Ibid*. p. 28.
[615] CGLPL, Rapport d'activité 2022, p. 83.
[616] *Ibid*., p. 84.
[617] CGLPL, *Rapport d'activité 2022*, p. 57 : Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté identifie quatre facteurs principaux.

hospitalisation sous contrainte[618]. Mais les conséquences du manque d'effectifs dans les établissements ne se limitent pas à l'accès aux soins des patients. En psychiatrie, la « *situation déplorable de la démographie médicale* » entraine un accompagnement lacunaire des personnes privées de leur liberté[619]. D'un point de vue médical, le manque de spécialistes ayant les compétences de traiter certaines pathologies mène à des situations parfois dramatiques. La problématique addictive en détention est parfois créée par les soignants eux-mêmes qui n'ont d'autre choix que de prescrire des anti-douleurs, or la dépendance aux anti-douleurs est une forme classique de ce qu'on appelle la « iatrogénie »[620]. De plus, la santé mentale des personnes privées de leur liberté – santé mentale qui est parfois la cause même de cette privation – se dégrade inévitablement lorsque celles-ci font face à des douleurs qui ne peuvent être soignées, n'ont aucune visibilité sur la prise en compte de leur demande de soins ; et ce alors que *« les problèmes de santé mentale sont […] la cause la plus importante d'invalidité dans le monde »*[621] et une problématique bien présente en détention[622]. Enfin, au sein d'un parcours de soins, et spécifiquement face aux maladies chroniques, le retard pris dans la pose d'un diagnostic ou encore dans la délivrance d'un traitement est une perte de chance pour les malades, ainsi qu'une cause d'hospitalisation qui aurait pu être évitée. Ces situations sont évidemment vécues comme des injustices par les personnes détenues, entraînant des comportements de défiance envers le corps médical et complexifiant alors le suivi. Or, les personnes détenues ne sont pas ou très peu suivies avant d'arriver en détention[623], la prison doit représenter un lieu d'accès aux soins. Faute de moyens ou d'organisation des établissements, il n'est répondu *« que partiellement aux besoins sanitaires des personnes détenues, conduisant parfois à une dégradation de leur état »*[624], tout en créant des situations de tension pour le personnel médical et pénitentiaire.

---

[618] Ces dernières saisissant le CGLPL pour des questions d'accès aux soins prioritairement à la contestation de leur hospitalisation ; CGLPL, *Rapport d'activité 2022*, p. 160.

[619] Le CGLPL cite pêlemêle : le recours à des professionnels moins qualifiés (internes, spécialistes en formation intérimaire), manque de prévention suffisante notamment pour les crises, hospitalisations qui auraient pu être évitées.

[620] Définition présente sur le site sante.gouv : « *Ensemble des conséquences néfastes pour la santé, potentielles ou avérées, résultant de l'intervention médicale (erreurs de diagnostic, prévention ou prescription inadaptée, complications d'un acte thérapeutique) ou de recours aux soins ou de l'utilisation d'un produit de santé* », disponible sur https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/iatrogenie#:~:text=Ensemble%20des%20cons%C3%A9quences%20n%C3%A9fastes%20pour,d%27un%20produit%20de%20sant%C3%A9 (consulté le 10 oct. 2024).

[621] C. LEGRÈVE, C. LADAVID, O. MARIAGE, M. PRÉVOST, « quelle place ont les maisons médicales dans le projet de réforme des soins de santé mentale ? », Santé Conjuguée n°68, juillet 2014

[622] Cf. *infra* n° 146 pour les troubles mentaux, n°222 pour le handicap.

[623] « *Des personnes qui entretiennent déjà des relations sporadiques avec le système de santé, en amont de la détention mais aussi entre les murs.* » OIP, Les soins spécialisés à la peine, DEDANS DEHORS n°115, section française, juillet 2022.

[624] OIP, Les soins spécialisés à la peine, DEDANS DEHORS n°115, section française, juillet 2022.

127. Un objectif de spécialisation difficile à atteindre. De telles difficultés pour obtenir des soins n'empêchent qu'une proportion significative des consultations à l'unité sanitaire rencontre une part d'absentéisme. Les établissements de santé doivent assurer la prise en charge sanitaire des personnes détenues dans des conditions comparables à celles de la population générale[625], mais cela ne peut être réalisé sans le concours de l'administration pénitentiaire et de ses agents, pour la simple et bonne raison qu'en pratique, ce sont eux qui ouvrent les portes[626]. Les difficultés d'extraction des personnes détenues vers les lieux de soins induisent une forme d'entrave[627] à la prise en charge et aux obligations imposées au service public pénitentiaire et aux établissements sanitaires[628].

B. Un recours insuffisant à la télémédecine en prison

128. Un gain d'attractivité pour les professionnels de santé. Selon l'Union européenne, « *les services de santé en ligne peuvent réduire les inégalités en matière d'accès aux traitements, améliorer la qualité des soins, faciliter et rendre plus sûr l'accès des patients à leurs données de santé personnelles, minimiser le risque d'erreurs médicales ou contribuer à la détection précoce de problèmes de santé* »[629]. La télémédecine pallie les deux écueils avancés par le CGLPL dans son rapport de 2012, à savoir les difficultés de déplacement dans des établissements et le défaut d'attractivité des postes. La prise en charge à distance supprime de fait le besoin de déplacement, ou du moins le réduit. Les postes concernés peuvent retrouver une forme d'attractivité, d'abord par l'absence de déplacement et même d'installation dans des zones de plus en plus rebutantes pour les professionnels, ensuite, car cela s'inscrit dans le développement des formes de travail plébiscitées par les personnels soignants comme le télétravail[630]. Enfin, les établissements privatifs de liberté n'attirent pas les professionnels pour des raisons simples que sont la peur du risque physique et d'une patientèle que l'on peut

[625] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016, art 99 puis Ordonnance n° 2022-478 du 30 mars 2022 portant partie législative du code pénitentiaire, art 7.
[626] Ministère des Affaires sociales et de la Santé, ministère de la Justice, « Guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes détenues », septembre 2004, p. 25.
[627] Qui s'ajoute aux entraves physiques que l'on met à une personne détenue lors d'une extraction.
[628] Pour aller plus loin, *V.* A. BONNE-HARBIL, *Droit et santé en détention*, Thèse, 2016, UL, LEH éditions, p. 41-91.
[629] COM, *Lever les obstacles à l'exercice des droits des citoyens de l'Union,* Rapport sur la citoyenneté de l'Union du 27 octobre 2010
[630] M. MALATERRE, *Le télétravail à l'hôpital, un outil déterminant pour l'attractivité du secteur*, Acteurs Publics, 21 septembre 2023

qualifier de « compliquée ». Or, la prise en charge à distance supprime ces paramètres et permet de traiter les symptômes comme pour n'importe quel patient[631].

129. Une réponse ponctuelle ou régulière. Il est courant que le besoin pour l'intervention de certaines spécialités dans les établissements ne soit que ponctuel, une consultation régulière n'est alors pas justifiée[632]. Mais là encore, la télémédecine, voire la télésanté, semble toute désignée. Il est très difficile de faire coïncider la réalité de la démographie médicale avec le besoin des unités sanitaires, alors que s'il n'est pas régulier, il est du moins toujours récurrent. Une organisation renouvelée grâce à des dispositifs de prise en charge à distance crée cette connexion au sens propre comme figuré, entre les professionnels médicaux et une patientèle qui n'y a aujourd'hui pas accès. Ce serait aussi une solution dans certaines situations d'exception, comme un cas d'impossibilité pour le patient d'être extrait car son état n'est pas compatible avec une telle option[633]. Des solutions techniques sont d'ailleurs mises en œuvre pour s'adapter aux spécificités de la détention, à l'image du « chariot de télémédecine », sorte de cabine de télémédecine ambulante, doté d'outils connectés et qui permet de réaliser des consultations à distance. Il peut être déplacé en fonction des besoins et des disponibilités pour les salles, le rendant plus adaptable aux particularités de chaque établissement[634]. La télésanté dans son ensemble présente un grand intérêt pour tous les acteurs qui gravitent dans ou autour de la prise en charge médicale en détention. Contrairement aux consultations classiques, elle serait même bien acceptée par les détenus, ce qui en fait une « *formule compatible avec l'univers carcéral* »[635], notamment car elle apporte une forme de certitude et de prévisibilité[636]. Il faut toutefois raison garder face à toute solution annoncée comme miracle. D'éventuels contrepieds existent et les droits des patients pourraient être mis à mal par une pratique de la télémédecine mal encadrée, de surcroit en détention.

130. Une ambition affichée par les pouvoirs publics. Le ministre de la Santé s'est très tôt préoccupé de ce sujet, en témoigne la diffusion dès 2001 d'une étude de faisabilité portant sur

---

631 Dans le cas de la téléexpertise par exemple.
632 CGLPL rapport d'activité 2012, p. 233-234.
633 Code pénitentiaire, art. D. 215-3.
634 C'est le choix qui a été fait pour les USMP du Grand Est, Entretien avec V. ARNOULD, Référente Soins aux Détenus, ARS Grand Est, 02 septembre 2024O ; *V.* ég. O. DUJARDIN, « Télémédecine : des consultations de spécialistes sans quitter la prison », *Actusoins* n°28, 27 novembre 2018, en ligne (consulté le 03 octobre 2024)
635 E. MAHÉ, dermatologue au centre hospitalier d'Argenteuil (Val-d'Oise), *in* M. LILA DAMJI, « La télémédecine, par-delà les cloisons », *La Gazette Santé-Social*, no. 106, avril 2014, p. 34.
636 J. COGITORE, médecin référent de l'Ucsa, à la maison centrale d'Ensisheim (Haut-Rhin), *in* M. LILA DAMJI *op. cit.*

« *télémédecine et établissements pénitentiaires* »[637]. En 2009, le recours à la télémédecine était annoncé dans le plan d'actions stratégiques 2010-2014 de la politique de santé pour les PPSMJ qui prévoyait d'établir un diagnostic des pratiques de télémédecine déjà existantes dans les unités sanitaires[638], ainsi que la mise en place d'un plan de développement de la télémédecine au sein des structures de soins[639]. Dans son avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, le CGLPL mettait alors en évidence un développement insuffisant de la télémédecine et considérait « *que des moyens doivent être alloués aux fins d'assurer la pérennité de la télémédecine* »[640]. En 2017, la ministre de la Santé Marisol TOURAINE avouait un certain nombre de manquements et réitérait la position selon laquelle « *la télémédecine fait partie des chantiers prioritaires que conduit l'ARS Grand Est en milieu carcéral* »[641]. Cependant, il fallait de nouveau constater un « *développement très insuffisant de la télémédecine* »[642] dû notamment au retard de l'informatisation des établissements et au cadre législatif de l'accès à internet[643]. Ainsi seuls 40,9% des USMP déclarent réaliser des actes de télémédecine en 2024[644] et le fait d'être équipé en matériel de télémédecine n'induit pas systématiquement de l'usage, les chiffres exhaustifs étant difficiles d'accès[645]. Dans l'ensemble, le CGLPL mentionne la télémédecine comme une solution très pragmatique au sein de ses recommandations ponctuelles. Dans ses derniers rapports d'activité de 2021 et 2022 cependant, aucune recommandation globale n'est faite autour de la télémédecine et de façon plus large de la télésanté[646]. À l'image des ministères, le sujet n'est pas assez maîtrisé et les pouvoirs publics n'ont pas pris la mesure de l'importance d'une diffusion généralisée dans chaque établissement dès aujourd'hui. Lorsque celle-ci est mise en

---

[637] A. GILARDEAU, « La télémédecine en milieu carcéral. Entre application et protection des droits fondamentaux des détenus », *in* G. CASILE-HUGUES (dir.), Santé et prison, Cahier de droit de la santé, 2015, n°21, p. 173.

[638] Ministère de la santé et des sports, ministère de la Justice et des libertés, plan d'actions stratégiques 2010-2014 de la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, p. 57.

[639] *Ibid*, p. 57.

[640] Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, 16 juillet 2015.

[641] Ces observations se limitent a rapport de visite du Centre pénitentiaire de Nancy Maxéville, elle mentionne également l' « *étroite collaboration avec la Direction Interrégionale des services pénitentiaires (DISP) de Strasbourg* », site du CGLPL, Observations du ministre de la santé – CP de Nancy-Maxéville (2e visite), https://www.cglpl.fr/2017/rapport-de-la-deuxieme-visite-du-centre-penitentiaire-de-nancy-maxeville-meurthe-et-moselle/

[642] CGLPL, Rapport d'activité 2022, p. 93.

[643] Cf. *infra* n°249 et s.

[644] DGS, Réunion référents santé justice, 6 février 2024.

[645] A titre d'exemple, la téléconsultation des détenus avec l'établissement de soins peut être organisée en « session de télémédecine », l'équivalent d'une salle de consultation en ligne qui reste ouverte, donc plusieurs détenus passent dans la même session et ce n'est pas comptabilisé.

[646] CGLPL, Rapport d'activité 2021 ; CGLPL, Rapport d'activité 2022.

avant, c'est systématiquement à travers un projet ponctuel ou les choix d'un établissement particulier[647].

131. Réalité des réponses apportées par les pouvoirs publics. Lors d'une question sénatoriale posée en 2022[648], il a été porté à l'attention du ministre de la Justice le cruel manque de soins spécialisés en détention, afin qu'il réponde sur « *ses intentions en la matière afin d'améliorer la prise en charge sanitaire en détention, de garantir la possibilité d'accéder à des soins dans des conditions respectueuses des droits* ». La réponse du ministre pourrait prêter à sourire, le sénateur n'ayant eu pour seule réponse qu'un exposé nébuleux de feuilles de route et de programmes sans réelle intention de mise en œuvre. En effet, l'action n° 15 de la feuille de route Santé des PPSMJ consiste à *« Améliorer l'accès aux soins par la télémédecine »*[649]. Cependant, cette action mène à un projet *« Déploiement de la télésanté en milieu pénitentiaire »* porté conjointement par la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) et la DGOS, projet qui consiste à recruter des chefs de projets, qui effectuent des audits et des groupes de travail. Le bilan de ce programme permettrait, toujours selon le garde des sceaux, de préparer la feuille de route suivante[650]. De plus, les audits portent sur la sécurité informatique entre les réseaux des hôpitaux et des établissements pénitentiaires, le câblage et l'offre de catalogue de télésanté par les hôpitaux[651]. La feuille de route 2019-2022, pourtant complétée aux trois quarts selon les propres mots de son défenseur, n'a donc absolument pas permis la mise en place de dispositifs de télémédecine en détention, alors même que c'est un objectif prioritaire pour ses agents et les usagers de ce service public pénitentiaire, objectif reconnu comme majeur et présenté comme tel par le ministère de la Justice. Comme le rapport qui a servi à déterminer les axes de la stratégie nationale de santé considère que « *les potentialités de la télémédecine paraissent considérables* »[652], cet écart entre les objectifs affichés et les actions réalisées laisse une fois de plus un goût amer. Après plus d'une décennie, le stade de la planification doit être dépassé, des actions concrètes doivent être menées au niveau national ou régional. Il devrait par exemple

[647] CGLPL Rapport de visite : 3 au 7 juin 2019 - 2ème visite Centre de détention de Montmédy (Meuse).
[648] Y. DÉTRAIGNE, Absence de soins spécialisés en prison : Question écrite n°01328 - 16e législature, JO Sénat, 14 juillet 2022, p. 3634.
[649] Ministère de la santé, ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route Santé des PPSMJ 2019-2022, p. 41.
[650] Feuille de route Santé des PPSMJ 2023-2028 ; *V.* Y. DÉTRAIGNE, Absence de soins spécialisés en prison : Question écrite n°01328 - 16e législature, JO Sénat, 14 juillet 2022, p. 3634.
[651] Y. DÉTRAIGNE, Absence de soins spécialisés en prison : Question écrite n°01328 - 16e législature, JO Sénat, 14 juillet 2022, p. 3634.
[652] A. CORDIER (dir.) *Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages »*, juin 2013, p. 28.

être systématiquement prévu des espaces dédiés à l'exercice de la télémédecine lors de la construction ou la rénovation des établissements des établissements pénitentiaires[653].

132. Un moyen et une fin : la réduction des coûts. A priori, les sommes nécessaires à l'investissement de son lancement sont telles[654] que les dépenses de santé ne peuvent être réduites lors de sa mise en place[655]. Ainsi, à court terme « *les avantages liés à l'utilisation de la e-santé auraient une portée plus qualitative qu'économique* »[656]. Sur le long terme cependant, « *l'amélioration de l'état de santé des patients devrait permettre de diminuer les consommations de soins par une amélioration de la prise en charge, de l'observance, de la prévention des complications* »[657]. La question de l'efficience des procédés de télémédecine est au cœur des réflexions[658], à l'hôpital comme en médecine de ville[659], car les retombées économiques seraient alors considérables une fois l'adaptation des soins numériques réalisée au sein du système[660]. A titre d'exemple, l'amélioration de l'état de santé des patients à long terme devrait faire diminuer la consommation de soins et donc éviter des déplacements et des hospitalisations[661]. De plus, la prise en charge des actes de télésanté par l'Assurance Maladie serait un obstacle. Le déploiement de la télésanté s'est heurté à la réticence de la Sécurité sociale, qui a longtemps redouté que les médecins se mettent à multiplier les consultations à distance, avec à la clé des remboursements de masse[662]. Les dispositions récentes relatives aux arrêts de travail[663] témoignent d'une forme de méfiance des pouvoirs publics à l'égard de la pratique à distance. Jusqu'en 2018, les actes de télémédecine bénéficiaient d'un financement

[653] Aujourd'hui il est simplement prévu dans le guide publié par l'ANAP les conditions à mettre en œuvre pour mettre en place une salle de télémédecine. Il est mentionné les caractéristiques d'une salle de consultation (télémédecine et consultations spécialisées) avec la répartition des zonez de consultation et d'examen. Ce sont des exigences techniques minimales mais pas une obligation de construire ladite salle dédiée, *V.* ANAP, « guide de programmation pour la construction de nouveaux établissements pénitentiaires » Tome 2, p. 62 (2010)

[654] Equipements appareils de télémédecine, financement des logiciels, du DMP, fournitures de DMC etc.

[655] ASIP SANTÉ, La e-santé : une opportunité de croissance économique, 26 novembre 2013.

[656] N. EL BIAD, Le paradoxe de la e-santé : entre promotion d'un mode de soins innovant et protection des droits des patients, *in* Isabelle POIROT-MAZÈRES (dir.), SANTÉ, NUMÉRIQUE ET DROIT-S, Actes de colloques de l'IFR, 2019, p. 177-196, web.

[657] HAS, Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine, septembre 2016, p. 15.

[658] N. EL BIAD, Le paradoxe de la e-santé : entre promotion d'un mode de soins innovant et protection des droits des patients, *in* Isabelle POIROT-MAZÈRES (dir.), SANTÉ, NUMÉRIQUE ET DROIT-S, Actes de colloques de l'IFR, 2019, p. 177-196.

[659] DGOS, Rapport d'activité 2014, p. 24.

[660] ASIP SANTÉ, La e-santé : une opportunité de croissance économique, 26 novembre 2013.

[661] HAS, Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine, septembre 2016, p. 15.

[662] C. MEYER-MEURET, *Les enjeux économiques de la télémédecine*, art. préc., p. 1013 ; O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS, *Pourquoi la télémédecine est-elle enfin possible* ?, *in* O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS (ss dir.), *La e-santé en question(s)*, Presses de l'EHESP, 2020, p. 35-48.

[663] La prescription des arrêts de travail est désormais limitée par la loi, lorsqu'elle a lieu en téléconsultation, à une durée maximale de 3 jours si le prescripteur n'est pas le médecin traitant ou la sage-femme référente lorsque la grossesse est concernée, LOI n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024

d'expérimentation ou relevaient des tarifs hospitaliers. Avec l'intégration, en 2017[664] et 2018[665], des téléconsultations dans le parcours de soins et l'ouverture d'un droit à facturation de l'Assurance Maladie, ce second obstacle semble toutefois se lever[666].

§ II – Un accès plus inclusif aux soins par la télésanté

133. Prise en charge exceptionnelle. Au 1er janvier 2020, 23,2 % des personnes détenues en France étaient de nationalité étrangère. Bien que factuellement minoritaire, le nombre de personnes concernées est cependant très important. Pour rappel, le code de la Sécurité sociale prévoit que toutes les personnes écrouées bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé, assurée par le régime général à compter de la date de leur mise sous écrou[667]. Il est bien précisé que la situation des personnes étrangères n'a pas besoin d'être régulière dans le cas d'une incarcération. Ainsi, ils sont pris en charge comme n'importe quel détenu, ce qui n'appelle pas de développement particulier à ce stade. Ce sera également le cas dans certains cas dits exceptionnels mais pour lesquels la prise en charge est commune et l'intérêt pour le personnel sera essentiellement de limiter les mouvements dans et en dehors de la prison [668]. A l'inverse, certaines catégories de personnes présentes en détention nécessitent une prise en charge particulière, que les défenseurs d'un développement de la télésanté doivent envisager. En reprenant les dispositions du code pénal, du code de procédure pénal et du code pénitentiaire, certaines parties de la population font l'objet de dispositions particulières par leur statut minoritaire notamment. C'est le cas des patients que l'on peut qualifier de minoritaires du fait de leur nombre en détention (**A**) et des personnes souffrant de troubles mentaux (**B**).

---

[664] Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, art. 54 ;
[665] Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 25 août 2016 ; et Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine.
[666] Pour aller plus loin, *V.* A. CAPPELLARI, La prise en charge financière de la santé connectée en France, *in* E. BROSSET, S. GAMBARDELLA, G. NICOLAS, *La santé connectée et "son" droit : approches de droit européen et de droit français*, Presses universitaires d'Aix-Marseille, pp. 205-232, 2017 ; P. JAULIN, G. BERRUT, « Apport de la télémédecine en pratique conjointe : gériatrique et psychiatrique dans le cadre d'un centre mémoire », *L'information psychiatrique*, 96, 2020, p. 331-339. https://doi.org/10.1684/ipe.2020.2111 ; M. BOUTEILLE-BRIGANT, Téléconsultation et téléexpertise : on ne payera pas deux fois !, RDS, n°104, 2022, p. 947-949 ; M. GRIT, Le financement de la télémédecine : un top départ tant attendu, RDS, n°86, 2022, p. 947-950.
[667] CSS, art. L.381-30 et L.381-31.
[668] Pour les personnes particulièrement contagieuses (épidémie), les condamnés pour terrorisme et les détenus particulièrement signalés (Code pénitentiaire, art. D.223-11).

A. Un accès aux soins lors des situations minoritaires en détention

134. Certaines tranches de la population représentent une minorité de la population carcérale. De fait, l'organisation de la prise en charge en détention limite leurs droits, alors même qu'elles présentent des particularités juridiques et médicales. La télésanté ouvre la porte à une meilleure prise en compte des femmes détenues (**1**), des personnes transgenres détenues (**2**) et des mineurs détenus (**3**).

1) La prise en compte de la femme détenue

135. Accès aux droits fondamentaux pour les femmes détenues[669]. C'est une situation qui laisse place à peu d'études car elle représente par définition une anomalie. Une anomalie statistique, car les femmes détenues représentent une part marginale des personnes incarcérées – 3,7% des personnes détenues en 2023, soit 2 466 personnes sur 73 693[670] – symbole d'une « *dissymétrie sexuelle* »[671] qui sévit à toutes les étapes du processus pénal. Le droit fondamental qu'est l'accès aux soins est moindre pour les femmes en détention que pour les hommes car elles font face à des plages horaires de consultations réduites[672]. Il est donc de fait plus difficile pour les femmes d'accéder à leur droit à la santé. Même s'il est établi que depuis la création des UCSA, devenues USMP, le suivi gynécologique et de grossesse des femmes incarcérées s'est considérablement amélioré[673], il demeure des disparités territoriales selon l'établissement dans lequel les femmes sont détenues[674]. Si la règle de principe est celle de la prise en charge[675], penser que ce principe est la norme est illusoire, tant les délais peuvent être longs pour mettre en place un tel suivi[676]. Cela peut avoir pour conséquence un dépassement du délai légal

[669] Pour aller plus loin sur le statut des femmes en prison notamment pour ce qui ne relève pas de la santé, *V.* C. MÉNABÉ, *Réflexions critiques sur la criminalité féminine*, Thèse dactyl., Université de Nancy, 2013 ; M. MARTINELLE, C. MÉNABÉ, L'enfant en prison, HAL CCSD, 2017 ; J.-M. PASTOR, Rapport sur la situation des femmes en détention, AJDA, 2009, p. 1636 ; C. TRINQUIER, *Femmes en prison*. Paris, le Cherche-midi éd, 1997 ; L. LOMBÉ, *Histoires de femmes : écrits de prison*. Paris, Robert Laffont, 2022 ; OIP, DEDANS DEHORS n°106 - Femmes détenues : les oubliées, 2019 ; C. CARDI sur France Culture, Femmes en prison : en finir avec la double peine, 18 septembre 2020

[670] Direction de l'Administration pénitentiaire, Statistique mensuelle de la population détenue et écrouée, situation au 1er septembre 2023, septembre 2023.

[671] C. CARDI, « Les ambivalences du traitement carcéral des femmes criminalisées », *in* Les femmes criminelles – Dossier – AJ pénal 2010, p. 17.

[672] Adeline HAZAN, Les conditions matérielles d'accueil des enfants aux côtés de leur mère détenue, *in* M. MARTINELLE, C. MENABE, L'enfant en prison, HAL CCSD, 2017, p. 36.

[673] V. COLLET, Grossesse et maternité en milieu carcéral, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Versailles – Saint Quentin en Yvelines – UFR médicale Paris – Ile de France Ouest, 2007, p. 57.

[674] Pour aller plus loin, *V.* C. MÉNABÉ, *Réflexions critiques sur la criminalité féminine*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2013, p. 389 et s.

[675] Code pénitentiaire, art. L. 322-9 et s.

[676] C. MÉNABÉ, *Réflexions critiques sur la criminalité féminine*, Thèse dactyl., Université de Nancy, 2013, p. 389.

d'interruption volontaire de grossesse (IVG) ou des difficultés de transfert vers les hôpitaux afin d'effectuer certains examens[677]. De même, les possibilités d'hospitalisations psychiatriques sont limitées pour les femmes détenues[678]. Le CGLPL constate donc des freins et des inégalités d'accès aux soins entre les détenus en fonction de leur sexe[679].

136. La conception et la mise au monde de l'enfant en détention. La question de la grossesse naturelle obtient quelques réponses grâce à la e-santé, particulièrement en matière de suivi pré et post-natal. Mais *quid* de la conception en détention, facilitée voire permise par les dispositifs de e-santé ? Une procédure d'assistance médicale à la procréation (AMP) en détention, de surcroît avec diagnostic pré-implantatoire (DPI) peut-elle être envisagée ? Jusqu'en 2021, l'AMP n'était autorisée en France que pour les couples hétérosexuels[680] présentant une infertilité pathologique médicalement constatée ou risquant de transmettre une maladie grave à leur enfant. La loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique[681] a élargi l'AMP à toutes les femmes mais également aux couples homosexuels comme aux célibataires. Le critère médical d'infertilité, qui conditionnait l'accès à l'AMP, a donc été supprimé. Or, si l'article 8 de la Convention européenne ne garantit pas un droit à la procréation, il assure, aussi bien dans la société libre que dans le cadre de la privation de liberté, le droit au respect de la décision d'un couple de devenir parents génétiques[682]. L'Académie nationale de médecine a rendu un avis mentionnant le « *principe d'équivalence* » entre les soins à l'intérieur et à l'extérieur des murs, devant alors rendre recevables les demandes d'accès à l'AMP qui remplissent les conditions[683]. L'accès à ces procédés semble moins poser de difficultés juridiques qu'opérationnelles. Ce serait « *l'organisation réelle et concrète des actes* »[684] qui formerait le principal frein à l'accès à ce type de soins[685]. Or, la télésanté est sans nulle doute un atout pour la bonne coordination

[677] Comme les échographies, amniocentèse, dépistage de diabète gestationnel…
[678] Seul le SMPR de Fleury-Mérogis est susceptible de prendre en charge quelques femmes dans le cadre d'une hospitalisation de jour, contraignant ainsi les femmes nécessitant une hospitalisation psychiatrique de jour à être hospitalisées dans une UHSA ou à l'hôpital de proximité, le CGLPL recommandait à ce titre « *que la totalité des SMPR et des UMD du territoire accueille des femmes, à l'instar des UHSA et des UHSI* », *V.* CGLPL, Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté.
[679] CGLPL, Avis du 25 janvier 2016 relatif à la situation des femmes privées de liberté.
[680] Mariés, pacsés ou en concubinage depuis au moins deux ans.
[681] Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique.
[682] Personne détenue : CEDH, 29 avril 2003, *Aliev c. Ukraine*, n° 41220/98, §§187-189, RD. Publ. 2004. 827, note M. Levinet ; JDI 2004. 2. 689, note E. Decaux – Cour EDH, gr. ch., 4 déc. 2007, Dickson c. RU, préc., §66.
[683] R. HENRION « Assistance médicale à la procréation en prison », *Bulletin de l'Académie nationale médicale*, 2012, 196, n°7 1397- 1421, séance du 23 octobre 2012.
[684] Bilans préalables, analyses de sang/échographies quotidiennes sur une période de plusieurs jours etc.
[685] P. JOUANNET, « PMA pour toutes… sauf pour les détenues ? », *OIP*, mars 2020, en ligne sur : https://oip.org/analyse/pma-pour-toutes-sauf-pour-les-detenues/ (consulté le 30 septembre 2024).

nécessaire à un parcours d'AMP, particulièrement délicate dans un contexte de détention[686]. En plus de centraliser le suivi pluridisciplinaire dans un logiciel de parcours, elle permet de réduire les déplacements et donc les demandes de sortie des personnes détenues pour tous les examens qui ne nécessitent pas un déplacement dans un centre d'AMP. Par exemple, les prises de sang ou les échographies, peuvent désormais être réalisées à l'USMP à l'aide de dispositifs connectés voire de cabines de télémédecine[687]. Le suivi avant l'accouchement peut être réalisé de façon plus précise afin de s'assurer de la sortie de la mère le moment voulu sans entrer dans une situation d'urgence ni mobiliser le personnel pénitentiaire trop en avance lors d'une extraction.

137. L'interruption de grossesse. La crise sanitaire survenue en 2020 a permis d'expérimenter la prise en charge à distance de l'IVG. Le ministre des Solidarités et de la Santé a en effet saisi la HAS afin qu'elle élabore un protocole pour les IVG médicamenteuses pratiquées hors des établissements de santé. Ce protocole a ensuite été validé par l'arrêté ministériel du 14 avril 2020[688]. Il autorisait à titre dérogatoire et de façon temporaire, la femme enceinte, mineure ou majeure, à être prise en charge en dehors d'un établissement sanitaire pour une interruption médicamenteuse de la grossesse au-delà du délai de cinq semaines de grossesse prévu à l'article R. 2212-10 du CSP, ainsi que la prescription par téléconsultation des médicaments indiqués. La patiente pouvait dès lors « *prendre rendez-vous en téléconsultation depuis son domicile avec un médecin ou une sage-femme de ville ayant signé une convention avec un établissement hospitalier* »[689] pour la prescription ainsi que pour l'administration des médicaments, et notamment la première prise[690]. Le juge des référés du Conseil d'État a rejeté la requête de plusieurs associations ayant, dans un premier temps, saisi le Conseil d'État d'une procédure de référé afin de suspendre cet arrêté[691]. Dans un second temps, elles ont demandé, en vain, l'annulation de l'arrêté du ministre chargé de la Santé pour excès de pouvoir et pour

[686] Notamment l'implication d'un grand nombre d'acteurs, R. HENRION « Assistance médicale à la procréation en prison », *Bulletin de l'Académie nationale médicale*, 2012, 196, n°7 1397- 1421, séance du 23 octobre 2012.
[687] Cf. *infra* n° 175 et s.
[688] Arrêté 14 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de *Covid-19* dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, JO, 15 avril 2020 ; voir aussi reconduction de la mesure par l'arrêté du 7 novembre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020, chapitre IV bis.
[689] L. LAMBERT-GARREL, « L'IVG médicamenteuse (confinée) en période d'état d'urgence sanitaire », *RDS*, n°101, 2021, p.453-456.
[690] L. LAMBERT-GARREL, « L'IVG médicamenteuse (confinée) en période d'état d'urgence sanitaire », *RDS*, n°101, 2021, p.453-456.
[691] CE, 22 mai 2020 : req. n° 440216 et n° 440317, J.-M. PASTOR, « L'IVG médicamenteuse à domicile durant l'état d'urgence sanitaire », *Dalloz actualité*, 27 mai 2020.

méconnaissance du droit à la protection de la santé[692]. Le Conseil d'État a en effet jugé cet arrêté *« conforme aux principales recommandations nationales et internationales émises par les sociétés savantes de gynécologues et d'obstétriciens et qu'elles sont dans plusieurs pays mises en œuvre en dehors d'un établissement de santé ».* Il a également précisé que les dispositions contestées, en ce qu'*« elles permettent le recours à des téléconsultations en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse »,* peuvent contribuer à la diminution de la circulation du *Covid-19* et donc à la fin de la crise sanitaire. Cette pratique, à l'instar des nombreuses utilisations faites de la téléconsultation depuis la pandémie, a été pérennisée par la suite par la HAS le 14 avril 2021[693]. A l'instar de la conception de l'enfant, l'IVG d'une femme détenue enceinte qui remplit les conditions légales doit être possible en détention et même facilité grâce à la e-santé.

2) La prise en compte de la transidentité

138. Recommandations. Dans un avis du 30 juin 2010, le CGLPL dénonçait la situation des personnes transsexuelles incarcérées[694]. Au-delà des problèmes causés par la gestion de la détention et leur sécurité, ces détenus rencontraient *« de réelles difficultés dans leur prise en charge médicale* »[695]. L'absence de principe directeur pour orienter les pratiques menait en effet à ce que chaque chef d'établissement pénitentiaire apprécie au cas par cas les mesures à mettre en œuvre. Dans son avis, le CGLPL propose de faire bénéficier les personnes transsexuelles, tout au long du parcours de soins, d'un accompagnement par une équipe médicale de référence clairement identifiée conformément aux recommandations de la HAS[696]. Il affirme ensuite que ces personnes doivent bénéficier d'une information satisfaisante auprès des unités sanitaires sur les modalités de ce parcours de soins[697], et d'un accompagnement suffisant, notamment psychologique. Dans le guide de prise en charge des PPSMJ, il est recommandé une sensibilisation des équipes de soins intervenant en établissement ou encore l'intervention

[692] CE, 16 décembre 2020 : req. n° 440214, E. MAUPIN, « État d'urgence sanitaire et modalités de réalisation d'une interruption volontaire de grossesse », *Dalloz actualité*, 24 décembre 2020.
[693] HAS, Recommandation de bonne pratique : « Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse », mise à jour le 14 avril 2021.
[694] CGLPL, Avis du 30 juin 2010 relatif à la prise en charge des personnes transsexuelles incarcérées, JORF 25 juil. 2010.
[695] CGLPL, Avis du 30 juin 2010 relatif à la prise en charge des personnes transsexuelles incarcérées, JORF 25 juil. 2010.
[696] HAS, Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme, en ligne sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_894315/fr/situation-actuelle-et-perspectives-d-evolution-de-la-prise-en-charge-medicale-du-transsexualisme-en-france (consulté le 30 septembre 2024).
[697] Sur les étapes du parcours de soins, sur les modalités de prise en charge par une équipe pluridisciplinaire ou encore sur la prise en charge financière.

d'associations spécialisées[698]. Ces mesures d'information, de prévention, de suivi et de parcours peuvent simplement être reprises dans des outils de télésanté, favorisant ce type de prises en charge dans les meilleures conditions. Or, en condamnant la Pologne, la CEDH a placé la célérité et la régularité du traitement comme primordiales pour assurer le droit au respect de la vie privée du patient détenu transgenre[699]. Un projet de référentiel national de prise en charge des personnes LGBT+ placées sous main de justice est en cours de rédaction par la DAP. Malheureusement, après consultation de ce projet, on constate une absence de mention de toute forme de télésanté dans les mesures envisagées, dans l'attente des recommandations de la HAS relatif à la prise en charge médicale des parcours de transition de genre qui sont en cours d'élaboration[700].

3) La prise en compte du mineur

139. Tous les mineurs en détention n'étant pas détenus au sens de la loi, il faudra distinguer le mineur en détention parce qu'enfant d'un parent détenu (a), du mineur détenu de façon autonome (b).

a) L'enfant en détention

« *C'est, il faut le dire, une curieuse et une furieuse expérience pour un bébé que celle de la prison* »[701]. Phillipe GRELLIÈRE.

140. La présence d'un enfant en détention. Si les femmes détenues sont une anomalie statistique, les mères détenues – entendues comme les femmes détenues qui vivent avec leur enfant en détention – représentent quant à elles une part encore plus marginale[702]. C'est

[698] Ministère de la justice, ministère de la Santé et des solidarités, *Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des PPSMJ*, 2019, p. 124.
[699] A. LEFEBVRE, « Impossibilité pour une personne transgenre d'accéder à un traitement hormonal en détention et droit au respect de la vie privée, CEDH 11 juill. 2024, *W. W. c/ Pologne*, n° 31842/20 », *Dalloz Actualité*, 16 sept. 2024.
[700] HAS, Parcours de transition des personnes transgenres : la HAS prend acte du jugement du tribunal administratif, Actualité Presse, 20 fév. 2024 en ligne sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3496953/fr/parcours-de-transition-des-personnes-transgenres-la-has-prend-acte-du-jugement-du-tribunal-administratif (consulté le 30 septembre 2024).
[701] P. GRELLIÈRE et *al.*, *Historique de la santé du détenu : point de vue législatif, point de vue humain* , Nice, Les éditions Ovadia, 2017.
[702] Puisqu'on dénombrait en 2013, selon l'avis du CGLPL, 76 places réservées aux femmes accompagnées d'un enfant, soit 4.3% des places réservées aux femmes : *V.* CGLPL, Avis du 8 août 2013 relatif aux jeunes enfants en prison et à leurs mères détenues, JORF, 3 sept. 2013 ; Sur les raisons historiques de la faible proportion de femmes en détention et sur la présence d'enfant en détention auprès de leur mère détenue, *V.* C. MÉNABÉ, C. MÉNABÉ, *Réflexions critiques sur la criminalité féminine*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2013, p. 314 et s.

également une anomalie juridique, du moins à première vue, car un enfant est irresponsable pénalement de son propre fait lorsqu'il n'est pas encore doté de discernement[703], c'est pourquoi la présence en détention d'un enfant en bas âge, justifiée par le fait d'autrui, en l'occurrence l'un de ses parents incarcérés, peut interroger juridiquement. La possibilité d'une telle présence n'est plus débattue depuis 2009[704] tant les bénéfices des liens familiaux et de la présence de l'enfant aux côtés de sa mère sont nombreux et établis[705]. Cependant, la réalité d'une femme enceinte ou d'une mère et de son enfant derrière les barreaux[706] n'est pas souhaitée par le législateur qui prévoit des possibilités pour suspendre ou décaler l'exécution de la peine de la mère accompagnée de son enfant en bas âge[707]. Ce « *palliatif visant à concilier l'inconciliable* »[708] vise la recherche d'un équilibre « *entre l'inadéquation du milieu carcéral aux besoins de l'enfant*[709] *et la séparation traumatique avec sa mère à la naissance* »[710]. Dès lors, une protection spécifique[711] fut mise en place grâce aux interventions du Conseil de

[703] C. pén., art. 122-8.

[704] A l'origine prévue par la circulaire du 16 août 1999 sur les conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée, démontrant un certain désintérêt des pouvoirs publics pour la question de l'enfant en détention, et conduisant J.-B THIERRY à parler de « droit flou et mou », *V.* J.-B THIERRY, « Les conditions juridiques d'accueil des enfants aux côtés de leur mère détenue », *in* M. MARTINELLE, C. MÉNABÉ, *L'enfant en prison*, L'Harmattan, coll. Bibliothèques de droit, 2017, p. 25 : la loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire inscrit entre autres la possibilité de garder l'enfant jusqu'à 18 mois maximum ; A. GARRAUD, « Le lien maternel bouleversé par l'incarcération », *AJ fam,* 2014, p. 551 ; F. CHARLENT, *Le statut des personnes détenues*, Thèse dactyl., Université d'Aix-Marseille, 2021, p. 295-296.

[705] M. HERZOG-EVANS, « Le séjour du petit enfant avec sa mère en détention », L. CADIET, F. CHAUVAUD et *al*., (dir.), *Figures de femmes criminelles, de l'Antiquité à nos jours*, Paris, publications de la Sorbonne, 2010, p. 205.

[706] Selon la DAP en 2018, 65 femmes enceintes ont intégré une cellule mère-enfant, 47 ont accouché en étant détenues et 18 sont sorties avant d'avoir accouché. Au 1er juillet 2019, 30 enfants vivaient avec leur mère en cellule, *V.* ég. L. ANELLI, *Baby-blues carcéral*, Section Française OIP, 14 mars 2020 ; A. BOUREGBA, « L'enfant de moins de trois ans et son parent incarcéré », B. BASTARD (éd.), *L'enfant et son parent incarcéré.* Érès, 2003, pp. 49-57.

[707] C. Proc. Pén., art. 708-1 : Il est dès lors possible, avant l'incarcération, de différer la mise à exécution d'une peine d'emprisonnement ou de la faire exécuter en milieu ouvert ; Depuis 2014, le statut de parturiente fait partie des hypothèses autorisant la suspension de la peine ou son fractionnement, Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, article 25 modifiant l'article 720-1 et 720-1-1 CPP ; Code pénitentiaire, art. D322-36 et D147-1 et s. ; C. Proc. Pén., art. 729-3 : possibilité d'y mettre fin prématurément par une libération conditionnelle lorsqu'elle concerne une femme enceinte de plus de douze semaines ou un parant ayant l'autorité parentale sur un enfant de moins de dix ans.

[708] CGLPL, Avis du 8 août 2013 relatif aux jeunes enfants en prison et à leurs mères détenues ; Formule remployée également par A. HAZAN dans son article : « Les conditions matérielles d'accueil des enfants aux côtés de leur mère détenue », *in* M. MARTINELLE et C. MENABE (dir.), *L'enfant en prison*, L'Harmattan, coll. Bibliothèques de droit, 2017, p. 38.

[709] Pour aller plus loin sur la notion d' « intérêt supérieur de l'enfant », *V.* A. AMADO, « Un régime spécifique pour l'enfant en détention ou la conciliation des best interests of the child : l'exemple anglais dans le paysage européen », *in L'enfant en prison*, *op. cit.*, p. 58. ; *V.* ég. RPE, règle 36.1.

[710] A. AMADO, « Un régime spécifique pour l'enfant en détention ou la conciliation des best interests of the child : l'exemple anglais dans le paysage européen », *in L'enfant en prison*, *op. cit.*, p. 55.

[711] Pour aller plus loin notamment sur les obligations européennes, *V.* M. MARTINELLE, C. MÉNABÉ, *L'enfant en prison*, L'Harmattan, 2017, p. 53 et p. 61.

l'Europe et du Parlement européen[712], de la CEDH[713] et du Conseil constitutionnel[714] qui ont intégré la notion d'intérêt supérieur de l'enfant initiée par la CIDE[715].

141. Une prise en charge sanitaire et sociale inadaptée de l'enfant. Malgré les incohérences inhérentes à sa situation[716], l'enfant n'est pas détenu[717], il accompagne sa mère qui elle l'est, mais il demeure libre[718]. Il ne relève pas du protocole de santé signé par l'établissement pénitentiaire. En tant que patient libre, il peut prétendre à une prise en charge « classique », de droit commun. Il lui est donc laissé un libre accès et, partant, un libre choix du médecin, choix qui revient à sa mère. La sortie de détention est possible autant de fois que nécessaire pour les enfants présents sous ce statut, les motifs médicaux s'intègrent parfaitement dans cette idée. La prise en charge des frais de santé de l'enfant est toutefois assurée dans les mêmes conditions que pour les personnes détenues pendant la durée de son séjour en prison[719]. Néanmoins, la circulaire de 1999[720] engageait les établissements pénitentiaires « *à mettre en place un dispositif permettant d'assurer les soins médicaux courants et de répondre aux urgences* »[721]. La CEDH a condamné la France sur le fondement de l'article 3 en estimant que ses installations pénitentiaires n'étaient pas adaptées aux besoins de l'enfant accompagnant sa mère en

[712] Recommandation du Parlement européen à l'intention du Conseil sur les droits des personnes détenues au sein de l'Union Européenne, 2003/2188 (INI), 2004 ; D. VAN ZYL SMIT, S. SNACKEN, « Principles of européen Prison Law and Penology », *Oxford University Press*, Oxford, 2009, p. 29. ; Disposition 5, Résolution du Parlement européen du 15 décembre 2011 sur les conditions de détention dans l'Union (2011/2897 (RSP)), 2013/C 168 E/11 ; P. COUVRAT, « Les règles pénitentiaires du Conseil de l'Europe », *RSC* 1988, p. 132 ; Conseil de l'Europe, L'intérêt supérieur de l'enfant – Un dialogue entre théorie et pratique, 2017 ; A. AMADO, « Un régime spécifique pour l'enfant en détention ou la conciliation des best interests of the child : l'exemple anglais dans le paysage européen », *in* M. MARTINELLE et C. MENABE (dir.), *L'enfant en prison*, *op. cit.*, p. 58.

[713] CEDH, 7 mars 2013, *Raw c/ France*, n° 10131/11 ; Marckx c/ Belgique, 13 juin 1979 ; F. SUDRE, « CEDH-Droit au respect de la vie privée et familiale », *JCL. E.*, Fasc 6525, paragraphe 19 ; L'article 8 est d'autant plus protecteur que la CEDH l'interprète « *à la lumière de la CIDE* » et érige l'intérêt supérieur de l'enfant en principe fondamental : A. AMADO, « Un régime spécifique pour l'enfant en détention ou la conciliation des *best interests of the child* : l'exemple anglais dans le paysage européen », *in* M. MARTINELLE et C. MENABE (dir.), *L'enfant en prison*, *op. cit.*, p. 65.

[714] Cons. const., 21 mars 2019, n° 2018-768 QPC, D. 2019. 584, et 742, note P. PARINET, AJDA 2019, p. 662 ; pour aller plus loin *V.* H. FULCHIRON, « La constitutionnalisation de l'intérêt supérieur de l'enfant », Recueil Dalloz, 2019, p.709.

[715] Le préambule de la CIDE indique en ce sens que l'enfant doit bénéficier d'un traitement spécifique.

[716] J.-B. THIERRY, « Les conditions juridiques d'accueil des enfants aux côtés de leur mère détenue », *in* M. MARTINELLE, C. MÉNABÉ, *L'enfant en prison*, *op. cit.*, p. 23-36.

[717] Et ne doit pas être considéré comme tel, RPE, règle 36.1

[718] C. ROTACH, « Les enfants auprès de leur mère incarcérée », *in* B. BASTARD (éd.), *L'enfant et son parent incarcéré*. Érès, 2003, pp. 39-48 ; C. MÉNABÉ, *Réflexions critiques sur la criminalité féminine*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2013.

[719] CSS, art. L. 381-30.

[720] La circulaire du 16 août 1999 relative aux conditions d'accueil des enfants laissés avec leur mère incarcérée préc.

[721] C. ROTACH, « Les enfants auprès de leur mère incarcérée », B. BASTARD (éd.), *L'enfant et son parent incarcéré*. Érès, 2003, pp. 39-48 ; C. MÉNABÉ, *Réflexions critiques sur la criminalité féminine*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2013, p. 398.

détention, constituant des mauvais traitements au sens de la Convention[722]. Le Conseil de l'Europe avait quant à lui émis comme recommandation[723] de limiter la présence de l'enfant et de sa mère en détention et de prévoir des unités spécialisées. Ces unités, appelées nurseries, sont présentes dans 29 des 191 établissements pénitentiaires français[724]. L'objectif est de « *laisser penser qu'on n'est pas ici tout à fait en « détention », mais de l'« autre côté »* »[725]. Cette indifférence normative[726] pour l'accueil de l'enfant en détention pourrait évoluer en modifiant les installations pénitentiaires à l'aide de dispositifs médicaux disponibles en détention pour la mère et son enfant, et d'outils permettant à la mère de réaliser un suivi prénatal ou postnatal de qualité en détention[727], tout en facilitant la gestion des sorties pour l'administration pénitentiaire.

142. Autorité parentale et rôle du père. La circulaire du 18 août 1999 s'intéresse à l'application des règles relatives à l'autorité parentale[728] dans le cadre du milieu carcéral et favorise une conciliation entre la situation carcérale de la mère et le respect des règles relatives à l'autorité parentale du père[729]. Pourtant, le partage de l'autorité parentale suppose une égalité des prérogatives entre les deux parents et *« cette égalité ne semble pas se retrouver en détention ou, du moins, pas durant les premiers mois de vie de l'enfant »*[730] puisque la circulaire précise quand même que « *de fait, c'est la mère, seule, qui sera le plus souvent amenée à prendre la décision au moment de son incarcération* »[731]. Le Conseil de l'Europe dans sa recommandation du 30 juin 2000[732] fait mention du père de l'enfant uniquement pour la question des droits de visite, l'hypothèse d'un père accueillant son enfant en bas âge n'ayant pas traversé l'esprit des

[722] CEDH, 24 mars 2016, *Korneykova et Korneykov c. Ukraine*, nº 56660/12
[723] Conseil de l'Europe, recommandation n°1469, 30 juin 2000
[724] OIP, « Quelles sont les conditions de détention des femmes ? », 3 février 2021, en ligne sur : https://oip.org/en-bref/quelles-sont-les-conditions-de-detention-des-femmes/#:~:text=Les%20femmes%20d%C3%A9tenues%20sont%20soumises,l'%C3%A2ge%20de%2018%20mois. (Consulté le 30 septembre 2024).
[725] C. CARDI, « Les ambivalences du traitement carcéral des femmes criminalisées », *op. cit.*
[726] C. MÉNABÉ, *Réflexions critiques sur la criminalité féminine*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2013.
[727] Le GIP Pulsy propose ainsi dans sa solution de e-parcours (PARCEO) un parcours « Coaching parental et périnatalité » (COPA) ; ARS île-de-France, NATA : solution numérique pour le suivi de grossesse 14 juin 2023, en ligne sur : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/nata-solution-numerique-pour-le-suivi-de-grossesse (consulté le 10 oct. 2024).
[728] *V.* la définition « autorité parentale », S. GUINCHARD, T. DEBARD (Dir.), *Lexique des termes juridiques*, Dalloz, 28e éd., 2020-2021, p. 108.
[729] Circulaire de la DAP du 18 août 1999 relative aux conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée, NOR : JUSE9940065C, BOMJ 1999 n° 76.
[730] F. CHARLENT, *Le statut des personnes détenues*, Thèse dactyl., Université d'Aix-Marseille, 2021, p. 298.
[731] Circulaire de la DAP du 18 août 1999 relative aux conditions d'accueil des enfants laissés auprès de leur mère incarcérée, NOR : JUSE9940065C, BOMJ 1999 n° 76, cité par F. CHARLENT, Le statut des personnes détenues, Thèse de doctorat en Droit privé, Aix-Marseille, 2021, p. 298.
[732] Conseil de l'Europe, recommandation n°1469, 30 juin 2000, préc.

rédacteurs de la recommandation. Puis dans la rédaction des RPE, il est évoqué la possibilité de l'enfant restant avec son parent sans apporter de précision quant au sexe du parent. Est simplement évoqué le « *parent incarcéré* »[733]. Dans les faits, « *force est de constater que la mère est à l'origine de la prise de bon nombre de décisions quant à l'enfant*. »[734], dont résulte la « *mise à l'écart* » du père de l'enfant et par conséquent des prérogatives du partage de l'autorité parentale. Il va sans dire que l'ouverture de l'adoption aux couples de même sexe ou au père seul par la loi de 2022 pourrait soulever quelques interrogations si par hasard une telle hypothèse venait à se réaliser[735]. Cela entraînera indubitablement des conséquences juridiques lors des prises de décisions concernant la santé qui sont désormais facilitées par les outils à distance[736]. Cela est également le cas pour les mineurs dont le statut est bien celui de personne détenue, car ils ont été incarcérés de façon autonome pour leurs actes propres.

b) Le mineur détenu

143. Les mineurs incarcérés de façon autonome. L'enfant en détention est appréhendé au regard du lien de filiation qui le lie avec son parent, en l'espèce son parent incarcéré. En droit pénal, la minorité se présente comme « *l'état de l'auteur d'une infraction qui n'a pas encore atteint l'âge de dix-huit ans* »[737]. Dans le cadre de la détention, les mineurs détenus sont donc les personnes qui n'ont pas atteint la majorité au sens du Code civil[738] mais qui sont incarcérées de façon autonome pour les actes qu'ils ont commis[739]. Le législateur a transmis aux magistrats un arsenal procédural[740] adapté au traitement des infractions commises par des mineurs d'abord par l'ordonnance de 1945 puis par la réforme de 2021 sur le code de la justice pénale des mineurs[741]. Dans le cas de la délinquance des mineurs, le comité des droits de l'enfant rappelle

[733] RPE, règle 36.1.
[734] F. CHARLENT, *Le statut des personnes détenues*, Thèse dactyl., Université d'Aix-Marseille, 2021, p. 297.
[735] LOI n° 2022-219 du 21 février 2022 visant à réformer l'adoption ; C. civ., art. 343 pour les couples homosexuels ; C. civ., art. 343.
[736] Cf. *infra* n° 264, 267 et 277.
[737] S. GUINCHARD, T. DEBARD (dir.), *Lexique des termes juridiques*, Dalloz, 28e éd., 2020-2021, v° Minorité pénale, p. 684. ; pour aller plus loin sur la distinction entre enfant et mineur en prison, *V.* M. MARTINELLE, C. MÉNABÉ, L'enfant en prison, HAL CCSD, 2017, p. 23-36 ; F. CHARLENT, *Le statut des personnes détenues*, Thèse dactyl., Université d'Aix-Marseille, 2021, p. 243-244.
[738] C. civ., art. 388, al. 1er.
[739] Soit par une décision de condamnation, soit dans l'attente de celle-ci en détention provisoire ; CPP, art. 143-1 et s.
[740] Pour le traitement général de la délinquance des mineurs, *V.* not. J.-F. SEUVIC, « Droit pénal des mineurs », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2002, n°04, p. 867 ; C. RENAULT-BRAHINSKY, Justice pénale des mineurs, *Gualino*, Droit en poche, 2024.
[741] Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ; Ordonnance n° 2019-950 du 11 septembre 2019 portant partie législative du code de la justice pénale des mineurs ; LOI n° 2021-218 du 26 février 2021 ratifiant l'ordonnance n° 2019-950 du 11 septembre 2019 portant partie législative du code de la justice pénale des mineurs ; S. LAVRIC, « Code de la justice pénale des mineurs : les grandes lignes », *Dalloz Actualité*, 20 mars 2009 ; P. BONFILS, « Première approche du code de la justice pénale des mineurs », *AJ pénal* 2019,

que les « *droits des enfants privés de liberté sont liés de façon inextricable et indivisible aux droits fondamentaux inscrits dans la CIDE, notamment le droit de bénéficier du meilleur niveau de santé et de bien-être* »[742].

La difficulté première peut résulter du type d'établissement dans lequel le mineur est privé de liberté. Ainsi la prise en charge sanitaire des mineurs placés en centres éducatifs fermés demeure très inégale[743], « *faute de bénéficier du soutien de structures hospitalières fortes, ne fournissent qu'une prise en charge sommaire, principalement assurée par la médecine libérale des environs* »[744]. La seconde difficulté est issue de l'impossible maintien de soins appropriés en parallèle du respect des droits relatifs à l'autorité parentale, particulièrement dans l'information et le consentement préalable de chaque prise en charge pour le mineur. Ces derniers se trouvent donc enfermés dans un cadre juridique inadapté, devant faire face à un manque d'accès aux soins ou à un moindre respect de leurs autres droits. La e-santé peut y remédier en offrant des possibilités multiples d'information et de prise de décision à distance, pour le mineur comme pour les détenteurs de l'autorité parentale.

B. Un accès aux soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux en détention

144. Une majorité de détenus touchés. L'ensemble des troubles psychiatriques est surreprésenté en prison[745]. La dernière étude en date affirme que parmi les participants, les deux tiers des hommes détenus en maison d'arrêt et les trois quarts des femmes sortant de détention présentent, à la sortie de prison, un trouble psychiatrique[746] ou lié à une substance[747]. La prise

p. 476 ; Dossier : Ordonnance n° 2019-950 du 11 septembre 2019 portant partie législative du code de la justice pénale des mineurs, *AJ pénal* 2019, p. 475 ; J. LAZERUS, « Code de la justice pénale des mineurs : 2 ans après », *Dalloz Actualité*, 13 octobre 2023.

[742] Amnesty International, *L'intérêt supérieur de l'enfant : les droits humains et l'administration de la justice pour mineurs*. Paris, EFAI, 1998, p. 8. Le comité des droit de l'enfant est chargé de vérifier que les Etats respectent 4 principes fondamentaux : toute action doit d'abord prendre en compte intérêt supérieur de l'enfant ; tout enfant a un droit inhérent à la vie, ce qui suppose notamment d'assurer dans toute la mesure du possible sa survie et son développement ; les droits de l'enfant doivent être reconnus sans discrimination d'aucune sorte ; tout enfant a le droit de voir ses opinions prises en considération sur toute question l'intéressant. Cela prend en compte la vie familiale, sécurité sociale, immigration etc. ».

[743] CGLPL, rapport annuel d'activité 2019, p. 66.

[744] CGLPL, *Les droits fondamentaux des mineurs enfermés*, Rapport, 2021.

[745] T. FOVET, L. PLANCKE, A. AMARIEI, I. BENRADIA, F. CARTON, A. SY, et al., *Mental disorders on admission to jail : A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France*, *European Psychiatry*, 2020, 63.1 : e43–e43. Web. ; G. BARBIER, C. DEMONTÈS, J.-R. LECERF, J.-P. MICHEL, Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? Rapport d'information du Sénat n° 434 (2009-2010), 5 mai 2010 ; CGLPL, Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, JORF n°0271 du 22 novembre 2019

[746] Trouble de l'humeur, trouble anxieux, stress post-traumatique, trouble psychotique, tendance suicidaire etc. ; Pour aller plus loin *V.* F2RSM Psy, *La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale*, décembre 2022.

[747] F2RSM Psy, *op. cit.*

en compte de ces problématiques en forte hausse a eu lieu en 2002 avec la fin des hospitalisations complètes au sein d'un établissement pénitentiaire et la création des UHSA[748]. Le statut de majeur protégé ou non est indifférent ici, le sujet dépassant la seule question du consentement.

145. Télésanté adaptée. L'utilisation qui est faite de l'outil n'est pas toujours adaptée à la spécificité des pathologies mentales. Elle peut se heurter à la réticence des professionnels de santé. Ce sera l'exemple du traitement à distance qui est possible voire encouragé pour les troubles dépressifs mais absolument pas pour la crise délirante ou les troubles de la persécution[749]. Cependant, dans ces hypothèses, la personne a besoin d'être hospitalisée, et pour cela il faut un accès à des médecins en établissement pénitentiaire pour repérer le besoin d'hospitalisation. L'organisation de la prise en charge psychiatrique sur trois niveaux, le dernier étant l'hospitalisation en UHSA, est une bonne chose si les deux premiers niveaux dispensent une prise en charge adéquate. Si les troubles mentaux sont causés ou accentués en amont, ou reprennent en aval après une hospitalisation en UHSA, l'hospitalisation perd son utilité. Enfin, Pierre HORRACH donne un exemple d'un centre pour peine aménagée[750] (CPA) qui ne prévoit pas de consultations psychiatriques car les personnes qui y résident sont triées en amont et ne doivent pas présenter de contre-indication psychiatrique. Cependant, la majorité d'entre eux présente des troubles de l'addiction.

146. L'hospitalisation sous contrainte des détenus simplifiée par la télésanté. Sous réserve des restrictions imposées par leur qualité de détenu ou, pour celles hospitalisées sans leur consentement, par leur état de santé, les personnes détenues hospitalisées en soins psychiatriques sans leur consentement bénéficient des droits énoncés à l'article L. 3214-2 du CSP. C'est le CGLPL qui est chargé de s'assurer du respect des « *droits fondamentaux des personnes privées de liberté* » en contrôlant « *les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté* »[751]. Longtemps nommée « internement »[752] en cas d'« alinéation mentale »[753], l'hospitalisation causée par des troubles mentaux est désormais

[748] Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice
[749] Docteur P. HORRACH, médecin à l'UHSA de Nancy, entretien réalisé le 21 sept. 2022.
[750] Etablissement autonome (CPA) ou quartier d'un établissement (QCPA) tourné vers la réinsertion et dont les détenus bénéficient d'un régime de semi-liberté ou de placement à l'extérieur.
[751] Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un contrôleur général des lieux de privation de liberté modifiée par la loi n° 2014-528 du 26 mai 2014, art 1.
[752] J. HOCHMANN, *L'histoire de la psychiatrie*. Paris, PUF, 2004.
[753] CPP, Version en vigueur du 02 mars 1959 au 09 décembre 1998

mentionnée dans le Code pénitentiaire[754] qui renvoie à la distinction faite par le CSP entre l'hospitalisation avec[755] ou sans consentement[756]. La décision d'hospitalisation sans consentement est prise par « *le représentant de l'État dans le département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu,* [qui] *prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète* »[757]. En cas d'urgence, ce certificat médical doit être « *circonstancié* »[758] et celui-ci « *ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil* »[759]. Le patient détenu étant hébergé dans un établissement pénitentiaire mais transféré dans un établissement sanitaire, quel établissement doit être considéré comme étant « *l'établissement d'accueil* » ? Cette expression revenant plusieurs fois dans le Titre Ier[760] du livre II[761] de la troisième partie[762] du CSP dédié aux modalités de prise en charge des soins psychiatriques, il apparait que l'établissement d'accueil désigne l'établissement au sein duquel le patient est pris en charge pour sa pathologie psychiatrique. Dès lors, un psychiatre en poste dans un établissement pénitentiaire pourra parfaitement être le rédacteur de ce certificat circonstancié. La téléconsultation ou la téléexpertise permettraient d'obtenir ce certificat circonstancié rapidement dans les cas de crises, facilitant ainsi la procédure dont le caractère urgent est évident, réduisant les risques physiques pour le détenu ou pour autrui, dans l'attente qu'un professionnel puisse se déplacer afin de constater son état et de rédiger un certificat médical. De plus, lorsque les seuls professionnels assez proches sont effectivement ceux de l'établissement d'accueil, ce qui limite la possibilité de rédaction du certificat, l'acte à distance permet d'avoir recours à un psychiatre plus éloigné. La télésanté est ici un apport pour le détenu dont l'état de santé, il faut le rappeler, nécessite cette hospitalisation[763]. C'est également un

[754] Code pénitentiaire, art. L.322-8 : « *Conformément aux dispositions des articles L. 3214-1 et suivants du code de la santé publique, les personnes détenues souffrant de troubles mentaux sont hospitalisées au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou au sein d'une unité adaptée dans un établissement de santé, dans des conditions distinctes selon que leur hospitalisation est réalisée avec ou sans leur consentement* ». ;
[755] CSP, art. L3214-1
[756] CSP, art. L.3214-3
[757] CSP, art. L.3214-3
[758] K. SFERLAZZO-BOUBLI, *Le juge et l'urgence psychiatrique*, RDS, n°85, 2018, p.835-836 : *« La Cour de cassation explique qu'en matière de soins psychiatriques contraints, les certificats médicaux doivent contenir suffisamment d'éléments pour que le juge puisse interpréter et les formaliser dans sa décision. Pour que légalité de la mesure soit acquise, les éléments contenus dans l'ordonnance du juge doivent correspondre avec conditions légales autorisant l'admission ET la poursuite d'une mesure de soins sous contraintes* » (Cass. Civ. 1ère, 24 mai 2018, n°17-20668) ; « *A contrario, si le juge déduit que les conditions légales ne sont pas réunies pour poursuivre la mesure, il peut lui être reproché de se substituer à l'autorité médicale ou de dénaturer les faits, et l'hospitalisation serait maintenu* » (Cass. Civ. 1ère, 27 sept. 2017, n°16-22.544).
[759] CSP, art. L.3214-3.
[760] Titre Ier : Modalités de soins psychiatriques (Articles L3211-1 à L3216-1).
[761] Livre II : Lutte contre les maladies mentales (Articles L3211-1 à L3251-6).
[762] Troisième partie : Lutte contre les maladies et dépendances (Articles L3111-1 à L3845-2).
[763] CSP, art. L.3214-3

moyen de soulager les équipes médicales sur place qui ne peuvent prendre en charge ce type de profils, et un moyen de limiter les risques de sécurité pour le personnel pénitentiaire. L'adjectif circonstancié pourrait cependant limiter l'action du psychiatre par les outils de télésanté. En effet, il pourrait lui être reproché de ne pas avoir constaté directement l'état du patient s'il ne se déplace pas. Une fois l'hospitalisation réalisée, l'accès à distance à des psychiatres pour le suivi psychiatrique des détenus serait une avancée majeure tant le manque se fait ressentir[764].

147. Isolement et contention. Pratiques de dernier recours[765], l'isolement et la contention forment des restrictions à l'exercice des libertés individuelles de la personne hospitalisée sans son consentement. Il ne peut y être procédé que sur décision d'un psychiatre, elle doit être prise pour une durée limitée, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance et d'une traçabilité strictes, confiées par l'établissement à des professionnels de santé[766]. Enfin ces restrictions doivent être limitées à celles imposées par son état de santé et à la mise en œuvre de son traitement[767]. La télésanté offre alors une opportunité à chaque stade de cette mesure, que ce soit pour la décision du psychiatre, pour les mesures de surveillance et de traçabilité. Cependant, la vigilance est de mise pour que les droits fondamentaux soient bel et bien respectés. La télésanté favorise la bonne réalisation d'une mesure disciplinaire tout en maintenant l'accès aux soins et aux droits inhérents, elle n'est pas un blanc-seing au prononcé d'une mesure particulièrement contraignante pour le détenu.

148. Les risques d'un suivi négligé des troubles mentaux. Le manque de suivi conduit à une sur-orientation en soins sans consentement, les patients n'étant pris en charge qu'au pic de la crise. Lorsque la crise survient, elle se répercute sur les services d'aide d'urgence, étant les seules habilités à intervenir. Ainsi à titre d'illustration, aux urgences, les demandes d'hospitalisation sous contrainte en cas de péril imminent étaient initiées par les médecins type SOS dans 91% des cas[768]. En détention, le constat est le même. Les délais de rendez-vous avec

[764] IGAS-IGSJ, Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice, novembre 2015, 15,5 % des postes de psychiatres budgétés n'étaient pas pourvus.
[765] L'article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance et d'une traçabilité strictes, confiées par l'établissement à des professionnels de santé.
[766] CSP, art. L.3221-5-1.
[767] CSP, art. L. 3211-3.
[768] G. OUARAD, « Admission en soins psychiatriques a la demande d'un tiers : de l'appel au SAMU a l'hospitalisation » L'Encéphale Volume 48, Issue 3, June 2022, Pages 273-279.

les psychiatres de manière régulière peuvent favoriser chez les détenus la survenance de crises psychotiques, voire la simulation de cette crise pour obtenir un soin en urgence[769]. Le temps où le recours aux services d'urgences n'avait « *pour seule alternative l'hospitalisation ou le retour à domicile*[770] » est révolu, il existe désormais une multitude de solutions pouvant être proposées aux patients.

149. Remise en cause du principe même de la prise en charge psychiatrique en établissement pénitentiaire. Le CGLPL qui s'est déjà exprimé à plusieurs reprises sur les UMD[771] et les mesures d'isolement et de contention[772] s'est prononcé sur l'existence même des UHSA. Il dénonce une ambiguïté de principe autour de ces établissements, relative à la place des personnes atteintes de pathologies mentales en prison. Pour améliorer la prise en charge de ces personnes souffrant de troubles mentaux « *il apparaît plus approprié de développer les structures hospitalières sécurisées que de créer des prisons médicalisées »*[773]. En effet, il faut interroger le système judiciaire qui substitue à la prise en charge « classique » des pathologies psychiatriques l'enfermement, car « *comme pour toute urgence médicale, la nécessité d'une réaction immédiate en psychiatrie peut être la manifestation d'une insuffisance ou d'un échec de la prise en charge antérieure du patient* »[774]. C'est une question qui peut apparaître récurrente notamment pour les statistiques relatives au nombre de suicides[775] en détention qui se révèlent inquiétantes. Cette situation peut également être à l'origine de retard de soins et ne permet pas de repérer certains patients situés dans un « *angle mort de la médecine* »[776] : parmi

[769] On citera ici l'intervention de F. DHOUKI, agent pénitentiaire, qui expliquait que certains détenus essayaient (et réussissaient) à déjouer le système, en exploitant les règles de sécurité ou d'obligations en cas de péril vital ou d'isolement, B. PY (dir.), Les relations hôpital – prison, journée d'étude 12 janvier 2023.
[770] L. TORODOV, R. GOUREVITCH « La dépression aux urgences psychiatriques : une expérience quotidienne » Annales Médico-psychologiques, *revue psychiatrique*, Volume 180, Issue 8, Oct. 2022, p. 808-814.
[771] CGLPL, Avis relatif aux séjours injustifiés en unités pour malades difficiles, 17 janvier 2013.
[772] CGLPL, Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, 14 octobre 2019.
[773] *Ibid*.
[774] S. THÉRON « Les urgences psychiatriques en établissement », RDSS 2014, p.707.
[775] DREES, Rapport état de santé de la population française 2017 : suicide et tentatives de suicide, p. 288 ; DREES, La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux, Études et résultats, n° 181, juillet 2022 ; Pour le placement dans une CProU, *V.* GUIDE prise en charge sanitaire PPSMJ p. 301 et Fiche n°9 du plan d'actions du garde des Sceaux du 15 juin 2009 relatif à la prévention du suicide en milieu carcéral. ; CGLPL, avis relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de trouble mentaux, 2019 : En 2019, le CGLPL faisait état d'un besoin d'analyse qualitative de la souffrance psychique des détenus, rappelant que la dernière étude épidémiologique en la matière remonte à 2007. Question de la surpopulation carcérale due aux comparutions immédiates et à la DP, expertise psychiatrique n'étant pas suspensive, la personne sera incarcérée en attendant ; F. CHARLENT, Le statut des personnes détenues, thèse dactyl., Université d'Aix-Marseille, 2021.
[776] M. DORIAN, « Les proches des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool : Un angle mort de la surveillance du médecin généraliste ? Exploration des pratiques des médecins généralistes de L'Île de La Réunion ». *Sciences du Vivant* [q-bio]. 2022.

les personnes mortes par suicide, seuls 35% d'entre elles avaient consulté un psychiatre au cours de l'année précédant leur geste[777]. L'absence de professionnels induit une absence de suivi qui conduit à l'augmentation du nombre de suicides. En agissant à la source, la télésanté permet de renouer un lien entre les psychiatres et les patients détenus, permettant ainsi de réduire le risque, et de le prévenir.

[777] C. LEGRÈVE, C. LADAVID, O. MARIAGE, M. PRÉVOST, « quelle place ont les maisons médicales dans le projet de réforme des soins de santé mentale ? », *Santé Conjuguée* n°68, juillet 2014.

Section II : La télésanté comme palliatif en cas d'urgence

150. La notion d'urgence peut revêtir plusieurs sens. La première acception est celle d'urgence médicale, une prise en charge médicale nécessaire dans un délai restreint sous peine de conséquences irrémédiables pour le patient ; on pense alors naturellement à l'exemple du « péril vital imminent », défini par la jurisprudence[778] autour du délit réprimé à l'article 223-6 du Code pénal[779]. Les solutions de télémédecine sont rarement envisagées lorsque les symptômes sont graves et nécessitent une prise en charge imminente. Et pourtant, il existe dès aujourd'hui des solutions techniques et organisationnelles qui autorisent la gestion de certaines formes d'urgence à distance[780]. Cela se fait à travers le partage d'un dossier, l'analyse de l'imagerie, la détermination d'un diagnostic, la délivrance d'un traitement voire d'une prise de décision de transfert d'établissement, le tout à distance dans un laps de temps réduit. La deuxième acception pourrait être celle de situation exceptionnelle. Il est alors possible de se focaliser d'une part sur « l'état d'urgence », et notamment l'état d'urgence sanitaire. La crise sanitaire récente nous donne en ce sens de nombreux exemples d'actions et de réactions qui ont eu lieu dans un contexte exceptionnel d'urgence pour l'ensemble du système de soins, allant jusqu'à un confinement généralisé ; ce qui n'empêche de s'interroger sur ce qui aurait pu être réalisé si la télésanté était employée de façon plus structurelle[781]. D'autres situations que l'on peut qualifier d'exceptionnelles, comme la quarantaine peuvent survenir, et être alors le témoin, voire la cause, de privations de liberté tout à fait exceptionnelles, pour lesquelles la télésanté pourrait être une réponse adéquate. Ces situations exceptionnelles seront écartées lors de cette étude. La prise en charge en urgence à distance est un moyen de remédier (**§ II**) aux défaillances du système actuel concernant les personnes incarcérées (**§ I**)

---

[778] Le péril est un état dangereux ou une situation critique qui fait craindre de graves conséquences pour la personne qui y est exposée et qui risque, selon les circonstances, soit de perdre la vie, soit des atteintes corporelles graves : T. corr. Rouen, 9 juillet 1975 : D. 1976. 531, note Roujou de Boubée ; JCP 1976. II. 18258, note Savatier ; Gaz. Pal. 1975. 2. 798, note Magi Sami Zaki ; RSC 1976. 726, obs. Levasseur – Sur l'imminence et du péril : Crim. 13 janv. 1955, n°2-32.2 P : JCP 1955. II. 8560, note Pageaud ; TGI Rennes, 18 mai 2015 : D. actu 21 mai 2015, obs. Fucini ; Crim. 4 nov3 1999 JCP 2000. IV. 1263. ; Crim. 18 juin 2003.D. 2005. 195, note Prothais ; JCP 2003. II. 10121, note Rassat.

[779] C. pén., art. 223-6.

[780] Pulsy, *Le réseau télé-AVC du Grand Est s'étend !*, 2019, disponible en ligne sur : https://www.pulsy.fr/portail/le-reseau-tele-avc-du-grand-est-s-etend-28-29.html?args=Fa3CPGtUq5VLm57e_azDjtcsU4kqznsaUlAuu0QYksAmz83kiOSprXPS2XDwpC4SBEa8YOSApMZgKE3uERDOug (consulté le : 10 oct. 2024).

[781] O. VÉRAN a ainsi pu affirmer que la télésanté « est une solution efficace pour accéder aux soins et un allié de poids pour surmonter des contraintes inédites, notamment des pandémies », Discours prononcé à l'occasion du lancement de « Mon espace santé », Discours O. VÉRAN Ministère de la Santé et de la Prévention, Discours à l'occasion de la conférence de presse de lancement de Mon espace santé, 3 février 2022.

§ I – La défaillance de la prise en charge en urgence des détenus

151. Un constat est évident, l'urgence médicale représente un pan spécifique de la prise en charge sanitaire (**A**) qui n'est pas adapté au milieu carcéral (**B**).

A. L'urgence médicale

152. Définition et organisation de l'urgence dans le système sanitaire. La loi du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires a fait de l'aide médicale urgente (AMU) un impératif de santé publique[782] en venant renforcer l'existence[783] de principes de fonctionnement fixés jusqu'alors par de simples circulaires, à la portée limitée. Le cadre réglementaire qui s'y est ajouté a précisé[784] les contours de la prise en charge en urgence somatique[785] et psychiatrique[786]. Le Code de la santé publique définit ainsi l'AMU comme le fait d'« *assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état* »[787]. Il précise par ce moyen les catégories de patients destinées à recevoir des soins d'urgence, et exprime de manière succincte une notion d'« état ». Il y aurait donc un « état d'urgence », si l'on peut le dire ainsi, mais afin d'éviter toute confusion avec une notion bien connue, il est plus clair de parler d'état médical urgent. La difficulté vient du fait qu'aucune définition légale de l'urgence existe au sens médical. Se dit « urgent » quelque chose dont on doit s'occuper sans délai, et « urgence » une nécessité d'agir rapidement[788]. Certains auteurs se sont laissés tenter par l'exercice de la définition sur le plan médical, en estimant qu'« *une urgence est une situation dans laquelle l'écoulement du temps est susceptible d'entraîner la mort à court terme ou des lésions irréversibles* »[789] ; ou encore

---

[782] J. MOREAU, « La prise en charge de l'urgence médicale : le dispositif d'aide médicale urgente », *RDSS*, 2007, p. 426.

[783] P. CHENILLET, X. PRETOT, La loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires : une consolidation législative ?, RDSS 1986. 206.

[784] Not. les décrets n° 95-647 et n° 95-648 du 9 mai 1995 portant sur l'organisation des services d' urgences , repris par les décrets n° 97-615 et n° 97-616 du 30 mai 1997.

[785] CSP, art. R.6123-32-1 ; *V.* ég. Rapport Steg « La *médicalisation* des urgences » *rapport* de la Commission nationale de restructuration des *urgences*, 1993, p. 11. ; J. MOREAU, « La prise en charge de l'urgence médicale : le dispositif d'aide médicale urgente », *RDSS*, 2007, p. 426.

[786] CSP, art. R.6123-18, Pour aller plus loin sur l'historique des services d'urgences en psychiatrie, *V.* travaux de L. LEPOIX, Psychiatrie, technologies, Droit : entre soins et sécurités, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2024 ; C. LAUNAY, « Les différents dispositifs d'accueil des urgences psychiatriques » dossier « Psychiatrie et Urgences » *Cahier de la société médico-psychologique*, 2002, Volume 160 p187-190 Elsevier.

[787] Code de le santé publique, art. L.6311-1 ; Article 2 loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

[788] TLFi, ATILF - CNRS & Université de Lorraine, *V.* « Urgent » et « Urgence ».

[789] P. CHENILLET, X. PRETOT, Le secours médical d'urgence. Éléments pour une clarification, *RTD soc.* 1983, p. 669 cité par B. PY, Urgence médicale, état de nécessité, et personne en péril, *op. cit.*, *AJ Pénal*, 2012, 07 et 08, pp. 384.

qu'elle serait le « *caractère d'un état de fait susceptible d'entraîner, s'il n'y est porté remède à bref délai, un préjudice irréparable, sans cependant qu'il n'y ait nécessairement péril imminent* »[790]. Cependant, l'extrême maigreur des sources doctrinales sur la question ainsi que l'absence totale de définition dans les textes[791], conduisent le Professeur Bruno PY à estimer que « *définir l'urgence d'une façon rigoureuse est une entreprise vouée à l'échec* »[792].

B. L'urgence médicale en détention

153. Constat de l'urgence en détention. La plupart des établissements pénitentiaires ne dispose pas de permanence médicale de nuit ou de week-end. Or, l'absence de présence médicale en dehors des heures d'ouverture de l'USMP ralentit le traitement de l'urgence et met en cause l'effectivité du droit d'accès aux soins dans des conditions équivalentes à celles de la population générale[793]. A l'occasion d'une mission sur l'organisation et la permanence des soins[794], l'Assemblée nationale a rappelé qu'au titre de la continuité des soins, l'unité sanitaire doit organiser la réponse médicale devant être apportée aux personnes détenues hors de ses heures d'ouverture. Comme le prévoit le CSP[795] pour la prise en charge classique, l'organisation de la permanence des soins se fait par voie contractuelle à travers le fameux protocole devant préciser par qui cette permanence des soins est assurée[796]. Il semble que l'organisation la plus fréquente soit le recours au Centre 15, car l'administration est mauvaise payeuse[797]. Cette situation de fait impose ainsi le recours à des extractions pour se rendre aux services d'urgence de l'établissement hospitalier de rattachement, facteur de coût et de désorganisation pour l'administration pénitentiaire[798]. Cependant, cette solution se heurte à des obstacles matériels rendant la discussion entre le patient et le médecin très difficile. L'absence de moyens de

---

[790] Association Henri CAPITANT, *Vocabulaire juridique Gérard CORNU*, 14ème édition, 2022.

[791] Aussi bien dans le Code de la santé publique que dans le Code pénal, qui *« ne contient que sept articles comportant le mot « urgence », aucun n'abordant l'état de santé individuel d'une personne. Alors que le mot « danger » est cité vingt-deux fois pour décrire des hypothèses de risques plus ou moins intenses »*, Bruno Py, Urgence médicale, état de nécessité, et personne en péril, AJ pénal 2012, p. 384.

[792] B. PY, Urgence médicale, état de nécessité, et personne en péril, *op. cit.*

[793] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, art. 46.

[794] C. LEMORTON, Rapport d'information en conclusion des travaux sur la mission sur l'organisation de la permanence des soins, Assemblée Nationale Commission des affaires sociales.

[795] CSP, art. R. 6112-16.

[796] Soit par une astreinte dans le service hospitalier de rattachement de l'établissement pénitentiaire, soit la régulation du Centre 15 soit à une association de type SOS médecins par exemple.

[797] C. LEMORTON, Rapport d'information en conclusion des travaux sur la mission sur l'organisation de la permanence des soins, Assemblée Nationale Commission des affaires sociales : *« Dans plusieurs départements, SOS médecins s'est désengagé du fait de ces délais et des retards avec lesquels les médecins étaient payés. Certains établissements ont proposé des tarifs supérieurs pour indemniser les médecins des délais d'attente mais ces majorations n'ont pas eu l'effet escompté ».*

[798] Cf. *infra* n°326 et s.

communication conduit le personnel pénitentiaire à devoir gérer les situations d'urgence, en faisant l'intermédiaire avec les médecins pour traduire les symptômes et leur gravité alors que cela dépasse les compétences acquises lors de leur formation. Par conséquent, le délai entre la survenance de l'urgence et sa constatation par les équipes de surveillance peut être particulièrement long, de même que le délai entre l'appel du centre 15 et le traitement de l'urgence causé par les difficultés d'accès à la personne détenue pour les urgentistes ou la lourde organisation d'une extraction[799]. Cela mène Catherine LEMORTON à conclure que « *la permanence des soins pour les personnes détenues est encore loin d'être équivalente à celle existant pour le reste de la population. Durant les périodes nocturnes, il semble que les personnes détenues soient véritablement pénalisées et perdent des chances de recevoir les soins adéquats dans un délai raisonnable*. »[800]. Les rapports récurrents du CGLPL confirment ce constat[801] et insistent sur l'absence de lien entre l'unité sanitaire et les services d'urgence. A leur arrivée dans l'établissement pénitentiaire après leur absence pendant la nuit, les personnels de l'USMP peuvent alors rencontrer des difficultés à assurer la continuité des soins[802].

154. Urgence somatique et psychiatrique. Le conseil économique et social estime que 25% des urgences sont d'origine psychiatrique ou sociale[803]. De façon générale et *a fortiori* dans les lieux privatifs de liberté, la distinction doit être faite entre les urgences médicales relevant du somatique de celles relevant des soins psychiatriques. Le CSP exerce cette distinction en mentionnant spécifiquement les établissements habilités à recevoir un patient souffrant de troubles psychiatriques sévères nécessitant une prise en charge en urgence[804]. Cette distinction tire essentiellement son importance de l'établissement dans lequel l'hospitalisation en urgence aura lieu. Le schéma d'hospitalisation en soins somatiques renvoie vers les chambres sécurisées disponibles dans l'établissement de santé de rattachement[805]. A l'inverse, pour les soins

[799] Pour aller plus loin, *V.* A. BONNE-HARBIL, *Droit et santé en détention*, LEH éditions, coll. Thèse, 2016. p. 198.
[800] C. LEMORTON, Rapport d'information en conclusion des travaux sur la mission sur l'organisation de la permanence des soins, Assemblée Nationale Commission des affaires sociales
[801] CGLPL, Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, JORF 16 juill. 2015 ; CGLPL, Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, JORF 22 nov. 2019.
[802] CGLPL rapport d'activité 2012, p. 228.
[803] A. STEG, « L'urgence à l'hôpital » séances des 11 et 12 avril 1989, Conseil économique et social, p. 6.
[804] L'article R. 6123-18 CSP oblige tout établissement autorisé à pratiquer une activité de psychiatrie à accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU.
[805] Ministère de la justice, Ministère de la santé et des solidarités, Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des PPSMJ, 2019, p. 179 : Si l'hospitalisation est appelée à se prolonger, « *un transfert vers l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) doit être envisagé. Les conditions de celui-ci sont subordonnées à*

psychiatriques, le code de la santé publique mentionne les UHSA ou une « *unité adaptée* »[806] lorsque la personne détenue nécessite « *des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui* »[807]. Le caractère urgent est ici justifié par la dangerosité établie médicalement. L'autorité judiciaire est ensuite compétente pour contrôler que cette mesure ne soit pas maintenue si les conditions ne sont pas réunies[808]. L'urgence psychiatrique est définie depuis une circulaire du 30 juillet 1992 comme « *une demande dont la réponse ne peut être différée[809]: il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique* »[810]. Le service d'accès aux soins a pour but « *d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, de délivrer à celle-ci les conseils adaptés et de faire assurer les soins appropriés à son état* »[811]. Il est expressément précisé que ce service peut « *organiser une réponse psychiatrique spécifique, coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence, pour les appels relevant d'un motif psychiatrique* ». De la même façon que pour les urgences somatiques, si cette situation apparaît en dehors des ouvertures de l'USMP, le personnel de l'administration pénitentiaire devra prendre le relai. C'est un devoir imposé par la loi pénale[812] à tous citoyens, les personnels de l'administration pénitentiaire étant les seuls à même de pouvoir venir en aide au détenu. Rappelons à toute fin utile que ce devoir se limite à une action « *sans risque pour lui ou pour les tiers* », de même

l'accord du médecin responsable de l'UHSI, à un état de santé du patient compatible avec le transport et à la disponibilité de places à l'UHSI ».

[806] CSP, art. L3214-1.

[807] CSP, L.3214-3 ; pour aller plus loin, *V.* J.-P. VAUTHIER, *Le psychiatre et la sanction pénale*, Thèse dactyl, Université de Lorraine, 2013 ; A. BONNE-HARBIL, *Droit et santé en détention*, LEH éditions, coll. Thèse, 2016.

[808] K. SFERLAZZO-BOUBLI, *Le juge et l'urgence psychiatrique*, *RDS*, n°85, 2018, p.835-836 ; A. BONNE-HARBIL, Droit et santé en détention, LEH éditions, coll. Thèse, 2016.

[809] C. BOITEUX, M. CLOSTRE, C. QUEREL C., T. GALLARDA, « Urgence psychiatrique », *EMC-psychiatrie*, vol.1, 2004, p. 87, cité par K. SFERLAZZO-BOUBLI, « Le juge et l'urgence psychiatrique », *RDS*, n°85, 2018, p. 835-836.

[810] Circulaire n°39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 Juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques : pour aller plus loin *V.* not. B. SELETTI « Situations psychiatriques dans un secteur d'urgence », dossier « Psychiatrie et Urgences » *Cahier de la société médico-psychologique*, 2002, Volume 160 p187-190 Elsevier ; S. THÉRON nous donne une définition plus médicale que juridique de la crise en la présentant comme « *une manifestation brusque et intense de durée limitée d'un état, d'un comportement pouvant entraîner des conséquences néfastes* » ; S. THÉRON « Les urgences psychiatriques en établissement », *RDSS* 2014, p.707 ; C. NAYRAC, « La prise en compte de la parole du patient en psychiatrie est un objet d'étude particulier » Hospimédia, août 2023 ; J.-P. VAUTHIER, *Le psychiatre et la sanction pénale*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2013 ; A. STEG, « L'urgence à l'hôpital » séances des 11 et 12 avril 1989, Conseil économique et social, p. 51.

[811] CSP, art. L.6311-3.

[812] CP, art. 223-6.

qu'elle peut être personnelle, ou se limiter à « *provoquer un secours* ». Dès lors il n'est jamais demandé au personnel pénitentiaire d'agir directement, le secours au détenu en péril ne devant bien sûr pas entraîner un péril des personnes le secourant. La télésanté se présente comme la réponse évidente dans ce genre de situations puisque déjà aujourd'hui, la régulation médicale a lieu à distance systématiquement.

§ II – Le renforcement de la prise en charge à distance en cas d'urgence

155. La télésanté bouleverse l'organisation sanitaire de la médecine d'urgence en détention (**A**), soulevant des questions de responsabilité (**B**) en proposant des perspectives encourageantes (**C**).

A. Organisation de la télémédecine d'urgence

156. Médecine d'urgence et secours. L'urgence ne se limite pas au secours physique, *« tous les soignants sont susceptibles de rencontrer des situations d'urgence. Ça arrive même dans les cabinets de médecine libérale »*[813]. Ainsi, quand on parle de « médecine d'urgence », on ne parle pas uniquement de secours mais bien « *d'une médecine polyvalente en modalité urgence. Elle traite donc à peu près de toutes les spécialités, sur le thème de l'urgence de la spécialité en question* »[814].

157. Le rôle affirmé du SAMU et des SMUR dans la prise en charge à distance des urgences. « *On relève un blessé, on transporte un mourant et on hospitalise un mort* »[815]. Les missions et l'organisation du service d'aide médicale urgente (SAMU) sont fixées par un décret qui précise qu'il est chargé de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations

[813] R. DECOUT-PAOLINI, « Précisions sur le cadre juridique applicable à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires », *RDSS*, 2017, p. 469.

[814] France Info, *Le congrès de la médecine d'urgence en Outre-mer s'est ouvert ce lundi à la CPS à Nouméa*, ©NC La 1ère, 25 avril 2023.

[815] Citation du Professeur M. ARNAUD qui résumait l'état de la situation des secours au milieu du XXe siècle, avant de créer une antenne mobile de réanimation à Marseille en 1957, situation venant de l'absence de connaissance des gestes élémentaires des personnes sur place et du mode de transport inadapté selon ses nombreuses recherches, cité par A. LARCAN, « L'aide médicale urgente. Évolution et perspectives », Lucien Israël éd., *Santé, médecine, société*. Presses Universitaires de France, 2010, pp. 259-296 ; pour aller plus loin sur les chiffres constatés par le professeur ARNAUD à l'époque, voir : D. BURGGRAEVE, *Hommages au professeur Marcel ARNAUD, Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence*, 15 juin 2000, disponible sur https://www.secourisme.net/spip.php?article614 (consulté le 10 octobre 2024).

d'urgence[816]. De cette mission générale vont découler des missions particulières, correspondant à chaque étape de la prise en charge du patient.

La première mission est bien sûr d'assurer une écoute médicale permanente. Cette mission est assurée par son centre de réception et de régulation des appels (CRRA ou Centre 15), sur lequel tous les services de secours du département sont connectés par téléphone[817]. La deuxième consiste à déclencher, à bref délai, la réponse la plus adaptée après que le médecin régulateur a évalué la gravité des symptômes décrits par l'appelant. Ensuite, la troisième mission est de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics et privés adaptés à l'état du patient. La quatrième réside dans l'organisation, s'il y a lieu, du transport médicalisé du patient vers l'hôpital avec les moyens appropriés à son état. Enfin, la dernière mission consiste à veiller à l'admission du patient au sein d'un établissement de soins comportant un service adapté au traitement de sa pathologie. Le SAMU est donc tenu au respect de ces missions, cependant, pour que la réponse déclenchée ne soit pas inadaptée aux besoins, le respect de ces obligations suit une logique graduelle[818]. Dans la mesure où le SAMU ne peut se priver ni de réguler, ni de déclencher une réponse médicale[819], *« les trois derniers paliers ne s'imposent que lorsque l'affaire à traiter justifie l'envoi des services mobiles de secours et l'hospitalisation du patient.* »[820]. Il faut d'abord préciser que les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ne sont que la réponse physique à l'organisation initiale imposée par le SAMU. Les SMUR sont les ambulances médicalisées, le SAMU est le seul organe décisionnel qui puisse déclencher et coordonner leur intervention[821]. Ensuite, il est possible de constater que sur ces cinq missions définies par le décret de 1987, trois – l'écoute médicale**,** la réponse la plus adaptée, l'assurance de la disponibilité des moyens d'hospitalisation adaptés – peuvent sans aucun doute être réalisées à distance par des moyens de télécommunication. Pour la dernière mission qui réside dans l'assurance que le patient est bien admis dans un établissement de soins

[816] Décret n° 87-1005 du 16 déc. 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelé SAMU.

[817] Les SAMU sont en lien avec les hôpitaux du secteur, les SMUR, les centres de traitement de l'alerte (CTA) des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) dotés du numéro 18, les services de police et la gendarmerie, les secteurs de garde des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens et des sociétés privées de transports sanitaires, mais aussi avec les structures d' urgence spécialisées, les centres antipoison ou les centres ou unités de soins pour grands brûlés et les services sociaux tels le SAMU social, les Centres communaux d'action sociale (CCAS), les services de protection des femmes en difficulté, les centres de dépistage du SIDA ou encore des centres de désintoxication.

[818] J. MOREAU, « La prise en charge de l'urgence médicale : le dispositif d'aide médicale urgente », *RDSS*, 2007, p. 426.

[819] Qui peut se limiter à un simple conseil téléphonique.

[820] J. MOREAU, « La prise en charge de l'urgence médicale : le dispositif d'aide médicale urgente », *RDSS*, 2007, p. 426.

[821] Art. R. 6123-16 CSP.

comportant un service adapté à sa pathologie, il existe déjà des solutions techniques consistant à faciliter l'admission administrative et l'orientation vers les bons services à l'arrivée de l'ambulance avec le patient, en particulier pour ce qui relève de questions d'identitovigilance[822]. Cependant, même si l'on peut entrevoir les limites d'une telle vérification *a priori*[823], la vérification et la traçabilité de l'admission sera au moins simplifiée *a posteriori*. Ainsi, à l'exception du transport effectif de la personne par un véhicule médicalisé, toutes les étapes de la prise en charge en urgence peuvent être facilitées, si ce n'est remplacées par des dispositifs de télésanté. La partie réglementaire du CSP relative à la télémédecine place d'ailleurs en cinquième position des actes de télémédecine la « *réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale* »[824], et renvoie directement aux dispositions relatives à l'AMU[825] et à la permanence de soins[826]. La régulation médicale à distance est donc un acte de télémédecine au sens du CSP ; du moins « la réponse médicale » apportée dans ce cadre. L'addition d'outils techniques de qualité à la réalisation de cet acte ne peut qu'être un gage de qualité et d'efficacité du système d'urgence.

158. Coordination voire coopération entre tous les acteurs[827]. Il y a actuellement séparation des centres d'appels des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et des SAMU, « *aujourd'hui, règne d'abord le " chacun chez soi " dans la très grande majorité des*

[822] Le GRADeS Grand Est propose par exemple un « *service numérique sécurisé embarqué sur tablette qui permet de dématérialiser le dossier patient SMUR (Service mobile d'urgence et de réanimation). Concrètement, il offre à l'équipe SMUR partant en intervention la possibilité de recueillir toutes les données de suivi de cette intervention et de prise en charge du patient, pour une transmission exhaustive au médecin prenant le relai à l'arrivée du patient dans l'établissement. Ce dossier vient en complément du dossier d'hospitalisation du patient*. », www.pulsy.fr

[823] La limite se posera nécessairement au moment de l'admission physique : la personne est-elle effectivement confiée au bon service, aux bons professionnels ? La machine ne peut le vérifier et le professionnel à distance non plus sauf à perdre du temps. Les risques relatifs à l'identitovigilance sont bien connus ; *V.* not. HAS, La sécurité des patients, Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, mars 2012, p. 134 ; Pour aller plus loin sur l'identitovigilance et l'identifiant national de santé (INS) : Décret n° 2017-412 du 27 mars 2017 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé ; " Arrêté du 27 mai 2021 portant approbation des modifications apportées au référentiel "Identifiant national de santé" ; Identifiant national de santé sur le site de l'Agence du numérique en santé (ANS).

[824] CSP, art. R.6316-1.

[825] CSP, art. L. 6311-2.

[826] CSP, art. L.6314-1.

[827] Pour un appel récent à une meilleure coordination des « rouges » et des « blancs », *V.* le rapport d'information déposé en octobre 2016 par les sénateurs COLLOMBAT et TROENDLE sur *L'évolution de l'activité des SDIS en matière de secours à personne* ; Sur les complications d'organisation entre centre 15, sapeur-pompier, numéro 112 R. DECOUT-PAOLINI, Précisions sur le cadre juridique applicable à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, RDSS, 2017, p. 469 ; A. LARCAN, « L'aide médicale urgente. Évolution et perspectives », Lucien Israël éd., *Santé, médecine, société*. Presses Universitaires de France, 2010, pp. 259-296.

départements »[828]. Pour une coordination « des « blancs » et des « rouges » », les centres de réception et de régulation sont pourtant interconnectés[829]. Certaines expériences ont été mises en œuvre afin d'augmenter l'association dans un contexte d'urgence[830]. Depuis 2021, les sapeurs-pompiers sont autorisés à réaliser des actes de télémédecine dans le cadre de leur mission d'urgence[831]. Il en ressort que les déplacements des médecins ne sont requis que quand c'est nécessaire, grâce à une connexion possible *via* des appareils mobiles[832] en fonction des besoins et moyens alloués. Toutefois, il faut s'assurer que ces nouvelles pratiques soient efficientes, le temps perdu par les pompiers qui se déplaceraient, suivi d'un déplacement du médecin seulement dans un second temps pourrait être facteur de risque voire de sur-sollicitation du personnel disponible.

159. Réactivité. En détention, le délai de traitement particulièrement long des situations d'urgence est une priorité. Pour pallier ces défaillances, plusieurs propositions ont déjà été faites, soit pour un renforcement de la permanence médicale la nuit et le week-end[833], soit pour l'amélioration de la transmission d'informations. Le temps de réaction étant crucial en cas d'urgence, il a été préconisé d'abord de doter les cellules d'interphones ou de sonnettes permettant aux détenus d'alerter le personnel de surveillance en cas d'urgence[834]. Ensuite, la possibilité de s'entretenir directement avec le médecin régulateur du centre 15 a été envisagée[835], et donc de doter les établissements de moyens de communication comme les téléphones portables en nombre suffisant[836]. Cela dit, cette prise en charge à distance doit

---

828 P.-Y. COLLOMBAT, C. TROENDLÉ, *Secours à personne : propositions pour une réforme en souffrance*, Rapport d'information n° 24 (2016-2017), 12 octobre 2016, p. 43.

829 CSP, art. L.6311-2.

830 CNOM, *A Périgueux, pompiers et infirmiers s'associent pour les urgences*, Initiatives territoriales, 01 octobre 2018, disponible en ligne : https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/initiatives-territoriales/initiatives-telemedecine/perigueux (consulté le 10 oct. 2024).

831 LOI n° 2021-1520 du 25 novembre 2021 visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels

832 Electrocardiogrammes, échographes, biologie déportée.

833 Défenseur des droits, décision MDS 2014-37 du 18 mars 2014 relative au décès d'une jeune femme à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis, 2 nov. 2012

834 Et bien sûr d'en vérifier l'état de fonctionnement une fois équipées, Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, Rapport au gouvernement de la RF relatif à la visite effectuée en France du 27 oct. Au 8 nov. 1991, Strasbourg, 19 janv. 1993, p. 58 et p. 68 ; Commission nationale consultative des droits de l'homme, Sanctionner dans le respect des droits de l'homme. I. Les droits de l'homme dans les prisons, Paris, La documentation française, 2007, p. 144-145.

835 Circulaire interministérielle n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice ; CGLPL, *Rapport annuel d'activité 2012*, 2013, p. 131 ; CGLPL, *Rapport annuel d'activité 2014*, mars 2015, p. 113.

836 C. LEMORTON, *Rapport d'information en conclusion des travaux sur la mission sur l'organisation de la permanence des soins*, Assemblée Nationale Commission des affaires sociales.

dépasser la simple consultation téléphonique, et évoluer vers des dispositifs médicaux plus performants, plus à même d'éclairer le médecin régulateur ou le médecin de permanence sur les choix à réaliser. Ainsi les déplacements des médecins ou des services de secours en établissements ne seront faits que lorsque c'est nécessaire. Il est également possible techniquement de mettre en place des appels de téléconsultations en lien direct avec le centre 15, sur un format de liste d'attente. Ainsi, le détenu qui souhaite être mis en relation pourrait entrer dans une salle de téléconsultation et le médecin de garde le recevrait directement. Est-ce bien à considérer comme un dispositif d'urgence ou plutôt comme une consultation sans rendez-vous ? Cela devrait être clarifié au sein du protocole entre l'établissement réalisant l'AMU, l'USMP et l'établissement pénitentiaire, si d'aventure cela présentait un intérêt médical et organisationnel.

B. Responsabilité en cas de télémédecine d'urgence

160. Urgence et secouriste amateur. L'exercice illégal de la médecine[837] est parfois justifié par la loi[838]. Dans les situations d'urgence, le législateur a estimé que la condition de compétence pour effectuer un acte médical licite peut bénéficier à tout citoyen, au nom de l'état de nécessité, car ils sont nécessaires au sauvetage de la personne. La prison forme par nature un isolement du patient avec le monde extérieur qui peut justifier l'intervention d'une personne qui n'est pas habilitée légalement à agir. Ce sera le cas lorsqu'un incident arrive en dehors des heures d'ouverture de l'USMP, qu'il soit de cause naturelle ou non[839]. Comme pour tous citoyens, une intervention du personnel pénitentiaire sera justifiée face à un danger grave et imminent, et lorsque l'intervention est proportionnée[840]. La télésanté ne fait pas changer ce statut du professionnel de l'administration pénitentiaire qui tente de sauver un détenu ou un collègue. Cependant, elle peut permettre de clarifier ce rapport, en apportant une traçabilité avancée. Dès lors, l'agent pénitentiaire qui aura contacté les secours, suivi les instructions qu'un professionnel de santé lui fournissait à distance, utilisé des outils connectés comme un défibrillateur, aura plus de chance de sauver le patient, et pourra apporter plus simplement une preuve de sa bonne foi.

---

[837] CSP, art. L.4161-1.

[838] C. pén., art. 122-4 : « N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires ».

[839] Tentative de suicide, évanouissement après un incendie dans une cellule etc.

[840] Pour aller plus loin, *V.* B. PY, Urgence médicale, état de nécessité, et personne en péril, AJ pénal, 2012, p. 384.

161. Urgence et secouriste professionnel non-médecin[841]. Le personnel infirmier répond aux demandes de soins dans le cadre de son rôle propre. Il agit en application d'une prescription médicale pour des actes et des activités visant à restaurer la santé, et notamment l'administration des médicaments, conformément aux dispositions des articles R. 4311-10 et R. 4311-15 du CSP. Pourtant et pour les mêmes raisons, un infirmier de l'USMP pourra pratiquer des gestes médicaux au sens de la loi, lorsque cela correspond aux protocoles de soins d'urgence prévus[842] ou comme tout citoyen lorsque la situation n'est pas prévue[843]. Or il est envisageable d'organiser une permanence lors des heures de fermeture de l'USMP, avec un protocole d'urgence dans lequel l'infirmier sur place réagit aux situations d'urgence avec l'appui de dispositifs médicaux connectés et un soutien par des professionnels à distance.

162. Responsabilité dans le cadre d'actes de télémédecine. La responsabilité du professionnel de santé qui prend la décision au cours d'un acte de télémédecine en cas d'urgence peut être qualifiée d'ordinaire, elle ne change pas de nature du seul fait que la décision a été prise à distance. C'est une responsabilité pour faute, dont le fondement est établi depuis la loi du 4 mars 2002 à l'article L. 1142-1 du CSP. Il est enfin possible que le dommage soit dû à une absence de prise en charge ou à une prise en charge de mauvaise qualité imputable à l'outil[844]. L'important est d'identifier ces responsabilités et d'en informer les professionnels pour lever les craintes[845].

163. Le consentement en e-santé dans les situations d'urgence. L'intervention en urgence, pour des raisons somatiques ou psychiatriques, pose nécessairement la question du consentement des patients détenus à cette prise en charge. Le recueil du consentement est d'autant plus important lorsque l'intervention se déroule *via* des moyens de e-santé[846].

---

[841] B. PY, *op. cit.*
[842] CSP, art. R. 4311-14, al. 1er.
[843] CSP, art. R. 4311-14, al. 2.
[844] L. WILLIATTE, « L'impact du numérique dans la relation de soin : De considérations générales à l'application concrète de la télémédecine », *Bulletin Académie Nationale de Médecine*, vol. 204, issue 8, Elsevier, octobre 2020 ; L. GRYNBAUM, « La responsabilité des acteurs de la télémédecine », *RDSS*, 2011, p. 996 ; P. VÉRON, « La responsabilité médicale et hospitalière à l'épreuve des systèmes automatisés d'aide à la décision », *RDSS*, 2023, 5, p. 899 ; D. DUVAL-ARNOULD, *Droit de la santé*, Paris, Dalloz, éd. 2023-2024, 2024 ; P. MISTRETTA, *Droit pénal médical*, LGDJ, Les intégrales – 16, 2ème édition, 2022 ; X. BIOY, A. LAUDE, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, PUF, Thémis droit, 4ème édition, 2020.
[845] X. BONNET, F. PONCHON, « L'hôpital et les nouvelles technologies de l'information et de la communication », *L'usager et le monde hospitalier*, 2018, pp. 229-234.
[846] Pour les réflexions relatives au consentement, cf. *infra* n° 268 et s.

C. Perspectives de la télémédecine d'urgence

164. L'ouverture de la télésanté à la permanence des soins ambulatoire (PDSA). La PDSA[847] est un « *dispositif départemental sectorisé qui a pour but, en fonction des particularités géographiques et démographiques locales, d'assurer une réponse ambulatoire à l'urgence en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux*[848] ». Autrement dit, c'est un dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmées, par les médecins généralistes, aux horaires de fermeture des cabinets libéraux. Malgré les dissemblances[849], il est délicat de ne pas constater l'analogie d'existence entre un service hospitalier dédié aux urgences sanitaires et un service départemental dédié à une réponse ambulatoire à l'urgence. A l'origine assurée grâce à une garde obligatoire incombant aux médecins libéraux, elle repose, depuis la réforme MATTEI de 2002, sur le volontariat[850] de ces derniers[851]. Elle mit fin au système de gardes reposant sur la responsabilité déontologique individuelle des médecins, pour lui substituer un système hybride, consistant en une obligation collective reposant sur le volontariat individuel des praticiens. Il peut toutefois être fait appel à l'autorité administrative lorsque les besoins de mise en place de la PDSA le nécessitent. Cette possibilité de réquisition est mentionnée au 2e alinéa de l'article L. 6314-1[852], et s'impose aux médecins sous peine de sanction pénale[853], civile[854] et disciplinaire[855]. Les centres de santé peuvent désormais participer à la permanence des soins ambulatoires, celle-ci étant décrite comme « *une mission de service*

---

[847] Sur la question, *V.* not. M. DEL SOL, « Médecine libérale et permanence des soins de ville », *RDSS* (Dossier), n° 2, 2004. 261 et s.

[848] Décret n° 2003-880 du 15 sept. 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence, complété par le décret n° 2005-328 du 7 avr. 2005 et par le décret n° 2006-1686 du 22 déc. 2006.

[849] Le dispositif de permanence des soins est organisé par les ARS avec l'aide des CODAMUPS-TS (Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires). Un cahier des charges régional de la permanence des soins, arrêté par le directeur général de l'ARS, porte les principes d'organisation et de rémunération de cette permanence sur le territoire régional.

[850] CSP, art. R. 6315-2 « *Dans chaque territoire de permanence des soins, les médecins mentionnés à l'article R. 6315-1 qui sont volontaires pour participer à cette permanence et les associations de permanence des soins établissent le tableau de garde pour une durée minimale de trois mois* »; le code de déontologie est passé d'une application stricte de l'article 77 : « *Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit* », à une formulation centrée sur le volontariat à l'article R.4127-77 du code de la santé publique : « *Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* ».

[851] L. COHEN, C. GÉNISSON, R.-P. SAVARY, Rapport d'information du Sénat « sur les urgences hospitalières miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », p. 45.

[852] CSP, art. L.6314-1, art. R.6315-4.

[853] Cass. Crim., 13 février 2007, n° 06-81089 « *un médecin généraliste, réquisitionné par le préfet pour assurer une garde de nuit, qui ne prend pas les dispositions nécessaires pour être joint, commet une faute caractérisée exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qu'il ne peut ignorer*. ».

[854] CSP, art. L.4163-7. « *Est puni de 3750 euros d'amende le fait : 2° Pour un médecin, de ne pas déférer aux réquisitions de l'autorité publique* ».

[855] CSP, art. R.4127-77 « *Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* ».

publique assurée par les médecins de ville en lien avec les établissements de santé »[856] et reposant « *sur une régulation préalable à l'accès au médecin de permanence* »[857].

165. Or, le fonctionnement de la PDSA relève du SAMU qui assure la régulation des appels, « *avec la participation des médecins libéraux en son sein ou, à défaut, par le biais d'une interconnexion prévue par convention entre le SAMU et les associations de PDSA* »[858]. Pourquoi ne pas étendre cette coordination à la télésanté ? Aujourd'hui, il est précisé que le médecin régulateur peut prodiguer des conseils médicaux, thérapeutiques, pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse par téléphone, mais uniquement en dehors des cas relevant de l'AMU[859]. Il peut cependant procéder à une telle prescription en urgence lorsque la situation nécessite l'adaptation d'une prescription antérieure[860]. L'article R. 6315-3 du CSP précise que l'accès au médecin de permanence se fait également *via* ces canaux téléphoniques de régulation[861]. Néanmoins, selon toute vraisemblance, rien n'interdit au médecin de permanence de réaliser ces consultations à distance et donc de rendre des actes de télémédecine. Même si la télémédecine n'est pas mentionnée en tant que telle, doit-elle être spécifiquement prévue par la loi ou le règlement pour chaque cas précis où son emploi est autorisé ? Évidemment que non, car relèvent de la télémédecine « *les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication* »[862]. Aussi, tout acte médical possiblement réalisé à distance est un acte de télémédecine, la prise en charge par le médecin de permanence étant possible à distance, rien n'interdit expressément qu'elle se déroule grâce à l'un de ces procédés. Cela est d'autant plus vrai que cet article du CSP précise explicitement que constitue un acte de télémédecine « *5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1* ». Le législateur a d'ores et déjà intégré dans les mécanismes de prise en charge à distance ce volet de la réponse apportée par le schéma régional de santé, n'exigeant aucune modification textuelle. La PDSA serait alors une TPDSA, une « télé-permanence des

[856] CSP, art. L6314-1.
[857] L. COHEN, C. GÉNISSON, R.-P. SAVARY, Rapport d'information du Sénat « sur les urgences hospitalières miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », p.44
[858] J. MOREAU, « La prise en charge de l'urgence médicale : le dispositif d'aide médicale urgente », *RDSS*, 2007, p. 426.
[859] CSP, art. R.6315-5
[860] CSP, art. R.6315-5, Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.
[861] CSP, art. R6315-3 : « L'accès au médecin de permanence est également assuré par les numéros des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le centre de réception et de régulation des appels et ont signé une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente »
[862] CSP, art. R.6316-1.

soins ambulatoires », s'inscrivant dans le cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'ARS dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional de santé[863], et pris en charge par le fonds d'intervention régional[864].

166. Un moyen de désengorgement des services d'urgence. L'ensemble de ces moyens envisagés pour la population générale devront alors profiter aux détenus. Avant la crise du *Covid-19* qui a perturbé les chiffres au niveau des urgences, la DREES dressait le constat selon lequel la fréquentation annuelle de ces services est en perpétuelle évolution depuis une vingtaine d'années, atteignant plus de vingt millions de passages en 2015[865]. Or cela entraine des délais d'attente allongés, engendre de la pénibilité pour les professionnels[866] et des zones rurales touchées par l'insuffisance d'offre de soins[867]. La Cour des comptes, dans son rapport publié en 2019, a estimé qu'*« environ 20 % des patients actuels des urgences hospitalières ne [doivent] pas fréquenter ces structures, et […] une médecine de ville mieux organisée et dotée des outils idoines devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients »*[868], mettant en exergue un besoin de régulation de ces services[869]. Sur la régulation de la demande de soins[870], afin d'obtenir une bonne orientation des patients mais aussi une meilleure utilisation des moyens disponibles, l'un des leviers éventuels se trouve dans l'éducation sanitaire des patients. De manière autonome, une meilleure information pourrait éviter qu'ils ne mobilisent les services de permanence de soins lorsque leur situation ne nécessite pas de prise en charge

[863] CSP, art. R.6315-6.
[864] CSP, art. L.1435-8.
[865] DREES, Panorama des établissements de santé 2015 : soit 42 % de plus qu'en 2002, et 3 % de plus qu'en 2014. Au total, depuis 1996, le nombre annuel de passages aux urgences est en moyenne en augmentation de 3,5 % chaque année.
[866] Et donc un manque d'attractivité qui s'ajoute à celui présent en détention ; J.-M. PASTOR, « Rapport sur la prise en charge de l'urgence médicale », *Dalloz actualité*, 17 juin 2008.
[867] Ce qui est d'autant plus vrai plus vrai dans les territoires ultra marins comme cela a été mentionné ; *V.* ég. L. MONTET, *Les services d'urgence hospitaliers : victimes de leur place dans l'organisation des soins*, *RDS*, N°80, 2017, pp. 866-968 ; C. LEMORTON, Rapport d'information en conclusion des travaux sur la mission sur l'organisation de la permanence des soins, Assemblée Nationale Commission des affaires sociales.
[868] Cour des comptes, Rapport public annuel 2019, fév. 2019, p. 215.
[869] Et ce malgré une prise de conscience des pouvoirs publics : « Plan Urgences 2003-2008 » du 30 sept. 2003 ; décret n° 2005-328 du 7 avr. 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence ; décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) ; Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; proposition de loi visant à répondre à la demande des patients par la création de Points d'accueil pour soins immédiats n°3779, 2019-2020 ; P. CARLI, Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences, septembre 2013 ; J.-Y. GRALL, Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence, juillet 2015.
[870] Cour des comptes, L'organisation territoriale des soins de premier recours, Rapport public thématique, Mai 2024.

immédiate[871]. Par conséquent, cette information pourrait tout à fait porter sur les outils alternatifs aux urgences, et en particulier de télésanté[872], alors que le recours aux urgences s'effectue le plus souvent sans contact médical préalable, même téléphonique[873].

Dans un second temps, la permanence de soins requiert pour sa mise en œuvre une coopération entre le système hospitalier et la médecine libérale[874], pour atteindre une forme d'optimisation. L'un des points, anodin à première vue, qui cristallise les tensions entre d'un côté les services hospitaliers et de l'autre la PDSA et les secours, est le point de contact des services d'urgence[875]. Cela participe à la confusion des patients et indirectement à l'engorgement des services d'urgence, alors que le paysage de la régulation médicale a besoin d'être éclairci. Une autre problématique posée par la régulation médicale a été mise en avant par un syndicat des professionnels de l'urgence[876]. Ces professionnels ont constaté des reports de patients sur des services d'urgence les mettant en tension, une absence d'organisation ainsi qu'une insuffisance de l'offre libérale de médecine générale ou des soins non programmés dans certaines zones pour permettre la prise en charge des patients non accueillis dans le service d'urgence, la fermeture de services répartis de façon très hétérogène sur le territoire, ou encore la réduction de l'offre d'accueil les limitant aux urgences vitales. Cependant, ce syndicat estimait que « *la dégradation de l'accès aux soins n'est pas une fatalité* » et appelait à l'application des solutions proposées et validées par le ministère de la Santé dans le Pacte de Refondation des urgences en 2019[877]. Parmi ces propositions validées, certaines s'inscrivent parfaitement dans une démarche de mise en place de la télésanté en détention. En effet, le pacte de Refondation des urgences a opté dans ses mesures clés pour la mise en place dans tous les territoires d'un « *service distant universel* »[878] et l'intégration de la vidéo à distance dans tous les SAMU[879].

---

[871] M. DEL SOL, « Médecine libérale et permanence des soins de ville », *RDSS* (Dossier), n° 2, 2004. 261 et s.
[872] Télé-AVC par exemple
[873] Pour aller plus loin, *V.* D. BAUBEAU, V. CARRASCO, Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, Etudes et résultats, n° 215, janv. 2003 ; D. BAUBEAU, V. CARRASCO, Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale, Etudes et résultats, n° 212, janv. 2003 (téléchargeables sur www.sante.gouv.fr).
[874] Pour aller plus loin, *V.* M. DEL SOL, Médecine libérale et permanence des soins de ville, RDSS (Dossier), n° 2, 2004. 261 et s.
[875] CSP, art. R.6315-3 ; *V.* L. COHEN, C. GENISSON, R-P. SAVARY, « Les urgences hospitalières : miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », *op. cit.* : En effet, la PDSA opère une régulation téléphonique à travers le SAMU, mais son numéro d'appel peut être le 116 117 ou le 15 en fonction du choix opéré par le directeur de l'ARS dans le cahier des charges
[876] SAMU-Urgences de France, La situation des SMUR et des urgences continue de se dégrader inexorablement ! Enquête : quel bilan pour les urgences et les SMUR ?, septembre 2023, p. 5.
[877] SAMU-Urgences de France, La situation des SMUR et des urgences continue de se dégrader inexorablement ! Enquête : quel bilan pour les urgences et les SMUR ?, septembre 2023, p. 6.
[878] Ministère des solidarités et de la santé, Pacte de Refondation des urgences, 9 septembre 2019, p. 7.
[879] Ministère des solidarités et de la santé, Pacte de Refondation des urgences, 9 septembre 2019, p. 12

Pour Alain LARCAN qui s'interroge sur la qualité de la prise en charge en urgence, le système d'urgence ne peut fonctionner que sur deux modèles[880]. Soit il fonctionne avec des médecins généralistes formés à l'urgence et intégrés dans l'organisation générale[881], soit avec uniquement des « urgentistes » de métier[882]. Il ajoute que la première formule est la meilleure car elle favorise une « *couverture "fiable" et lisible de l'ensemble du territoire dans des conditions satisfaisantes aussi bien pour les métropoles, les grandes villes que les secteurs dits ruraux* »[883] et ce, sans amputer le programme des études médicales qui limiterait alors de fait les choix qui s'offrent aux politiques publiques. De plus, en partant du fait que « *près de 80% des consultants qui se présentent aux urgences relèvent de la médecine générale* »[884], les médecins généralistes peuvent épauler les services d'urgence à bout de souffle grâce à la télémédecine. Néanmoins, peu importe la solution choisie, la télémédecine représente un outil performant dans toutes les hypothèses. A l'occasion d'un avis rédigé pour le Conseil économique social et environnemental[885] en 2002, Jeannette GROS expliquait déjà que « *les distances importantes pour accéder aux soins d'urgence faisaient partie des préoccupations, et les technologies de l'information et de la communication étaient vues comme un des moyens pour y remédier* »[886]. Les auteurs du rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières ont déclaré que les urgences sont *« un reflet de l'ensemble des dysfonctionnements de notre système de santé* »[887]. En tout état de cause, le système des urgences, qui est une « *victime par ricochet des carences de l'organisation globale des soins* »[888], doit être repensé à l'aune des outils technologiques et juridiques déjà existants. C'est une question de santé publique et de respect des droits fondamentaux des personnes détenues.

---

[880] A. LARCAN, « L'aide médicale urgente. Évolution et perspectives », Lucien Israël éd., *Santé, médecine, société*. Presses Universitaires de France, 2010, pp. 259-296.

[881] Ces derniers *« assurant les gardes soit à titre individuel, soit, le plus souvent, dans le cadre des permanences de soins, de la médecine de sapeurs-pompiers et des correspondants des SAMU »*.

[882] Il ne distingue alors pas la pratique privée de « SOS Médecins » de la pratique publique de médecins des SMUR, ou encore des médecins sapeurs-pompiers professionnels.

[883] A. LARCAN, « L'aide médicale urgente. Évolution et perspectives », Lucien Israël éd., Santé, médecine, société. Presses Universitaires de France, 2010, pp. 259-296.

[884] A. LARCAN, « L'aide médicale urgente. Évolution et perspectives », Lucien Israël éd., Santé, médecine, société. Presses Universitaires de France, 2010, pp. 259-296.

[885] Conseil économique social et environnemental, Santé et nouvelles technologies de l'information, Conseil économique social et environnemental, Avis rédigé à la demande du premier ministre, Section des affaires sociales n°98, avril 2002

[886] J. GROS, « Santé et nouvelles technologies de l'information », Lucien Israël éd., *Santé, médecine, société.* Presses Universitaires de France, 2010, pp. 361-370.

[887] L. COHEN, C. GENISSON, R-P. SAVARY, « Les urgences hospitalières : miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », Rapport d'information, Commission des affaires sociales, n° 685, 26 juillet 2017, p. 13.

[888] L. MONTET, Les services d'urgence hospitaliers : victimes de leur place dans l'organisation des soins, RDS, n°80, 2017, p.866-869.

167. L'urgence à distance en dernier recours. Rappelons que le principe reste celui du déplacement en cas d'urgence, particulièrement lorsque le pronostic vital est engagé. Il faut le plus possible faire coïncider le maillage territorial des SMUR[889], le maillage territorial classique des établissements de santé et le maillage pénitentiaire. La présence de professionnels de santé sur le territoire demeure la meilleure réponse possible à des situations d'urgence en détention. La télésanté est avant tout un moyen d'orientation[890] et d'accélération des prises de décision, afin d'assurer une « *plus grande fluidité des filières de soins* »[891].

[889] SAMU-Urgences de France, La situation des SMUR et des urgences continue de se dégrader inexorablement ! Enquête : quel bilan pour les urgences et les SMUR ?, septembre 2023
[890] CSP, art. R.6123-32.
[891] P. CORIAT, Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins, Mai 2008

Conclusion du Chapitre I

168. Entrave majeure à l'accès aux soins spécialisés en détention, le sous-dimensionnement de l'équipe de professionnels disponibles est un point noir de la prise en charge sanitaire en milieu carcéral qui s'explique principalement par le besoin de déplacement et le manque d'attractivité. Pont virtuel entre l'hôpital et la prison, la télésanté et plus spécialement la télémédecine, rapproche artificiellement les soins spécialisés les patients incarcérés. *A contrario*, ne pas les utiliser revient à amplifier les carences préexistantes à l'entrée en détention des personnes privées de leur liberté, ce qui aggrave les symptômes qui apparaissent au cours du passage en prison, menant alors à des tensions qui touchent directement le personnel médical et pénitentiaire. En apportant de la certitude et de la prévisibilité, la réponse à distance est compatible avec l'univers carcéral car adaptable en fonction du sujet concerné, qu'il fasse partie de la majorité des personnes écrouées ou d'une patientèle plus minoritaire comme les femmes ou les mineurs. Cette compatibilité s'étend à la temporalité du besoin, qu'il soit régulier ou exceptionnel comme dans les situations d'urgence médicale. En laissant entrevoir des possibilités d'amélioration des soins d'urgence, que ce soit en intégrant une forme de télé-permanence des soins ambulatoires ou un « service distant universel », la télésanté repousse la fatalité de la dégradation de l'accès aux soins en cas d'urgence.

169. L'ambition affichée par les pouvoirs publics, notamment pour des raisons budgétaires évidentes, se heurte malencontreusement à la réalité du bilan. La planification n'ayant pas été rejointe par de réelles actions au niveau national ou territorial, elle reste dépendante des initiatives locales. L'accès à distance doit être favorisé dès la construction des établissements, en imposant des espaces dédiés qui devront ensuite être exploités par les USMP en imposant des mentions dans les protocoles de soins.

Chapitre II : La technologie au service d'un accroissement de la télésanté

170. L'accroissement est l'action de se développer[892], ce développement pouvant être quantitatif et qualitatif. L'accroissement peut être qualitatif dans la mesure où les technologies futures vont élargir le spectre des possibles pour la pratique de la télésanté. C'est le rôle de l'innovation, qu'elle soit exclusivement destinée à des fins médicales[893] ou non[894]. L'utilisation courante de ces outils de manière sécurisée et efficiente n'est pas encore envisageable dans le système sanitaire, ils sont en voie de développement (**Section I**). L'accroissement peut être par ailleurs quantitatif, lorsque les nouvelles technologies apportent des réponses aux questionnements sanitaires actuels qui touchent la société et de fait la population carcérale. Le vieillissement de la population et la multiplication des maladies chroniques sont deux symptômes liés, et qui ne sauraient être oubliées lorsque l'on envisage un changement d'organisation, tant leur incidence sur le système de santé va évoluer en grandissant. Certains de ces outils existent déjà et réclament simplement une démocratisation de leur emploi, ils sont en voie de renforcement (**Section II**).

Section I : Des outils technologiques en voie de développement

171. Le marché technologique en santé est envahi par deux types de produits, les dispositifs connectés (**§ I**) et l'intelligence artificielle (**§ II**). Cependant, s'ils sont intimement liés dans leur fonctionnement, les enjeux de leur utilisation en milieu carcéral sont tout à fait différents.

§ I – L'avènement des dispositifs médicaux connectés

172. La directive 2011/24/UE a adopté une conception étendue de la notion de soins de santé. Dans la définition des soins telle qu'elle transparaît, ce sont « *des services de santé fournis par des professionnels de la santé aux patients pour évaluer, maintenir ou rétablir leur état de santé, y compris la prescription, la délivrance et la fourniture de médicaments*[895] *et de*

[892] Dictionnaire de l'Académie française, 8e éd., *V.* « Accroissement ».
[893] Dispositifs médicaux, robotique médicale.
[894] Intelligence artificielle, stockage des données.
[895] Si plusieurs références seront faites à la législation sur les médicaments, celles-ci ne seront pas développées car ne font pas partie de notre étude.

dispositifs médicaux »[896]. Les dispositifs médicaux constituent une part importante des dépenses de l'Assurance Maladie et ce, en suivant une croissance linéaire depuis plusieurs décennies[897]. Et pour cause, ils constituent le support de l'activité médicale des professionnels et établissements de santé. Le foisonnement des objets connectés pouvant être déclarés dispositifs médicaux (**A**) interrogent quant à leur déploiement en détention (**B**).

A. La prolifération des objets connectés

173. La délimitation d'objet connecté. Le marché des objets connectés représente désormais un enjeu essentiel de l'économie numérique[898]. On enregistrait dans le monde plus d'un milliard d'objets connectés en 2022, dont près 135 millions de montres connectées aux poignets des utilisateurs[899]. Nous entrons dans l'ère des capteurs[900], à tel point que le 11 octobre 2015, Chuck ROBBINS[901] se disait « *persuadé que cette nouvelle révolution sera plus importante encore que la première vague de l'internet* »[902]. Par « objet connecté », il faut entendre un « *objet du monde physique connecté à internet via un dispositif de liaison* »[903]. Ce sont donc des objets reliés à internet, ce qui permet une communication avec d'autres systèmes pour obtenir ou fournir de l'information. C'est pourquoi le vocable « Internet des Objets »[904] (IdO) est souvent utilisé[905]. L'ajout d'une connexion internet permet d'apporter une nouvelle valeur à un objet en termes de fonctionnalités, d'informations, d'interactions, avec l'environnement ou l'usage[906], autrement dit, tout objet peut être connecté[907]. Leurs véritables enjeux techniques, économiques et donc juridiques ne résident pas au niveau des objets mais bien du traitement des données qui est fait à partir de ces objets, du niveau d'autonomie qui leur est conféré et de l'objectif qui leur

---

[896] Article 3, a), directive 2011/24/UE.
[897] *V.* par exemple : Commission des comptes de la sécurité sociale, *Les comptes de la sécurité sociale*, septembre 2021, p. 128 et s.
[898] OCDE (2015), *Perspectives de l'économie numérique de l'OCDE*, éd. OCDE, Paris, n° 269.
[899] https://fr.statista.com/themes/2972/les-objets-connectes/#topicOverview
[900] G. HAAS, A. DUBARRY, M. D'AUVERGNE, R. RUIMY, » Enjeux et réalités juridiques des Objets Connectés », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 394 ; *in* « Les objets connectés : 4e Révolution industrielle », *Dalloz IP/IT*, dossier, n°9, 2016, p.388 : cité comme suit « Nous entrons dans l'ère des capteurs ! ».
[901] Directeur général de Cisco Systems, entreprise américaine qui se place depuis plusieurs décennies parmi les principales entreprises de l'informatique mondiale.
[902] J.-P. CRENN, « Les objets connectés décryptés pour les juristes », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 389 ; *in* « Les objets connectés : 4e Révolution industrielle », *Dalloz IP/IT*, dossier, n°9, 2016, p.388.
[903] G. HAAS, A. DUBARRY, M. D'AUVERGNE, R. RUIMY, « Enjeux et réalités juridiques des Objets Connectés », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 394 ; *in* « Les objets connectés : 4e Révolution industrielle », *Dalloz IP/IT*, dossier, n°9, 2016, p.388.
[904] L'expression « Internet des Objets » (IdO) est traduite de l'anglais *Internet of things* (IoT)
[905] L'Internet des Objets : les priorités des entreprises françaises, IDC, nov. 2014.
[906] dictionnaireduweb.com.
[907] On pense alors aussi bien aux volets connectés qui peuvent se régler à distance dans un foyer qu'aux lecteurs de glycémie intelligents reliés à nos smartphones dans le cadre d'une prise en charge pour le diabète.

est fixé[908] En résumé, « *l'Internet des Objets c'est de la donnée, pas des objets* »[909]. Leur objectif premier est bien de capter puis d'intégrer les données[910] dans des applications « intelligentes », on parlera alors d'« *Analytique des Objets* »[911]. Ce faisant, cette analyse permet une décision, et certains objets connectés sont destinés à pouvoir prendre celle-ci, dotés d'une forme d'intelligence permettant d'exercer une action cognitive en réaction à l'analyse des données.

174. La notion d'objet connecté de santé. La « santé connectée » peut correspondre à l'utilisation d'objets connectés à des fins personnelles, comme à l'utilisation de réels dispositifs médicaux[912] communicants dans un cadre de télémédecine[913]. En l'absence de définition précise dans les textes, il faut se tourner vers la HAS[914] ou vers l'OMS[915] pour découvrir un semblant de définition. Selon Olivier de MAISON ROUGE, les objets connectés à des fins de télémédecine constituent des dispositifs médicaux de plus en plus répandus[916].

175. La qualification de dispositif médical pour les objets connectés. Les objets connectés de santé peuvent relever de la qualification de dispositifs médicaux (DM), ce qui les soumet à certaines conditions pour obtenir le fameux marquage CE[917] notamment pour ce qui relève de la matériovigilance[918]. Le Règlement (UE) 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux (RDM)

---

[908] J.-P. CRENN, « Les objets connectés décryptés pour les juristes », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 389.

[909] J. FRUEHE, "The Internet of Things is about Data, not Things", *Forbes.com*, juill. 2015, en ligne sur : https://www.forbes.com/sites/moorinsights/2015/07/30/the-internet-of-things-is-about-data-not-things/ (consulté le 30 septembre 2024).

[910] Au sein de l'objet qui capte ces données, dans un cloud, voire dans d'autres objets.

[911] De l'anglais *Analytics of Things* (AoT).

[912] HAS, *Guide sur les spécificités d'évaluation clinique d'un dispositif médical connecté (DMC) en vue de son accès au remboursement*, Janvier 2019, p. 10.

[913] T. MOULIN, P. SIMON, « E-santé – Objets connectés et télémédecine », *Correspondances en Oncohématologie*, Vol. XI - n° 2 - mars-avril 2016, p. 116.

[914] HAS, Référentiel de bonnes pratiques sur les applications et les objets connectés en santé, oct. 2016, p. 8 : « *dispositifs connectés à l'Internet pouvant collecter, stocker, traiter et diffuser des données ou pouvant accomplir des actions spécifiques en fonction des informations reçues* ».

[915] OMS, *mHealth, New horizons for health through mobile technologies*, Global Observatory for eHealth series, Volume 3, p. 6 : « *des pratiques médicales et de santé publique supportées par des appareils mobiles, tels que les téléphones mobiles, les dispositifs de surveillance des patients, les Personal Digital Assistants et autres appareils sans fil* ».

[916] O. DE MAISON ROUGE, « Le cadre réglementaire des nouveaux outils de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 293.

[917] Pour aller plus loin sur la certification européenne des dispositifs médicaux voir C. MASCRET, *Des précisions sur la qualification d'un produit en dispositif médical*, RDS, n°95, 2020, p. 514-515 ; A. LE GALL, *La certification européenne du logiciel comme dispositif médical à l'aune du règlement (UE) 2017/745*, Bordeaux, LEH Édition, 2020, coll. "Mémoires numériques de la BNDS" ; O. DE MAISON ROUGE, « Le cadre réglementaire des nouveaux outils de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 293 ; J. PEIGNÉ, « Le nouveau cadre juridique des dispositifs médicaux », *RDSS* 2018, p. 3.

[918] CSP, art. R. 5212-1 : « La matériovigilance a pour objet la surveillance des incidents ou des risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux qui sont définis à l'article L. 5211-1 et relèvent du présent titre en vertu des articles R. 5211-1 à R. 5211-3. Elle s'exerce sur les dispositifs médicaux après leur mise sur le marché. » ; voir Chapitre sur la matériovigilance, CSP, art. L.2512-1 et s. et R. 5212-1 et s.

reprend pour l'essentiel la définition existante[919], en conserve son architecture[920], et y intègre de nouvelles notions[921]. Dans ce « *nouveau cadre législatif* »[922], un dispositif médical se définit par son mode d'action et par sa finalité. Le RDM enrichit essentiellement les modes d'actions[923] et ajoute que la finalité médicale doit être « précise ». Il aurait fallu traduire par « spécifique »[924] afin de prendre en compte le fait qu'une même technologie peut poursuivre une finalité à la fois médicale et non médicale[925]. En tout état de cause, le Règlement énumère ces fonctions spécifiques[926] en essayant d'anticiper les futures évolutions technologiques. Concernant l'objet en lui-même, il a été longtemps particulièrement difficile de définir les objets connectés de santé, tant les critères de définition étaient souples. A l'image des fabricants qui pouvaient écarter la qualification de dispositif médical en précisant simplement que leur application n'était fournie qu'à titre éducatif par exemple. Le RDM ne précise pas selon que l'objet est connecté ou non pour être un dispositif médical. Tout objet connecté qui remplit les conditions prévues par le règlement, comme le fait d'être destiné à une utilisation à fins médicales, pourra ainsi être qualifié de DM. Leur mode d'action interviendra essentiellement dans leur classification ; il relèvera de la définition de DM ou d'accessoire[927] au sens du RDM.

176. Les DMC en santé, un intérêt évident pour les patients et les professionnels. Il existe une multiplicité d'objets connectés et tout autant d'utilités pratiques durant une prise en charge, ces outils technologiques collectent en effet des informations à des fins de diagnostic, de

[919] Directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 *relative aux dispositifs médicaux* modifiée par directive 2007/47/CE du 5 septembre 2007 : La directive de 1993 donnait une définition permettant de considérer un produit à destination des professionnels de santé comme un dispositif médical. Définition reprise par les articles L.5211-1 et R.5211-1 du CSP.

[920] Les éléments matériels constitutifs d'un DM, la finalité à laquelle il est destiné et le mode d'action par lequel il assure sa fonction.

[921] La définition est enrichie de certains éléments matériels comme la notion d'implant, implicitement contenu dans l'ancienne définition relative aux DM implantables actifs. Mais le Règlement opère une distinction entre les dispositifs implantables, invasifs, et actifs, qui se combinent et servent principalement à établir les règles de classification des dispositifs médicaux.

[922] Pour aller plus loin sur la notion, V. J. PEIGNE, La notion de dispositif médical issue du règlement (UE) 2017/745 du 5 avril 2017, RDSS, 2018, p. 5.

[923] A l'origine exclusivement mécaniques, « *la consécration des logiciels autonomes implique dorénavant que les dispositifs médicaux peuvent être simplement destinés à communiquer une information médicale, autrement dit à produire une action intellectuelle et non plus directement corporelle* » *V.* J. PEIGNÉ, « La notion de dispositif médical issue du règlement (UE) 2017/745 du 5 avril 2017 », *RDSS*, 2018, p. 5.

[924] Traduit ici l'anglais *specific* par « précis ».

[925] J. PEIGNE, « La notion de dispositif médical issue du règlement (UE) 2017/745 du 5 avril 2017 », *RDSS*, 2018, p. 5.

[926] Les fonctions de diagnostic, de prévention, de contrôle, de prédiction, de pronostic, de traitement ou d'atténuation d'une maladie.

[927] RDM, article 2 : « *Destiné par son fabricant à être utilisé avec un ou plusieurs dispositifs médicaux donnés pour permettre une utilisation de ce ou ces derniers conforme à sa ou leur destination ou pour contribuer spécifiquement et directement à la fonction médicale du ou des dispositifs médicaux selon sa ou leur destination* ».

traitement et de surveillance. Il va sans dire que leur complexité peut varier considérablement[928], l'Internet des Objets permettant le partage d'informations avec les différents professionnels de santé ou entre les dispositifs. Leur usage peut être individuel ou collectif[929]. En toutes hypothèses, le constat objectif est que la gestion en temps réel favorise le suivi à distance pour une gestion proactive, mais permet aussi une intervention plus rapide et une détection précoce des complications, voire l'anticipation de l'intervention de professionnels de santé, si nécessaire[930]. Les patients bénéficient alors d'une attention médicale plus personnalisée et immédiate, tout en fournissant aux professionnels de la santé des informations précieuses pour l'amélioration des soins. Cela ouvre la voie à une nouvelle ère de soins de santé, les objets connectés sont le socle actuel[931] et futur sur lequel repose la plupart des dispositifs de e-santé. La perspective de santé publique ne laisse guère de doute pour ce qui concerne l'efficacité de l'organisation du système de santé. Les dispositifs connectés peuvent en effet automatiser les tâches routinières et réduire les erreurs médicales. L'ensemble de ces avantages trouve son application dans le contexte singulier qu'est la privation de liberté.

177. Le cas particulier des logiciels en santé. S'agissant des logiciels[932], si les directives et le droit commun prévoyaient leur présence dans la définition des dispositifs médicaux, il ne suffisait donc pas qu'ils soient utilisés dans un contexte médical. Il était impératif que leur destination, définie par leur fabricant, soit spécifiquement médicale. Pour la CJUE qui s'est prononcée sur l'articulation entre le droit français et le droit européen encadrant les dispositifs médicaux, que l'application agisse ou non sur le corps humain, ce qui importe est le fait qu'elle ait été destinée par le fabricant à être utilisée dans un ou plusieurs buts médicaux figurant dans

[928] Entre la surveillance électrocardiogramme par un bracelet connecté et l'implant qui administre le traitement et adapte la posologie automatiquement.
[929] Les dispositifs médicaux qui ne sont pas à usage individuel sont par exemple, les balances, thermomètres ou tensiomètres connectés, utilisés dans les établissements de santé et non destinés à un seul patient.
[930] On pense alors à l'urgence lorsque le patient est surveillé à distance et qu'il fait face à une chute des constantes par exemple.
[931] Balance intelligente, tensiomètres connectés, inhalateur qui prévient les crises d'asthme : les exemples sont nombreux et l'accessoire le plus évolué à ce jour existe en matière de diabète : un capteur sur le bras qui mesure la glycémie, que l'on relie à un vecteur de glycémie portable et à un dispositif de pompe intégré dans le ventre pour gérer les apports en insuline. Au lieu de se piquer pour prendre une goutte de sang mesure et de se piquer manuellement pour injecter l'insuline, tout se fait désormais automatiquement. De fait, un meilleur contrôle de glycémie est réalisé, moins stigmatisant pour le patient et plus pratique au quotidien : sur les 4 millions de diabétiques en France, 400k sont équipés de dispositifs connectés. Pour aller plus loin, V. N. NORDISK, « Le diabète connecté : une réalité qui améliore le quotidien des patients ? », *Diabète.fr*, 29 avril 2022, disponible sur : https://www.diabete.fr/le-diabete-connecte-ameliore-le-quotidien-des-patients/ (consulté le 10 oct. 2024).
[932] E. BROSSET, « Le droit à l'épreuve de la e-santé : quelle « connexion » du droit de l'Union européenne ? », *RDSS*, 2016, p. 869.

la définition d'un dispositif médical[933]. La qualification de dispositif médical a par conséquent été retenue pour les logiciels d'aide à la prescription médicale (LAP) et les logiciels d'aide à la dispensation (LAD), malgré l'absence d'action directe sur le corps humain. Comme l'exprime le professeur J. PEIGNÉ : « *Cette jurisprudence est révélatrice de la mutation qui affecte le secteur des dispositifs médicaux. À l'origine, ces derniers étaient essentiellement conçus pour produire une action matérielle sur le corps humain (le plus souvent mécaniquement). Aujourd'hui, leur fonction devient de plus en plus immatérielle puisque de nombreux dispositifs consistent simplement en des logiciels autonomes destinés à produire une information médicale* »[934]. Le Règlement de 2017, reprenant les lignes directrices de la Commission européenne[935], rappelle au demeurant que tous les logiciels ne sont pas des dispositifs médicaux dès lors qu'ils sont utilisés par un professionnel de santé ou dans un établissement de santé, mais que ce statut est conditionné à un mode d'action et une finalité médicale[936]. Ainsi, dans le cadre de la télémédecine, les simples « *applications communicantes* »[937] ne relèvent pas du statut de DM, en revanche, les logiciels destinés à piloter des DM à distance sont qualifiés de DM en tant qu'accessoires, de même que pour des applications communicantes destinées à l'analyse de signaux physiologiques propres au patient, dotées de fonctions d'alerte en temps réel[938]. L'intégration large des logiciels au sein de la catégorie des DM conduit « *à faire du dispositif médical le principal support juridique des révolutions technologiques qui sont en train de pénétrer le secteur de la santé* »[939]. Cependant, tous les systèmes de mesures du

[933] CJUE 7 déc. 2017, aff. C-329/16, *Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (Snitem) et Philips France c/ Premier ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé*, pt 39. ; *V.* O. DE MAISON ROUGE, « Le cadre réglementaire des nouveaux outils de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 293.

[934] J. PEIGNÉ, « La notion de dispositif médical issue du règlement (UE) 2017/745 du 5 avril 2017 », *RDSS*, 2018, p. 5.

[935] Document (MEDDEV 2. 1 / 1) publié par la Commission au mois d'avr. 1994 précité : Exemple : « *Ne sauraient par conséquent être regardés comme des dispositifs médicaux les logiciels qui n'effectuent aucune action sur les données individuelles du patient ou dont l'action se limite au stockage, à l'archivage, à la compression sans perte de données, ou à la recherche simple effectuée par des programmes possédant une fonction de bibliothèque numérique et permettant de trouver des informations provenant de métadonnées, sans les modifier ou les interpréter* »

[936] Les dispositifs d'aide à la décision professionnelle, les logiciels d'aide à la prescription ou à la dispensation, ceux de télé-expertise, les dispositifs d'imagerie médicale d'aide au diagnostic ou à la décision thérapeutique, etc.

[937] J. PEIGNE, « La notion de dispositif médical issue du règlement (UE) 2017/745 du 5 avril 2017 », *RDSS*, 2018, p. 5.

[938] J. BOSSI-MALAFOSSE, « À partir de quand peut-on qualifier un logiciel de dispositif médical ? », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 82

[939] J. PEIGNÉ, « La notion de dispositif médical issue du règlement (UE) 2017/745 du 5 avril 2017 », *RDSS*, 2018, p. 5. ; Règlement (UE) 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) no 178/2002 et le règlement (CE) no 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE ; Règlement (UE) 2017/746 relatif aux dispositifs médicaux de diagnostic *in* vitro et abrogeant la directive 98/79/CE et la décision 2010/227/UE de la Commission.

processus physiologique ne doivent pas être qualifiés de dispositif médical[940]. Comme l'explique la Cour, si tel était le cas, « *des articles de sport qui permettent de mesurer, en dehors de toute utilisation médicale, le fonctionnement de certains organes du corps humain (...) seraient soumis à une procédure de certification sans que cette exigence soit justifiée* »[941]. *In fine*, si certains objets connectés et applications mobiles peuvent entrer dans la définition, tels un lecteur de glycémie couplé d'une pompe à insuline communiquant avec un smartphone, une application mobile de suivi des cycles de fécondité ou un neurostimulateur connecté utilisé dans le traitement de la douleur qui permet au patient de gérer lui-même son traitement, d'autres n'en relèvent pas car leur finalité est étrangère ou trop éloignée d'une finalité médicale. Si l'on reprend les mots d'Estelle BROSSET, « *si la qualification de dispositif médical est une garantie de la fiabilité de l'objet connecté et de ses applications de santé, [dans la mesure où la directive 93/42/CEE[942] a mis en place des règles strictes d'encadrement de la mise sur le marché d'un dispositif médical,] une telle fiabilité et sécurité n'est pas assurée pour les applications qui n'entreraient pas dans cette catégorie juridique* »[943].

178. Les accessoires. Afin d'éviter toute interprétation trompeuse, le RDM a repris la règle établie en 1993[944] selon laquelle l'accessoire, sans être un dispositif médical, vise à permettre l'utilisation d'un DM conformément aux intentions de son fabricant[945]. Le Règlement étend au passage la définition de l'accessoire qui non seulement existe pour permettre l'utilisation du DM conformément à sa destination, mais également « *pour contribuer spécifiquement et directement à la fonction médicale du ou des dispositifs médicaux selon sa ou leur destination* »[946]. Il a également qualifié de DM certains produits qui ne l'étaient *a priori* pas, la proposition de règlement évoque en ce sens dans son article 2 que « *les produits implantables et autres produits invasifs, destinés à être utilisés chez l'homme, qui sont énumérés à l'annexe*

---

[940] E. BROSSET, « Le droit à l'épreuve de la e-santé : quelle « connexion » du droit de l'Union européenne ? », *RDSS*, 2016, p. 869.
[941] CJUE 22 nov. 2012, *Brain Products Gmbh c/ BioSemi VOF et a*., aff. C/219-11, pt 31.
[942] Puis le RDM.
[943] E. BROSSET, « Le droit à l'épreuve de la e-santé : quelle « connexion » du droit de l'Union européenne ? », *RDSS*, 2016, p. 869.
[944] Directive 93/42/CEE, le nouveau règlement fait suivre aux accessoires la réglementation des dispositifs médicaux avec lesquels ils sont destinés à être utilisés.
[945] Ce seront par exemple les gels de transmission utilisés avec un appareil d'échographie ; CSP, art. L.5211-1 modifié par ordonnance n°2022-1086 du 29 juillet 2022 : « *On entend par accessoire de dispositif médical : tout article qui, sans être lui-même un dispositif médical, est destiné par son fabricant à être utilisé avec un dispositif médical donné, ou avec plusieurs d'entre eux, pour permettre une utilisation de ce dispositif médical conforme à sa destination, ou pour contribuer spécifiquement et directement à la fonction médicale du dispositif médical selon sa destination* »
[946] RÈGLEMENT (UE) 2017/745 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 5 avril 2017, article 2, 2)

XV sont considérés comme des dispositifs médicaux, qu'ils soient ou non destinés par le fabricant à un usage médical »[947]. Alors que le Conseil avait initialement ôté cette extension de la catégorie des dispositifs médicaux du texte[948], le Règlement a étendu le champ d'application aux produits pour lesquels les fabricants ne font valoir qu'une fonction esthétique ou une destination non strictement médicale, mais « *similaires à des dispositifs médicaux de par leur fonctionnement et leur profil de risque* »[949]. Les fabricants sont alors soumis à prouver, depuis le 26 novembre 2020, la conformité de leurs produits à des spécifications édictées par la Commission européenne. Il reste à espérer que la nouvelle législation de l'Union contribue effectivement à améliorer le niveau de protection de la santé des citoyens européens « *et pas seulement à accompagner l'ébullition technologique qui caractérise notre époque* »[950].

B. Les enjeux de l'utilisation des dispositifs médicaux connectés en détention

179. Dispositif de santé ou de bien-être. L'absence de qualification de DM marqués CE pour un objet connecté n'en efface pas totalement les possibilités d'emploi en matière de santé, ils en sont même la part essentielle du marché en santé numérique[951]. Plus précisément, cela peut même être un avantage pour la prise en charge, puisqu'avant on se fondait sur la mémoire du patient, aujourd'hui un objet l'aide à garder un historique ou à préciser ses impressions. Libre alors au professionnel de santé de prendre en compte ou non ces résultats[952], et d'envisager à quel point il veut les utiliser, mais leur utilisation ne rentrera pas dans le cadre de la télémédecine à proprement parler[953]. On peut toutefois s'interroger sur l'absence de qualification de DMC pour des logiciels ou applications de contrôle des battements de cœurs/pulsations par minute alors que le règlement européen affirme que « *les dispositifs*

[947] Proposition de Règlement relatif aux dispositifs médicaux, et modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 (COM/2012/0542 final). Il s'agissait alors des lentilles de contact, des implants destinés à la modification ou à la fixation de parties anatomiques, des matières de comblement pour le visage, la peau ou les muqueuses, des équipements nécessaires à la liposuccion, ou encore des équipements à laser invasif destinés à être utilisés sur le corps humain et des équipements à lumière intense pulsée.
[948] E. BROSSET, « Le droit à l'épreuve de la e-santé : quelle « connexion » du droit de l'Union européenne ? », *RDSS*, 2016, p. 869.
[949] RDM, considérant 12.
[950] J. PEIGNE, « La notion de dispositif médical issue du règlement (UE) 2017/745 du 5 avril 2017 », *RDSS*, 2018, p. 5.
[951] T. MOULIN, P. SIMON, « E-santé – Objets connectés et télémédecine », *Correspondances en Oncohématologie*, Vol. XI - n° 2 - mars-avril 2016, p. 116.
[952] Fédération Française des diabétiques, Des montres pour mesurer le taux de glucose : attention aux arnaques ! 13 mars 2024, web ; Alix GUIHO, Diabète : du capteur de glycémie à la pompe connectée... les nouvelles technologies au secours des patients, France 3 Corse, 14 nov. 2021
[953] CSP, art. L.6316 ; P. SIMON, « La télémédecine clinique : un modèle français », *Revue Hospitalière de France*, 2014;560:42-4.

actifs[954] *destinés au diagnostic et au contrôle relèvent de la classe IIa s'ils sont destinés à permettre un diagnostic ou un contrôle direct des processus physiologiques vitaux* »[955]. Cela met en évidence la frontière ténue entre santé et bien-être et la difficulté de règlementation de tels objets dans un contexte d'évolution technologique permanente et d'émancipation du patient.

A l'inverse, l'emploi d'un objet qualifié de « dispositif médical » n'est pas nécessairement bénéfique pour tout le monde. Il doit y avoir une démarche médicale en amont : le bon professionnel, le bon diagnostic dans le bon parcours avec le bon accompagnement humain. L'objet connecté donne des résultats de façon brute, comme pour une prise de sang, mais il faut savoir l'interpréter, et donc savoir si cela a un intérêt dans la prise en charge.

180. L'accès des détenus aux DMC. Les limites en matière d'accessibilité ne doivent pas être négligées, la solidarité nationale devant intervenir pour que ces dispositifs puissent être utilisés efficacement par le plus grand nombre, de manière égale, le contraire entraînerait une aggravation des inégalités de santé. La loi prévoit le remboursement des DM par l'Assurance Maladie après évaluation par une commission de la HAS[956] et inscription sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). La commission d'évaluation intervient une fois que l'industriel qui dépose un dossier de demande de prise en charge d'un DMC s'est acquitté du respect des exigences législatives et réglementaires nationales et européennes. Ce sera donc le cas après le marquage CE obtenu[957] ou encore la régularisation effectuée en termes d'hébergement et de traitement des données[958]. La HAS rappelle que les DMC évaluables par la CNEDiMTS doivent remplir quatre conditions[959]. De plus, un bref coup d'œil au code de la sécurité sociale nous informe que les dispositifs médicaux à usage individuel subordonnés à l'inscription sur la LPPR sont remboursés selon le contexte. Plus précisément, et c'est rappelé

[954] Tout comme les logiciels destinés à contrôler des processus physiologiques relèvent de la classe IIa

[955] Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, art. 6.2.

[956] La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) est la commission de la Haute Autorité de santé (HAS) qui évalue notamment les dispositifs médicaux (DM) et autres produits de santé en vue de leur remboursement par l'Assurance Maladie ; CSS, art. L. 165-1.

[957] CSS, art. R.165-4

[958] Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 dit Règlement général sur la protection des données (RGPD) ; CSP, art. L. 1111-8.

[959] Les conditions sont les suivantes : Ils sont destinés à être utilisés à des fins médicales, leur finalité impliquant qu'ils soient marqués CE. Ils sont à usage individuel (implantés ou utilisés par le patient lui-même). Ils disposent d'une fonction de télécommunication. L'industriel a déposé un dossier de demande de prise en charge par la solidarité nationale. C'est cette quatrième condition qui déclenche l'évaluation d'un DMC par la CNEDiMTS : l'initiative de l'inscription d'une nouvelle technologie sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) appartenant à l'industriel (CSS, art. R. 165-7) : HAS, *Guide sur les spécificités d'évaluation clinique d'un dispositif médical connecté (DMC) en vue de son accès au remboursement*, Janvier 2019, p. 6.

par le guide méthodologique de prise en charge sanitaire des PPSMJ[960], la prise en charge financière diffère selon que l'on est dans le cadre d'une hospitalisation[961], de soins non suivis d'une hospitalisation[962], voire de dispositifs médicaux n'entrant pas dans ces modalités de facturation tel que le gros matériel. Pour ces derniers, c'est sur ordonnance du médecin de l'USMP que la facture sera adressée au Centre national de gestion de la protection sociale des personnes écrouées (CNPE) pour une prise en charge intégrale des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale. Les dépassements par rapport aux tarifs de responsabilité sont à la charge de la personne écrouée[963]. Dès lors, si le tarif d'un DMC n'entre pas dans les cadres de remboursement de l'Assurance Maladie, un risque inhérent à l'égalité d'accès à ces DMC va naître. D'une part, ce risque créera une distinction entre personnes détenues et personnes extérieures car les ressources sont de fait plus limitées en détention par l'absence d'activité professionnelle. D'autre part, cela créera un décalage de prise en charge au sein même de la population détenue.

181. Les dispositifs médicaux numériques présumés innovants. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022[964], deux décrets ont ouvert en France des voies de remboursement anticipé dédiées aux dispositifs médicaux numériques (DMN) présumés innovants. Deux points noirs sont à noter cependant : d'abord, selon la présidente même de la CNEDiMTS « *il n'y a pas de règles, pas de quotas, pas de seuils ni de types d'étude établis pour que la CNEDIMTS rende son avis. [...] On peut compter sur le pragmatisme de la commission en fonction des comparateurs imposés par les textes. [...] Toute évaluation ne doit pas être un frein mais un levier* »[965] ; ensuite, certaines dépenses de santé ne rentrent pas dans les cases de remboursement de l'Assurance Maladie, notamment lorsque la prise en charge coïncide avec l'emploi de dispositifs médicaux. Cependant, si le patient est reconnu atteint d'une affection longue durée (ALD) figurant sur une liste prévue par un décret et après avis de

[960] Ministère de la Justice, ministère de la Santé et des solidarités, *Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des PPSMJ*, 2019, p. 399 et s.
[961] En cas d'administration au cours d'un séjour d'hospitalisation, les dispositifs médicaux sont inclus dans les tarifs des prestations d'hospitalisation. Leur financement entre donc dans le cadre de la facturation des séjours.
[962] Certains dispositifs médicaux sont également inclus dans le tarif du forfait externe de l'établissement (Forfaits « ATU », « PO », « FFM », « SE » ou « APE » et « FPI » mentionnés aux 2° à 7° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale.
[963] Sauf si celle-ci dispose d'une complémentaire santé prenant en charge tout ou partie de ces dépassements (CMU complémentaire ou mutuelle), ou, le cas échéant, par l'établissement pénitentiaire au titre de l'aide en nature apportée aux personnes détenues sans ressources suffisantes, *V.* Circulaire du 11 février 2013 relative à la lutte contre la pauvreté en détention.
[964] Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.
[965] Déclaration de l'ancienne directrice de la CNEDIMTS, I. ADENOT *in* P. HÉMERY, « Le nouveau segment de marché des dispositifs médicaux numériques s'organise », *Hospimédia*, 20 sept. 2023.

la HAS[966], alors la totalité des actes et prestations en rapport avec cette pathologie sont intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie à ce titre[967], dans les limites du protocole établi par son médecin[968] et sous couvert de respect du traitement et de soumission éventuelle au contrôle médical.

182. La modification organisationnelle exigée pour des objets connectés utiles en détention. La santé connectée[969] peut rendre d'énormes services sur des besoins qui ne sont pas encore couverts en France et de surcroît en détention. Cependant, le centre d'intérêts de ces nouvelles technologies en développement constant est la mesure et le suivi des facteurs de risques[970]. Or, les patients dans les zones sous-médicalisées, aux polypathologies complexes, ou au niveau socio-culturel bas n'en bénéficient pas. A l'instar de la téléconsultation, ceux qui en bénéficient sont les jeunes actifs citadins, et pour cause, les premiers objets connectés sont les smartphones. Les objets connectés représente une nouvelle forme de la fracture numérique qui touche de plein fouet le public carcéral. Ensuite, le développement des outils n'est pas le principal frein, quand bien même le marché est saturé par des solutions étrangères qui inquiète quant à la souveraineté des données[971]. Ce qui est difficile à mettre en œuvre, c'est la filière de soins qui est derrière l'outil. Il faut quelqu'un derrière l'alerte qui est faite par les capteurs, qui la voit, qui vérifie qu'elle est pertinente, qui prend contact avec le patient, qui propose une consultation, une hospitalisation. Il doit y avoir toute une organisation derrière et c'est la réforme du système de soins qui va poser des difficultés si les pouvoirs publics ne s'en saisissent pas. Enfin l'objet connecté trouve son utilité de façon générale, mais dans le cadre médical de surcroît, à travers les algorithmes d'exploitation des données. Ces objets permettent la création de ponts avec les établissements de santé, mais ce sont les algorithmes d'intelligence artificielle (IA) qui seront capables d'intégrer toutes les données de santé des individus[972], incluant celles de leur téléphone intelligent[973], afin d'« *évaluer efficacement les services offerts* »[974].

---

[966] CSS, art. L. 160-14 3°, L. 160-14 4°, R. 160-12, D. 160-4.
[967] CSS, art. L. 324-1.
[968] Le médecin traitant avant la détention ou en cas d'aménagement, le médecin de l'USMP à défaut.
[969] J.-M. BESNIER (dir.) et *al*., *Santé connectée*. Paris : CNRS Éditions, 2021 ; É. SEBBAN et *al*., *Santé connectée : demain, tous médecins ? une révolution avec les professionnels de santé, pour les patients*, Paris, Hermann, 2015.
[970] Comme l'hypertension ou le diabète, pour aller plus loin *V.* CNIL, *Le corps, nouvel objet connecté, du quantified self à la m-santé : les nouveaux territoires de la mise en données du monde*, Cahiers IP Innovation & Prospective n°02.
[971] Cf. *infra* n° 467 et s.
[972] Tests, examens, résultats, etc.
[973] Activités physiques, consommation d'alcool, variation du poids etc.
[974] B. BEVIERE-BOYER, « Droit intelligence artificielle et système de santé », *in* M. BOUTEILLE-BRIGANT (dir.), *La personne face à l'intelligence artificielle*, IFJD, LGDJ, 2021, p. 141-161.

183. L'interopérabilité. Les dispositifs connectés ne sont utiles par essence que par leur capacité à communiquer au sein d'« *un écosystème plus vaste, composé d'autres Objets connectés, de réseaux, de serveurs, de logiciels de traitement et de protocoles de sécurité* »[975]. L'ensemble des capacités des objets connectés dépend d'un socle commun, des données exploitables. Faire entrer des données fausses dans un système informatique, même avec un système d'intelligence avancé, fait ressortir des prises de décisions erronées. Cette exigence de communication pousse les pouvoirs publics à prendre des dispositions, d'autant plus que la production des objets connectés est essentiellement privée.

[975] J.-P. CRENN, « Les objets connectés décryptés pour les juristes », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 389.

§ II – La future prééminence de l'intelligence artificielle en santé

« *Toute technologie est porteuse du pire autant que du meilleur* »[976].

Bernard STIEGLER.

185. Intelligence artificielle. Inventée par John MCCARTHY pour la célèbre Conférence de Darthmouth de l'été 1956[977], la formulation « intelligence artificielle » décrit « *l'ensemble des théories et des techniques mises en œuvre en vue de réaliser des machines capables de simuler l'intelligence* »[978] ou encore l'outil qui permet de « *reproduire des comportements liés aux humains, tels que le raisonnement, la planification et la créativité* »[979]. Cependant, les définitions de l'intelligence en soi sont nombreuses et divergentes. Elle peut être considérée comme la capacité à comprendre, à analyser, à prendre des décisions à partir de connaissances, s'en suit alors une distinction entre les différents systèmes d'IA, qui peuvent selon leurs capacités être considérés comme des IA fortes[980] ou faibles[981]. Si l'IA propose des perspectives indéniables dans le secteur de la santé, l'encadrement de l'outil semble inutile (**A**) et le juriste doit davantage se concentrer sur ses concepteurs et fabricants (**B**).

A. L'encadrement inutile de l'outil

186. Des perspectives exaltantes. A l'instar de plusieurs acteurs du milieu de la santé ou des nouvelles technologies, le Conseil d'Etat a relevé que « *dans le domaine de la santé, les perspectives ouvertes par le recours à l'intelligence artificielle semblent particulièrement prometteuses* »[982]. De fait, les possibilités de l'intelligence artificielle en santé se manifestent à

[976] B. STIEGLER, entretien accordé au « Temps », mars 2018.
[977] C. A. PICKOVER, *La fabuleuse histoire de l'intelligence artificielle : des automates aux robots humanoïdes*, Malakoff, Dunod, 2021, p. 140.
[978] V. not. Y. LAURIE NGOMBÉ, *Fiches de droit du numérique*, Ellipses, 2022, p. 141.
[979] Parlement Européen, Intelligence artificielle : définition et utilisation, sept. 2020, disponible sur : https://www.europarl.europa.eu/topics/fr/article/20200827STO85804/intelligence-artificielle-definition-et-utilisation (consulté le 03 octobre 2024).
[980] Le concept d'intelligence artificielle « forte » renvoie à une machine qui aurait la capacité de produire un comportement intelligent et d'éprouver une conscience de soi, permettant à la machine de comprendre ce qu'elle fait. Ce type d'intelligence artificielle pourrait donc s'améliorer de façon autonome ; G. COURTOIS, « Robots intelligents et responsabilité : quels régimes, quelles perspectives ? », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 287.
[981] Le concept d'intelligence artificielle « faible » renvoie aux capacités d'une machine issue d'une recherche effectuée par un ingénieur qui essaye de construire des systèmes et des algorithmes capables de résoudre des problèmes spécifiques. Dans cette hypothèse, la machine simule une intelligence mais ne fait qu'exécuter des instructions spécifiques ; G. COURTOIS, « Robots intelligents et responsabilité : quels régimes, quelles perspectives ? », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 287.
[982] Conseil d'État, *Révision de la loi bioéthique, quelles options pour demain*, Rapport, 28 juin 2018.

l'échelle clinique et organisationnelle[983]. Clinique d'abord car on voit naître un moyen d'amélioration de l'offre de soins destinée aux patients, que ce soit pour sa qualité, sa pertinence et sa quantité[984]. Les bénéfices de la téléchirurgie et de la robotique en chirurgie sont connus : plus de précision, interventions plus courtes et plus limitées, ce qui réduit les complications et diminue le temps d'hospitalisation[985]. La cible est donc entre autres une amélioration de l'accès à des services de santé de qualité. La cible est organisationnelle ensuite, car le système de santé va tirer profit en termes d'efficience et de réactivité[986]. Les établissements de santé « *deviendront éventuellement des environnements hautement virtuels dotés de " tours de contrôle " informatiques sophistiquées leur permettant de suivre en permanence l'état de santé des patients à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement* »[987].

187. Et les chiffres sont sans équivoque, les investissements se comptent en milliards de dollars pour le marché de la robotique et de l'IA[988], et sur le marché de la santé spécifiquement[989]. Cela s'explique par les prévisions qui annoncent que les principales applications d'IA pourraient entrainer des économies annuelles de l'ordre de 150 milliards d'ici 2026 ; tant et si bien que les pouvoirs publics comme les institutions privées se sont saisis du sujet, en témoigne la

---

983 Pour aller plus loin, *V.* not. G. JULIA, A. FAUCHON, R. KANAWATI, *Intelligence artificielle, santé et droit*, ISTE éditions, coll. Sciences société et nouvelles technologies, Londres, 2023 ; L. BLOCH, C. CASTAING, Les enjeux du numérique en santé, LEH Édition, coll. Actes et séminaires, 2024 ; B. NORDLINGER, C. KIRCHNER, O. de FRESNOYE, Rapport 24-03. *Systèmes d'IA générative en santé : enjeux et perspectives*, Groupe de travail de l'Académie nationale de médecine, 05 mars 2024.

984 Capacités amplifiées de diagnostic médical, supérieures aux humains notamment en matière d'analyse instantanée de plusieurs milliers de données comparables au cas d'un patient particulier.

985 C. VERGÈS, « Intelligence artificielle et relation clinique : l'importance de la technocratie dans le nouveau modèle médical », ESKA, *Droit, Santé et Société*, 2021/3 N° 3, p. 64-72 ; il faudra toutefois distinguer la téléchirurgie réalisée par un robot ou par un humain à l'aide d'un robot. La seconde n'a que peu d'intérêt, elle est employée dans des cas très précis car nécessite une présence concomitante du chirurgien spécialiste à distance, elle n'est donc pas un gain de temps. La téléchirurgie n'est jamais employée pour des soins d'urgence par exemple, car les professionnels de santé savent « stabiliser » un individu avant de l'envoyer devant le chirurgien spécialiste compétent. L'emploi efficient de la téléchirurgie est donc pour l'instant très réduit.

986 Évaluer avec précision les priorités d'attribution de ressources, qu'il s'agisse de lits, personnel soignant, traitements, tests, et octrois de congés de soins. Ils le feront en se fondant sur une analyse complète en temps réel des besoins de l'ensemble des patients.

987 C. RÉGIS, Comment l'IA va transformer le système de santé, The Conversation, jan. 2019, disponible sur : https://theconversation.com/comment-lia-va-transformer-le-systeme-de-sante-109496 (consulté le 10 oct. 2024).

988 PricewaterhouseCoopers, « *What's the real value of AI for your business and how can you capitalize ?* », *Sizing the prize*, 2017 p. 3 ; C.-E. DANIEL, « Chapitre 7 : Quelle(s) forme(s) de gouvernance juridique pour l'encadrement de l'IA et de la robotique interactive ? », *in* J.-P. BELAND et C.-E. DANIEL (dir.) *La personne transformée. Nouveaux enjeux éthiques et juridiques*, Presses de l'Université Laval, 2019, p. 116 ; A. MENDOZA-CAMINADE, « Le droit confronté à l'intelligence artificielle des robots : vers l'émergence de nouveaux concepts juridiques ? » *Recueil Dalloz*, 2016, p.445.

989 Concernant plus spécifiquement le domaine médical, le marché de l'IA en santé devrait suivre une croissance de 50% par an pour atteindre 45 milliards de dollars en 2026 : LEEM, IA et données de santé : le mariage du futur, 15 déc. 2022, disponible sur https://www.leem.org/100-questions/intelligence-artificielle-et-donnees-de-sante-le-mariage-du-futur (consulté le 10 oct. 2024).

prolifération de travaux sur l'IA depuis 2015[990] ou bien les investissements de la France, comme la mise en place de la plateforme *Health Data Hub*[991]. Dans un contexte d'augmentation exponentielle des dépenses de soin dans le monde[992], l'IA représente un enjeu majeur pour l'avenir[993]. Au-delà de l'aspect financier, l'IA en santé pourrait permettre de résoudre le dilemme du « *triangle de fer* » dans lequel trois facteurs interdépendants s'affrontent : accès, coût et qualité[994]. Cependant, ces trois facteurs semblent encore loin d'être atteints, l'intelligence limitée de l'outil (**1**) n'incite pas à lui octroyer une responsabilité spécifique (**2**).

1) L'intelligence limitée de l'outil

188. Robot. Le mot robotique trouverait quant à lui son origine dans la littérature d'Isaac ASIMOV[995], et désigne « *l'ensemble des techniques permettant la conception et la réalisation de machines automatiques ou de robots* ». Le robot peut quant à lui être défini de la façon suivante : « *il effectue, grâce à un système de commande automatique à base de microprocesseur, une tâche précise pour laquelle il a été conçu dans le domaine industriel, scientifique, militaire ou domestique* »[996]. De cette définition découlent deux interprétations : la première serait de voir le robot comme une machine, qui possède des capteurs, un système logique et des actionneurs[997]. Il est matériel. La seconde interprétation laisse penser qu'un robot

---

990 INRIA, *Intelligence Artificielle : les défis actuels et l'action d'INRIA, septembre 2016 ; Conseil d'orientation pour l'Emploi, Automatisation, numérisation et emploi : tome 1 : les impacts sur le volume, la structure et la localisation de l'emploi*, janvier 2017 ; CNIL, *Le rôle des données et des algorithmes dans l'accès aux contenus,* janvier 2017 ; France IA, *France Intelligence Artificielle, la stratégie IA en France*, mars 2017 ; C. DE GANAY, D. GILLOT, *Pour une Intelligence Artificielle maîtrisée, utile et démystifiée*, Rapport n° 464, tome I, Sénat, mars 2017; CERNA, *Ethique de la recherche en apprentissage machine*, juin 2017 ; Conseil d'Orientation pour l'Emploi, Automatisation, numérisation et emploi : tome 2 : *l'impact sur les compétences*, septembre 2017 ; Cigref, *Intelligence Artificielle dans les grandes entreprises : enjeux de mise en œuvre opérationnelle,* octobre 2017 ; France Stratégie, *Intelligence artificielle et travail*, Mars 2018 ; C. VILLANI, *Donner un sens à l'intelligence artificielle*, Rapport mission parlementaire, mars 2018.

991 Cf. *infra* n° 450 et s.

992 Puisque celles-ci devraient atteindre 11% du PIB en 2040, *Les Echos*, « Les systèmes de santé des pays riches de plus en plus en situation d'urgence », 15 janv. 2024.

993 Fait partie intégrante du plan d'innovation « France 2030 », *V.* Forbes, Innovation santé : enjeux et perspectives avec France 2030, 05 mai 2024.

994 K. SAFAVI, responsable de la pratique de santé mondiale chez l'entreprise Accenture, explique que ces facteurs nécessitent des compromis inévitables, et souvent négatifs car essayer d'améliorer un facteur nuit généralement à un autre, *in* « AI And Healthcare: A Giant Opportunity », *Forbes*, 11 fév. 2019, en ligne sur : https://www.forbes.com/sites/insights-intelai/2019/02/11/ai-and-healthcare-a-giant-opportunity/?sh=556fd7e64c68 (consulté le 02 octobre 2024).

995 Et plus précisément, d'après l'*Oxford English Dictionary*, la plus ancienne mention enregistrée du mot robotique apparaît dans la nouvelle « Menteur ! », sans même qu'ASIMOV n'en ait été conscient initialement ; il a supposé que le mot existât déjà, à l'instar de « mécanique » ou d'autres termes similaires désignant des branches de science appliquée.

996 TLFi, ATILF - CNRS & Université de Lorraine, *V.* « Robot ».

997 Il est alors utilisé dans des branches diverses et variées allant de l'industrie à l'exploration spatiale, en passant bien sûr par la robotique médicale.

peut aussi être virtuel[998], et donc un « *bot informatique* » qu'Andrew LEONARD a pu désigner comme « *un programme informatique autonome supposé intelligent, doué de personnalité, et qui habituellement, mais pas toujours, rend un service* »[999]. D'autres auteurs insistent sur une caractéristique particulière qui habiterait le robot, celle de l'autonomie[1000]. Un robot pourrait donc être autonome, s'adapter, faire preuve d'initiatives, des traits indiscutablement liés aux progrès considérables de l'IA[1001]. Si la première image du robot intelligent est souvent celle de l'androïde[1002] tel que représenté au cinéma à de multiples reprises[1003], il faut toutefois nuancer en sachant que les robots actuels sont plus proches de l'aspirateur automatique que de l'androïde de Boston Dynamics.

189. Robot médical. Il en existe différentes formes. Les premiers sont les robots qui ne sont pas autonomes, dont l'utilité réside essentiellement dans des tâches d'assistance des professionnels, les « cobots »[1004]. Ce « robot assistant » se différencie du robot principalement par le fait qu'il est dépourvu d'autonomie globale[1005], il est dépendant de l'intention, du geste ou du comportement de l'utilisateur. La « cobotique médicale » est principalement représentée par les robots médicaux[1006], de télémédecine ou d'aide à la personne et de rééducation[1007]. A l'inverse, les robots dotés d'une autonomie le sont grâce à l'IA[1008].

---

998 *V.* « C dans l'air : Les robots sont parmi nous », France 5, 15/03/2012.

999 A. LEONARD, *Bots : The Origin of New Species*, Penguin Books Limited, 1998, 269 p.

1000 « *une machine matérielle, alimentée en énergie, capable d'agir sur le réel, dotée d'une capacité de perception de son environnement et de décision, et faisant l'objet d'un apprentissage. Elle peut également être autonome et disposer de capacités de communication et d'interaction* », *V.* N. NEVEJANS, *Traité de droit et d'éthique de la robotique civile*, LEDH éd., 2017, 1230 p. ; « Les robots : tentative de définition », *in* A. BENSAMOUN (dir.), *Les robots. Objets scientifiques, objets de droits*, Mare & Martin, coll. « Presses Universitaires de Sceaux », 2016, p. 81. Voir aussi entretien de N. NEVEJANS avec S. TISSERON : « Le « droit » des robots, réalité ou abus de langage ? », *Matière à penser,* France culture, 22 août 2018 disponible sur : https://www.franceculture.fr/emissions/matieres-a-penser-avec-serge-tisseron/le-droit-des-robots-realite-ou-abus-de-langage-0 (consulté le 10 oct. 2024).

1001 A. MENDOZA-CAMINADE, « Le droit confronté à l'intelligence artificielle des robots : vers l'émergence de nouveaux concepts juridiques ? », *Recueil Dalloz*, 2016, p.445

1002 Robot, automate ressemblant à l'humain, prenant forme humaine.

1003 V. par exemple les films Terminator (1984), I Robot (2004) etc.

1004 La « cobotique » est le domaine de la collaboration homme-robot, c'est-à-dire de l'interaction, directe ou téléopérée, entre homme et robot pour atteindre un objectif commun ; Pour aller plus loin *V.* B. CLAVERIE, B. LE BLANC, P. FOUILLAT, « *La Cobotique* », *Presses univ. de Bordeaux « Communication & Organisation »*, 2013, p. 203-214 ; M. PESHKIN, J. E. COLGATE, « Cobots », *Industrial Robot*, vol. 26, no 5, 1999, p. 335-341 ; Sur la distinction entre les IAD (outillages d'assistance intelligents, *intelligent assist devices*) et les TD (robots téléopéré, *teleoperated robot*) notamment dans le monde médical, K. Mc CLENATHAN, T. RAHMAN, « *Power Augmentation in Rehabilitation Robots* », *Proceedings of the Sixth International Conference on Rehabilitation Robotics*, Californie, USA, juillet 1999.

1005 « Robot passif », « *passive device* » ou « *passive robot* ».

1006 Les robots *Da Vinci* ou *ZEUS* en sont les exemples les plus connus dans le domaine de la robotique chirurgicale.

1007 Par exemple : université Pierre-et-Marie-Curie, « *Programme Systèmes interactifs et Robotique (ROBO) 2006 : projet BRAHMA* », sur Agence nationale de la recherche.

1008 Pour une plus ample définition, *V.* not. F. VIALLA, « Droit, intelligence artificielle et actes médicaux. Non nova, sed nove ? » *in* M. BOUTEILLE-BRIGANT (dir.), *La personne face à l'intelligence artificielle*, IFJD,

190. La personnalisation des robots. La robotique de services dans le secteur de la chirurgie fait de l'humain un « *humain augmenté* »[1009]. Notre corps, « *point de rencontre avec la réalité* »[1010] risque alors de devenir *« une simple interface, désirée ou non, avec la seconde réalité, une seconde peau du monde, numérique et vertigineuse* »[1011]. L'IA, incarnée dans le corps même de l'humain ou sous la forme d'un robot quelconque, assistera toujours plus, voire remplacera, le geste comme la décision et le jugement, humains[1012]. De plus, les risques d'atteinte à la vie privée sont multiples et peuvent survenir « *soit par nécessité de performance ou par utilisation malveillante ou négligente. Les scandales Facebook et Cambridge Analytica nous forcent à enlever nos lunettes roses, si nous en avions, quant à la possibilité de tels évènements* ». Dès lors, l'IA pose de nombreuses questions relatives à la responsabilité des différents acteurs impliqués dans une relation médicale qui, si elle n'est pas révolutionnée *a priori*, est bien modifiée par la technologie.

2) L'inutile responsabilité de l'outil

191. Responsabilité humaine. A l'instar d'internet, il est difficile d'appréhender un phénomène quand il en est à ses balbutiements. Or il y a peu voire aucun intérêt à élaborer un cadre juridique sur des projections, au risque que ce droit devienne obsolète avant même de donner lieu à application, c'est pourquoi la doctrine s'est évertuée à analyser le statut qu'il est possible de donner au robot intelligent en s'appuyant sur l'état de l'art[1013] : *« le droit en vigueur trouve naturellement à s'appliquer, sans doute complété de réponses nouvelles et spécifiques du législateur, soit par la création de règles idoines, soit par l'assouplissement, la modulation, des règles positives* »[1014]. Les questions prédominantes gravitent autour de la responsabilité que

LGDJ, 2021, p. 99-108 ; X. BIOY, « L'IA en santé : quel statut juridique pour l'IA ? Quels enjeux éthiques ? », p.129, *in* N. De GROVE-VALDEYRON, I. POIROT-MAZERES (dir.) *Télémédecine et intelligence artificielle en santé : quels enjeux pour l'Union européenne et les Etats membres ?*, Presses de l'Université de Toulouse 1 capitole, Lextenso, 2020.

[1009] A titre d'exemple, l'auteur mentionne la « *chirurgie dite de « réhabilitation » par les prothèses et les greffes de parties mécaniques* », *V.* A. MENDOZA-CAMINADE, « La santé et la robotique », *RLDI* oct. 2014, suppl. au n° 108, n° 3603, p. 19 ; X. BIOY, « Vers un statut juridique des androïdes ? », *Journ. intern. de bioéthique*, 2013/4, vol. 33, p. 85.

[1010] B. RAZON, « L'ère des machines invisibles », *Philosophie magazine*, n° 119, 2018.

[1011] B. RAZON, *ibid*.

[1012] M. MONOT-FOULETIER, « Chapitre 5 : Personne transformée par l'intelligence artificielle et droit de la responsabilité », *in* J.-P. BELAND, C.-É. DANIEL (dir.), *La personne transformée. Nouveaux enjeux éthiques et juridiques*, Presses de l'Université Laval, 2019, *spéc.* p. 75.

[1013] R. CHATILA, « Intelligence artificielle et robotique : un état des lieux en perspective avec le droit », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 284.

[1014] A. BENSAMOUN, « Des robots et du droit », Dossier « Robots, intelligence artificielle et droit », *Dalloz IP/IT*, 2016. p. 280 ; *V. ég*. Dossier « Les objets connectés : 4e Révolution industrielle », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 388.

l'on peut accorder lorsqu'un dommage survient à l'occasion de l'utilisation de tels outils susceptibles de « *failles technologiques* »[1015]. Il faut alors distinguer selon le « *niveau d'intelligence* » de l'outil[1016]. Il faut ainsi déterminer lequel des « *éléments technologiques intelligents* » est le lieu d'émergence du dommage. On fait face à une « *responsabilité diffuse* » impliquant potentiellement les concepteurs, l'autorité d'habilitation, le fabricant du produit et l'utilisateur[1017]. Si l'on en croit la doctrine prédominante, une adaptabilité du droit commun de la responsabilité est possible ; reste alors à voir si ce droit commun s'applique à la personne qui utilise l'IA ou à l'IA elle-même[1018]. La difficulté principale n'est pas de nature mais bien de degré, en fonction du degré d'autonomie que possède l'outil d'IA utilisé. La question se pose d'autant plus que pour certains auteurs, on ne doit pas « *négliger le risque de favoriser une personnification des robots, spécialement dans le domaine de la santé où ils pourront avoir une fonction d'assistance médical* », par conséquent cela « *doit être résolument tenu à l'écart, à commencer par la reconnaissance d'un robot-personne*[1019] »[1020]. Le consensus se fait autourde l'exclusion de la « *responsabilité pour faute personnelle robotique* » car si l'on envisage la création d'une personnalité robotique pour les robots intelligents, c'est-à-dire les robots dotés d'un système d'IA leur permettant une certaine autonomie, cela suppose la reconnaissance d'une intention propre justifiant l'engagement de sa responsabilité, alors qu'il n'y a pas d'unanimité scientifique pour affirmer que l'IA décide seule, indépendamment d'un esprit humain, d'une intention humaine[1021]. Le robot n'est qu'une « *interface dépendant*

[1015] L. WILLIATTE, « L'impact du numérique dans la relation de soin : De considérations générales à l'application concrète de la télémédecine », *Bulletin Académie Nationale de Médecine*, vol. 204, issue 8, Elsevier, octobre 2020.
[1016] M. MONOT-FOULETIER, *op. cit.* : Si l'IA ne fait que simuler l'intelligence humaine, en reproduisant « un schéma de conduite prédéterminé », la responsabilité n'est pas détachée des personnes morales/physiques (permettent son émergence et fonctionnement) donc le droit commun s'applique. En revanche si l'IA prend la forme d'une intelligence individualisée, avec une capacité propre de décision (à prouver), cela met en doute l'applicabilité des régimes actuels de responsabilité.
[1017] B. SIDO, J.-Y. LE DÉAUT, *Les robots et la loi*, Rapports d'office parlementaire n° 570 (2015-2016), déposé devant le Sénat le 3 mai 2016, publié 3 avril 2023.
[1018] On exclura ici les réflexions relatives à la responsabilité des personnes morales assistées par des IA : *smart contracts*, *V.* T. CHARIDI (2018), « La conclusion des *smart contracts* : révolution ou simple adaptation », *Rev. Lamy droit des affaires*, n°138, p. 28 ; ou encore justice prédictive, *V.* J.-B. DECLERCQ, « Les algorithmes en procès », *RFDA*, 2018, p. 131 ; F. ROUVIÈRE, « Le raisonnement par algorithme : le fantasme du juge-robot », *RTD civ.*, 2018, p. 530 ; Pour aller plus loin *V.* M. MONOT-FOULETIER, « Chapitre 5 : Personne transformée par l'intelligence artificielle et droit de la responsabilité », *in* J.-P. BELAND, C.-É. DANIEL (dir.), *La personne transformée. Nouveaux enjeux éthiques et juridiques*, Presses de l'Université Laval, 2019, *spéc.* p. 76.
[1019] G. LOISEAU, M. BOURGEOIS, « Du robot en droit à un droit des robots », *JCPG* 2014, 1231. ; A. BENSAMOUN, G. LOISEAU, « L'intelligence artificielle : faut-il légiférer ? », *D.* 2017, p. 581. ; A. BENSAMOUN, G. LOISEAU, « L'intégration de l'intelligence artificielle en droit commun », *Dalloz IP/IT* 2017, p. 239.
[1020] G. LOISEAU, « Responsabilité », *JDSAM*, n° 17, 2017, p. 17.
[1021] Voir J.-G. GANASCIA, *Le Mythe de la Singularité – Faut-il craindre l'intelligence artificielle* ?, Paris, Seuil, 2017 ; R. CHATILA, « Intelligence artificielle et robotique : un état des lieux en perspective avec le droit », *Dalloz IP/IT*, n° 6, 2016, p. 284.

d'algorithmes qui déclenchent son action selon une procédure et dans un but qu'un ou des humains lui ont assigné »[1022]. La responsabilité doit rester imputable à un humain, d'autant plus que l'imputabilité à un robot n'a aucun intérêt pour les victimes si ça n'est pas suivi d'une indemnisation[1023], le robot étant insolvable par nature. Selon le même raisonnement, il faut exclure la responsabilité du fait de la garde. Cela induirait la déresponsabilisation du concepteur et du fabricant, ce qui n'est pas incitatif en matière d'exigences de sécurité des systèmes mis sur le marché[1024]. Alexandra MENDOZA-CAMINADE réfute en ce sens le besoin de création d'un statut spécifique pour le robot sur le même modèle que celui réservé aux animaux[1025]. Celui-ci n'apparaît pas nécessaire en l'état des avancées technologiques, mais le régime juridique évoluera de façon inéluctable en matière de robot intelligent, ce « *n'est pas de la science-fiction mais bien de la - courte – anticipation* »[1026]. Dans le même sens, et pour « *maintenir une responsabilité sur le propriétaire ou l'utilisateur du robot autonome […] la création d'une personnalité juridique du robot semble inappropriée* »[1027]. Cela rejoint la vision doctrinale dominante selon laquelle l'adoption d'une législation spécifique à l'IA n'est pas souhaitable, celle-ci « *risquant de scléroser le développement de cette technique et de freiner ses perspectives notamment en matière de santé* »[1028].

192. Permettre l'indemnisation, de la responsabilité à la solidarité. En 2002 a été créé un régime de responsabilité autonome sans faute du fait d'un défaut du produit de santé[1029]. Un

---

[1022] M. MONOT-FOULETIER, « Chapitre 5 : Personne transformée par l'intelligence artificielle et droit de la responsabilité », p. 80 ; *in* J.-P. BELAND, C.-É. DANIEL (dir.), *La personne transformée. Nouveaux enjeux éthiques et juridiques*, Presses de l'Université Laval, 2019, *spéc.* p. 80.

[1023] C.-É. DANIEL, *« Quelle(s) forme(s) de gouvernance juridique pour l'encadrement de l'IA et de la robotique interactive ? »*, *in* J.-P. BELAND, C.-É. DANIEL (dir.), *La personne transformée. Nouveaux enjeux éthiques et juridiques*. Presses de l'Université Laval, 2019.

[1024] M. MONOT-FOULETIER, « Chapitre 5 : Personne transformée par l'intelligence artificielle et droit de la responsabilité », *in* J.-P. BELAND, C.-É. DANIEL (dir.), *La personne transformée. Nouveaux enjeux éthiques et juridiques*, Presses de l'Université Laval, 2019, *spéc.* p. 80.

[1025] Il serait préférable de le maintenir dans la catégorie des choses : L'homme doit assumer les conséquences de ses choix, même s'il ne maîtrise pas le processus décisionnel et l'intégralité des résultats engendrés ; A. MENDOZA-CAMINADE, « La santé et la robotique », *RLDI* oct. 2014, suppl. au n° 108, n° 3603, p. 19 ; X. BIOY, « Vers un statut juridique des androïdes ? », *Journ. intern. de bioéthique*, 2013/4, vol. 33, p. 85.

[1026] A. MENDOZA-CAMINADE, « La santé et la robotique », *RLDI* oct. 2014, suppl. au n° 108, n° 3603, p. 19; X. BIOY, « Vers un statut juridique des androïdes ? », *Journ. intern. de bioéthique*, 2013/4, vol. 33, p. 85.

[1026] G. COURTOIS, « Robots intelligents et responsabilité : quels régimes, quelles perspectives ? » *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 287.

[1027] G. COURTOIS, « Robots intelligents et responsabilité : quels régimes, quelles perspectives ? », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 287.

[1028] L. MORLET-HAÏDARA, « Le futur espace numérique de santé : un formidable outil de prévention », *JDSAM*, 2021/1, n° 28, p.107.

[1029] Régime de responsabilité sans faute des professionnels de santé utilisateurs de produits défectueux, dérogatoire au principe de responsabilité pour faute prévu par le code de la Santé publique ; CSP, art. L.1142-1.

conflit de jurisprudence administrative[1030] et judiciaire[1031] conduit à ce que l'harmonisation souhaitée par la loi Kouchner soit désavoué par la jurisprudence *contra legem* de la Cour de cassation qui nous offre une « *harmonisation à la baisse* »[1032] en droit interne, en créant une inégalité entre les victimes selon que le dommage est survenu dans le secteur privé ou public. Un revirement est souhaitable[1033] car plus favorable aux victimes qui peuvent s'adresser à leur interlocuteur direct, le professionnel ou l'établissement, à charge pour ce dernier de se retourner contre le fabricant de l'IA produit de santé, car « *ce n'est pas parce que le régime des produits défectueux du code civil est excessivement favorable au fabricant que cela justifie une baisse de protection des victimes* »[1034]. L'indemnisation des victimes, au cœur des réflexions sur la responsabilité, doit pousser le législateur vers une solution pragmatique, dans l'intérêt de tous. Marjolaine MONOT-FOULETIER[1035] propose de ne plus se fonder sur une faute ou sur l'imputabilité du dommage[1036], toutes deux difficiles à prouver en matière d'IA, pour permettre la réparation. Si la « *courte anticipation* » mentionnée par A. MENDOZA-CAMINADE devait se réaliser dans un futur proche pour la population carcérale, un système de responsabilité centré sur la réparation du préjudice leur serait bénéfique. La cible serait une prise en charge sociale des risques auxquels chacun est soumis, sur le modèle des fonds de garanties déjà existants comme pour le risque thérapeutique, les accidents impliquant des véhicules terrestres à moteur (VTM) ou certains risques technologiques[1037] et dont le fonctionnement pourrait être similaire au mécanisme mis en place pour l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux[1038]

[1030] CE 12 mars 2012 *CHU de Besançon*, n° 327449 ; CE 9 juillet 2003, n° 220437.

[1031] Civ. 1ère, 12 juillet 2012, n° 11-17510.

[1032] P. VERON, *ibid*, p. 370, l'auteur parle également d'un droit interne « phagocyté », « dévoyé » par le droit de l'UE.

[1033] A. BENSAMOUN, *Droit de l'intelligence artificielle*. 2e édition. Paris La Défense, LGDJ, un savoir-faire de Lextenso, 2022, p.104.

[1034] P. VERON, « Responsabilité des professionnels et ES pour le défaut du matériel utilisé : Esprit de la loi Kouchner, es-tu (encore) là ? », *in* B. PY (dir.) *20 ans de la loi du 4 mars 2002, droits des patients, quid novi* ? LEH Edition, septembre 2022, p. 369.

[1035] M. MONOT-FOULETIER, Chapitre 5 : Personne transformée par l'intelligence artificielle et droit de la responsabilité, p. 87-89 ; *in* J.-P. BELAND, C.-É. DANIEL (dir.), *La personne transformée. Nouveaux enjeux éthiques et juridiques*, Presses de l'Université Laval, 2019, *spéc*. pp. 87-89.

[1036] V. en ce sens un arrêt récent qui reconnaît la possibilité qu'une « impossibilité technique » puisse exclure la qualification fautive d'un défaut d'enregistrement des données par l'établissement de soins : Cass. Civ. 1ère, 6 décembre 2023, n°22-12.176 ; obs. M. BOUTEILLE-BRIGANT, *RDS* n°119, mai 2024 p.452-455.

[1037] Le champ d'intervention du Fonds de garantie des assurances obligatoires (FGAO) n'a cessé de s'accroître. Il indemnise initialement les victimes d'accidents de la route quand le responsable de l'accident est inconnu, insolvable ou n'est pas assuré, sur le fondement d'un devoir de solidarité nationale fondé sur le préambule de la Constitution de 1946.Il inclue désormais l'indemnisation de risques technologiques non pris en charge par l'assurance. Il pourrait également accueillir, sur le même fondement de solidarité et d'équité, la compensation de l'aléa algorithmique, *V.* M. MONOT-FOULETIER, Chapitre 5 : Personne transformée par l'intelligence artificielle et droit de la responsabilité, p. 87-89 ; *in* J.-P. BELAND, C.-É. DANIEL (dir.), *La personne transformée. Nouveaux enjeux éthiques et juridiques*. Presses de l'Université Laval, 2019, *spéc*. pp. 87-89.

[1038] Ce fonds anticipe la nécessité d'une indemnisation rapide par la constitution d'un capital établi en amont grâce à la mise en place d'un système d'assurance obligatoire permettant de responsabiliser les différents acteurs

(ONIAM). Pour l'autrice, la création d'un fonds de garantie va « *dans le sens de l'histoire du droit de la responsabilité* » qui a délaissé les régimes pour faute au profit de régimes de responsabilité sans faute, et vu la naissance d'une multiplicité de fonds d'indemnisation[1039], la société n'admettant plus l'absence d'indemnisation des victimes et cherchant « *moins un coupable qu'un débiteur solvable* »[1040].

193. Néanmoins, l'existence de biais discriminatoires présente plusieurs risques pour la population carcérale, pour l'accès à des soins similaires à ceux prodigués à l'extérieur, et en matière de responsabilité. Aussi, si les pouvoirs publics cherchent à encadrer l'IA en amont de sa conception, ils utilisent également des outils de droit souple.

B. L'encadrement nécessaire des concepteurs et fabricants

194. L'outil en lui-même ne pose pas de difficultés, la loi s'efforçant d'encadrer les personnes principalement pour les besoins d'imputabilité. En l'état, le cadre juridique se concentre sur les biais discriminatoires présents dans tous les dispositifs d'IA (**1**) en associant des outils juridiques divers (**2**).

1) Un besoin de transparence facilitant le repérage de biais discriminatoires

195. Les biais systématiques de l'IA. Certains s'inquiètent des biais et des discriminations pouvant être implicitement introduits dans les algorithmes décisionnels[1041]. Différents cas de discrimination raciale ont déjà été identifiés autour du globe, et particulièrement dans deux

impliqués (concepteurs, fabricants, utilisateurs) ; Voir la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins.

[1039] Voir par exemple le fonds de garantie des victimes du terrorisme, issu de l'article 9 de la loi n° 86-1020 du 9 sept. 1986 relative à la lutte contre le terrorisme ; le fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles, mis en place par l'article 47 de la loi n° 1991-1406 du 31 janvier 1991 portant sur diverses mesures d'ordre social ; le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, créé par l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale.

[1040] Pour aller plus loin, *V.* M. MONOT-FOULETIER, Chapitre 5 : Personne transformée par l'intelligence artificielle et droit de la responsabilité ; *in* J.-P. BELAND, C.-É. DANIEL (dir.), *La personne transformée. Nouveaux enjeux éthiques et juridiques*, Presses de l'Université Laval, 2019.

[1041] C'est l'idée selon laquelle les IA « *pourraient être amenées à faire des choix « moraux » potentiellement discriminatoires si elles sont programmées pour reproduire des stéréotypes et préjugés humains* » S. SLAMA, « Les robots-androïdes, de quels droits fondamentaux ? », Dossier : "Le droit des libertés en question(s) - Colloque n°2 de la RDLF" RDLF 2019 chron. n°50 ; C'est la notion de "*Moral Machine*" expliquée par le CNRS, « Voitures autonomes et choix moraux : qu'en pensent les internautes », CNRS, 24 octobre 2018 disponible sur https://www.cnrs.fr/fr/presse/voitures-autonomes-et-choix-moraux-quen-pensent-les-internautes (consulté le 10 oct. 2024) ; « Les voitures autonomes doivent-elles tuer un vieillard pour sauver un enfant ? », *Le Monde*, 26 octobre 2018 ; A. SANDBERG et al., « La voiture autonome et ses implications morales », *Multitudes* 2015/1 n° 58, pp. 62-68 ; K. HAO,« This is how AI bias really happens », *MIT Technology Review*, 4 février 2019.

affaires désormais célèbres du logiciel américain Compas[1042] utilisé aux États-Unis pour prédire la probabilité de commettre un crime, et plus récemment pour le logiciel chargé d'attribuer les allocations familiales Néerlandaises[1043]. Les raisons qui peuvent mener à de telles erreurs sont multiples. Dans un premier temps, les données d'apprentissage que l'on entre dans la solution contiennent possiblement des erreurs ou des déséquilibrages. Ensuite, le choix même du modèle peut fonctionner pour une majorité de personnes[1044] mais être inadéquat pour une minorité de la population concernée ; soit parce que l'algorithme d'apprentissage automatique tire des conclusions à partir de données qui ne sont pas représentatives de cette catégorie d'individus statistiquement peu visible ; soit parce que les données concernant cette partie de la population sont incomplètes ou inexactes. Dans ce cas, « *les paramètres du modèle étant optimisés pour être bons en moyenne, il est possible que la minorité soit lésée* »[1045]. Le lien avec les patients détenus apparaît évident, leur nombre étant fort heureusement minoritaire face à la population générale. Une IA utilisée par l'hôpital de rattachement pour traiter une majorité de patients pourra facilement être inadaptée à une prise en charge en détention ou dans un centre de rétention par exemple, car ne prenant pas en compte des paramètres d'enfermement qui s'appliquent à une minorité de personnes. En l'absence d'outils développés spécifiquement pour la population détenue, on pensera éventuellement, pour pallier cette difficulté, à calquer la prise en charge d'un patient détenu sur celle d'un patient « sédentaire » dont on sait les mouvements très limités.

196. L'encadrement européen des biais discriminatoires. La proposition de règlement européen pour les systèmes d'IA[1046] du 21 avril 2021 contenait pour la première fois des dispositions spécifiques à la discrimination algorithmique. Le règlement publié, dit « Règlement IA »[1047] (RIA), l'aborde à travers la notion de « biais » algorithmiques. Le terme

[1042] L'échec des logiciels de prévention des risques de récidive aux Etats-Unis, Le Monde, 24 mai 2016 ; Conseil de l'Europe, Prévention des effets discriminatoires potentiels de l'utilisation de l'intelligence artificielle dans les services locaux, Note d'orientation politique, Octobre 2020, p. 3.
[1043] *Amnesty International*, Pays-Bas. Scandale des allocations familiales : un avertissement qui montre l'urgence d'interdire les algorithmes racistes, 25 oct. 2021 ; Parlement européen, Scandale des allocations familiales aux Pays-Bas, racisme institutionnel et algorithmes, question parlementaire à la commission, O-000028/2022, 28 juin 2022.
[1044] Surreprésentation d'une catégorie de personnes, comme les personnes âgées ou des patients d'origine géographique particulière.
[1045] L. RISSER, R. PONS, « Biais et discriminations dans les systèmes d'intelligence artificielle », *Dalloz IP/IT* 2022, p.75.
[1046] Comm. europ., 21 avr. 2021, (2021) 206 final.
[1047] Règlement européen (UE) 2024/1689 du Parlement européen et du Conseil du 13 juin 2024 établissant des règles harmonisées concernant l'intelligence artificielle (règlement sur l'intelligence artificielle), aussi appelé AI Act ou « RIA ».

de « discrimination » est fâcheusement absent du corps du texte, apparaissant tout de même dans les considérants. Et pour cause, un biais algorithmique n'est pas systématiquement synonyme de discrimination, il peut être simplement technique ou bien « *ne posséder aucun lien avec un des critères prohibés par les textes relatifs à la non- discrimination* »[1048]. Le règlement, dans son article 10, aborde la problématique de la gestion des données[1049] et leur gouvernance au sein des technologies d'apprentissage automatique, notamment les données d'entraînement[1050]. Il impose par exemple aux fournisseurs de ces systèmes d'IA à haut risque[1051] de recourir à des jeux de données « *pertinents, suffisamment représentatifs et, dans toute la mesure du possible, exempts d'erreurs et complets* »[1052]. Le texte mentionne également le besoin d'un « *examen permettant de repérer d'éventuels biais* »[1053]. La Commission européenne pousse ainsi à la vigilance face aux discriminations qui peuvent se cacher derrière la phase de conception technique, et prend alors conscience d'un besoin de conformité de ces IA[1054]. Elle va jusqu'à autoriser le traitement de catégories particulières de données[1055] lorsque cela est nécessaire à la détection de biais[1056], alors même que l'on sait le risque que cela peut représenter pour les personnes concernées. Eu égard à cette question, le texte exige l'utilisation des « *mesures les plus avancées en matière de sécurité et de protection de la vie privée* », et l'on peut cette fois s'interroger sur la redondance et l'articulation avec l'article 32 du RGPD[1057] qui traite des « *mesures techniques et organisationnelles appropriées* » de sécurité[1058]. Pour

[1048] L. RISSER, R. PONS, « Biais et discriminations dans les systèmes d'intelligence artificielle », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 75.
[1049] Données d'entraînement, de validation, de test
[1050] Ce sont l'une des principales sources de biais algorithmiques, la CNIL les définit comme « *un jeu de données (texte, sons, images, listes, etc.) utilisé lors de la phase d'entrainement / d'apprentissage : le système s'entraîne sur ces données pour effectuer la tâche attendue de lui* », V. sur le site de la CNIL : https://www.cnil.fr/fr/definition/ensemble-dentrainementdapprentissage (consulté le 10 oct. 2024).
[1051] Règlement européen (UE) 2024/1689 du Parlement européen et du Conseil du 13 juin 2024 établissant des règles harmonisées concernant l'intelligence artificielle (règlement sur l'intelligence artificielle), article 6 que le système d'IA « *est considéré comme à haut risque lorsque les deux conditions suivantes sont remplies : (a) le système d'IA est destiné à être utilisé comme composant de sécurité d'un produit couvert par les actes législatifs d'harmonisation de l'Union énumérés à l'annexe II, ou constitue lui-même un tel produit ; (b) le produit dont le composant de sécurité est le système d'IA, ou le système d'IA lui-même en tant que produit, est soumis à une évaluation de la conformité par un tiers en vue de la mise sur le marché ou de la mise en service de ce produit conformément aux actes législatifs d'harmonisation de l'Union énumérés à l'annexe II.2* . »
[1052] Règlement européen (UE) 2024/1689 du Parlement européen et du Conseil du 13 juin 2024 établissant des règles harmonisées concernant l'intelligence artificielle (règlement sur l'intelligence artificielle), préc., art. 10, § 3.
[1053] Règlement européen (UE) 2024/1689 préc., art. 10, § 2.
[1054] L. RISSER, R. PONS, « Biais et discriminations dans les systèmes d'intelligence artificielle », *Dalloz IP/IT*, 2022, p.75.
[1055] Au sens de l'article 9, § 1, du règlement (UE) 2016/679, à l'article 10 de la directive (UE) 2016/680 et à l'article 10, § 1, du règlement (UE) 2018/1725.
[1056] Comm. europ., 21 avr. 2021, COM (2021) 206 final, préc., art. 10, § 5.
[1057] Règlement (UE) 2016/679), art. 32.
[1058] RGPD, art. 5, art. 24, art. 25.

cette raison, la pertinence des indicateurs techniques est centrale dans la mesure d'un biais présent au sein d'une IA avant d'affirmer si ce dernier est discriminatoire, et donc dans la démarche de certification d'un système d'IA « *à haut risque* »[1059]. Les auteurs invitent en ce sens à une collaboration entre juristes, mathématiciens et informaticiens afin de garantir que la conception juridique de la discrimination concernée corresponde bien à la métrique utilisée. Si cela n'était pas fait, la conséquence pourrait être que certains systèmes d'IA à haut risque soient certifiés « non-biaisés » au niveau européen alors même que les décisions produites par ce système seraient discriminatoires[1060]. Ce risque de discrimination peut tout aussi bien apparaître à cause de l'effet « *boîte noire* »[1061] souligné par le Parlement européen[1062]. Or, il est difficile d'imaginer un professionnel endosser la responsabilité de la décision médicale s'il ne comprend pas le cheminement des différents algorithmes qu'il utilise. Si la question de la responsabilité civile trouve une réponse aujourd'hui suffisante, peut-on en dire de même des obligations déontologiques des professionnels de santé ?

197. L'obligation d'explicabilité. Une des réponses apportées, qui sera une autre conséquence pour les concepteurs de traitements algorithmiques, a été la création d'une nouvelle obligation d'explicabilité. Pour rappel, l'article L. 4001-3 du CSP affirme depuis 2021[1063] au point III que « *les concepteurs d'un traitement algorithmique mentionné au I s'assurent de l'explicabilité de son fonctionnement pour les utilisateurs* ». Le texte désigne les concepteurs du traitement mais n'est pas clair sur le bénéficiaire de cette explication, qui peut tout aussi bien être un professionnel utilisateur ou le patient lui-même. Selon Florence EON-JAGUIN, « *on peut supposer que le concepteur devra apporter des explications compréhensibles pour ces deux catégories d'acteurs directement concernés* ». L'autrice nous explique également que l'exécution de cette obligation ne sera pas aisée en pratique, « *dans la mesure où elle dépendra de la complexité plus ou moins grande du dispositif, mais également de la conciliation avec la prise en compte d'autres enjeux relatifs au respect de la propriété*

[1059] L'article « Système de gestion des risques » de la proposition de règlement mentionne ainsi que « les tests sont effectués sur la base de métriques et de seuils probabilistes préalablement définis, qui sont adaptés à la destination du système d'IA à haut risque » ; Comm. europ., 21 avr. 2021, COM (2021) 206 final, préc., art. 9, § 7.
[1060] L. RISSER, R. PONS, « Biais et discriminations dans les systèmes d'intelligence artificielle », *Dalloz IP/IT* 2022, p.75.
[1061] Rapport VILLANI, « *Donner un sens à l'intelligence artificielle. Pour une stratégie nationale et européenne*, Doc. fr., 28 mars 2018 : il est possible d'observer les données d'entrée (*input*), les données de sortie (*output*) mais on comprend mal le fonctionnement interne et donc le traitement exécuté sur les données.
[1062] Parlement européen, Résolution 2020/2012(INL) du 20 octobre 2020 contenant des recommandations à la Commission concernant un cadre pour les aspects éthiques de l'intelligence artificielle, de la robotique et des technologies connexes, paragraphe 23.
[1063] Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique.

intellectuelle et du secret des affaires »[1064]. En tout état de cause, un arrêté du ministre chargé de la Santé reste à intervenir pour établir, « *après avis de la Haute Autorité de santé et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, la nature des dispositifs médicaux mentionnés au I et leurs modalités d'utilisation* »[1065].

2) L'encadrement juridique entre *hard law* et *soft law*

198. L'encadrement juridique précis des avancées technologiques est utopique. Les pouvoirs publics le savent et s'appuient donc sur des outils diversifiés allant de l'éthique, à la responsabilisation (b), en passant par la *soft law* (a).

a) L'importance de l'éthique et de la soft law

199. Éthique. « *Le droit des robots repose en effet, dès son origine (lorsqu'il a été inventé par Isaac Asimov avec ses lois de la robotique), sur des règles éthiques imposées aux concepteurs ou programmateurs des robots (Roboethics)[1066]* »[1067]. L'éthique appliquée aux technologies peut se résumer à une maximisation des bénéfices et une minimisation des effets négatifs[1068] ou des « *effets indésirables* »[1069], ou dit plus simplement, « *Que peut-on espérer ? Que peut-on craindre ?* »[1070]. Afin de mettre en place une véritable stratégie de régulation par l'éthique dans les établissements de soins concernant les systèmes d'IA (SIA) hospitaliers [1071], celle-ci devra

[1064] F. EON-JAGUIN, « Le médecin, véritable décideur et non simple auxiliaire de l'algorithme », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 29.
[1065] CSP, art. L.4001-3, IV° ; Au 26 septembre 2024, soit trois ans après la loi n° 2021-1017 du 02 août 2021, cet arrêté n'est pas encore publié.
[1066] Sur la roboéthique cf. N. NEVEJANS, *Traité…, op. cit.*, n°850 et s., p. 708 et s. ; G. VERUGGIO, F. OPERTO, « Roboethics : Social and Ethical Implications of Robotics », *in* B. SICILLIANO, O. KHATIB (dir.), *Springer Handbook of Robotic*, éd. Springer, 2008, p. 1504 ; "Do no harm, don't discriminate: official guidance issued on robot ethics"; *The Guardian*, 18 sep. 2016. URL : https://www.theguardian.com/technology/2016/sep/18/official-guidance-robot-ethics-british-standards-institute ; *V.* aussi la Déclaration de Montréal pour un développement responsable de l'intelligence artificielle, 2018. URL : https://www.declarationmontreal-iaresponsable.com/la-declaration ; The Toronto Declaration: Protecting the rights to equality and non-discrimination *in* machine learning systems, 16 May 2018. URL : https://www.accessnow.org/the-toronto-declaration-protecting-the-rights-to-equality-and-non-discrimination-*in*-machine-learning-systems ; Académie nationale de médecine, *Systèmes d'IA générative (SIAGEN) en santé : enjeux et perspectives*, Rapport, 5 mars 2024.
[1067] S. SLAMA, « Les robots-androïdes, de quels droits fondamentaux ? », Dossier : "Le droit des libertés en question(s) - Colloque n°2 de la RDLF", *RDLF* 2019 chron. n°50.
[1068] X. GUCHET, *Philosophie des nanotechnologies*, Paris, Hermann, 2014.
[1069] C. VILLANI, *Donner du sens à l'intelligence artificielle : pour une stratégie nationale et européenne*, 2018, p. 139.
[1070] É. FOURNERET, Les enjeux éthiques de l'intelligence artificielle en santé, *in* N. De GROVE-VALDEYRON, I. POIROT-MAZERES (dir.) *Télémédecine et intelligence artificielle en santé : quels enjeux pour l'Union européenne et les Etats membres ?*, Presses de l'Université de Toulouse 1 capitole, Lextenso, 2020, p. 154.
[1071] P. HAVAS, *Le déploiement d'une intelligence artificielle de confiance dans les établissements de santé, Bordeaux*, LEH Édition, 2023, coll. « Mémoires numériques de la BNDS », p. 56.

être implémentée et respectée par les fabricants[1072] d'une part, et par ces établissements de santé[1073] d'autre part. Au niveau international, l'OMS considère l'IA comme un espoir : « *à condition de placer l'éthique et les droits humains au cœur de sa conception, de son déploiement et de son utilisation* »[1074]. L'OMS met en avant six principes directeurs[1075] d'une IA de confiance[1076] qui correspondent aux exigences que devront respecter les développeurs lors de la phase de conception des algorithmes d'un SIA à haut risque. L'UNESCO, qui publie une « *Recommandation sur l'éthique de l'intelligence artificielle* »[1077] invite de son côté à assurer, si nécessaire, l'examen des systèmes d'IA par un comité de recherche éthique avant l'utilisation clinique[1078]. En France, ce sont les institutions indépendantes qui se sont penchées sur la question du déploiement d'une IA digne de confiance dans la santé, et principalement le Comité consultatif national d'éthique ainsi que la Commission nationale informatique et libertés[1079]. La position du CCNE est assez claire, dans la mesure où il se positionne favorablement à une utilisation rapide de l'IA dans les établissements de santé, les incitant à prendre le « *virage intelligent* »[1080]. Pour ce faire, deux principes directeurs ont été créés par le CCNE en supplément des quatre piliers de la bioéthique, les principes de nécessité et de proportionnalité. Ils poussent ainsi les établissements à adopter l'IA, tout en exigeant des garanties[1081] quant à la prise en charge qui se doit d'être en accord avec l'état de l'art, et donc à l'aide d'une IA de confiance, fiable, sécurisée, et éthique[1082]. S'agissant de la CNIL, elle

[1072] Qui devront intégrer l'éthique by design de leurs produits, les systèmes d'intelligence artificielle à hauts risques.
[1073] Qui devront quant à eux s'engager à garantir à leurs patients une intelligence artificielle « de confiance ».
[1074] Avant-propos de Dr S. SWAMINATHAN, Rapport, *L'éthique et la gouvernance de l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé*, Organisation mondiale de la santé, juin 2021, p. 5.
[1075] La protection de l'autonomie du patient ; le bien-être et la sécurité patient ; la transparence, l'explicabilité et l'intelligibilité pour le patient ; la responsabilité et l'obligation de rendre des comptes ; l'inclusion et l'équité ; et enfin la réactivité et la durabilité de l'IA
[1076] Ces exigences découlent des quatre critères de la bioéthique formulés dans le rapport Belmont publié en 1979 aux États-Unis, à savoir : non malfaisance, autonomie, bienfaisance, justice.
[1077] Recommandation sur l'éthique de l'intelligence artificielle, Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (Unesco), adoptée le 23 novembre 2021.
[1078] *Ibid*., p. 38.
[1079] *V.* ég. Commission de l'intelligence artificielle, *IA : notre ambition pour la France*, Rapport, 13 mars 2024, p. 28 dont le premier axe est de « *dédiaboliser l'IA, sans pour autant l'idéaliser* » ; Académie nationale de médecine, « Systèmes d'IA générative (SIAGEN) en santé : enjeux et perspectives », Rapport, 5 mars 2024, p. 16 : « *à aucun moment, dans l'état actuel des techniques mises en œuvre, ni la recherche de vérité, ni la mise en contexte de la signification des textes générés ne sont mises en œuvre* » ; pour aller plus loin *V.* C. BOURDAIRE-MIGNOT et coll. « Ethique et droit du vivant – Actualités – A ne pas manquer ». *RGDM*, Juin 2024, n°91, pp. 142-162.
[1080] P. HAVAS, *Le déploiement d'une intelligence artificielle de confiance dans les établissements de santé*, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. « Mémoires numériques de la BNDS », p. 59.
[1081] Il souhaite en effet que les conditions de la confiance soient créées par les développeurs à travers trois critères : fournir un certain niveau d'explicabilité du SIADM qu'ils mettent sur le marché ; limiter les biais potentiels liés à la programmation des algorithmes et aux différentes bases de données utilisées ; indiquer clairement les performances et limites de leur SIADM en termes compréhensibles pour leurs utilisateurs.
[1082] CCNE, *Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019*, Avis n° 129, septembre 2018, page 105.

s'inscrit depuis 2017 dans son rapport « *Comment permettre à l'Homme de garder la main* »[1083] elle dresse un état des lieux des enjeux éthiques, dans une démarche[1084] d'éthique *by design*[1085].

200. L'usage complémentaire de la *soft law*. L'éthique renvoie nécessairement à la distinction entre *hard law* et *soft law*[1086], le second se définissant comme suit : « *sans être complètement dénué de contrainte juridique, le droit souple incite davantage qu'il n'oblige à accomplir ou à interdire une action* »[1087]. Ce « droit mou » prend de plus en plus de place[1088] au niveau européen comme au niveau national, au risque de créer un « *brouillage des compétences* »[1089]. La stratégie en matière d'IA n'est donc pas l'imposition de critères en amont mais plutôt l'évaluation sur le long terme[1090], et « *les interrogations posées par le degré d'encadrement de l'Intelligence artificielle ou la construction d'une Europe de la santé passe très certainement par l'usage complémentaire d'instruments de soft law* »[1091]. Ainsi, la

---

1083 CNIL, *Comment permettre à l'homme de garder la main : Les enjeux éthiques des algorithmes et de l'intelligence artificielle*, Rapport, décembre 2017.

1084 La CNIL propose deux nouveaux principes, celui de loyauté (de l'IA envers son utilisateur, ce qui ne peut que nous rappeler l'une des lois d'Asimov) et celui de vigilance qui, « par la démarche universelle dont ils procèdent, pourraient bien s'inscrire dans une nouvelle génération de principes et de droits de l'homme à l'ère numérique : cette génération qui après celles des droits-libertés, des droits patrimoniaux et des droits sociaux, serait celle des droits-système organisant la dimension sous- jacente à notre univers numérique ».

1085 F. FISCHER, « L'éthique *by design* du numérique : généalogie d'un concept », *Sciences du Design*, vol. 10, no. 2, 2019, pp. 61-67 : « *Cette traduction se réfère à tout ce qui est* a priori. *L'objectif serait alors de maîtriser de bout en bout la façon dont les outils « doivent » se comporter,* a priori*, d'un point de vue moral. […] les théories éthiques […] seront « technicisées », c'est-à-dire inscrites dans les fonctionnalités mêmes de l'objet. On cherchera par exemple à figer une intention éthique a priori dans l'objet afin qu'il obéisse à certaines règles déontologiques (comme « ne pas nuire à autrui »). Cette éthique « par conception », s'illustre par exemple dans l'approche Value Sensitive Design (VSD), développée par Batya Friedman (1996), qui a par exemple permis de théoriser le concept de Privacy by design (PbD*) ».

1086 Pour aller plus loin sur la notion de « droit mou », *V.* Conseil d'État, *Le droit souple*, Étude annuelle, Paris, La Documentation française, 2013 ; H. LABAYLE, « Droit souple et droits européens, de la nécessité à l'instrumentalisation ? », *Justice et Cassation*, 2023, p. 155 ; C.-É. DANIEL, « Quelle(s) forme(s) de gouvernance juridique pour l'encadrement de l'IA et de la robotique interactive ? », *in* J.-P. BELAND, C.-É. DANIEL (dir.), *La personne transformée. Nouveaux enjeux éthiques et juridiques,* Presses de l'Université Laval, 2019, p. 113 ; M. FOUQUET, « Chapitre 4. De la *soft law* à la *hard law* : la transformation du rôle de la RSE », *in* O. MEIER éd., *Innovation publique. Regards croisés sur les transformations juridiques, sociales et sociétales.* EMS Editions, 2021, pp. 69-95 ; X. DELPECH, *Soft law vs hard law*, AJ contrat, 2020, p. 253.

1087 C. THIBIERGE, « Rapport de synthèse », *in* Association Henri Capitant (dir.), *Le droit souple : Journées nationales* Tome XIII, Boulogne-sur-Mer, Paris, Dalloz, 2009 p.141-161.

1088 En témoigne dans le domaine de l'IA le livre blanc publié par la Commission européenne ; Commission, Livre blanc sur l'intelligence artificielle, une approche axée sur la confiance et l'excellence, COM(2020)65

1089 Ce qui avait mené le Parlement européen à le qualifier d'« absurdité conceptuelle » ou encore de notion « ambiguë et pernicieuse » ; Parl. UE, 4 sept. 2007, Implications juridiques et institutionnelles du recours aux instruments juridiques non contraignants (soft law), P6_TA(2007)0366 ; Pour aller plus loin, *V.* H. LABAYLE, « Droit souple et droits européens, de la nécessité à l'instrumentalisation ? », *Justice et Cassation*, 2023, p. 155.

1090 Grilles d'évaluation pour guider développeur et vérifier qu'on est sur une IA digne de confiance, logique de gouvernance d'un organisme de surveillance et de contrôle au niveau national (en plus de gouvernance interne aux développeurs), certificat européen ou normalisation européenne. Tous ces mécanismes ont pour objet d'apporter de la confiance.

1091 H. LABAYLE, « Droit souple et droits européens, de la nécessité à l'instrumentalisation ? », *Justice et Cassation*, 2023, p. 155.

régulation des SIA hospitaliers se fera avec le concours des établissements de santé qui l'emploient. Le rapport VILLANI encourage par exemple la mise en œuvre d'audits, de procédures de régulation de l'usage de l'IA, et présente la réflexion éthique sous l'angle de la délivrance d'agrément. Cette recommandation se place dans une logique d'action *a posteriori*. De telles obligations seront le cas échéant formulées par les instances de régulation[1092]. Pour certains, il est loin d'être certain que la régulation des pratiques sous la forme d'un management des risques[1093] suffise à appréhender enjeux de l'éthique de l'IA. Néanmoins, le précédent existant sur la régulation des données à caractère personnel nous pousse à considérer la recommandation du rapport VILLANI, sinon parfaite, du moins nécessaire. Il sera alors impératif de mettre en place des organismes d'application et de contrôle de ces exigences, qu'ils soient externes ou internes.

201. Si l'on a vu proliférer les chartes éthiques d'entreprise en même temps que l'accroissement de la place occupée par l'IA, sans doute pour anticiper certaines obligations à venir au niveau européen, cela n'est pas suffisant dans la mesure où ces textes sont d'origines privées et placent les concernés en situation de juge et partie. C'est pourquoi les instances européennes ont rédigé un règlement chargé de clarifier et d'unifier les législations européennes.

b) La logique de responsabilisation européenne

202. Les principes directeurs de l'intelligence artificielle en santé. Dans la même lignée que pour la protection des données ou les dispositifs médicaux, le législateur européen s'inscrit dans une démarche de responsabilisation des acteurs[1094]. Au niveau européen, les réflexions substantielles autour des SIA se sont centralisées récemment dans un texte constituant le premier cadre juridique de l'IA au monde[1095]. Le RIA énonce plusieurs critères à respecter par les fabricants des systèmes d'IA, afin de « *favoriser le développement d'une intelligence*

[1092] Rapport de la Mission VILLANI, *Donner un sens à l'intelligence artificielle : pour une stratégie nationale et européenne*, remis au Premier ministre le 8 mars 2018, page 143.
[1093] É. FOURNERET, « Les enjeux éthiques de l'intelligence artificielle en santé », *in* N. DE GROVE-VALDEYRON, I. POIROT-MAZERES (dir.) *Télémédecine et intelligence artificielle en santé : quels enjeux pour l'Union européenne et les Etats membres ?*, Presses de l'Université de Toulouse 1 capitole, Lextenso, 2020, p. 154.
[1094] P. HAVAS, *Le déploiement d'une intelligence artificielle de confiance dans les établissements de santé*, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. « Mémoires numériques de la BNDS », p. 59.
[1095] Étude à la demande du Premier ministre « Intelligence artificielle et action publique : construire la confiance, servir la performance » du 31 mars 2022, Annexe 6, p. 241.

artificielle de confiance »[1096]. D'abord, certaines IA ou certaines pratiques d'IA seraient interdites car susceptibles d'affecter gravement les droits fondamentaux applicables à la santé et au secteur hospitalier[1097]. Ensuite, certains systèmes d'IA dont ceux concernant la santé peuvent être jugés « à haut risque ». La conséquence directe de cette qualification est la soumission à certaines obligations spécifiques visant à garantir leur mise sur le marché ainsi que leur maintien en toute sécurité[1098]. D'une part les fabricants auraient des contraintes d'évaluation et de mise en conformité[1099] avant sa mise sur le marché et tout au long de son cycle de vie[1100]. D'autre part, les fabricants devront passer par l'étape obligatoire de la certification européenne « CE »[1101]. Que ce soit lors de la phase de conception ou de la phase d'utilisation, un cadre juridique restrictif est nécessaire. Pour qu'un véritable contrôle réglementaire puisse voir le jour de façon efficace, l'Institut Montaigne a émis l'idée d'un écosystème d'audits français[1102], standardisés et systématiques. Il propose en ce sens d'expérimenter des audits blancs[1103] et le « bac à sable »[1104] prévu par le RIA. Le rôle de la future autorité régulatrice de l'IA dépassera ainsi la *soft law*[1105] en autorisant certains outils de *hard law*, comme l'instauration effective dudit contrôle ainsi que l'instauration de sanctions dissuasives pour inciter au respect des règles. La création d'un « service de l'IA » par la CNIL dont la mission est l'organisation « *de la transparence et la compréhension d'une technologie*

[1096] Terme employé par le Rapport d'information du Sénat relatif à la proposition de législation européenne sur l'intelligence artificielle, enregistré à la Présidence du Sénat le 30 mars 2023, accessible sur : https://www.senat.fr/rap/r22-483/r22-4830.html#toc0.

[1097] Le Titre II prévoit dans son article 5 quatre pratiques de SIA interdites : celles qui influencent de manière subliminale les comportements ; celles qui exploitent les vulnérabilités dues à l'âge ou au handicap physique ou mental de l'utilisateur d'une manière susceptible de lui porter préjudice ; celles de notation sociale ; celles d'identification biométrique à distance en temps réel dans des espaces publics, à des fins répressives.

[1098] Comme le maintien de la garantie humaine, RIA, art. 14§5 ; *V.* ég. Étude à la demande du Premier ministre « Intelligence artificielle et action publique : construire la confiance, servir la performance » du 31 mars 2022, p. 98 ; D. GRUSON, C. KIRCHNER, « « La "garantie humaine", levier majeur de régulation des enjeux éthiques associés au numérique et à l'intelligence artificielle en santé », *adsp*, n° 108, septembre 2019, p. 42.

[1099] Sur les liens entre éthique et conformité, *V.* J.-C. MAGENDIE, « Un devoir de compliance », *Rev. Sociétés*, 2023, p. 559.

[1100] Ce qui nécessite la mise en place de plusieurs procédures contraignantes que l'AI Act décrit au fil de ces articles, comme l'existence d'un système de gestion des risques (article 9) ; d'une gouvernance des données (article 10) ; tenir à jour d'une documentation technique pour chaque système (article 11) ; la fourniture aux utilisateurs du SIA de toutes les informations nécessaires sur ses caractéristiques (article 13) ; ou encore la garantie du contrôle humain effectif du SIA pendant sa période d'utilisation (article 14).

[1101] RIA, art. 48.

[1102] Institut Montaigne, « Investir l'IA sûre et digne de confiance : un impératif européen, une opportunité française », Note d'action, avril 2023, p. 9.

[1103] Audits sans conséquences juridiques, seulement une volonté de mise en conformité avant l'entrée en vigueur du RIA.

[1104] Prévu par le RIA, les *sandbox* permettent « un environnement contrôlé qui facilite le développement, la mise à l'essai et la validation de systèmes d'IA innovants pendant une durée limitée avant leur mise sur le marché », destinés à être contrôlés par l'autorité compétente qui en l'espèce n'existe pas encore.

[1105] Notamment avec la mise en place d'un environnement de contrôle réglementaire peut être effectuée en amont par la mise à disposition de documentations, d'outils et de recommandation de bonnes pratiques

bien souvent perçue comme une " boîte noire " afin d'en assurer une régulation équilibrée et permettre aux organismes, aux personnes concernées et à la CNIL de maîtriser les risques pour la vie privée »[1106] ne fait guère de doute sur son futur rôle d'autorité nationale de régulation. Le rapport VILLANI souligne que « *des protocoles doivent être développés et intégrer de nouvelles métriques pour être appliqués aux données, aux performances, à l'interopérabilité, à l'utilisabilité, à la sécurité et à la confidentialité* »[1107] ; mais en 2018 les travaux de certification et de normalisation sur l'IA et la robotisation en santé restaient *« à un stade très parcellaire* »[1108].

203. Les conséquences pratiques pour les fabricants. Les institutions s'étant très largement saisies des problématiques liées à l'IA, y compris en établissement de santé, la question est alors comment peut-on traduire ces principes directeurs en obligations concrètes pour les concepteurs et fabricants des SIA ? Si l'on considère que la *soft law* est efficace en pratique, on pourrait envisager la création d'un label d'IA responsable auquel seraient tenus les fournisseurs et permettant de garantir l'éthique dès le développement du SIA ; à l'instar des dispositifs médicaux dont la mise sur le marché est conditionnée au respect des exigences applicables en matière de sécurité et de performance prévues par le RDM et contrôlées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Cependant, les SIA de santé à « haut risque » sont également soumis à une seconde procédure de conformité, le marquage CE. Prévue par le RIA, elle s'apparente à une autorisation de mise sur le marché (AMM) et permet un « *marquage par lequel le fournisseur indique qu'un système d'IA est conforme aux exigences du titre III Chapitre II du présent règlement, soit établir, mettre en œuvre, documenter et tenir à jour un système de gestion des risques* »[1109]. Il est cependant contestable de ne s'appuyer que sur cette seule procédure de conformité, tant celle-ci est imparfaite[1110], ce qui entraîne de fait la

[1106] Site de la CNIL, Page « Création d'un service de l'intelligence artificielle à la CNIL et lancement des travaux sur les bases de données d'apprentissage », 23 janvier 2023, accessible sur : https://www.cnil.fr/fr/creation-dun-service-de-lintelligence-artificielle-la-cnil-et-lancement-des-travaux-sur-les-bases-de (consulté le 26 septembre 2024)

[1107] Rapport de la Mission VILLANI, *Donner un sens à l'intelligence artificielle : pour une stratégie nationale et européenne*, remis au Premier ministre le 8 mars 2018, p. 66.

[1108] CCNE, CERNA, *Numérique & santé, quels enjeux éthiques pour quelles régulations ?*, Rapport, 19 novembre 2018.

[1109] RIA, art. 9.

[1110] Il n'est par exemple exercé aucun contrôle sur les biais engendrés par les bases de données a posteriori du marquage ce qui est problématique lorsque certains SIA sont dits « auto-apprenants », les résultats seront donc « contaminés » ce qui mène à près de la moitié des entreprises développant de l'IA ne respectant pas les critères d'une « IA responsable ». ; « (48 %) des entreprises qui ont réussi à déployer l'IA dans l'ensemble de l'organisation l'ont fait avec une IA responsable » : Étude BCG « Are You Overestimating Your Responsible AI Maturity ? », GCG Gamma, 30 mars 2021, accessible sur : https://web-assets.bcg.com/8e/b8/5c7216414ba1a7022cdaba4f6f2c/gamma-responsible-ai-

possibilité d'être en présence d'un SIA lacunaire mais marqué CE. Dès lors, pour reprendre les mots de Pauline HAVAS, « *une des missions du futur régulateur français de l'IA et de la HAS sera de créer un label public permettant d'attester que les dispositifs médicaux intelligents soient responsables et de confiance* »[1111].

204. Une vigilance naturelle face à l'intelligence artificielle. « *Pour l'heure, il est difficile de préciser l'étendue exacte des conséquences que tous les dispositifs issus de l'Internet des Objets, de la robotique interactive et des systèmes d'IA entraîneront, tant sur le plan individuel que collectif.* ». Actuellement, il semble que les risques médicaux, juridiques et éthiques liés à l'utilisation de l'IA l'emportent sur les avantages potentiels qu'elle pourrait apporter. Mais le rythme de progression en science de l'IA est tel que la balance bénéfices-risques s'inversera bientôt. Comme toute technologie jusqu'ici, ce qui doit inquiéter le juriste est la capacité des règles juridiques « *à prodiguer un encadrement normatif adéquat pour prendre en compte les impacts soulevés* »[1112]. Il n'est pas catastrophiste de s'interroger sur les conséquences d'une telle domination technologique dans nos systèmes de soins. La e-santé et plus spécifiquement la télémédecine sont le cadre, certes, mais également le théâtre de l'actuel et du futur changement total de paradigme de notre système de santé. Il ne fait aucun doute que l'IA en santé apporte de multiples bienfaits d'un point de vue médical doublé d'une performance organisationnelle. Il serait totalement contreproductif voire dangereux de ne pas faire appel à un tel outil[1113], à tel point que le « *principal risque éthique c'est de s'y opposer* »[1114]. Mais à quel point la technologie va-t-elle devenir un outil, un prolongement du professionnel humain, le fameux « *médecin augmenté* » ? On ne peut en outre nier les enjeux entourant la relation de soins entre le professionnel de santé et le patient détenu, ou encore les risques que tout emploi d'un dispositif numérique connecté fait peser sur les droits du patient et sur ses données. A partir de quel point parlera-t-on de performance pour la prise en charge des personnes privées de liberté et non de risque majeur pour le respect de leurs droits fondamentaux ? « *Il est*

survey-2021.pdf (consulté le 10 oct. 2024) ; CCNE, , « Diagnostic Médical et Intelligence Artificielle : Enjeux Éthiques », Avis n° 141, novembre 2022, p. 36 et s.

[1111] P. HAVAS, *Le déploiement d'une intelligence artificielle de confiance dans les établissements de santé*, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. « Mémoires numériques de la BNDS », p. 563.

[1112] C.-É. DANIEL, Chapitre 7 : « Quelle(s) forme(s) de gouvernance juridique pour l'encadrement de l'IA et de la robotique interactive ? », *in* J.-P. BELAND et C.-E. DANIEL (dir.) *La personne transformée. Nouveaux enjeux éthiques et juridiques*, Presses de l'Université Laval, 2019, p. 116.

[1113] Baisse de la qualité des soins, baisse de la sécurité des soins, non amélioration sécurité, exposition à des risques injustifiés, privation d'une baisse des erreurs médicale etc.

[1114] CCNE, *Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019*, Avis n° 129, septembre 2018 ; CCNE, *Données massives et santé : Une nouvelle approche des enjeux éthiques*, Avis n° 130, mai 2019.

nécessaire de fuir les catastrophistes, tout autant que les techno-prophètes » car « *ni la peur ni l'adoration ne peuvent raisonnablement constituer un fondement pour penser l'intégration de l'intelligence artificielle dans les société humaines* »[1115].

Section II : Des outils technologiques en voie de renforcement

205. La télémédecine est souvent réduite à l'acte médical instantané, dont le but est le diagnostic. Cependant, que l'acte en lui-même ait pour but la prévention, un diagnostic ou le suivi d'un traitement, la télémédecine trouve un intérêt en matière de suivi global ou ponctuel du patient en détention mais également à la sortie. La question de la perte d'autonomie et des maladies chroniques est un sujet de santé publique. L'avenir du système de santé est constellé de multiples innovations technologiques qui viendront appuyer voire remplacer certains pans de l'organisation sanitaire, dans un objectif de prise en charge étendue, accélérée et de meilleure qualité. Il est impératif d'adapter ces nouveaux objets aux problématiques de santé publique en détention, tout en maintenant un niveau de sécurité optimal, aux patients, au personnel de l'administration pénitentiaire et au personnel soignant sur place. En revanche, les avancées récentes et déjà établies techniquement doivent être appréhendées rapidement pour améliorer dès aujourd'hui ce qui devrait déjà être en place dans le milieu pénitentiaire. C'est ainsi que le grand défi que représentent l'IA et l'Internet des Objets est partiellement dû à l'intégration avec le Dossier médical partagé (**§ I**), et que les caractéristiques de notre société nous imposent d'enfin prendre en considération la télésurveillance comme un acte médical central du futur sanitaire de la France (**§ II**).

[1115] É FOURNERET, « Les enjeux éthiques de l'intelligence artificielle en santé », *in* N. De GROVE-VALDEYRON, I. POIROT-MAZERES (dir.) *Télémédecine et intelligence artificielle en santé : quels enjeux pour l'Union européenne et les Etats membres ?*, Presses de l'Université de Toulouse 1 capitole, Lextenso, 2020, p. 162.

§ I – Le dossier médical partagé en milieu carcéral

206. Surnommé « *carnet de santé numérique* »[1116], ce « coffre-fort numérique » ou encore « coffre-fort médical » est, comme son nom l'indique, un dossier censé servir de centrale pour les informations médicales. Présenté comme un outil de coordination pour tous les professionnels de santé gravitant autour d'un patient, devant favorisé la prise en charge individuelle mais aussi la santé publique (**A**), les limites techniques empêchent que son utilisation soit réellement efficace (**B**).

A. Un moyen d'améliorer la santé individuelle et publique

207. Le contenu du dossier médical partagé (DMP). La cible affichée lors de la création d'un tel dossier était de favoriser la continuité et la coordination des soins en ville et à l'hôpital, en permettant la conservation et l'accès aux informations de santé par les professionnels de santé désignés par le patient et qui participent à sa prise en charge[1117]. Ce faisant, cela devait permettre d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins, de lutter contre les interactions médicamenteuses dangereuses et d'éviter des répétitions inutiles et coûteuses d'examens médicaux ou de prescriptions. De façon plus pratique, c'est un outil conçu pour mettre à la disposition de chaque bénéficiaire de l'Assurance Maladie, à partir de 16 ans, un carnet de santé électronique sécurisé, accessible par internet, qui conserve toutes les informations médicales le concernant. Le DMP abrite pour cela une multitude d'informations allant des données d'identification du patient et son imagerie médicale[1118], jusqu'à l'historique des soins de l'Assurance Maladie alimenté par la CNAM[1119]. A l'origine purement médical, son contenu s'étoffe régulièrement depuis la création de l'espace numérique de santé (ENS)[1120]. Cette liste

---

[1116] G. NICOLAS, « Les répercussions de la santé connectée sur le droit des patients », *in* S. GAMBARDELLA, G. NICOLAS, E. BROSSET, *La santé connectée et « son » droit : approches de droit européen et de droit français*, Presses universitaires d'Aix-Marseille PUAM, 2017.

[1117] Cf. *infra* n° 365 et s.

[1118] Délégation au numérique en santé, Ségur numérique : lancement de la vague 2 pour les établissements de santé, communiqué de presse, Paris, 22 mai 2024.

[1119] Les antécédents médicaux (allergies par exemple) ; les résultats d'examens médicaux (comptes rendus d'analyses biologiques, examens d'imageries médicales) ; les comptes rendus d'hospitalisation ; les directives anticipées de fin de vie ; les coordonnées des proches à prévenir en cas d'urgence, de la personne de confiance, du médecin traitant et des professionnels de santé autorisés à accéder au dossier ; CNIL, *L'espace numérique de santé (ENS ou Mon espace santé) et le dossier médical partagé : questions-réponses*, 12 avril 2022, disponible sur : https://www.cnil.fr/fr/lespace-numerique-de-sante-ens-ou-mon-espace-sante-et-le-dossier-medical-partage-dmp-questions (consulté le 10 oct. 2024).

[1120] Le DMP contient les données relatives : Au bénéficiaire de l'Assurance Maladie (identité, état de santé et suivi social et médico-social, directives anticipées, don d'organes etc.) ; Aux représentants légaux et aux personnes chargées de la mesure de protection juridique, à la personne de confiance, aux proches du titulaire à prévenir en cas d'urgence, et au médecin traitant ; Au recueil des consentements pour la création et les accès du dossier médical

ne cesse de s'étendre avec récemment la possibilité de verser le bilan de kinésithérapie au dossier médical partagé transmis au médecin[1121].

208. Le DMP en détention. Dans les travaux préparatoires ou dans les rapports relatifs au dossier, il n'est pas fait référence au cas des détenus. Seul le guide méthodologique de prise en charge des PPSMJ mentionne que « *le DMP sera donc diffusé progressivement au niveau national, y compris en milieu carcéral où des problématiques spécifiques comme l'accès de la personne détenue à son DMP doivent être préalablement résolues* »[1122]. Il serait pourtant d'utilité publique[1123] de conserver une trace des différents passages en établissements des détenus, notamment pour les multirécidivistes[1124] comme c'est souvent le cas en matière d'addiction[1125] ou d'infractions en lien avec des troubles psychiatriques[1126], le besoin étant principalement celui d'un suivi régulier. La prise en charge sous contrainte en psychiatrie, traitant de patients plus « classiques »[1127], verra sans doute l'implémentation du DMP au même

partagé ; Deux listes actualisées : l'une des professionnels de santé autorisés à accéder au DMP, et une autre, des professionnels interdits d'accès.

[1121] Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, JORF n°0116 du 20 mai 2023 ; Clothilde COMBES, Revue de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, Kinésithérapie, la Revue, Université Toulouse 1 Capitole, Volume 23, Issue 256, avril 2023, p. 51-53.

[1122] Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des PPSMJ, 2019, p. 75.

[1123] Pour la santé publique comme pour les chiffres de la récidive et la coopération entre les deux ministères ; « une part significative des files actives des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est constituée de personnes adressées par la justice : en 2015, 40,8% des consultations en lien avec le cannabis, 13,3% alcool et 7,9% autres drogues. La qualité de la coopération entre les professionnels du champ de la justice et de l'addictologie sont essentielles à l'efficacité des mesures prononcées », MILDECA, « Articulation santé-justice dans le cadre des soins obligés en addictologie » : un nouveau guide publié par la Fédération Addiction, disponible sur : https://www.drogues.gouv.fr/articulation-sante-justice-dans-le-cadre-des-soins-obliges-en-addictologie-un-nouveau-guide-publie (consulté le 03 octobre 2024).

[1124] Insee, Sécurité et société, Édition 2021, disponible en ligne sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/5763587?sommaire=5763633 (consulté le 03 octobre 2024).

[1125] « 36 % des sortants de prison souffrant d'addictions sont à nouveau condamnés », Service statistique ministériel de la justice (SDSE), Infostat Justice n° 183, Mesurer et comprendre les déterminants de la récidive des sortants de prison, p. 6 ; « Un tiers de la population détenue à un problème avec l'alcool. La même proportion, et jusqu'à 60% dans certains endroits, avaient une consommation régulière de stupéfiants avant l'incarcération », OIP, site internet de l'OIP, *V.* thématique « Addictions » disponible en ligne (consulté le 08 octobre 2024) ; « 43 % des usagers de drogues pris en charge par un Csapa pour un problème de drogues illicites autres que le cannabis ont déjà été incarcérés : trois sur cinq l'ont même été plusieurs fois. », Observatoire français des drogues et de la toxicomanie, Rapport d'activité, 2011.

[1126] Le risque serait accru de 12% en moyenne pour les individus concernés par une addiction affirme Augustin ROY, Conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation à la Direction interrégionale des services pénitentiaires de Lille, Webinaire juin 2022, Union régionale de la Fédération Addiction dans les hauts-de-France, disponible sur :
https://www.jss.fr/Recidive_et_addiction__la_justice_resolutive_de_problemes_entre_resultats_prometteurs_et_difficultes_pratiques-2982.awp?AWPID98B8ED7F=3301F0C89A5244B7224EFFA324132458470400F2 (consulté le 03 octobre 2024) ; T. FOVET, C. LANCELEVÉE, M. WATHELET, O. EL QAOUBII, P. THOMAS, *La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale*, février 2023.

[1127] Le statut de la privation de liberté étant dû à la sévérité des symptômes et non à une cause extérieure à la situation sanitaire de la personne comme la Rétention administrative ou la détention.

rythme que pour les patients libres ; encore faut-il que ce type de patient soit favorable à ce que de telles informations soient partagées. A noter que les bénéficiaires de l'AME et de l'AMU, étant bénéficiaires de l'Assurance Maladie, ont en théorie eu un DMP créé automatiquement dans un espace numérique de santé entre le 31 janvier et la fin mars 2022[1128]. On peut toutefois douter de la réelle application de leurs droits à la suite d'une simple notification[1129]. Pour le détenu « nouvel arrivant », cela simplifie l'examen d'entrée et la mise en place d'un traitement adaptée à sa situation dès son arrivée dans l'établissement. Pour le détenu sortant, cela permet une meilleure transition de son dossier avec l'extérieur. Si le contenu du dossier médical des détenus de longue date est pour grande partie celui de leur lieu de détention, la consultation exacte des examens réalisés lors d'une hospitalisation[1130], entre plusieurs incarcérations ou avant un transfert dans le nouvel établissement, est une source de simplification pour la prise en charge à l'USMP. Dans le cadre des missions de prévention et d'éducation à la santé de l'USMP[1131], en couplant l'ENS à des outils d'IA, il devrait à l'avenir rendre plus efficient encore l'envoi de messages de prévention personnalisés dans la mesure où les algorithmes utilisés seront en mesure de cibler les destinataires en fonction de leur exposition aux risques[1132]. A titre d'exemple, le développement de la médecine du travail en détention pourra faire l'objet d'une particulière prévention[1133]. Pour le moment, l'envoi de messages et de rendez-vous personnalisés en matière de prévention dans l'ENS se limite aux données librement renseignées par les utilisateurs[1134]. Enfin, l'utilisation de l'ENS permettrait d'atteindre un objectif essentiel qu'est la *« diminution des hospitalisations évitables et des venues inappropriées aux urgences »*[1135]. Les avantages sont indéniables pour les patients comme pour les professionnels, et donc pour la santé publique.

209. De même, la vigilance est de mise quant aux mentions qui seront faites sur le DMP. Par exemple, en fonction de ce qui est indiqué dans le dossier, si l'on peut connaître le service exact dans lequel le patient a été pris en charge, il sera possible de connaître la situation pénale d'un

[1128] Procédure loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ; CSP, art. L.1111-13-1
[1129] Cf. *infra* n° 302.
[1130] Dans l'établissement de rattachement mais aussi à l'UHSI ou à l'UHSA.
[1131] Cour des comptes, *La politique de prévention en santé*, Rapport, décembre 2021, p. 84 ; CSP, art. R. 6111-27 ; CSP, art. L. 6111-1.
[1132] L. MORLET-HAÏDARA, « Le futur espace numérique de santé : un formidable outil de prévention », *JDSAM*, 2021/1, n° 28, pp. 30-35.
[1133] Décret n° 2024-773 du 8 juillet 2024 relatif à la médecine du travail en détention.
[1134] Décret n° 2024-468 du 24 mai 2024 relatif à la mise en œuvre de l'espace numérique de santé.
[1135] P. SIMON, « La télémédecine soignera-t-elle l'hôpital public ? », *Télémedaction*, 16 jan. 2022, disponible sur https://telemedaction.org/422016875/451536877 (consulté le 10 oct. 2024).

patient *via* son DMP. De plus, rien n'est encore établi concernant la gestion judiciaire d'informations médicales[1136]. Or la production de ces données soulève plusieurs questionnements juridiques ; d'abord quant à l'accès à ces données par le patient[1137] qui peut y avoir intérêt lorsque des pathologies psychiatriques ont été diagnostiquées en tant que patient ou en tant que mis en cause[1138], puis sur la destination de ces données à des fins de conservation. Les informations médicales produites à l'occasion d'une procédure judiciaire peuvent-elles se retrouver dans le DMP, dans un dossier particulier voire dans le DMP « classique » ? *A priori*, le rôle de l'expert entre déjà dans les exceptions à la règle du secret professionnel[1139], les informations obtenues après de tels examens sont versées au dossier de procédure judiciaire et non dans le dossier médical de la victime ou du mis en cause. Ainsi, ces données ne devraient pas être conservées dans le DMP. Il faut se méfier d'une volonté de voir le DMP devenir le « casier sanitaire », fichier hybride utilisé de façon croisée par le monde sanitaire et judiciaire[1140]. Enfin le DMP pourrait également être un objet d'investigation pour les enquêteurs et faire l'objet de perquisitions spécifiques comme pour le dossier médical classique[1141]. Alors que la perquisition d'un cabinet médical nécessite un représentant de l'ordre des médecins, la perquisition de ce dossier dématérialisé[1142] pourrait engendrer rapidement une forme de diminution de la protection des droits de la personne concernée. Ce dossier particulier pose enfin des questions relatives à l'autonomie du patient sur l'information concernant sa santé, sur la délivrance de son consentement ou encore au regard de ses données à caractère personnel qui seront analysées plus tard dans ces travaux[1143].

210. Le lien avec la médecine de ville. Il est possible d'imaginer, enfin, une continuité dans le parcours de soins et dans le suivi médical une fois la personne sortie de détention, grâce au DMP. Ainsi, les examens réalisés et traitements dispensés durant sa privation de liberté pourront être repris par le médecin traitant ou tout médecin d'un autre établissement à sa sortie.

[1136] On pense ici à l'expertise, l'analyse médico-légale, certificat initial à la suite d'un viol etc.

[1137] CSP : L111-7 ou 8 : toute personne a accès à l'ensemble de ses informations ; pour aller plus loin sur l'accès par le patient à ses données.

[1138] Accès par le patient en tant que prévenu/accusé au cours d'une enquête ou d'une instruction, voire en tant que condamné : CPP, art.77-2, art. 80-2 etc, pour aller plus loin, *V.* G. STEFANI, *Procédure pénale*. 29e édition 2024. Paris La Défense, Dalloz, 2023 ; C. CHASSANG, *Procédure pénale*. Paris, Ellipses, 2023 ; S. GUINCHARD, *Procédure pénale*. 16e édition. Paris, LexisNexis, 2023.

[1139] C. Pén., art. 226-13 ; pour aller plus loin, B. PY, *Le secret professionnel*. Paris, l'Harmattan, 2005.

[1140] A l'image du projet SAFARI.

[1141] C. proc. pén., art. 81.

[1142] E. BUCKI, *La dématérialisation en établissement de santé : analyses juridiques*, thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022 ; C. ZORN, *Données de santé et secret partagé : pour un droit de la personne à la protection de ses données de santé partagées*, thèse dactyl., Université Nancy 2, 2009.

[1143] Cf. *infra* n° 410 et s.

En ce sens, le DMP peut être un formidable outil de santé publique et favoriser le maintien en bonne santé des personnes détenues à leur sortie, cause et conséquence d'une mauvaise intégration dans la société[1144]. Mais si l'on aime à penser que la téléconsultation pourrait être utilisée par toutes les personnes privées de liberté, de façon à respecter leur droit à choisir leur médecin par exemple, dès lors, le « nouveau format » du DMP intégré à l'ENS permettra-il de favoriser une telle utilisation ? On peut en douter dans la mesure où le principal frein n'est pas le consentement des patients mais bien l'appropriation par les professionnels d'un tel outil[1145]. L'inertie constatée peut avant tout être attribuée à l'absence d'adhésion des professionnels libéraux que ce soit pour la création[1146] du DMP ou son alimentation[1147]. La situation peut être résumée de la façon la plus simple qui soit : la médecine de ville n'utilise pas le DMP[1148]. Dès lors, cet échec du DMP dans le système de soins interdit pour le moment d'envisager un déploiement efficace de cet outil en détention.

B. Un échec technique

211. Le risque d'une hypercentralisation. Techniquement, le DMP et de façon plus large l'ENS, suscitent des enjeux manifestes d'interopérabilité avec les logiciels métiers des professionnels qui ne sont pas développés pour communiquer avec ce dossier particulier. De plus, il peut lui être reproché son architecture technique inadaptée au système de santé français.

[1144] Notamment en ce qui concerne les addictions et autres pathologies psychiatriques.

[1145] 14 éditeurs équipent 75% des 60 000 généralistes libéraux en activité en 2022 (sur 100k généralistes) ; *« Le DMP ancienne formule, qui a été lancé et relancé plusieurs fois, s'est confronté à un manque d'appropriation des médecins parce que son ergonomie n'était pas optimale et qu'il n'était pas compatible avec les logiciels métier des médecins, pharmaciens ou encore infirmiers,* met en avant Rémy Teston, consultant numérique et expert en e-santé. *Les données qu'un généraliste renseignait dans le dossier patient de son logiciel devaient être à nouveau saisies, ce qui est pénible quand la salle d'attente est pleine »* : Jean-Bernard GALLOIS, Les médecins ne sont pas prêts à alimenter le dossier médical partagé, Acteurs publics, 10 juillet 2023 ; https://acteurspublics.fr/articles/les-medecins-ne-sont-pas-prets-a-alimenter-le-dossier-medical-partage

[1146] M. DUMAS PRIMBAULT, *Cinq millions de DMP ouverts : la CNAM se félicite, faible implication des médecins*, Le Quotidien du médecin, 16 avril 2019 : « Seul bémol, les médecins semblent assez peu impliqués dans la création de DMP. Sur les quatre canaux d'ouverture proposés aux patients, celui qui consiste à profiter d'une consultation auprès d'un professionnel de santé arrive dernier avec 18 % du total des DMP ouverts. À l'inverse, les pharmaciens font figure de bon élève (31 %), juste derrière les agents de l'Assurance-maladie (32 %) et les usagers eux-mêmes (19 %). À noter qu'à partir de 2020, les infirmiers libéraux intégreront le dispositif et seront rémunérés un euro par DMP créé ».

[1147] M. DUMAS PRIMBAULT, *Cinq millions de DMP ouverts : la CNAM se félicite, faible implication des médecins*, Le Quotidien du médecin, 16 avril 2019 : Seuls 14 % de ces documents ont été ajoutés par les professionnels de santé libéraux contre 54 % par les établissements de santé, 30 % par les patients eux-mêmes et 2 % par les centres de santé. Par ailleurs, 19 CHU (sur 32) alimentent automatiquement les DMP.

[1148] Au-delà du caractère chronophage, les principales causes avancées par les professionnels de santé sont l'absence d'information et d'aide à l'équipement logiciel pour accéder au DMP, le manque de confiance dans la sécurité de l'outil, le manque d'intérêt pour le partage d'information et la crainte que cela suscite chez leurs patients ; A. ALIEV, Etude sur les usages du DMP par différentes catégories de professionnels de santé, Publié le 10 mai 2019, disponible sur : https://fr.linkedin.com/pulse/etude-sur-les-usages-du-dmp-par-diff%C3%A9rentes-cat%C3%A9gories-abdoul-aliev (consulté le 03 octobre 2024).

Les pouvoirs publics n'ont pas réellement su tirer les leçons des dysfonctionnements historiques du DMP[1149]. Si une dynamique semble se dégager depuis l'évolution du DMP vers « Mon Espace Santé »[1150], certains professionnels souhaitent alerter sur les limites d'une centralisation excessive des informations[1151]. Cette centralisation aurait pour effet d'annihiler les progrès possibles que les NTIC nous permettent d'envisager en matière de pertinence médicale, de coordination des soins, de sécurité de l'information, de réduction des coûts, voire d'empreinte carbone[1152]. Le temps est passé depuis l'après *Covid-19* et le constat effarant du manque de disponibilité des outils numériques malgré leur importance capitale dans la gestion de la crise[1153]. Les pouvoirs publics ont pris la mesure de l'importance d'une telle évolution pour notre système de santé et manifestent le souhait d'un progrès imminent vers la numérisation de la santé en France[1154]. Cela se vérifie en premier lieu aux investissements financiers conséquents, spécifiquement autour du projet DMP, mais également par des évolutions concrètes depuis 2016 pour promouvoir Mon espace santé. Ensuite, il semble acté que l'hôpital et les établissements de santé sont la source première d'alimentation des plateformes de santé[1155]. Enfin, un troisième groupe d'évolutions est d'ordre technique avec par exemple le développement pour les acteurs de santé d'un service « Pro-Santé Connect »[1156], leur permettant une connexion sécurisée et directe aux plateformes de santé en utilisant leur carte professionnelle CPS et d'une évolution mobile de cette application pour un accès depuis leur

[1149] Voté en 2004, déployé à partir de 2007, en 2015 moins de 600 000 DMP sont ouverts (dont deux tiers sont vides d'informations), et seuls 6 000 médecins libéraux l'utilisaient pour 285 000 médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins au 1er janvier 2016 : CNOM, Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2016, p. 14 ; 500 établissements de santé en étaient équipés pour 210 millions d'euros investis dans la mise en place et le déploiement le DMP entre 2004 et 2011 et « ce montant va jusqu'à 500 millions d'euros s'il intègre toutes les dépenses induites, comme les investissements des hôpitaux dans des systèmes d'information capables de traiter les dossiers médicaux personnels », Viepublique.fr, Du dossier médical partagé à Mon espace santé, 5 juillet 2023, https://www.vie-publique.fr/eclairage/18471-du-dossier-medical-partage-mon-espace-sante#_004-2016-le-dossier-médical-personnel-une-mise-en-oeuvre-chaotique ; Cour des Comptes, *Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place*, communication a la commission des finances de l'Assemblée nationale, Juillet 2012, p. 19.

[1150] Autre nom donné à l'espace numérique de santé

[1151] I. AZANCOT, P. HENRY, Mon Espace Santé : un progrès remarquable par rapport au DMP précédant, mais une centralisation excessive, *Hospitalia*.fr, 20 fév. 2023 ; https://www.hospitalia.fr/Mon-Espace-Sante-un-progres-remarquable-par-rapport-au-DMP-precedant-mais-une-centralisation-excessive_a3566.html

[1152] *Ibid*.

[1153] DREES, Études et résultats, décembre 2022, n° 1249, de 80 000 TLC en 2019 à 13,5 millions en 2020 au point fort de la crise https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sept-teleconsultations-de-medecine-generale ;

[1154] Ministère des solidarités et de la Santé, *Accélérer le virage numérique*, *préc*.

[1155] J.-B. GALLOIS, « Les médecins ne sont pas prêts à alimenter le dossier médical partagé », *Acteurs publics*, 10 juillet 2023, *op. cit*.

[1156] ANS, Un accès facilité pour les professionnels aux services socles du numérique en santé en 2023 avec Pro Santé Connect, Communiqué de presse, 19 janvier 2023.

smartphone[1157]. Cependant, ces progrès indéniables vers une utilisation étendue et favorisée du DMP rencontrent certaines limites médicales dues à la centralisation architecturale de ce dossier. C'est une structure ou une urbanisation[1158] centralisée, dans la mesure où elle impose aux différents acteurs de santé un envoi physique actif des documents pour que ces derniers soient hébergés en un lieu numérique unique. En procédant ainsi, les informations médicales partagées sont incontestablement incomplètes pour plusieurs raisons. D'abord, seuls les documents transmis à partir de l'ouverture du DMP par le patient sont disponibles, ensuite, tous ne sont pas considérés « éligibles » à l'envoi au DMP par les professionnels qui les produisent[1159]. Dès lors qu'un praticien fera face à un profil complexe avec un lourd historique de prises en charge, il aura des difficultés à obtenir l'information qu'il cherche dans le DMP ; « *or, c'est justement pour les malades, notamment âgés, avec de lourdes comorbidités et un dossier médical complexe et ancien, qu'il est important d'accéder rapidement à l'information recherchée, pour éviter des examens redondants, des ré-hospitalisations ou des passages aux urgences évitables* »[1160]. Cette définition peut s'appliquer presque mot pour mot aux personnes détenues présentant de multiples pathologies, souvent mal ou non traitées, et ayant navigué entre plusieurs établissements en milieu libre ou fermé. C'est une population particulièrement concernée par ce manque de suivi linéaire et un DMP efficace trouverait alors toute son utilité pour les prendre en charge convenablement.

212. Les docteurs AZANCOT et HENRY proposent alors une migration vers une architecture « répartie » ou « distribuée ». Cette mutation du système de stockage du DMP répondrait alors à plusieurs besoins de notre système de santé. D'abord, la solution proposée permettrait d'apporter plus de sécurité à la circulation des données entre les SI et au stockage de ces dernières dans le DMP. Ensuite, cette solution répondrait davantage au constat selon lequel

---

[1157] Le service « e-CPS » *V.* le site du gouvernement : https://esante.gouv.fr/produits-services/e-cps (consulté le 10 oct. 2024).

[1158] Elle peut se définir ainsi : « *L'urbanisation du système d'information est une discipline informatique consistant à faire évoluer le système d'information dans son ensemble afin de garantir sa cohérence vis-à-vis des objectifs et du métier, en prenant en compte ses contraintes externes et internes, tout en tirant partie des opportunités de l'état de l'art informatique* », Technosciences.net, disponible sur : https://www.techno-science.net/glossaire-definition/Urbanisation-informatique.html (consulté le 10 oct. 2024) ; *V.* ég. « *L'urbanisation du système d'information d'une entité ou d'une organisation, qui peut être une entreprise ou une administration, est une discipline d'ingénierie informatique consistant à faire évoluer le système d'information (SI) de celle-ci afin qu'il soutienne et accompagne efficacement les missions de ladite organisation et anticipe ses transformations* », Wikipédia, renvoi vers C. LONGÉPÉ, Le projet d'urbanisation du SI : cas concret d'architecture d'entreprise, Paris, Dunod, 2009, 4e édition éd., 297 p.

[1159] I. AZANCOT, P. HENRY, « Mon Espace Santé : un progrès remarquable par rapport au DMP précédant, mais une centralisation excessive », *op. cit.*

[1160] *Ibid.*

l'alimentation du DMP est en proie à une inertie des professionnels libéraux. Or cette inertie est souvent justifiée par l'impossibilité d'exporter des informations conservées librement sous forme de notes et donc une absence de volonté de retaper ces informations pour correspondre au cadre de la synthèse médicale prévue dans le DMP. Si l'on considère cette évolution vers un modèle plus efficient piochant directement dans les SI des établissements de santé, la simplification sera sans appel et les professionnels de santé auront à leur disposition l'outil ultime pour faciliter le suivi et la coordination de leurs patients, y compris dans un système aussi fermé que la détention. Cependant, il restera un obstacle majeur qui selon les auteurs est d'ordre culturel, car un tel modèle se heurte à une « *tradition nationale privilégiant les solutions centralisées, à un hospitalo-centrisme qui reste encore trop souvent présent et risque de porter préjudice à des lobbies industriels ayant traditionnellement déployé au sein des hôpitaux des progiciels de gestion intégrée complexes, au profit de solutions innovantes et agiles beaucoup moins spécifiques et onéreuses*. », ce qui en fait un modèle « *culturellement disruptif* »[1161].

213. Pour intégrer des informations médicales au sein d'un dossier patient, qu'il soit unique ou non, partagé ou non, l'étape précédente est celle du recueil des informations. Or l'utilisation des objets et autres logiciels doit s'inscrire dans un cadre légal pour être considérée comme un acte médical. Cet encadrement existe déjà, et son emploi peut sans aucun doute être un atout pour la prise en charge en milieu carcéral.

[1161] *Ibid*.

§ II – La télésurveillance médicale en milieu carcéral

214. La télésurveillance médicale est l'acte médical « *qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient* »[1162]. La télésurveillance médicale peut et doit être le fer de lance de la télémédecine en détention. Le suivi des maladies chroniques est central en milieu pénitentiaire, car il répond aux besoins actuels en matière médicale (**A**) et gestionnaire (**B**).

A. Un besoin médical actuel en détention

« *La vieillesse est par elle-même une maladie* ».

Térence, le Phormion.

215. Un vieillissement de la population carcérale. En France, la moyenne d'âge des personnes incarcérées a tendance à augmenter régulièrement depuis les années 90[1163]. Cette croissance de l'âge général des effectifs écroués est sans aucun doute liée à celle de la population française dans son ensemble ainsi qu'à son vieillissement. Mais cette croissance est également « *corollaire de l'augmentation de la durée des peines et de l'allongement des délais de prescriptions notamment en matière d'infractions sexuelles* »[1164]. La combinaison de ces facteurs implique une croissance particulièrement marquée chez les plus de 50 ans[1165]. Or, le vieillissement de la population s'accompagne généralement « *d'une forte augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et de polypathologies, dont la prise en charge représente sans doute l'enjeu majeur des systèmes de santé en cette première partie du XXIe siècle* »[1166].

[1162] CSP, art. R. 6316-1.

[1163] De 30 ans en 1980 à 35 ans en 2021 : C. TOURAUT, A. DESESQUELLES, La prison face au vieillissement Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés », INED, mai 2015 ; Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, « Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980 – 2014 », 2014, p. 42 ; A. KENSEY, « Vieillir en prison. », Cahiers de démographie pénitentiaire, n°10, 2001, pp 1-4 ; E. BRILLET, « Vieillesse(s) carcérales(s) », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, DAP, octobre 2013 ; C. TOURAUT, A. DESESQUELLES, La prison face au vieillissement, Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés », GIP Recherche-Justice, Mai 2015, p. 11 ; R. ANDRACA, *Combien de personnes âgées sont en prison en France* ? Libération, 24 octobre 2019 : les personnes âgées entre 50 et 60 ans représentaient, en 2018, 8,1% de l'ensemble des détenus, 3,9% des personnes détenues en prison en France étaient âgées de 60 ans et plus.

[1164] OIP, site internet de l'OIP, V. thématique « vieillesse » disponible en ligne (consulté le 08 octobre 2024) ; Le durcissement de la politique pénale engendre des peines en moyenne plus longue, associée à l'évolution de la criminalité qui peut toucher davantage cette catégorie de la population.

216. L'univers carcéral propice à la polypathologie. Il est scientifiquement établi que la prévalence de maladies chroniques[1167], déjà fortement présentes en détention[1168], augmente particulièrement pour les tranches d'âges les plus avancées d'une population[1169], et en particulier les pathologies neurodégénératives[1170]. Pour les personnes privées de liberté, cela constituera un sujet de réflexion sur la place attribuée à ces personnes dans le panel d'établissements[1171]. En toute hypothèse, la conséquence principale de ces symptômes hétérogènes est la perte d'autonomie, voire la dépendance. Si l'un des axes le plus souvent avancé pour lutter contre ces pathologies est celui de la prévention[1172], il est utopique de penser que l'on peut se limiter à cette démarche de santé publique sans prendre actuellement en charge les personnes déjà dépendantes et privées de leur liberté. Alors qu'une personne âgée dépendante sur deux, soit environ 600 000 personnes, vit actuellement en institution[1173], se pose la question de l'adaptation de la privation de liberté des personnes qui devraient être prises en charge dans ce type d'établissements pour qu'elle puisse répondre aux standards desdites institutions[1174]. L'un des corollaires de la polypathologie est une nouvelle forme de pratique, la

[1165] C. TOURAUT, A. DESESQUELLES, *op. cit.* p. 11 : + 100% à 50-59 ans, +244% à 60 ans ou plus entre 1992 et 2012.
[1166] DREES, état de santé de la population, 2017, précité, p. 31.
[1167] D'après l'OMS, une maladie chronique est une maladie nécessitant des soins à long terme, pendant une période d'au moins plusieurs mois. Les maladies chroniques sont donc hétérogènes : maladies cardiovasculaire, diabète, maladies respiratoires chroniques, démences etc. ; pour aller plus loin, N. AGRINIER, A.-C. RAT, « Quelles définitions pour la maladie chronique ? », *adsp* n°72, sept. 2010, pp. 12-14.
[1168] Section française de l'observatoire international des prisons, *La santé incarcérée*, enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison, juillet 2022.
[1169] Santé Publique France, *Enjeux sanitaires de l'avancée en âge*, novembre 2022 ; J.-P. VINQUANT, S. MAYO-SIMBSLER, « Vieillissement et prise en charge des maladies chroniques », *adsp*, n° 72, septembre 2010, p. 33.
[1170] L'étude de la DREES prévient que le nombre de personnes souffrant de pathologies neurodégénératives augmentera dans les années à venir. Comme son incidence augmente fortement avec l'âge, ce qu'on appelle « *maladie d'Alzheimer et démences apparentées* » (MAAD) constituent aujourd'hui un enjeu de santé publique dans tous les pays développés dont l'espérance de vie ne cesse d'augmenter, H. JACQMIN-GADDA, A. ALPEROVITCH, C. MONTLAHUC, D. COMMENGES, K. LEFFONDRE, C. DUFOUIL, et *al*. "20-Year prevalence projections for dementia and impact of preventive policy about risk factors", *Eur J Epidemiol*, 2013, 28(6), p. 493-502.
[1171] Un condamné à une longue peine doit-il l'exécuter totalement une fois qu'une telle pathologie s'est installée ? Doit-on suspendre sa peine pour éventuellement le suivre en établissement psychiatrique ? Doit-on le maintenir en détention et exercer un suivi à distance ?
[1172] OMS, Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, cinquante-troisième assemblée mondiale de la santé, mars 2000, p. 2 ; *V.* ég. P. HUARD, *La prise en charge des maladies chroniques : innovations organisationnelles et efficience*, London, ISTE éditions, 2018 ; M. DELAGE, A. LEJEUNE, A. DELAHAYE, *Pratiques du soin et maladies chroniques graves : approche systémique et résilience, préface de B. CYRULNIK*. Louvain-la-Neuve, De Boeck supérieur, 2017.
[1173] Santé publique France, *Enjeux sanitaires de l'avancée en âge*, *préc.* p. 9.
[1174] Attention, de nombreux EPHAD ont fait l'objet de révélations/dénonciations/plaintes pour des maltraitances, pour aller plus loin *V.* V. CASTANET, *Les Fossoyeurs : Révélations sur le système qui maltraite nos aînés*, Fayard, 2022.

polymédication[1175]. Habituelle et souvent justifiée[1176], elle fait toutefois peser des risques importants sur la santé, en particulier des personnes âgées. Il existe une association significative entre polymédication et survenue d'effets indésirables, de chutes, voire d'augmentation de la mortalité[1177]. Le traitement devient alors la cause de nouveaux symptômes, c'est un autre exemple de iatrogénie, ce que certains expliquent en détournant les mots de Michel FOUCAULT qui disait que : « *"la prison ne peut pas manquer de fabriquer des délinquants", on pourrait alors se demander si "la prison ne peut pas manquer de fabriquer des malades*" ? »[1178]. Le constat actuel de l'état de santé des personnes privées de liberté doit être associé aux réponses que l'on apporte à ces personnes, les rapports parlementaires ayant « *depuis longtemps révélé la dégradation massive de l'état de santé des détenus et la fonction " asilaire " de la prison bien loin de l'image des individus dangereux* »[1179]. La prise en charge médicale est inadaptée, tout comme les conditions de détention[1180], en témoignent les multiples condamnations de la France par la Cour européenne des droits de l'homme[1181]. Il faut voir dans la technologie et donc la télémédecine une lueur d'espoir pour redonner une forme de dignité à ces individus qui subissent une double peine, la première étant judiciaire, la seconde étant « *une peine sociale invisibilisée* »[1182].

[1175] L'OMS la définit comme « *l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments* » ; Pour aller plus loin sur la notion de polymédication, *V.* M. MONÉGAT, C. SERMET C., M. PERRONNIN, E. ROCOCO, La polymédication : définitions, mesures et enjeux, Revue de la littérature et tests de mesure, Questions d'économie de la Santé n° 204, IRDES, décembre 2014.

[1176] DREES, état de santé de la population, 2017, précité, p. 31

[1177] DREES, Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes, octobre 2017 : L'un des risques majeurs est celui de l'interaction médicamenteuse qui s'explique facilement lorsqu'une personne en perte d'autonomie se voit prescrire de multiples traitements

[1178] F. VIALLA, V. MIJUSKOVIC, « Santé des personnes détenues », *HCSP*, *adsp* n° 104, septembre 2018, p. 2.

[1179] « Vieillir et mourir en prison », *Les Cahiers de la Justice*, vol. 3, no. 3, 2017, pp. 377-378.

[1180] Exiguïté des cellules, sédentarité, alimentation déséquilibrée, hygiène insuffisante, etc. ; *V.* C. TOURAUT, A. DESESQUELLES, *La prison face au vieillissement*, Recherche réalisée avec le soutien du GIP - Mission de recherche Droit et Justice et de l'Institut National d'Etudes Démographiques, 2015

[1181] CEDH 6 juill. 2023, *B.M. et a. c/ France*, n° 84187/17 ; CEDH 30 janv. 2020, *J.M.B. et autres c/ France*, n° 9671/15 *;* CEDH 25 avr. 2013, *Canali c/France*, n° 40119/09.

[1182] N. MOUSSI, « Il faut engager un plan national d'action en faveur de l'amélioration de la prise en charge de détenus âgés », *Le Monde*, 07 août 2022.

217. La télésurveillance pour « *accompagner la transition épidémiologique* »[1183]. Afin de compenser la raréfaction des ressources médicales et garantir l'égal accès aux soins[1184], la télésurveillance forme une réponse adaptée aux besoins de certaines populations spécifiques comme les personnes âgées[1185]. Le suivi professionnel de maladies chroniques se fait habituellement sur des temps longs[1186] alors qu'avec les dispositifs médicaux connectés, les professionnels ont désormais accès aux « *données en vie réelle* »[1187]. Cette visibilité augmentée présente des avantages médicaux certains[1188], ainsi que de potentielles évolutions organisationnelles, pouvant laisser espérer une prise en charge améliorée en détention dès maintenant.

218. Le choix du terme télésurveillance. Le terme est malheureux car il ne reflète pas la réalité de la relation médicale qui doit en résulter, qui n'est pas axée sur la surveillance du patient en lui-même. Claude VERGÈS exclue toutefois de remplacer le terme télésurveillance par ceux de télévigilance ou de télésuivi qui « *impliquent une relation dominante* ». Pour lui, ces notions reflètent une vision utilitariste, dirigiste, qui ne doit pas apparaître au sein de la relation entre le patient et son médecin. Cela s'inscrit dans le même sens que la vision du CNOM qui reconnaît « *une vision de la médecine du futur couramment résumée par les « 4 P » : préventive, personnalisée, prédictive et participative*[1189] »[1190]. C'est pourquoi il serait

[1183] Ou encore « Transition sanitaire », se dit de la « *période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents* », Institut national d'études démographiques, Lexique en ligne, www.inéd.fr, (consulté le 08 oct. 2024)

[1184] V. VIOUJAS, « La réglementation française de la pratique de la télémédecine : des exigences excessives ? » *in* E. BROSSET (dir.), G. NICOLAS (dir.), S. GAMBARDELLA (dir.), *La santé connectée et « son » droit : approches de droit européen et de droit français*, Presses Universitaires d'Aix-Marseille, septembre, 2017, 248p.

[1185] I. HAUGER, A. GARAY, « télémédecine gériatrique, enjeux et défis », *RGDM*, 2016, n°60, p. 89 : exemple d'une prise en charge hémodialyse à distance (visioconférence, consultation du dossier patients informatisé, suivi des remontées de données par les hémodialyseurs etc) avec l'aide d'une infirmière (déplace la caméra, effectue les gestes).

[1186] Tous les mois, trimestres ou années en fonction des besoins.

[1187] On passe en quelque sorte de prendre une photo de l'état patient à un moment donné à un réel film de la santé du patient.

[1188] La télésurveillance est un avantage certain pour l'adaptation des traitements, diminuant ainsi le risque de complication à long terme (Par exemple, pour le diabète, le « pancréas artificiel » permet de rester plus longtemps dans la « cible de glycémie ») ; la télésurveillance favorise également la prise en charge de patients plus éloignés des centres spécialisés, le pré-dépistage ou le diagnostic pouvant dès lors se faire grâce à la télémédecine, puis le suivi et l'adaptation du traitement grâce à des objets connectés. Pour un exemple d'expérience sur l'apnée du sommeil réalisée à l'Hôtel Dieu, *V.* M. ELBAZ, « Prendre soin de son sommeil avec les technologies, Hospitech : la technologie et le numérique dans le secteur hospitalier », *Ausha*, 18 nov. 2021.

[1189] Nous soulignons.

[1190] CNOM, *Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle*, Groupe numérique du Conseil National de l'Ordre des médecins, janvier 2018.

préférable d'employer « *le terme de téléaccompagnement qui implique un partenariat accepté mutuellement pour un traitement à long terme et la nécessité de mises à jour périodiques* »[1191].

219. Une approche adaptée à la privation de liberté. De façon générale, « *la prison n'est pas un lieu de soin au long cours et n'est pas en mesure de prendre en charge des personnes détenues atteintes de pathologies chroniques, qu'il s'agisse de pathologies liées au vieillissement, de maladies chroniques ou d'affections mentales de longue durée*. »[1192]. L'IGAS et l'IGSJ ont souligné, dès le début des années 2000, les lacunes dans la prise en charge du vieillissement et du handicap, *« en réalité, la détention avec ses portes et escaliers n'est faite que pour les bien-portants. Pour les autres, elle augmente la vulnérabilité et l'isolement »*[1193]. La détention est tellement inadaptée que quinze ans plus tard, dans leur évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des PPSMJ[1194], les deux corps d'inspection envisageaient de « *mobiliser une partie de l'offre surcapacitaire des UHSI* » pour accueillir des personnes dont l'état serait devenu incompatible avec la détention mais dont la suspension de peine n'est pas encore possible en l'absence de place dans un établissement adapté[1195]. Cependant, cette solution faite de bric et de broc n'est pas satisfaisante non plus, la CEDH ayant déjà condamné la France pour traitements inhumains et dégradants à cause de la répétition des allers et retours entre structures de soins et détention ordinaire pour un détenu schizophrène[1196]. Mis en lumière récemment par le CGLPL qui alerte sur la situation des situations de perte d'autonomie dues à l'âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires[1197], le vieillissement de la population entraîne une modification des besoins de santé des personnes incarcérées et une nécessaire adaptation des conditions d'accès aux soins. En plus de l'inadaptation matérielle de l'environnement carcéral, est également pointée du doigt

---

[1191] C. VERGÈS, *Intelligence artificielle et relation clinique : l'importance de la technocratie dans le nouveau modèle médical*, ESKA, « Droit, Santé et Société » 2021/3 N° 3, p. 64-72.

[1192] A. HAZAN, « Qualité et continuité des soins aux personnes détenues : des droits reconnus mais non effectifs », *adsp* n°104, septembre 2018. p. 44.

[1193] Les Cahiers de la Justice « Vieillir et mourir en prison », *Dalloz*, vol. 3, n°3, 2017, pp. 377-378.

[1194] Précité, novembre 2015, p. 47.

[1195] « *En effet, la mise en œuvre effective du dispositif de suspension de peine se heurte, entre autres, au défaut de prise en charge ou d'hébergement adaptés en aval (personnes âgées dépendantes ou lourdement handicapées sans solution en établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en maisons d'accueil spécialisées (MAS)) »*.

[1196] CEDH 23 février 2012, n° 27244/09 : la Cour a considéré que les allers et retours entre structures de soins et détention ordinaire (12 placements en SMPR et 7 placements en UMD) *et l'absence d'une « surveillance psychiatrique constante, combiné à des conditions matérielles de détention inappropriées »* viole l'article 3 en ce qu'elle *« lui a infligé une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention »* en faisant obstacle à sa stabilisation et généré une anxiété incompatible avec la détention.

[1197] Avis du 17 septembre 2018 relatif à la prise en compte des situations de perte d'autonomie dues à l'âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires.

l'insuffisance de recours à certains dispositifs de droit commun[1198]. Afin de respecter les droits de ces patients particuliers, il est régulièrement préconisé une application plus fréquente des aménagements de peine pour raison médicale, du fractionnement[1199] ou encore de la suspension de peine[1200]. La méconnaissance de ces mesures par les détenus et par les professionnels de santé[1201], couplée aux lourdeurs administratives[1202] pour mettre en place ces procédures et à l'interprétation stricte qui est faite par les juridictions[1203], en réduisent l'accessibilité[1204]. Les pouvoirs publics semblent s'être saisis du sujet et vouloir favoriser la prise en charge des personnes dépendantes, notamment par le prononcé de ce type de mesures, en témoignent les actions figurant dans la feuille de route « Santé des PPSMJ 2019-2022 »[1205]. Après un assouplissement en 2014 autorisant cette mesure aux personnes prévenues[1206], la loi de programmation et de réforme pour la justice du 23 mars 2019 prévoit deux choses. D'une part, les mises en liberté et suspensions de peine pour motif médical sont étendues aux personnes détenues faisant l'objet d'une hospitalisation sans consentement. D'autre part, le champ d'application de la libération conditionnelle pour raison médicale est applicable au bout d'un an de suspension de peine pour raison médicale et non plus au terme de trois ans. Il est sans doute trop tôt pour tirer des conclusions, mais *« cette démarche est encore loin d'être systématique »* voire *« anecdotiques »*[1207] puisque chaque année près de cent-cinquante

[1198] Comme l'allocation personnalisée à l'autonomie ou même les évaluations médicales spécialisées, A. LEPETIT, N. JOMARD, « Vieillir en milieu carcéral : problématiques gériatriques et psychiatriques des personnes âgées incarcérées », *French Journal of Psychiatry*, Volume 1, Supplément 2, Déc. 2019, p. 52-53.

[1199] CPP, art. 720-1.

[1200] A la suite du débat créé par la déclaration de Robert Badinter arguant du fait que la détention d'un « vieillard » lui paraissait sans portée : Robert BADINTER, L'ultime victoire, Le Monde, 23 janvier 2001, https://www.lemonde.fr/archives/article/2001/01/23/l-ultime-victoire_4149828_1819218.html ; V. aussi Sénat, *La libération des détenus âgés*, Etudes de législation comparée n° 98, novembre 2001.

[1201] La procédure débute le plus souvent par le signalement d'un médecin car bon nombre de détenues n'ont pas les capacités d'engager les démarches, *« plus difficilement accessibles aux personnes en situation de handicap et de dépendance qu'aux autres personnes détenues. »,* CGLPL, Avis du 17 septembre 2018 relatif à la prise en compte des situations de perte d'autonomie dues à l'âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires.

[1202] Signalement d'un médecin, délais de réponse des magistrats surchargés (Code proc. pén., art. 712-6 : procédure contradictoire), délais d'expertise ; sauf urgence où la suspension peut être ordonnée au seul vu d'un certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est pris en charge le détenu, et ce « *quelle que soit la peine initialement prononcée en cas d'urgence* ».

[1203] La Cour de cassation exige que le pronostic vital soit engagé *« à court terme »,* Cour de Cassation, Chambre criminelle, du 28 septembre 2005, 05-81.010, Publié au bulletin

[1204] Selon le CGLPL, lorsque cette procédure concerne un détenu en situation de dépendance ou de sénilité, *« Le droit de la personne détenue se trouve en ce cas privé d'effectivité par l'exigence d'une formalité impossible à respecter »,* CGLPL, Avis du 17 septembre 2018 relatif à la prise en compte des situations de perte d'autonomie dues à l'âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires

[1205] Ministère de la Justice, ministère des Solidarités et de le santé, Feuille de route, Santé des PPSMJ 2019-2022, action n°10 : Favoriser les prononcés de mises en liberté et aménagements de peine pour raison médicale, action n°24 : Améliorer l'accès des personnes détenues aux structures d'aval pour les personnes âgées dépendantes

[1206] LOI n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales

[1207] OIP, *La santé incarcérée*, préc., p. 65

personnes décèdent encore de mort naturelle en prison[1208]. Alors que les solutions évoquées dépendent de décisions judiciaires, la télémédecine aborde le problème sous l'angle d'une prise en charge immédiate de ces personnes, malgré leur absence de liberté. Car si des aménagements existent, l'exécution de la peine reste le principe, et ces aménagements l'exception. Nécessaires à l'exécution d'une bonne justice, ce n'est toutefois pas aux magistrats d'être les acteurs principaux de la prise en charge médicale des détenus. Lorsque cela est impossible ou que les délais sont trop longs, les personnes privées de liberté doivent pouvoir obtenir des soins dans l'établissement où elles sont retenues contre leur gré. Ainsi, l'accès aux dispositifs de droit commun déjà existants comme la télémédecine est à considérer.

B. Un besoin gestionnaire indispensable

220. La télésurveillance, couplée aux objets connectés et à l'IA, insuffle un espoir nouveau pour les patients atteints de maladies chroniques. En effet, leur qualité de vie est sensiblement améliorée par le confort et l'autonomie accrus par ces capteurs connectés en réseau directement à leurs professionnels. Les avantages tirés de la technologie en e-santé sont particulièrement adaptables à la vie carcérale (**1**) mais nécessitent un certain ajustement (**2**).

1) Une adaptabilité optimale théorique à l'univers carcéral

221. Un gain organisationnel pour le système de santé. Les dispositifs de télésurveillance sont à envisager dans leur ensemble, et non pas comme une simple lecture de données par un médecin à distance. Rappelons que l'article R. 6316-1 du CSP la définit comme la possibilité pour un professionnel médical « *d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient* ». Cependant, le législateur a anticipé les évolutions technologiques à venir, en précisant que « *l'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé* ». Partant, le champ reste ouvert et le futur le plus réaliste est celui d'une télésurveillance totalement imbriquée dans un système d'IA et d'objets connectés voire par des robots[1209]. Cela entraîne une suppression des déplacements des patients en établissement pour les contrôles routiniers, mais aussi du

[1208] M. AUTER, *Fin de vie en prison : autopsie d'une anomalie*, OIP, 24 janvier 2017.

[1209] La prise des constantes, le relevé de données, d'ordinaire réalisé par un professionnel de santé, peut ici se faire soit par le patient, soit automatiquement *via* des capteurs, soit même grâce à des robots intelligents. Les robots peuvent ainsi « *contribuer à l'offre de soins et d'accompagnement à domicile en proposant des rappels quant à la médication à prendre et en captant les signes vitaux des patients, tout en les transmettant au personnel soignant* », *V.* C. RÉGIS, « Comment l'IA va transformer le système de santé », *préc.*

déplacement des professionnels au sein de leur établissement[1210], et offre un gain de temps dans le cas de la télésurveillance « asynchrone »[1211]. Ce gain de temps est essentiellement avantageux pour l'efficience du système de santé[1212], et donc pour ses établissements de soins, que ce soit l'USMP, l'établissement auquel elle est rattachée ou les établissements spécialisés dans la prise en charge des personnes écrouées comme l'UHSA ou l'UHSI.

222. Une solution évidente à une problématique complexe en détention. La télésurveillance est utilisée à l'extérieur dans une démarche de facilitation du maintien à domicile des personnes âgées. Grâce aux progrès de la « *domotique* », il est possible d'installer des détecteurs de mouvements, des capteurs connectés qui alertent les soignants. A titre d'exemple, si la personne passe un temps inhabituel dans une pièce, cela peut être un élément d'information sur une possible chute. Au-delà du choix laissé aux patients de rester à leur domicile[1213], cela amoindrit les risques sécuritaires, permet d'établir un compte rendu journalier et des alertes, et enfin de réduire le besoin de visites fréquentes à l'hôpital, ce que les anglosaxons ont nommé habilement le « *homespital* »[1214]. Bien que les personnes détenues ne soient pas hébergées dans leur domicile[1215], la domotique pourrait éventuellement être apportée à l'intérieur des lieux de privation de liberté. La télésurveillance médicale prendrait ainsi un nouveau degré de précision dans le suivi médical des patients enfermés. Car si le premier niveau de télésurveillance médicale à appliquer peut simplement être un relevé de certaines constantes à l'USMP qui seront transmises au spécialiste à distance *via* un logiciel de suivi du parcours du

[1210] La télésurveillance peut avoir lieu pour les patients d'un établissement au sein même de cet établissement de santé. Le temps de déplacement du professionnel, y compris dans son service ou dans un autre service que le sien, « *devient le temps de déplacement et d'ajustement des appareils* » et le médecin, souvent spécialiste, peut alors se concentrer sur la consultation du dossier du patient, et des données transmises, pour aller plus loin *V.* G. DAUDELIN, P. LEHOUX, C. SICOTTE, « La recomposition des patients et des pratiques médicales en télénéphrologie. Les présences décalées. » *Sciences Sociales Et Sante* 26(3), 2008, p. 98.

[1211] Lorsque l'on parle de télésurveillance « asynchrone », c'est lorsque l'analyse des données ne se fait pas en temps réel par le médecin, qui n'a alors pas besoin de prendre de son temps pour l'accueil, l'explication, la vulgarisation des informations, il peut simplement se fier aux données transmises et prendre une décision.

[1212] La HAS estime que la télésurveillance peut être considérée comme un levier d'action permettant d'améliorer l'organisation des soins et de diminuer les dépenses de prise en charge, et parle d'une « *tendance positive de la télésurveillance en termes d'efficience par rapport au suivi habituel, sans pouvoir cependant identifier précisément les situations cliniques ou les populations concernées* », *V.* HAS, Rapport d'évaluation économique de la télésurveillance pour éclairer la décision publique, 10 déc. 2020, p. 84 ; *V.* C. RÉGIS, « Comment l'IA va transformer le système de santé », *préc. : « Dans un contexte de tension financière sur le système de santé, la télésurveillance s'inscrit dans une démarche à long terme visant l'efficience, la réactivité et la meilleure attribution des ressources, objectif dont la part belle est faite à l'intelligence artificielle* »

[1213] P. DEBACKER, « La télésurveillance à domicile après une chirurgie digestive est testée au CHU de Nantes », *Hospimédia*, 22 juil. 2024.

[1214] M. WALKER, "*Healthcare in 2030 : goodbye hospital, hello home-spital*", *World Economic Forum*, 11 nov. 2016.

[1215] A l'exception des personnes écrouées sous bracelet électronique.

patient ; le dernier est sans doute celui où des capteurs sont installés directement dans la cellule ou la chambre de la personne privée de liberté, permettant un suivi régulier, si ce n'est permanent, de ses constantes et symptômes. L'avantage est certain, que ce soit lors d'une entrée en détention ou lors d'un changement d'établissement, un suivi et sa continuité peuvent être mis en œuvre. Certains capteurs sont difficiles à envisager pour des raisons de coûts, de sécurité ou de respect des droits fondamentaux. Néanmoins, on peut penser que la CEDH ne verrait aucun inconvénient – notamment au regard de l'article 3 – à ce qu'un détenu puisse transmettre de son propre chef des données *via* une interface prévue à cet effet.

Même s'il paraît délicat de parler de confort, la personne privée de liberté peut être rassurée sur les délais de prise en compte de ses données, adopter une plus grande autonomie et plus de contrôle sur sa santé. Un rappel s'impose toutefois, dans le contexte où une commission d'enquête parlementaire a récemment proposé de remettre en cause le principe de l'encellulement individuel[1216]. Au-delà des considérations pénitentiaires, le principe de l'encellulement individuel est un impératif favorisant la mise en place de tels dispositifs de télésanté, une condition *sine qua non* du respect des droits des patients, voire de leur futur accès à certains soins. Si l'on se place d'un point de vue préventif, en amont de la décision éventuelle d'aménagement de peine, la télésurveillance permet de constater des symptômes de dépendance ou d'aggravation d'une pathologie, ce qui permettra un signalement de la part du corps médical dans le but d'obtenir cette sortie de détention au patient détenu. Si l'on se place un peu plus tard dans la chronologie de la suspension de peine, lorsque celle-ci a déjà été demandée mais n'est pas possible pour différentes raisons[1217], la télésurveillance fait bénéficier les patients restant en détention d'un meilleur suivi, en particulier pour prévenir une situation d'« urgence ». Cela étant, il serait possible de limiter voire d'éviter les « *hospitalisations potentiellement évitables* »[1218], tout comme le recours de manière « *sauvage* » à un hébergement de longue durée en UHSI, qui n'est pas prévu pour cela. La réduction des mouvements hors du lieu privatif de liberté, quelle qu'en soit la raison, est un objectif majeur dans lequel se retrouve les directions d'établissements. Si la prise en charge médicale des détenus n'est plus du ressort de l'administration pénitentiaire, les deux mondes sont forcés de cohabiter et ce changement

[1216] Prévue par la loi depuis 1875, l'application du principe de l'encellulement individuel en maison d'arrêt a été repoussée à de nombreuses reprises par des moratoires en 2000, 2003, 2009, 2014 et 2019. Le dernier terme fixé était le 31 décembre 2022, mais il a de nouveau été repoussé face à la surpopulation carcérale ; P. JANUEL, « Encellulement individuel : le Parlement acte 150 ans d'échec », *Dalloz Actualité*, 10 nov. 2022.

[1217] Expertises non favorables, absence d'hébergement à la sortie, ou même la personne qui refuse de sortir de détention par exemple.

[1218] HAS, *Hospitalisations potentiellement évitables – Quel apport dans un diagnostic territorial ?*, déc. 2015, disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-01/5._hpe_c.laborde_cpp__20151211.pdf (consulté le 10 oct. 2024).

d'organisation serait bénéfique aux détenus patients comme aux agents de l'administration pénitentiaire, aux professionnels de santé, et pour la santé publique de manière générale. Néanmoins, si la télésurveillance peut apporter un soutien face au manque de personnel sur place – les auxiliaires de vie notamment – la prise en charge à distance des personnes privées de liberté n'est pas une solution miracle permettant de pallier les besoins en matière d'équipements médicaux en établissements[1219]. De plus, le risque subsiste que la télésurveillance aggrave un certain nombre de ces situations dans lesquelles des personnes vont finir leur vie en détention, une « *anomalie* »[1220] de la vie pénitentiaire.

223. Les patients en aménagement de peine. Les détenus qui font l'objet d'un aménagement de peine sont *a priori* peu concernés par la télémédecine. En leur permettant d'évoluer dans des centre ou des quartiers pour peines aménagées (CPA ou QPA), de semi-liberté (CSL ou QSL) ou des structures d'accompagnement vers la sortie (SAS), l'objectif de la mesure d'aménagement peut souvent être l'accès direct au système de santé à l'extérieur[1221]. La télésurveillance est toutefois un sujet de modifications importantes pour les personnes en aménagement de peine lors de deux occurrences. La première est que pour s'inscrire dans le parcours de soins coordonnés, les personnes en aménagement de peine doivent faire le choix d'un médecin traitant selon les règles de droit commun[1222], contrairement aux personnes incarcérées qui ne sont, elles, pas soumises au parcours de soins coordonnés durant leur temps d'incarcération car elles n'ont pas le choix de leur médecin. La seconde concerne les individus bénéficiant d'une mesure de placement avec bracelet électronique[1223]. Le code de procédure pénale prévoit cette hypothèse, entre autres, pour favoriser une forme d'autonomie de la personne qui reste écrouée mais à son domicile et peut avoir des horaires de sortie aménagés par le juge d'application des peines ou la juridiction d'application des peines « *que pour le temps nécessaire à l'exercice […] d'un traitement médical* » [1224]. Cependant, doit-on considérer que le suivi d'un traitement médical va demeurer l'une des possibilités de sortie du domicile privilégiées par les magistrats, si des solutions existent pour les réaliser depuis ledit domicile ?

[1219] Lit médicalisé, matelas anti-escarres, fauteuil roulant.
[1220] https://oip.org/analyse/fin-de-vie-en-prison-autopsie-dune-anomalie/
[1221] L'objectif est alors le gain d'autonomie, la prise de rendez-vous, le déplacement en établissement de soins, le respect des horaires etc.
[1222] CSS, art. L. 162-5-3.
[1223] CPP, art. 723-7 et s. ; CP, art. 131-4-1, art. 132-25 et s.
[1224] CP, art. 131-4-1 « *Le condamné n'est autorisé à s'absenter de son domicile pendant des périodes déterminées par la juridiction ou le juge de l'application des peines que pour le temps nécessaire à l'exercice d'une activité professionnelle, au suivi d'un enseignement, d'un stage, d'une formation ou d'un traitement médical, à la recherche d'un emploi, à la participation à la vie de famille ou à tout projet d'insertion ou de réinsertion* ».

Les magistrats sont conscients de l'importance de l'autonomie pour la réinsertion des personnes détenues, mais c'est à mettre dans la balance avec les risques de réitération d'infractions.

2) Un besoin d'ajustement en pratique

224. Un gain organisationnel nécessitant une évolution intra et inter établissements. Comme le rappelle la HAS, la télésurveillance « *nécessite des changements dans l'organisation des soins, de nouvelles missions pour les professionnels, en particulier pour l'équipe infirmier dont le rôle est majeur à toutes les étapes de la prise en charge* »[1225]. Une coordination éprouvée entre les acteurs est en effet indispensable pour garantir un parcours optimal[1226], et la télésurveillance stimule la collaboration entre les professionnels ainsi que les interactions avec les fournisseurs de la solution technologique. Le programme d'expérimentation de télémédecine pour l'amélioration des parcours de santé [1227], focalisé sur le modèle de financement devant être le prélude du passage dans le droit commun, ne nous informe que très peu sur les organisations professionnelles mises en place. Pour Pierre SIMON, il faudra certainement « *étudier des organisations professionnelles innovantes pour que cette pratique s'installe durablement dans notre système de santé* »[1228]. Une organisation professionnelle innovante peut l'être à l'intérieur d'un même établissement mais également entre différents établissements de santé, dans les deux cas pour faciliter ce besoin de coopération. La loi HPST[1229] a doté les professionnels de santé d'une nouvelle corde à leur arc en leur offrant la possibilité de rédiger des protocoles de coopération[1230] qui « *permettent à un professionnel de santé de transgresser les règles monopolistiques encadrant son activité afin de déléguer certains actes à un professionnel de santé d'une catégorie distincte* »[1231]. Dès lors, le projet de télémédecine peut s'accompagner de la mise en œuvre d'un tel protocole au niveau de l'équipe de soins de l'USMP mais également

[1225] HAS, *Rapport d'évaluation économique de la télésurveillance pour éclairer la décision publique*, 10 déc. 2020 ; I. HAUGER, A. GARAY, « télémédecine gériatrique, enjeux et défis », *RGDM*, 2016, n°60, p. 229.
[1226] Circulaire n° DGAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques.
[1227] *V.* DGOS, *Évaluation des expérimentations de télésurveillance du programme national étapes*, Rapport au parlement, novembre 2020 ; P. SIMON, « Ce que dit l'arrêté du 6 décembre 2016 sur le programme national de télésurveillance des patients atteints de maladies chroniques (ETAPES) », *Télémédaction*, déc. 2016.
[1228] Il souligne toutefois que la plupart des organisations de télésurveillance médicale, mises en place au cours des dix dernières années, l'ont été à l'initiative d'établissements de santé, publics ou privés, P. SIMON, « Quelles pourraient-être les organisations professionnelles innovantes de télésanté ? », *Télémedaction*, 10 déc. 2020.
[1229] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
[1230] CSP, art. L.4011-1 ; ces protocoles sont donc à distinguer des protocoles entre l'EP et l'ES de rattachement déjà mentionnés auparavant.
[1231] P. DESMARAIS, « Les protocoles de coopération entre PDS : un dispositif à peaufiner », *RDSS*, 2012, p. 513.

entre les établissements, au niveau d'un groupement hospitalier de territoire (GHT)[1232], par le biais d'un « *protocole local expérimental* »[1233]. Le patient doit toujours en être informé[1234] et ce protocole doit bien sûr prévoir la gestion qui sera faite des données de santé[1235]. La partie réglementaire du code précise les types d'actes pouvant être délégués[1236]. La logique veut que dans le cas d'un protocole entre médecins et infirmiers, seront transférés aux infirmiers des actes ressortant de la sphère médicale, des « *compétences partagées* »[1237] ou « *médico-déléguées* »[1238]. Dans un souci de sécurité du patient et de contrôle des professions réglementées visées à l'article L.4011-1, l'ARS délivrait au préalable une autorisation d'adhésion à ce protocole de coopération. Désormais, un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la HAS définit les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération auxquels les professionnels doivent se conformer[1239]. L'ARS conserve toutefois son rôle de contrôle, *a fortiori* lorsque la mise en place d'un protocole est soumise à déclaration[1240]. Au sein des lieux privatifs de liberté, il nous semble opportun de mettre en place des protocoles locaux qui élargiraient le champ d'intervention des professionnels en nombre comme en spécialité, particulièrement à l'échelle des GHT[1241]. De plus, une réflexion doit être menée sur la possibilité de rédiger un protocole national spécifique à la télésurveillance en détention[1242]. Cette démarche d'organisation inter établissements pourrait reposer, sans surprise, sur Mon Espace Santé et le DMP. Enfin, toujours dans cette optique de réduction de l'activité de l'hôpital

---

[1232] Mis en place par l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; l'ambition est de favoriser le travail en réseau et la coopération entre les établissements à l'échelle d'un territoire ; CSP, L. 6132-1.

[1233] CSP, art. L. 4011-4.

[1234] CSP, art. L.4011-1 « *Le patient est informé des conditions de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération* ».

[1235] Cf. *infra* n° 444.

[1236] CSP, art. R.4311-1 et s.

[1237] Art. R. 4311-9.

[1238] Art. R. 4311-7.

[1239] CSP, art. L.4011-2, CSP, art. R.4011-1 et s. issus du Décret n°2019-1482 du 27 décembre 2019 définissant les exigences essentielles de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé.

[1240] CSP, art. D.4011-4-2.

[1241] La mise en œuvre d'un protocole de coopération étant indifférente au mode d'exercice (salarié public ou privé, libéral etc…) et au cadre d'exercice (établissements de santé, centres de santé, cabinet libéral, maison de santé pluri professionnelle etc…) ; pour aller plus loin, *V.* P. SIMON, « La télémédecine soignera-t-elle l'hôpital public ? », *Télémedaction*, 16 jan. 2022, disponible sur https://telemedaction.org/422016875/451536877 (consulté le 10 oct. 2024) ; J. HUBERT, F. MARTINEAU, Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Ministère des affaires sociales et de la santé, fév. 2016

[1242] CSP, art. L.4011-3, III. « Le protocole national et son modèle économique sont rédigés par une équipe de rédaction, sélectionnée dans le cadre d'un appel national à manifestation d'intérêt, avec l'appui des conseils nationaux professionnels et des ordres des professions concernées. Le protocole national est autorisé sur l'ensemble du territoire national par arrêté des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé qui se prononce sur sa compatibilité avec le décret mentionné à l'article L. 4011-2 du présent code. »

public, due à un « *hospitalocentrisme excessif* »[1243], le champ de la surveillance des maladies chroniques doit évoluer. Lorsqu'il relève directement d'une spécialité hospitalière, celle-ci peut être « *décentrée* »[1244] car ce sont des hospitalisations évitables, notamment en psychiatrie[1245]. La prise en charge y compris pour des symptômes liés à des pathologies psychiatriques est possible de façon ambulatoire en établissements pénitentiaires[1246]. Lorsque cela sera possible, il faudra déléguer certaines tâches à la médecine de ville[1247]. Enfin, les délégations de tâches à des professionnels non médicaux élargissent le champ d'action et permettent de recentrer le temps médical sur d'autres missions.

225. La prise en charge financière de la télésurveillance. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 qui en prévoyait le processus, la télésurveillance est entrée dans le droit commun du remboursement après la publication de deux décrets le 1er juillet 2023, sonnant le glas du programme ETAPES. Le premier porte sur les modalités d'évaluation et d'inscription au remboursement de la télésurveillance comme l'obligation pour chaque opérateur et exploitant de signer une convention de coopération à l'occasion d'une activité de télésurveillance médicale, celle-ci devant stipuler le DMN utilisé ainsi que les éventuels accessoires de collecte associés[1248]. Le second porte sur la déclaration des activités de télésurveillance des équipes soignantes aux ARS[1249]. Les pouvoirs publics ont fait le choix d'utiliser des dispositifs médicaux numériques pour assurer cette télésurveillance[1250], en témoigne la prise en charge anticipée des DMN à visée thérapeutique présumés innovants ou de télésurveillance médicale. Ce modèle de droit commun spécifique à la télésurveillance était prévu par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, ainsi que la fin de l'expérimentation ETAPES au 1er juillet 2023. Ce cadre réunit la rémunération du suivi

[1243] P. SIMON, « La télémédecine soignera-t-elle l'hôpital public ? », *Télémedaction*, 16 jan. 2022, disponible sur https://telemedaction.org/422016875/451536877 (consulté le 10 oct. 2024).
[1244] P. SIMON, « La télémédecine soignera-t-elle l'hôpital public ? », *Télémedaction*, 16 jan. 2022, disponible sur https://telemedaction.org/422016875/451536877 (consulté le 10 oct. 2024).
[1245] M. COFFEY, La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux, DREES, Études et résultats, n° 181, juillet 2022.
[1246] DREES, Panoramas de la DREES, Santé, Les établissements de santé, édition 2022, fiche 13, p. 111-119.
[1247] Leur présence est prévue dans les projets régionaux de santé créés par la loi HPST.
[1248] Décret n° 2022-1767 du 30 décembre 2022 relatif à la prise en charge et au remboursement des activités de télésurveillance médicale.
[1249] Décret n° 2022-1769 du 30 décembre 2022 relatif au contenu de la déclaration des activités de télésurveillance médicale aux agences régionales de santé.
[1250] Les entreprises exploitant des DMN pour la télésurveillance doivent se conformer aux obligations de sécurité et d'interopérabilité prévues par l'ANS et la CNEDiMTS pour être inscrites au remboursement, Agence du Numérique en Santé, Ministère de la Santé et de la Prévention, Haute Autorité de Santé, Prise en charge du droit commun de la télésurveillance, Webinaire, 22 fév. 2023, https://esante.gouv.fr/webinaires/prise-en-charge-du-droit-commun-de-la-telesurveillance.

médical réalisé à distance par une équipe soignante et celle du dispositif médical numérique associé. Il est complété par des arrêtés cadrant les rémunérations des équipes soignantes et le financement des solutions numériques[1251]. La France devient l'un des premiers pays de l'Union européenne à rembourser – hors expérimentation – les solutions de télésurveillance médicale. Néanmoins, il est nécessaire de rappeler que la suractivité de l'hôpital public « *est due pour l'essentiel au système T2A en place depuis 2004 qui oblige les hôpitaux à faire toujours plus d'activité pour être à l'équilibre financier* »[1252]. Or, l'établissement de santé de rattachement bénéficie, pour les dépenses de santé dites « MCO »[1253] liées aux patients détenus, d'une répartition particulière. Les établissements de soins distinguent les recettes issues de la tarification à l'activité (T2A) des crédits alloués au titre des missions d'intérêt général, dit plus simplement la « MIG ». La prise en charge des patients détenus en fait partie, il existe donc une MIG – pour chaque USMP et UHSI notamment – qui vient en complément des recettes de tarification prises en charge par l'Assurance Maladie et vise à adapter l'offre de soins aux spécificités du milieu carcéral[1254]. Cependant, l'évaluation de la MIG se fait sur les effectifs théoriques des établissements pénitentiaires et non sur la population réelle. Par conséquent, les difficultés entraînées par la surpopulation carcérale sont répercutées au niveau du financement des équipes sanitaires qui doit faire mieux à moyens constants[1255].

En ce sens, la télésurveillance est un moyen de réduire les coûts indirects, en diminuant les dépenses de transports sanitaires et d'hospitalisation. L'hypothèse dans laquelle l'emploi d'un dispositif médical serait plus coûteux que ces frais de déplacement et d'hébergement, serait un éventuel frein à l'utilisation de la télésurveillance en détention. Cela se fera au cas par cas, en gardant toujours à l'esprit l'égalité d'accès aux soins pour chaque détenu.

[1251] Arrêté du 16 mai 2023 fixant le montant forfaitaire de l'activité de télésurveillance médicale prise en charge par l'Assurance Maladie prévu aux II et III de l'article R. 162-95 du code de la sécurité sociale, ainsi que les modulations applicables à ces tarifs et la périodicité de leur révision ; Arrêté du 22 juin 2023 portant inscription d'activités de télésurveillance médicale sur la liste prévue à l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale ; Arrêté du 25 octobre 2023 relatif à la prise en charge anticipée numérique de certains dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique et certaines activités de télésurveillance médicale en application de l'article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale ; Arrêté du 25 octobre 2023 fixant les valeurs de la compensation financière de l'activité de télésurveillance médicale dans le cadre d'une prise en charge anticipée numérique par l'Assurance Maladie prévus aux II et III de l'article R. 162-117 du code de la sécurité sociale ; *V.* ég. Arrêté du 23 février 2024 pris par le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et la ministre du travail, de la santé et des solidarités, portant inscription d'activités de télésurveillance médicale sur la liste prévue à l'article L. 162-52 du Code de la sécurité sociale.

[1252] P. SIMON, « La télémédecine soignera-t-elle l'hôpital public ? », *Télémedaction*, 16 jan. 2022, disponible sur https://telemedaction.org/422016875/451536877 (consulté le 10 oct. 2024).

[1253] Pour « maladie, chirurgie, obstétrique ».

[1254] Ministère de la Justice, ministère des Solidarités et de la Santé, Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des PPSMJ, 2019, p. 424.

[1255] Entretien avec le docteur SEGONDY, chef de service de l'UHSI de Nancy, 20 fév. 2023 ; Entretien avec V. ARNOULD, Référente Soins aux Détenus, ARS Grand Est, 02 septembre 2024.

226. Le risque d'une médecine à deux vitesses. Les avantages organisationnels, sécuritaires et financiers pour l'équipe soignante et pour l'administration pénitentiaire peuvent provoquer une réelle rupture avec le système actuel. Une forme de médecine adaptée uniquement pour les personnes privées de liberté mais moins dans l'optique de leur accorder les mêmes droits d'accès aux soins que la population libre que pour des facilités d'organisation est un facteur de risque à prendre en compte. La télésanté ne doit pas devenir un prétexte pour imposer aux détenus une prise en charge au rabais, une sous-médecine. Plusieurs études récemment publiées montrent l'importance de l'accompagnement thérapeutique assuré par des infirmiers spécialisés dans la pathologie concernée[1256], ainsi que l'engagement du patient dans son propre suivi[1257]. A titre d'exemple, si de nombreuses pathologies chroniques[1258] peuvent bénéficier des applications figurant dans Mon espace santé, certains professionnels refusent de limiter la télésurveillance médicale à l'usage d'un outil, d'un objet connecté fournissant des alertes à un logiciel donné et préconisent un accès élargi aux professionnels non médicaux[1259]. La notion de « e-parcours » caractérisant le suivi d'un parcours de soins à distance n'induit pas l'existence de « e-soins ». La prise en charge doit être de qualité similaire voire supérieure lorsque TIC le permettent, et le milieu carcéral n'est pas une parenthèse juridique à cette obligation. Le juriste doit anticiper les conséquences que peut engendrer le recours à la télésanté sur les patients détenus, spécifiquement sur la relation de soins entre ces derniers et les professionnels de santé.

[1256] P. SIMON, « Comment interpréter la régulation de l'activité de télésanté par l'Assurance Maladie dans le post-*Covid-19* ? », *Télémédaction*, 25 janv. 2023. Disponible sur https://telemedaction.org/422016875/une-t-l-m-decine-plut-t-bottom-up-que-top-down (consulté le 10 octobre 2024)

[1257] H. DUMEZ, É. MINVIELLE, « L'e-santé rend-elle la démocratie sanitaire pleinement performative ? », *Systèmes d'information & management*, vol. 22, no. 1, 2017, pp. 9-37.

[1258] Comme l'hypertension artérielle, l'obésité, la maladie de Parkinson, l'épilepsie, la rémission post-chimiothérapie, etc.

[1259] P. SIMON, « Qu'apporte Mon Espace Santé (MES) dans le développement de la télésurveillance médicale ? », *Telemedaction*, 10 septembre 2021, disponible sur : https://telemedaction.org/432098221/450445207 (consulté le 03 octobre 2024)

Conclusion du Chapitre II

227. Le foisonnement des outils technologiques dans le monde sanitaire est un moyen de développer quantitativement et qualitativement l'accès aux soins des personnes écrouées. Si certains de ces outils sont déjà adaptés au milieu carcéral et gagneraient à être plus employés dès maintenant, comme le DMP ou la télésurveillance, d'autres le sont beaucoup moins, à l'image de certains dispositifs médicaux connectés. Les objets connectés inappropriés à un usage individuel en cellule associés à des biais d'apprentissage font de l'intelligence artificielle une solution en demi-teinte, la rendant inefficace si elle ne prend pas en compte les spécificités d'un patient qui évolue en prison. Le premier défi est aujourd'hui d'orienter les règles de responsabilité vers l'indemnisation des patients victimes d'un dysfonctionnement médical ou technique imputable à l'outil.

228. Le second défi réside dans la confiance inspirée par ces nouvelles formes de prise en charge, d'autant plus dans le contexte particulier de défiance que représente l'exécution d'une peine privative de liberté. Afin d'inspirer la confiance dans les outils, les réglementations nationales et européennes imposent certaines obligations aux fabricants et aux professionnels de santé, auxquelles s'ajoutent des incitations distillées par la *soft law*. Demeure toutefois le risque qu'un dossier comme le DMP soit utilisé à des fins judiciaires, devenant une sorte de « casier sanitaire ».

229. Les autorités nationales se montrent enthousiastes en légiférant en faveur d'une prise en charge par l'Assurance Maladie des objets connectés et de la télésurveillance, réduisant ainsi les inégalités d'accès aux soins entre patients incarcérés et libres, ou au sein même des patients incarcérés. La résistance dont font preuve les médecins libéraux forme un obstacle de plus à l'accès à la médecine de ville, et donc indirectement à la liberté d'accès aux soins pour les patients détenus.

Conclusion du Titre II

« *Ce que nous devons tous faire, c'est nous assurer que nous utilisons l'IA d'une manière qui profite à l'humanité, et non au détriment de l'humanité*. »

Tim Cook, PDG d'Apple.

230. En présentant de nombreux aspects positifs liés à l'amélioration de la prise en charge individuelle et de la santé publique, la technologie vient au secours de l'organisation des soins de façon générale et en milieu carcéral de façon spécifique. Coordination entre l'USMP et l'établissement de rattachement après une hospitalisation, suivi des condamnés présentant des troubles addictifs ou psychiatriques, prévention ou encore lien ville-hôpital : il est aisé d'énumérer les bénéfices d'une numérisation de la santé en milieu carcéral. L'imbrication de la télésanté dans le système français nécessite toutefois certaines évolutions au sein des établissements de soins et entre ces lieux de soins et les autres établissements de soins ou USMP, si l'on veut exploiter ces nouvelles opportunités.

231. L'ensemble des pratiques permettant une connexion à distance doivent être envisagées en détention, tant pour assurer des soins à moindre coût que pour libérer du temps médical, et pour faire gagner en autonomie les personnes écrouées. Néanmoins, si la télésanté peut apporter un soutien face au manque de personnel sur place, la prise en charge à distance des personnes privées de liberté n'est pas une solution miraculeuse supprimant les besoins en matière d'équipements médicaux en établissements. Les pouvoirs publics doivent s'astreindre à des investissements aujourd'hui dont les bénéfices en termes de santé publique seront tirés demain.

Conclusion de la Partie I

232. En milieu carcéral, l'individu concerné cumule son statut de patient avec celui de détenu, entraînant *a priori* des difficultés en matière d'égalité avec le milieu libre, et par définition, en matière de liberté. L'offre de soins en détention est particulièrement hétérogène selon les établissements, d'abord en fonction du placement de l'établissement sur le territoire national, et ensuite à cause des équipes médicales sous-dimensionnée de l'USMP, justifiée par les difficultés d'accès et par la faible attractivité de l'exercice en détention. L'égalité d'accès aux soins des détenus, si on la compare à celle des patients libres, constitue un véritable mirage au creux de ces déserts médicaux particuliers, au sein desquels la télésanté se présente alors comme une solution, une oasis. Si le détenu n'est privé en théorie que de sa liberté d'aller et venir, sa liberté d'accès aux soins est également réduite, de fait, par le contexte carcéral.

233. Les initiatives locales se multiplient, mais malgré une posture engageante des autorités nationales, l'efficacité des actions mises en œuvre laisse de marbre. Ces atteintes répétées aux principes d'égalité et de liberté dans l'accès aux soins ont pu être considérés au sujet des services d'urgences, comme « *un reflet de l'ensemble des dysfonctionnements de notre système de santé* »[1260]. Cela fait étrangement écho à la pensée selon laquelle « *on peut mesurer le degré de civilisation d'une société en visitant ses prisons* »[1261], ou encore selon laquelle *« la prison, c'est le miroir dans lequel la société ne veut pas se voir* »[1262]. Deux administrations aux rôles différents voire ambivalents se rejoignent donc dans un parallèle évident, parfois pour partager les mécanismes qui forment leur mode de fonctionnement, et parfois pour les dysfonctionnements qu'elles exposent[1263].

234. La politique de santé menée par l'État défend deux objectifs complémentaires : la réduction des inégalités territoriales de santé et l'amélioration de l'accès aux soins pour les détenus. Le développement d'outils juridiques incitatifs au développement de la télésanté sont justifiés par les apports de cette nouvelle forme de prise en charge pour les patients détenus. Ses conséquences sont indubitablement bénéfiques pour l'accès aux soins au sens de l'acte

[1260] L. COHEN, C. GENISSON, R-P. SAVARY, « Les urgences hospitalières : miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », Rapport d'information, Commission des affaires sociales, n° 685, 26 juillet 2017, p. 13.
[1261] F. DOSTOÏEVSKI, *Souvenirs de la maison des morts*, 1862 / The House of the Dead (1862) as translated by Constance Garnett; as cited *in* The Yale Book of Quotations (2006) by Fred R. Shapiro, p. 210.
[1262] C. ROTACH, *Directrice de prison : terrorisme, surpopulation, suicides... : tout ce qu'on ne peut pas dire*, Paris, Plon, 2019.
[1263] Pour aller plus loin v. B. PY (dir.) et al., *Relations hôpital-prison*, Bordeaux, LEH Édition, 2023.

technique, mais il nous appartient d'interroger les répercussions qu'entraine une telle forme de soins sur les aspects relationnels de la prise en charge. De façon générale et de surcroît en milieu carcéral, la santé des personnes incarcérées ne peut être sacrifiée sur l'autel de l'efficience, jusqu'à leur imposer une sous-santé, une santé low-cost, ou en langage informatique, une santé « en mode dégradé ». Le développement des outils technologiques ne pourra se faire qu'avec la confiance des patients dans leur emploi.

Partie II : Une relation de soins fragilisée

« *La technique est moins importante que les hommes ou que la société, l'important, c'est le projet humain qui est derrière* »[1264]

Dominique WOLTON.

235. Le recours à la télésanté « *porte sur un domaine qui ne se prête pas spontanément à la dématérialisation* »[1265]. L'acte de soins est depuis toujours fondé sur une relation humaine de confiance qui implique une présence, un examen physique[1266]. Cela se matérialise aujourd'hui par l'interdiction pour les médecins de pratiquer la médecine foraine[1267], ou encore de réclamer des honoraires pour un simple avis ou conseil dispensé par téléphone[1268]. Ainsi, la relation humaine sur laquelle se fonde l'acte médical revêt un caractère particulier qui fut très tôt encadrée. On fait remonter à Hippocrate l'introduction du secret professionnel des médecins, mais le célèbre serment mentionne également le fait d'informer les patients « *des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences* », et impose au médecin de respecter « *toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté* »[1269]. Sans valeur réglementaire aujourd'hui ce serment conserve donc un intérêt. Il nous offre une photographie de ce que représentent les droits du patient au IV^{ème} siècle avant JC, et donc un point de comparaison pour l'évolution de la place du patient dans la relation de soins, notamment ses droits en matière d'autonomie. En jurant « *je tairai les secrets qui me seront confiés* », les médecins qui prêtent serment nous rappellent que la relation de soins qu'ils ont avec leur patient est duale, les échanges doivent se faire dans l'intimité de cette bulle où seuls le patient et le médecin peuvent entrer. La télésanté apparaît alors comme un bouleversement de la relation (**Titre I**) en permettant à des tiers toujours plus nombreux d'infiltrer la relation autrefois réservée au professionnel de santé et son patient (**Titre II**).

[1264] D. WOLTON, *Internet et après*, Flammarion, 1999.

[1265] O. RENAUDIE, « La télésanté, vers un autre rapport(x) territoire(s) ? », *in* : S. BRIMO, O. RENAUDIE (dir.), *Santé et territoire(s)*, Paris, LexisNexis, 2022, p. 155.

[1266] Dont trouve les traces dans le « Manuel de diagnostic » écrit par ESAGIL-KIN-APLI plus de 1000 ans avant JC, pour aller plus loin *V.* not. H. F. J. HORSTMANSHOFF, M. STOL, *Magic and Rationality in Ancient Near Eastern and Graeco-Roman Medicine*, éd. Brill, 2004, p. 99.

[1267] CSP, art. R. 4127-74.

[1268] CSP, art. R. 4127-53.

[1269] Hippocrate de Cos, *Serment d'Hippocrate*, IV^{ème} siècle avant JC.

Titre I : Une relation de soins métamorphosée

236. Les technologies de l'information et la communication ont, comme leur nom l'indique, révolutionné la manière dont la société aborde les échanges. Au-delà de la prouesse technologique qu'elles représentent, le développement des infrastructures de télécommunications et de réseaux dans les années 1990 ont mené à des « *autoroutes de l'information* »[1270] qui ont été étendues au grand public. Devenus incontournables dans le quotidien, ils sont « *considérés comme des moyens pour élargir, enrichir et pour maintenir le lien social* »[1271] permettant la mise en relation des personnes, la création de réseaux[1272]. La révolution informationnelle aurait également entraîné un développement de l'autonomie individuelle[1273]. Dans le milieu médical, le mouvement de « *démocratie sanitaire* »[1274] transforme la vision du patient qui devient beaucoup plus acteur de sa prise en charge, qui devient un « *patient actif* » ou « *actient* »[1275]. Or, si les technologies « *font évoluer la manière de voir la santé et corrélativement de faire de la médecine* »[1276]. L'avènement des

[1270] Expression popularisée par A. GORE, vice-président des États-Unis de 1933 à 2001.
[1271] M. ALAOUI SOULIMANI, « Les Nouvelles Technologies de l'information et de La Communication (NTIC) Au Service de l'éducation, de La Communication, de La Langue et de La Culture », *Ziglôbitha* 2.10, 2024, pp. 321–334, en ligne (consulté le 08 octobre 2024)
[1272] Le réseau et l'interconnexion d'une ou plusieurs ordinateurs (réseau informatique) ou personnes (réseau relationnel). Il peut également être défini comme un ensemble de personnes qui communiquent entre elles et dépendent généralement d'un organisme central, TLFi, <http://www.atilf.fr/tlfi>, ATILF - CNRS & Université de Lorraine, *V.* « réseau »
[1273] P. FLICHY, « L'individualisme connecté entre la technique numérique et la société », *Réseaux* n°124, FT R&D / Lavoisier, 2004, pp. 17-51.
[1274] V. not. J. SEBAI, « La e-santé et le patient 2.0 : la colonisation démocratique ! », *Marché et organisations*, vol. 38, n° 2, 2020, p. 123-144 ; M. BRASSET, *Démocratie sanitaire et e-santé, Le droit à l'information du patient : effectivité en e-santé*, Mémoire de recherche, Université de lorraine, 2021-2022 ; F. GRABIAS, *Retour sur 20 ans de démocratie sanitaire*, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. "À la croisée des regards", p.107-122 ; C. DUSSART (dir.), V. SIRANYAN, M.-A. NGO, P. SOMMER, *De la démocratie sanitaire à la démocratie en santé, 2 vol.*, Bordeaux, LEH Édition, 2020, coll. "Actes et séminaires" ; Dossier, La mise en œuvre de la « Démocratie sanitaire », *RGDM*, n°82, 2022, pp. 57-122 ; Dossier : « La loi du 4 mars 2002 : vingt ans après », *RDSS* 2022 p.195 ; G. ROUSSET, « Patients : droits et rôles nouveaux », *RDSS* 2022, p. 87 ; D. CRISTOL, « L'usager dans la stratégie nationale de santé : la démocratie en santé en quête d'un nouveau souffle », *RDSS* 2018, p. 413 ; A. LAUDE, « Le patient, nouvel acteur de santé ? », *Dalloz Actualité*, 16 mai 2007.
[1275] « Patient actif » ou « Actient » : « *Patient qui cherche à s'informer et tient à prendre une part active dans les décisions concernant sa santé* », FranceTerme, Délégation générale à la langue française et aux langues de France ; CNIL, *Le corps, nouvel objet connecté, Du quantified-self à la M-santé : les nouveaux territoires de la mise en données du monde*, Cahiers IP, CNIL, mai 2014 ; C. GUY, « Du patient à l'actient, de la prise en charge thérapeutique individuelle à l'approche préventive pluridisciplinaire. Comment allier pluridisciplinarité et prévention en milieu libérale », *Kinésithérapie, la revue*, Vol 18, n° 194, février 2018, p. 38.
[1276] Conseil général de l'économie, de l'industrie, de l'énergie et des technologies (CGEIET), *Bien vivre grâce au numérique*, Rapport, février 2012, p. 27.

technologies aurait faire naître une forme de « *démocratie numérique* »[1277], favorisant l'information, le consentement, l'échange. La télésanté devrait être un moyen sans précédent de favoriser l'autonomie du patient en milieu carcéral, cette autonomie n'est qu'illusoire (**Chapitre I**) et la distance participe à une forme de dissipation de la relation de soins historique entre le patient et le professionnel de santé (**Chapitre II**).

[1277] Déclaration de R. PICARD dans CNIL, *Le corps, nouvel objet connecté, Du quantified-self à la M-santé : les nouveaux territoires de la mise en données du monde*, Cahiers IP, CNIL, mai 2014, p. 16.

Chapitre I : Une autonomie illusoire en milieu carcéral

237. Deux piliers de la démocratie sanitaire. En faisant du malade un véritable acteur de sa santé[1278], la loi du 4 mars 2002 a fait entrer le principe de démocratie sanitaire dans notre législation. Une nouvelle relation « *saisie par l'équilibre et la responsabilité* »[1279] a vu le jour, et dont les deux piliers sont le droit à l'information et le droit consentement[1280]. Le développement des TIC entraîne une nouvelle phase de développement dans la relation de soins, révolutionnant la manière dont les patients s'informent et informent les professionnels (**Section I**) tout en bouleversant leur rôle dans la prise de décision (**Section II**).

Section I – L'information révolutionnée

238. L'écosystème de la santé numérique transforme fondamentalement le rapport des patients à l'information, ce qui mène à un changement du droit à l'information tel qu'il est conçu dans la loi (**§ I**). Malheureusement, les caractéristiques du droit à l'information semblent être désavouées par la technologie (**§ II**).

§ I – La transformation du droit à l'information médicale grâce à la technologie

239. Le code de la santé publique prévoit un droit à l'information sur sa santé pour tous les patients, droit étendu depuis une vingtaine d'années dans une dynamique de renforcement de la place du patient. En ouvrant de nouvelles voies de transmission de l'information médicale (**B**), l'évolution de la e-santé est une nouvelle étape dans le renforcement du droit à l'information du patient (**A**).

A. La technologie, vecteur du droit à l'information

240. Le droit à l'information en tant qu'usager du système de santé. La prise en charge des PPSMJ est assurée par le service public hospitalier depuis 1994[1281], leur assurant le bénéfice des droits des patients inscrits au code de la santé publique. La loi du 4 mars 2002[1282] donne

[1278] « D'un principe de bienveillance du médecin vers un principe d'autonomie du patient », A. LAUDE, « Le patient, un nouvel acteur de santé ? », *Dalloz*, 2007, p. 1151.
[1279] M.-L. MOQUET-ANGER, « Le droit des personnes hospitalisées », *RDSS*, 2002, p. 657.
[1280] *Ibid*.
[1281] Loi du 18 janvier 1994 préc.
[1282] Loi du 4 mars 2002 préc.

une importance particulière aux *« droits des personnes malades et des usagers du système de santé »*, premier titre du Code de la santé publique et marque ainsi « *tout le Code de la santé publique du sceau des droits de l'Homme »*[1283]. La précision est importante, ces droits bénéficient à tout patient en tant que personne, mais également en tant qu'usager du système sanitaire[1284]. Or, le CSP ne définit pas ce qu'est un usager du système de santé, *« la notion d'usager se déduit finalement des droits qui lui sont reconnus à titre individuel »*[1285] parmi lesquels le droit à l'information sur son état de santé[1286] et à consentir de manière éclairée[1287]. Le code de la Santé publique lui confère par ce statut un « *rôle actif dans la prise en charge sanitaire* »[1288]. Le droit à la protection de la santé étant au bénéfice de « *toute personne* »[1289], il inclut donc, de fait, les PPSMJ[1290]. Les individus qui sont dans cette situation se trouvent à un carrefour, statut hybride entre administré par le ministère de la justice et usager du service public de santé. Or, en tant qu'administré comme un autre, la PPSMJ doit à ce titre conserver tous les droits autres que ceux dont l'administration pénitentiaire le prive[1291], parmi lesquels figurent les droits en tant qu'usager du service public hospitalier. La personne détenue bénéficie alors *« de tous les droits puisés dans sa qualité de citoyen[1292] et d'usager du service public pénitentiaire et hospitalier, hormis la liberté d'aller et venir, exerce, au même titre que toute*

[1283] Y. LAMBERT-FAIVRE, « La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Partie II : Les droits des malades, usagers du système de santé », *Recueil Dalloz*, 2002, p. 1291, cité par R. BOURRET, D. CAZALÈDES, É. MARTINEZ, F. VIALLA, « Détenus et droit à l'information », *RDS*, n°59, p. 1205.

[1284] A. DEVERS, « L'usager du système de santé », *Gérontologie et société*, vol. 28/115, no. 4, 2005, pp. 39-48 ; v. ég. M. COLDEFY, L. COM-RUELLE et V. LUCAS-GABRIELLI, « Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine », Études et résultats, DREES, n° 764, juin 2011 ; A.-C. HARDY, « La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté », *RDSS*, n°4, 2013.

[1285] A. DEVERS, « L'usager du système de santé », *Gérontologie et société*, vol. 28/115, no. 4, 2005, pp. 39-48.

[1286] CSP, art. L. 1111-2 ; v. ég. M.-L. MOQUET-ANGER, Le droit des personnes hospitalisées, RDSS, 2002, p. 657.

[1287] « *Ensemble des droits reconnus aux personnes prises en charge dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux* », v. M.-F. CALLU, M. GIRER, G. ROUSSET, *Dictionnaire de droit de la santé*, 2e éd. LexisNexis, 2021.

[1288] R. BOURRET, D. CAZALÈDES, É. MARTINEZ, F. VIALLA, « Détenus et droit à l'information », *RDS*, n°59, mai 2014, p. 1203.

[1289] CSP, art. L. 1110-1.

[1290] Cela est rappeler dans l'Axe 4 de la Stratégie Santé des PPSMJ, 2017, p. 21 ; v. ég. Ministère de la justice, ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route Santé des PPSMJ 2019-2022, 2022, Action n°28, p. 60.

[1291] « *Bien que mis à l'écart, et que sa relation avec le service public pénitentiaire est complexe à définir, il est a minima un administré. À ce titre, il doit conserver tous les autres droits que détient chaque administré et pouvoir les exercer, même si les murs de la prison, les exigences de sécurité, impliquent parfois des aménagements restrictifs* » : B. GONÇALVES, *Le détenu : du statut d'assujetti au service public au statut d'usager du service public*, Thèse dactyl., Droit, Université Clermont Auvergne, 2020, p. 299.

[1292] G. CANIVET, « Amélioration du contrôle extérieur des établissements pénitentiaires, rapport au ministre de la Justice », *La documentation française*, 2000, p. 13.

autre personne et ne faisant l'objet d'aucune discrimination, son droit à l'information tel qu'il est garanti par l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique[1293] »[1294].

241. Pour un « *empowerment* » du patient privé de sa liberté. La ministre de la santé Agnès BUZYN déclarait en 2018 que « *Le virage numérique en santé doit avoir comme objectif essentiel de repositionner l'usager comme premier bénéficiaire des services numériques en santé en lui donnant les moyens d'être vraiment acteur de sa santé*[1295] »[1296]. La notion d'*empowerment* ou de « pouvoir d'agir »[1297] s'inscrit dans la démarche contemporaine de la « démocratie sanitaire ». En effet, la démocratie sanitaire, en plus du nom donné au titre 2 de la loi du 4 mars 2002[1298], est un mouvement prônant la réduction de ce qui était jusqu'alors « *une asymétrie d'information et de la connaissance* »[1299]. La doctrine de la démocratie sanitaire, ou démocratie en santé selon les auteurs[1300], née de trois mouvement successifs[1301], vient confronter la relation historique du patient avec son médecin, relation de pouvoir marquée par l'asymétrie des connaissances et de l'information pour aller vers un « *paternalisme médical choisi* »[1302]. Car le savoir – et donc l'information sur sa santé – c'est du pouvoir. Or comme l'exprime Christian SAOUT[1303], ce que veulent les patients « *c'est avoir du savoir, avoir de la connaissance pour pouvoir mener sa vie de malade, sa vie de patient, du mieux qu'on*

[1293] CSP, art. L. 1111-2 : « *portant sur les « différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus* ».

[1294] R. BOURRET, D. CAZALÈDES, É. MARTINEZ, F. VIALLA, « Détenus et droit à l'information », *RDS*, n°59, mai 2014, p. 1205.

[1295] Voir le rapport fondateur sur cette notion d'acteur de sa santé grâce au numérique : D. PON, A. COURY *Stratégie de transformation du système de santé*, Rapport final, Accélérer le virage numérique, juin 2018, pp 8-16.

[1296] A. BUZYN, « Dossier médical partagé », Conférence de presse, 6 novembre 2018.

[1297] M. DEL RIO CARRAL, P. ROUX, C. BRUCHEZ, et al., « Santé digitale : promesses, défis et craintes. Une revue de la littérature », *Pratiques Psychologiques*, 2016.

[1298] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

[1299] H. DUMEZ, É. MINVIELLE, « L'e-santé rend-elle la démocratie sanitaire pleinement performative ? », Systèmes d'information & management, vol. 22, no. 1, 2017, pp. 9-37 : « *L'emploi du terme de « co-construction », souvent prononcé ces dernières années, incarne cette volonté de poursuivre l'effort de réduction de l'asymétrie d'information entre médecin et patient. L'attente exprimée est forte et multiple : introduire une relation plus collaborative avec les médecins, affirmer une plus grande autonomie dans les prises de décision et garantir une émancipation dans la gestion de son parcours de santé* ».

[1300] D. CRISTOL, « L'usager dans la stratégie nationale de santé : la démocratie en santé en quête d'un nouveau souffle », *RDSS*, 2018, p. 413.

[1301] D. TABUTEAU, La place de l'usager. Vers une vraie démocratie sanitaire ? Les Actes des Universités d'été de l'ANAP, 2015, Tours.

[1302] B. LEGROS, « Le paternalisme médical en droit français. Entre maintien et transformation », *in* C. CASTAING, H GAUMONT-PRAT, A. LECA, *Mélanges en l'honneur de J.-M. CLÉMENT*, Enseignement, Hôpital, Médecine, LEH, 2014, p. 173 cité par J. SAISON, « Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital », *RDSS* 2022, p. 197.

[1303] Ancien président de l'association AIDES, et leader du mouvement pour la démocratie sanitaire.

l'entend. »[1304]. Ceux qui se réclament de cette mouvance constatent un rééquilibrage de cette asymétrie, cachée derrière plusieurs notions[1305] allant de la « *capacitation du patient* » ou « *patient engagement* »[1306]. La plus répandue est incontestablement la notion de « *participation du patient* » ou la « *logique participative* »[1307]. Comment cette logique de démocratie sanitaire s'inscrit-elle alors dans un contexte numérique, et *a fortiori* dans un contexte de privation de liberté ? Marysol TOURAINE, Ministre de la Santé, affirmait dans son discours de lancement de l'institut pour la démocratie en santé (IPDS) que *la e-santé est un facteur d'« empowerment » individuel « qui permet de donner des armes pour accéder à la liberté et à l'autonomie »*[1308]*. Elle apportait également une distinction entre le niveau individuel et le niveau collectif où le numérique serait « un facteur de mise en réseau, de transparence, et d'émancipation »*[1309]*.On ne peut que constater l'intérêt de la e-santé pour des personnes qui sont privées de leur liberté et donc, le plus souvent, privées de leur autonomie au niveau individuel et en situation d'isolement par rapport aux professionnels de santé.* Or, désormais, la capacité à connecter des objets entre eux permet de *« déporter la fonction « communication » qui imposait à chaque équipement d'être doté d'une interface homme-machine* »[1310], la mesure pouvant désormais être réalisée de façon autonome[1311]. Au-delà de ces gains en autonomie[1312], c'est penser le patient au centre du système de santé[1313] et donc une modification drastique du colloque singulier tel qu'envisagé historiquement, « *aussi, la relation entre un patient et un professionnel de santé qui avait, au fil du temps, évolué vers un rééquilibrage des rôles de*

[1304] E. FAVEREAU, « La démocratie sanitaire, un concept flou mais indispensable », *Libération*, 7 juill. 2015.
[1305] Pour aller plus loin, v. H. DUMEZ, É. MINVIELLE, « L'e-santé rend-elle la démocratie sanitaire pleinement performative ? », *Systèmes d'information & management*, vol. 22, no. 1, 2017, pp. 9-37.
[1306] *Ibid*.
[1307] A.-S. CASES, L'e-santé : l'*empowerment* du patient connecté, « Journal de gestion et d'économie médicales », 2017/4 Vol. 35, p. 143. : « *Le contexte particulier des maladies chroniques est caractérisé par la participation du patient au processus de soin (selfcare) et nécessite une relation continue entre le patient et les professionnels de santé*. »
[1308] Déclaration faite durant son mandat en tant que ministre des Affaires sociales et de santé du gouvernement de Bernard Cazeneuve (2016-2017) ; La santé numérique : entre fantasme et réalité, Le Point, 03 juin 2017, web, https://www.lepoint.fr/sante/la-sante-numerique-entre-fantasme-et-realite-03-06-2017-2132585_40.php
[1309] *Ibid*.
[1310] L. VIALLARD, « Les technologies de l'information dans la santé. Cadre de réflexion sur leur portée et leur impact », *in* I. POIROT-MAZÈRES (dir.), Santé, numérique et droit-s, *op. cit.* p. 197-207.
[1311] « *Par un objet miniaturisé puis son résultat transmis à un système de traitement qui restituera l'information au format approprié* », L. VIALLARD, « Les technologies de l'information dans la santé. Cadre de réflexion sur leur portée et leur impact », *in* I. POIROT-MAZÈRES (dir.), Santé, numérique et droit-s, *op. cit.* p. 197-207.
[1312] HAS, *Évaluation économique de la télésurveillance pour éclairer la décision publique*, Rapport d'évaluation, 10 déc. 2020 p. 78.
[1313] E. BUREAU, J. HERMANN-MESFEN, « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Revue internationale d'anthropologie de la santé*, introduction au dossier 2014 ; 8 : 1-18.

chacun, est peut-être en train de se transformer en profondeur sous l'effet de la technologie. »[1314].

B. La technologie, vecteur de transmission des informations

242. Les évolutions technologiques promues par la e-santé élargissent le spectre de l'information pour les patients (**1**) mais le contexte carcéral érige des barrières techniques limitant l'accès à l'information pour les patients détenus (**2**).

1) Une ouverture de l'information aux détenus par la télésanté

243. Une simplification du droit d'accès aux informations. Le législateur de 2002 a ajouté un « *complément du droit à l'information* »[1315] bienvenu, le principe d'accès direct au dossier médical[1316]. Les difficultés de respect des délais de communication, l'importance des frais de reproduction demandés au patient et la transmission défectueuse de certains dossiers forment cependant des obstacles non négligeables à cet accès à une « *information a posteriori* »[1317]. La réglementation relative aux données à caractère personnel, devrait être un moyen de contourner cette inertie des établissements dès lors que l'article 5 du RGPD prévoit un droit d'accès aux données à caractère personnel[1318], mais la CJUE, tout en affirmant que le droit d'accès aux données est discrétionnaire et que ses motivations ne peuvent être contrôlées par le responsable de traitement avant d'y faire droit, a précisé que le paiement de frais ne constitue pas une limite admissible au droit d'accès[1319]. Cependant et dans l'hypothèse d'un refus réitéré ou de lenteurs non justifiées, les dispositifs de e-santé et le DMP en particulier, pourraient former une voie d'accès alternative à ces difficultés, voire devenir la voie d'accès royale ou principale pour les personnes privées de leur liberté. En effet, en tant que « *carnet de santé numérique* »[1320], le DMP se destine à la conservation des informations médicales. Sa mise en place devrait en théorie simplifier cet accès direct des patients détenus à leurs informations. Dans la mesure où

[1314] A.-S. CASES, « L'e-santé : l'*empowerment* du patient connecté », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2017/4 Vol. 35, p. 139.
[1315] M.-L. MOQUET-ANGER, « Le droit des personnes hospitalisées », *RDSS*, 2002, p. 657.
[1316] CSP, art. L. 1111-7.
[1317] G. ROUSSET, « Le droit à l'information de l'usager et du patient depuis les lois des 2 janvier et 4 mars 2002 », *RDSS*, 2012, p. 431. ; M.-L. MOQUET-ANGER, « Le droit des personnes hospitalisées », *RDSS*, 2002, p. 657.
[1318] RGPD, art. 15 : « *La personne concernée a le droit d'obtenir du responsable du traitement la confirmation que des données à caractère personnel la concernant sont ou ne sont pas traitées et, lorsqu'elles le sont, l'accès auxdites données à caractère personnel* »
[1319] CJUE, 26 oct. 2023, n° C-307/22, obs. T. DOUVILLE ; *Gaz. Pal*. n°12, avril 2024, p. 3-4 ; obs. G. PÉRONNE ; *Dalloz IP/IT*, 2024, p. 365 ; obs. D. Bouvier ; *JCP* 2023. Actu.
[1320] Voir site officiel dédié au DMP : https://www.dmp.fr/

« *l'établissement de santé ne respecte jamais le délai de 8 jours prévu par la loi* »[1321], le justifiant par le « *délai nécessaire à l'étude de la demande et des justificatifs d'identité l'accompagnant, à la transmission de la demande au service concerné, puis au temps de reprographie des pièces médicales qui composent un dossier souvent volumineux* »[1322], la généralisation du DMP devrait mettre fin à ce type d'obstructions. Devront cependant être prises en compte les contraintes liées à la privation de liberté pour que ce dispositif numérique puisse remplacer une procédure dysfonctionnelle, et non pas juste la déplacer.

244. Le contenu de l'information donnée aux personnes privées de liberté. Le contenu de cette information a été précisé à l'article L. 1111-2 du code de la santé publique qui énonce qu'elle porte « *sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus* ». L'information doit se faire avant l'acte médical, mais l'obligation ne s'arrête pas là puisqu'elle doit également intervenir *a posteriori* de l'acte médical[1323]. Cet article du code[1324] prévoit en effet une possibilité pour « *l'autorité administrative* » de mettre en demeure les professionnels de délivrer l'information qui n'aurait pas été délivrée conformément à l'article L. 1111-2 CSP. D'une part, il est à noter que cela n'est qu'une possibilité pour l'autorité administrative puisque la loi assure qu'en cas de risque, celle-ci « *peut*[1325] *mettre en demeure* ». D'autre part, l'incertitude sur l'autorité administrative compétente pour réaliser cette mise en demeure « *produit un risque d'inaction, chaque instance pouvant estimer que c'est un autre organe qui est en charge de cette mise en demeure* »[1326]. Cela est d'autant plus avéré dans le contexte particulier qu'est celui de la détention, où deux

---

[1321] A.-M. CERETTI, L. ALBERTINI, *Bilan et propositions de réforme de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011, p. 133, cité par G. ROUSSET, « Le droit à l'information de l'usager et du patient depuis les lois des 2 janvier et 4 mars 2002 », *RDSS*, 2012, p. 431.

[1322] A.-M. CERETTI, L. ALBERTINI, *Bilan et propositions de réforme de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, *op. cit.*, p. 431.

[1323] La suite de l'article L. 1111-2 étend cette obligation au suivi du patient : « lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver ».

[1324] CSP, art. L. 1413-13: « *En cas de risques pour la santé publique ou pour la santé d'une personne dus à une anomalie survenue lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention, l'autorité administrative peut mettre en demeure les professionnels, organismes ou établissements qui ont effectué ces investigations, traitements ou actions de prévention de procéder à l'information des personnes concernées s'il apparaît que cette information n'a pas été délivrée conformément à l'article L. 1111-2.* » ; CE 2 sept. 2009, Mme Peignien, req. n° 292783, Lebon ; AJDA 2009. 1581 ; D. 2009. 2283, obs. C. de GAUDEMONT ; RDSS 2010. 104, note F. DIEU.

[1325] Nous soulignons.

[1326] G. ROUSSET, « Le droit à l'information de l'usager et du patient depuis les lois des 2 janvier et 4 mars 2002 », *RDSS*, 2012, p. 431.

administrations cohabitent. Ensuite, « *le médecin ne peut informer que de ce qu'il sait ou prévoit et non de l'imprévisible ou l'irrationnel, il doit néanmoins donner au patient tous les éléments connus nécessaires au libre arbitre de ce dernier* »[1327]. Quand bien même la télésanté présente un intérêt immédiat pour l'état de santé du détenu[1328], l'objectif premier doit être celui de l'information, information qui doit être exhaustive car elle est principalement dédiée au consentement libre et éclairé. Or, qu'en est-il lorsque la prise en charge se fait par un procédé de télémédecine, voire grâce à des objets connectés dotés d'une IA ? Le code de la santé publique prévoit, comme cela a déjà été abordé, une obligation d'explicabilité pour les concepteurs d'un traitement algorithmique[1329]. Celle-ci bénéficie *a priori* au professionnel de santé utilisateur de la solution, mais *in fine*, le patient lui-même sera bénéficiaire de l'obligation d'information enjointe au médecin. Cela est une évolution importante dans la relation existante entre le patient et son médecin, l'information dépendant alors moins de l'expertise du médecin que des efforts d'explicabilité produits par le concepteur de l'algorithme en amont[1330].

245. Prévention en détention. En matière de prévention, que ce soit grâce aux informations « en libre-service » sur internet, grâce aux ressources officielles du ministère de la santé ou grâce à des outils comme l'espace numérique de santé ou un objet connecté, les patients ont désormais une multitude de moyens pour se prémunir face à certaines pathologies, ou bien simplement intégrer un cercle vertueux, une hygiène de vie. On distinguera alors la prévention individuelle, symbole d'autonomie du patient, de la prévention institutionnelle délivrée par les pouvoirs publics dans un objectif de santé publique : *« Lorsque nous pensons à la prison, nous ne voyons souvent qu'un lieu "qui enferme", et rarement […] un lieu "d'où l'on sort" alors même que, statistiquement, il y entre chaque jour à peu près autant de personnes qu'il en sort* »[1331].

[1327] M.-L. MOQUET-ANGER, « Le droit des personnes hospitalisées », *RDSS*, 2002, p. 657 ; v. ég. L. DAUBECH, « Dossier médical personnel et établissements de santé », *RGDM*, n° 20, 2006, p. 147.

[1328] A titre d'exemple, les « outils » alternatifs aux urgences sont souvent mieux adaptés pour des soins relevant classiquement de la médecine générale et donc ne nécessitant pas une extraction de la personne vers l'hôpital de rattachement, *V.* M. DEL SOL, « Médecine libérale et permanence des soins de ville », *RDSS* 2004, p. 261.

[1329] CSP, art. L. 4001-3.

[1330] Cela interroge également sur la rupture du colloque singulier classique entre médecin et malade car l'obligation du médecin est désormais dépendante d'un tiers.

[1331] P. COMBESSIE, « *Ambivalences des sociétés démocratiques vis-à-vis de la prison comme dispositif d'aide à la réinsertion : évolutions récentes (internet, téléphone mobile, radicalisation)* », *in* J. SCHMITZ (dir.), *Le droit à la réinsertion des personnes détenues*, Actes du colloque des 28 et 29 janvier 2016, Toulouse, p. 12.

En tout état de cause, si l'on additionne tous ces supports, « *le numérique tient une place privilégiée dans l'accès à l'information* »[1332], *a contrario*, cela pourrait vouloir dire que ce n'est plus le cas du professionnel de santé.

2) Les barrières de l'information en e-santé pour les détenus

246. De multiples sources d'information individuelle, mais non accessibles pour les détenus. L'avènement puis la généralisation d'internet ont révolutionné l'accès à tout type d'information, modifiant « *le paysage de la connaissance et du savoir* »[1333], et celles qui concernent la santé n'y font pas exception. Une part de plus en plus importante des patients utiliserait internet pour s'informer sur des questions de santé[1334], que ce soit sur les sites d'information grand public, des sites communautaires[1335], voire les réseaux sociaux[1336]. Ainsi, « *tous ces éléments font du patient connecté un interlocuteur informé*. »[1337], opposant une « *connaissance profane* »[1338] au savoir médical historique. C'est une petite révolution dans la mesure où « *cela leur permet de contourner les limites de disponibilité de temps d'échange avec celui qui était, traditionnellement, la seule source d'information santé pour le patient : son médecin* »[1339]. La présence en cellule et les besoins sécuritaires de la détention excluent à ce jour les patients détenus de l'accès à des outils comme internet (a) ou les objets connectés individuels (b).

[1332] O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS, La e-santé : nouvel outil de prévention et d'éducation à la santé ? *in* O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS (dir), *La e-santé en question(s)*, Presses de l'EHESP, 2020, p 10.

[1333] C. CECCHI, « La place de l'information dans la décision en santé publique », *Santé Publique*, vol. 20, no. 4, 2008, pp. 387-394.

[1334] « 68% des français ont déjà recherché des informations relatives à la santé sur le web (étude IPSOS, Mai 2016) » ; Selon une étude IFOP pour l'Agence Capital juillet 2013, les français, préoccupés par les questions de santé, utilisent internet pour chercher des informations de santé ; L. MARRAULD, H. DUMEZ, E. MINVIELLE, *État des lieux de la santé numérique*, Rapport remis à la Fondation de l'avenir, Mutualité française, Paris, 2015, p. 32.

[1335] On pense ici aux forums, dont le bien connu Doctissimo, permettant, entre autres, une confrontation des expériences entre les patients.

[1336] Dont 20% des discussions porteraient sur la santé : V. L. MARRAULD, H. DUMEZ, E. MINVIELLE, *État des lieux de la santé numérique*, Rapport remis à la Fondation de l'avenir, Mutualité française, Paris, 2015, p. 36.

[1337] C. CERISEY, G. MARSICO, E. KLEIN, L. MIGNON, « A la recherche du ePatient, Les Français et l'Internet Santé, Maladie chronique et Numérique Attitude », *LauMa communication, Patients & Web*, avril 2013 ; IPSOS Mai 2016 *Les Français et l'information* santé sur le Web, Rapport, 2016 p. 3 : « *l'accès à l'information via internet, les échanges avec les pairs sur les réseaux sociaux, le suivi des actualités de la recherche, la possibilité d'identifier personnellement l'offre de soins et les différentes alternatives thérapeutiques... »*

[1338] Déclaration de R. PICARD dans CNIL, Le corps, nouvel objet connecté, Du quantified-self à la M-santé : les nouveaux territoires de la mise en données du monde, Cahiers IP, CNIL, mai 2014, p. 16.

[1339] L. VIALLARD, « Les technologies de l'information dans la santé. Cadre de réflexion sur leur portée et leur impact », *in* I. POIROT-MAZÈRES (dir.), Santé, numérique et droit-s, *op. cit.* p. 197-207.

a) Internet en détention

247. Absence de connexion. Les détenus sont confrontés à un obstacle, et non des moindres, puisque l'accès à internet n'est pas disponible en détention[1340]. Il présente une utilité dès lors qu'il est nécessaire pour accéder à des actes de télémédecine. Il faut alors différencier l'accès à internet individuel pour les détenus de la couverture réseau des établissements pénitentiaires permettant à l'USMP d'exercer la télémédecine. Cependant, lorsque l'on mentionne l'information en santé, il est bien fait référence à un accès individuel[1341], et renforcer l'autonomie des détenus patients induit donc un accès amélioré à leurs documents, afin de faciliter le parcours médical pendant la vie carcérale, d'y accéder à l'occasion d'une sortie temporaire ou définitive, et pour sécuriser ces informations et éviter les pertes de documents. Du côté des acteurs publics, une circulaire du 13 octobre 2009 relative à l'accès à l'informatique pour les personnes placées sous-main de justice[1342] prévoyait que « *seuls les cas de menaces graves et manifestes pour la sécurité de l'établissement et des personnes peuvent justifier l'interdiction d'achat ou d'utilisation de matériels informatiques* », mais interdisait tout de même l'accès à internet en détention. En 2014[1343] une autre circulaire constatait que les PPSMJ « *n'accèdent en réalité qu'avec difficulté aux dispositifs de droit commun* »[1344] et affirmait que l'accès aux droits sociaux et à la protection sociale fait partie de cet ensemble des droits et dispositifs de droit commun auxquels la personne condamnée doit pouvoir accéder durant la période de détention, notamment pour contribuer à préparer sa sortie[1345]. Malgré la jurisprudence de la CEDH qui tend de plus en plus vers un accès à cette source d'information[1346] en justifiant que la privation de liberté n'entraîne pas de privation des autres droits fondamentaux[1347] ; et les demandes répétées du CGLPL qui rappelait en 2011 que le droit à l'accès à l'informatique ne peut pas être subordonné à une motivation particulière, à savoir

---

[1340] B. LECLERCQ, « La prison déconnectée », *OWNI,* 1er mai 2012, cité par C. COURT, « L'usage du numérique en milieu carcéral », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2015/3 (N° 3), p. 693-703.

[1341] La gestion de sa santé se réalise aujourd'hui par la gestion de ses données personnelles, avec le DMP, l'information et le consentement au sein d'un parcours individualisé de soins.

[1342] Circulaire de la DAP en date du 13 octobre 2009 relative à l'accès à l'informatique pour les personnes placées sous-main de justice.

[1343] Circulaire 26 septembre 2014 de présentation des dispositions applicables le 1er octobre 2014 de la loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

[1344] Circulaire 26 septembre 2014 préc., art. 2.2.1

[1345] Article 2.2.1.1.

[1346] La Cour rappelle en effet que « *l'accès à Internet est de plus en plus considéré comme un droit et [que] des appels ont été lancés pour que soient élaborées des politiques efficaces visant à assurer l'accès universel à Internet et à combler la ''fracture numérique''* » *V.* CEDH, 9 février 2021, *Ramazan Demir c/ Turquie*, req. n°40591/11 ; v. ég. J. FALXA, « Refus d'autorisation d'accès à internet en détention et violation du droit à recevoir des informations, Cour européenne des droits de l'homme, 17 janvier 2017 », *AJ pénal 2017*, p. 146 ; CEDH, 19 janvier 2016, *Kadla c/ Estonie*, req. n° 17429/10, *AJ pénal* 2016, p.224, obs. *V.* CHOVGAN, obs. L. SAENKO.

[1347] *V.* not. CEDH, 11 décembre 2003, *Yankov c/ Bulgarie*, req. n°39084/97.

l'élaboration d'un projet de réinsertion ou de formation[1348] ; le constat est clair : les détenus n'ont pas d'accès à internet en détention. L'accès aux droits se fait pourtant de plus en plus à travers des « portails internet », donc des infrastructures numériques remplaçant les guichets historiques. Or, si cela pose des difficultés d'accessibilité aux droits pour la population générale, cette problématique se révèle d'autant plus en détention. En 2017[1349] et 2022[1350], le Défenseur des droits a mis en cause les pouvoirs publics en alertant sur les risques d'inégalités sociales pouvant résulter d'une dématérialisation aléatoire. Même si « *certaines limitations aux droits des détenus peuvent être justifiées par les impératifs de sécurité et d'ordre public* »[1351], les personnes privées de liberté ne sont pas, de ce seul fait, privées de leurs autres droits fondamentaux. Les personnes les plus exposées à la précarité rencontrent également le plus de difficultés pour faire valoir leurs droits[1352]. Le développement numérique peut alors devenir une « *contrainte numérique* »[1353] éloignant davantage les détenus de leurs droits. Il dénonce ce paradoxe « *lorsque l'on sait que, malgré les alertes émises dès 2013 par le Défenseur des droits[1354], la dématérialisation a été présentée par les pouvoirs publics comme un moyen d'améliorer l'accès aux droits, notamment sociaux*[1355] ».

b) Le quantified-self en détention

248. L'accès limité aux objets. Une seconde source d'information, et surtout d'autonomie pour les patients, est ce que l'on appelle « l'auto-mesure », de l'anglais « *quantified-self* ». L'auto-mesure repose sur les objets connectés de mesure, de recherche ou d'analyse des

[1348] CGLPL, *Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté*, 20 juin 2011, CGLPL, Avis du 12 décembre 2019 relatif à l'accès à internet dans les lieux de privation de liberté ; v. ég. L. PRIOU-ALIBERT, « Refus d'accès à des sites internet en prison : une clarification européenne », *Dalloz actualité*, 3 février 2016.
[1349] Défenseur des droits, *Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics*, Rapport, 14 janvier 2019.
[1350] Défenseur des droits, *Dématérialisation des services publics : trois ans après, où en est-on ?*, Rapport, février 2022.
[1351] *Ibid*., p. 36.
[1352] *V.* not. P.-E., WEILL, « Savoir faire valoir son droit. Compétence statutaire et obtention d'un statut de "prioritaire" », *Sociologies pratiques*, 2012, n°24, p. 93-105.
[1353] Défenseur des droits, *Dématérialisation des services publics : trois ans après, où en est-on ?*, *op. cit*, p. 39.
[1354] En clôture d'un colloque consacré à l'accès aux droits, le Défenseur des droits rappelait que la dématérialisation de l'accueil ou des procédures administratives constituait une source de complexification plus que de simplification : *V.* Défenseur des droits « Discours de clôture », Actes du colloque, *L'accès aux droits : construire l'égalité*, p. 75.
[1355] C. DEVILLE, *Les chemins du droit. Dématérialisation du RSA et distance à l'État des classes populaires rurale*, thèse dactyl., Université de Picardie, 2019, p. 256 : L'auteure rappelle notamment que dans un rapport d'information, l'Assemblée Nationale propose de « *faire de l'inclusion numérique un outil d'accès aux droits sociaux* » (*V.* Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, « Évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux », Rapport d'information, Paris, La documentation française, 2016, p.8).

besoins[1356]. Ces objets recueillant et transmettant des données, permettent le suivi permanent de l'état de santé des patients, l'objectif final étant le « *lab in the lobby* »[1357] avec la capacité d'intégrer des technologies dans le corps humain favorisant le dépistage précoce de toutes les pathologies connues[1358]. Le patient devient ainsi une source de production d'informations fiables et pléthoriques. Néanmoins, l'avènement de ce type de suivi et de gestion de leur santé par les patients « *soulève des problématiques d'inclusion numérique et de littératie en santé et donc d'inégalités dès lors que le recours, l'accès et la qualité des soins sont conditionnés aux compétences de chacun* »[1359]. Dès lors, l'intérêt sera davantage porté sur les outils de quantified self dans ce qu'ils peuvent apporter à la télésurveillance exercée par les praticiens. Le patient a toujours été une source d'information, par son historique médical et son ressenti face aux symptômes qu'il exprime au professionnel. La nouveauté est ainsi représentée par l'abondance et la fiabilité des informations. La démocratisation des smartphones en a fait le support principal pour la population générale. Cet objet connecté est répandu chez la quasi-totalité de la population[1360], et de nombreuses applications dédiées à la diffusion d'information, par la proximité du support avec le patient, proposent une information « *de plus en plus adaptée au contexte précis du patient ainsi qu'à des besoins de santé spécifiques (rappels de prise de médicament, programmes d'activité physique)* »[1361].

Dès lors, plusieurs hypothèses sont à envisager pour les personnes privées de liberté[1362]. La première étape peut consister en un simple remplissage de questionnaire sur une application de suivi, permettant ainsi une télésurveillance médicale à distance. La seconde pourrait être la mise

---

[1356] O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS, La e-santé : nouvel outil de prévention et d'éducation à la santé ?. *in* O. BABINET, C. ISNARD BAGNIS (dir.), La e-santé en question(s), Presses de l'EHESP, 2020, p. 10. Cité par M. BEDDAR, Transformation numérique en santé et enjeux de la santé connectée : évaluation d'un accompagnement personnalisé et à distance de patientes dans l'après cancer du sein, HAL, 2022, p. 21.

[1357] Littéralement : le laboratoire dans le corps.

[1358] H. DUMEZ, É. MINVIELLE, « L'e-santé rend-elle la démocratie sanitaire pleinement performative ? », *Systèmes d'information & management*, vol. 22, no. 1, 2017, pp. 9-37.

[1359] C. DELPIERRE, « Les nouvelles pratiques liées au big data en santé : enjeux sociétaux et impact au regard des inégalités sociales de santé », *in* I. POIROT-MAZÈRES, *Santé, numérique et droit-s*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2018, pp. 269-280.

[1360] Ainsi 8% des gens déclarent posséder un smartphone, ce chiffre grimpant à 93% des 18-25 ans : INSEE, *L'usage des technologies de l'information et de la communication par les ménages entre 2009 et 2021*, février 2022.

[1361] L. VIALLARD, « Les technologies de l'information dans la santé. Cadre de réflexion sur leur portée et leur impact », *in* I. POIROT-MAZÈRES, *Santé, numérique et droit-s*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2018, p. 197-207 : « *de nombreuses applications spécifiques à la santé ont vu le jour. Initialement dédiées à la diffusion d'information comme leurs prédécesseurs, les applications se sont peu à peu spécialisées. Grâce à la proximité permanente avec le patient, elles ont permis de proposer une information de plus en plus adaptée au contexte précis du patient ainsi qu'à des besoins de santé spécifiques (rappels de prise de médicament, programmes d'activité physique…)* ».

[1362] Tout en gardant à l'esprit les risques qu'une généralisation de cette pratique pourrait faire survenir.

à disposition de certains capteurs connectés[1363] dans les USMP dans un premier temps. Ainsi, en cas de maladie chronique, le patient aurait simplement à se rendre à l'USMP pour effectuer son suivi sans ponctionner du temps aux professionnels médicaux surchargés. Il est tout à fait envisageable d'imaginer la présence d'un auxiliaire médical parfaitement à même de gérer ces outils connectés et de guider les patients dans leur suivi. Les protocoles de prise en charge en USMP peuvent dès à présent organiser des délégations de ce type. Enfin, l'étape finale peut réunir les caractéristiques de ce qui existe déjà en dehors des murs, à savoir la domotique ou « *Domomédecine* »[1364], des dispositifs de téléassistance ou de télésurveillance médicale depuis le domicile du patient. On parlerait alors de « *cellules connectées* »[1365].

§ II - La dégradation du droit à l'information médicale par la technologie

249. Le déploiement de la télésanté doit permettre un développement du droit à l'information car les possibilités offertes par les outils modernes multiplie les possibilités de transmission. Cependant, la transmission de l'information doit être réalisée dans le respect de chacune de ses caractéristiques (**A**), et l'on constate que selon le mode de délivrance de cette information, le droit du patient est plus ou moins respecté (**B**).

A. Les caractéristiques de l'information en santé

250. Les articles 16-3 du Code civil et L. 1111-4 du CSP n'autorisent l'acte de soin que lorsque celui-ci répond à une finalité thérapeutique pour l'usager du système de santé et qu'il est prodigué avec son consentement libre et éclairé. Or pour qu'un consentement soit éclairé, l'information doit être transmise dans toutes ses caractéristiques, et ce pour deux raisons, soit pour éviter qu'un individu accepte des soins qu'ils n'auraient pas voulu s'il avait été informé et avait compris les tenants et les aboutissants, soit parce que « *l'ignorance, la crainte ou la sous-information peuvent amener le patient à refuser des soins qui sont pourtant nécessaires* »[1366]. C'est pour cette raison que la jurisprudence, en reprenant les dispositions du code de déontologie des médecins, a posé les principes selon lesquels l'information du praticien pour

[1363] Montre connectée, glucomètre pour le diabète, balance, tensiomètre, oxymètre, pilulier pour l'observance etc.
[1364] A. DUCLOS, H. PREVOT-HUILLE, « Des usages à l'organisation de la domomédecine : l'exemple de la chronochimiothérapie à domicile », *in* H. MICHEL, H. PREVOT-HUILLE, R. PICARD, *L'avenir des Silver Tech. Conception, usage, évaluation.* Presses de l'EHESP, 2018, p. 149.
[1365] Proches de la fiction « *The Island* » de Michael Bay en 2005, dans laquelle le personnage principal se réveille dans une « chambre » où sa santé est contrôlée en permanence.
[1366] A. DEVERS, « L'usager du système de santé », *Gérontologie et société*, vol. 28/115, no. 4, 2005, pp. 39-48.

son patient doit être claire, loyale et appropriée[1367]. L'information à distance peut se révéler délicate au regard de ces critères et dès lors, le risque est l'atteinte au droit du patient détenu. C'est pour cette raison qu'en télésanté comme dans une prise en charge classique, il faut veiller à ce que l'information apparaisse de façon complète (**1**), intelligible (**2**) et loyale (**3**).

1) Le caractère complet de l'information

251. Le périmètre de l'information précisé par la loi et la jurisprudence. Concernant le caractère complet de l'information, la loi du 4 mars 2002 ainsi que la jurisprudence ont précisé le périmètre des informations devant être délivrées par les professionnels[1368]. La télémédecine ne doit entraîner aucune conséquence sur ce périmètre, si ce n'est qu'elle ajoute certains facteurs qui n'existaient pas lors d'une prise en charge classique. Aussi, les deux autres critères jurisprudentiels semblent présenter davantage d'intérêt.

252. Le droit à l'information porte également sur les coûts occasionnés. L'information doit aussi bien porter sur les frais incombant à la personne elle-même que sur les modalités habituelles de remboursement par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie. Depuis la loi du 4 mars 2002, figure au sein du code de la santé publique le principe selon lequel toute personne peut obtenir, gratuitement, une information sur « *les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais* »[1369]. L'intérêt pourrait sembler limité pour les personnes privées de liberté, étant donné leur affiliation automatique au régime général d'Assurance Maladie. Cependant, et *a fortiori* en e-santé, la question se pose pour l'accès aux soins dans un établissement privé ou par un professionnel pratiquant le dépassement d'honoraires, pour le cas particulier des dispositifs médicaux connectés individuels et désormais pour les sociétés de téléconsultation. Cela étant dit, l'ouverture en

---

[1367] Civ. 1ère, 14 oct. 1997, n° 95-19.609 ; CE, sect., 5 janvier 2000 n° 181899 : Selon le JA, le patient doit être informé des risques dans des conditions permettant de recueillir son consentement éclairé ; Pour aller plus loin, v. G. ROUSSET, « Le droit à l'information de l'usager et du patient depuis les lois des 2 janvier et 4 mars 2002 », *RDSS*, 2012, p. 431 ; D. DUVAL-ARNOULD, *Droit de la santé, Prise en charge des patients et réparation des dommages liés aux soins*, Lefebvre Dalloz, coll. Dalloz référence, 2e édition, janv. 2024 ; A. LAUDE, D. TABUTEAU, X. BIOY, *Droit de la santé*, PUF, Thémis droit, 4e édition, juin 2020 ; C. LANTERO, *Les droits des patients*, LGDJ, coll. Systèmes, déc. 2018 ; J.-R. BINET, *Droit médical*, Montchrestien, coll. « cours », 2010.

[1368] CSP, art. L. 1111-2, al. 1 parle des « *risques fréquents ou graves normalement prévisibles* » des soins ; CE, 15 oct. 2004, req. n° 253002 : « *lorsque l'acte médical envisagé, même accompli conformément aux règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé* » […] « *la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les médecins de leur obligation* ».

[1369] CSP, art. L. 1111-3.

détention des prestations médicales dispensées grâce à un DMC à la médecine de ville, même si elle offre des possibilités de prise en charge pourrait être risquée au regard du droit à l'information des patients, car la complexité du système de prise en charge de l'Assurance Maladie en médecine de ville est par nature sujette à incompréhension pour des patients peu informés.

2) Le caractère intelligible de l'information

253. Pour qu'une information soit considérée comme intelligible, elle doit être « *adaptée à la compréhension de la personne en fonction de ses capacités intellectuelles et de sa maîtrise de la langue*[1370] »[1371]. Au 1er janvier 2022, 22,5 % des personnes détenues étaient de nationalité étrangère[1372]. Pourtant, aucune obligation de recours à un interprète n'existe pour la prise en charge dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire. Le CSP se contentant de rappeler que « *l'interprétariat linguistique vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités* »[1373]. Il renvoie ensuite à des référentiels de bonnes pratiques élaborés par la Haute autorité de santé pour définir et encadrer « *les modalités d'intervention des acteurs […] ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées* » [1374]. La HAS fait du recours à l'interprétariat professionnel la pratique de référence[1375], ce que rappelle un rapport récent de l'IGAS[1376]. Elle affirme en effet que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir « *les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé »*[1377]. Cependant, la réalité est toute autre et l'accès à de tels professionnels « *varie notamment en fonction des budgets alloués par les hôpitaux de rattachement aux unités sanitaires, des langues parlées par les soignants et de*

[1370] Dans un contexte de e-santé, on pourra étendre cette notion de « maîtrise de la langue » à la maîtrise des outils informatiques pour que soit pris en compte les difficultés d'accessibilité aux outils mentionnés précédemment.
[1371] A. DEVERS, « L'usager du système de santé », *Gérontologie et société*, vol. 28/115, no. 4, 2005, pp. 39-48.
[1372] Direction de l'administration pénitentiaire, *Séries statistiques des personnes placées sous main de justice*, Tableau 18, p. 24.
[1373] CSP, art. L. 1110-13.
[1374] CSP, art. L. 1110-13.
[1375] HAS, *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques, Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*, oct. 2017, p.13 : « seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical ».
[1376] IGAS, Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé, 2019, p. 17.
[1377] Ibid.

l'expérience qu'ils ont des dispositifs de traduction »[1378]. Or, comment imaginer, face à une telle pénurie d'accès à des professionnels de l'interprétariat, que des patients laissés en autonomie face à un ordinateur, puissent effectivement accéder à leurs droits sans comprendre les informations qui leurs sont transmises, ou sans les compétences nécessaires pour naviguer sur les différentes interfaces.

3) Le caractère loyal de l'information

254. Enfin l'information loyale est celle qui « est présentée *avec attention et conscience, création d'un climat de confiance entre professionnel de santé et patient* »[1379]. La pratique déjà répandue à l'hôpital et en ville, mais qui tend déjà à se déployer lorsque les professionnels ont recours au numérique est celle du formulaire à signer. Ce document que l'on fait signer au patient a cependant pour dessein la protection du professionnel et non l'information effective du patient[1380]. C'est ce qui ressort de la pratique générale consistant à éditer de tels formulaires sans s'assurer qu'ils soient lus ou compris.

B. <u>Le mode de délivrance de l'information.</u>

255. L'entretien individuel obligatoire. L'information est délivrée au cours d'un entretien individuel[1381], à défaut, cela engage la responsabilité de l'hôpital de rattachement[1382]. En détention, peut-on envisager que cet entretien individuel ait lieu dans le cadre de la télémédecine ? D'une part, il faut noter que « *cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables* »[1383]. D'autre part, les règles professionnelles applicables au médecin précisent que celui-ci « *doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information* »[1384]. Le professionnel prenant en charge un patient détenu à distance est donc tenu déontologiquement de délivrer cette information, le médecin sur place ne peut se substituer à son obligation déontologique de délivrance[1385]. Ainsi, chaque professionnel concerné durant un

---

[1378] OIP, « Faute d'interprètes, des droits au rabais », 12 février 2021, disponible en ligne : https://oip.org/analyse/faute-dinterpretes-des-droits-au-rabais/ (consulté le 10 oct. 2024).
[1379] A. DEVERS, « L'usager du système de santé », *Gérontologie et société*, vol. 28/115, no. 4, 2005, pp. 39-48.
[1380] Cf. *infra* n° 264.
[1381] CSP, art. L. 1111-2 al. 3.
[1382] CAA Marseille, 7 avr. 2005, req. n° 01MA01843 : responsabilité de l'hôpital où un chirurgien qui, ayant pratiqué l'opération qui a conduit à l'ablation presque totale du colon, n'avait jamais rencontré la patiente avant l'intervention.
[1383] CSP, art. L. 1111-2 al. 2.
[1384] CSP, art. R. 4127-35.
[1385] Civ. 1ère, 31 mai 2007, n°06-18.262.

acte de télémédecine doit informer le patient selon les dispositions du Code de la santé publique. Dans le cas d'une téléexpertise ou d'un suivi en télésurveillance par exemple, même si les données sont analysées par un autre professionnel, le médecin sur place exercera au moins une forme de conseil au détenu et sera dès lors tenu à son obligation d'information. De façon pratique, il reviendra à la jurisprudence d'exprimer ou non une forme de tolérance, avec par exemple la mise en place d'une procédure où le professionnel présent donne l'information et celui à distance s'assure simplement qu'elle a été délivrée. A l'inverse, il pourrait être plus « efficient » qu'il n'y ait qu'une information délivrée par le professionnel à distance, ce qui libèrerait du temps médical sur place pour le médecin de l'USMP. Ce seront aux pratiques professionnelles de révéler ce qui est le plus acceptable en termes de gain de temps médical tout en respectant les droits des patients. L'un des obstacles majeurs pourrait alors être celui de la mise en œuvre matérielle, voire virtuelle, de ces dispositifs de e-santé, garantissant un accès effectif, une accessibilité aux outils et donc à l'information sur son état de santé.

256. La qualité de l'information. *L'accès accru et facilité à de l'information oriente le patient vers toujours plus d'expertise sur sa situation, « mais la qualité de cette expertise reste fragile* »[1386] dans la mesure où les informations peuvent être fausses, incomplètes ou mal comprises par manque de connaissances. En témoigne la prolifération sur les réseaux sociaux de discours médicaux erronés et s'émancipant de toute base scientifique[1387]. Ce réflexe de l'autodiagnostic entraîne un risque d'automédication, en particulier grâce à la vente directe de médicaments sur internet, même si celle-ci demeure limitée pour des personnes sous écrou, ainsi qu'un risque d'incompréhension face aux explications fournies par le professionnel de santé analysant les mêmes données.

257. La forme de délivrance de l'information. La HAS a déjà exprimé que l'information donnée au patient ne doit pas se limiter à transmettre des renseignements. Le professionnel doit faire preuve d'implication dans la façon de les transmettre[1388]. Autrement dit, « *la manière dont*

[1386] H ; DUMEZ, É. MINVIELLE, « L'e-santé rend-elle la démocratie sanitaire pleinement performative ? », *Systèmes d'information & management*, vol. 22, no. 1, 2017, pp. 9-37 ; L. MARRAULD, H. DUMEZ, E. MINVIELLE, *État des lieux de la santé numérique*, Rapport remis à la Fondation de l'avenir, Mutualité française, Paris, 2015, p. 32.

[1387] L'exemple qui revient régulièrement est celui des « discours antivax » depuis la crise du Covid-19 ; V. GARCIA, Santé : la désinformation a-t-elle gagné la bataille ?, Tribune, *L'express*, disponible en ligne : https://www.lexpress.fr/sciences-sante/sciences/sante-la-desinformation-a-t-elle-gagne-la-bataille-XOF6LUUGNZFO7NYSCXAOD3OJCM/ (consulté le 10 oct. 2024).

[1388] HAS, Recommandation de bonnes pratiques, *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé Principes généraux Méthode Recommandations pour la pratique clinique*, mai 2012, p. 18.

l'information sera perçue et/ou comprise par le patient est dépendante du comportement adopté par le médecin »[1389]. L'implication du professionnel rencontre toutefois certaines limites, soit directement liées à l'obligation d'information (**1**), soit relatives au mode de délivrance de celle-ci (**2**).

1) Les limites à l'obligation d'information

258. L'absence d'information en cas d'urgence, la disparition du « besoin d'ignorance ». Il existe un certain nombre de dispositions posant des exceptions à cette obligation d'information du patient, et pouvant alors servir à remettre en cause « *l'émergence d'un patient partenaire* »[1390]. La question est alors de savoir comment la e-santé permet d'appréhender de telles exceptions. D'une part, l'article L.1111-2 affirme que « *seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser* ». Pour le critère d'urgence, la Cour de cassation a déjà éclairci le sujet, lorsqu'une nouvelle information paraît en cours d'intervention chirurgicale sans pouvoir en informer le patient avant d'agir[1391]. Même si ce cas de figure peut apparaître dans le cas d'une opération de téléchirurgie[1392], ce n'est pas spécifique à la privation de liberté. D'autre part, le code de déontologie médicale avait ajouté le critère de « *l'intérêt du malade* » pour tenir le patient « *dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves* », ce qui a pu être confirmé par la jurisprudence de l'époque[1393]. La justification de l'intérêt du malade était également associée à « *des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience* ». Cette vision anachronique de la relation médicale entre le médecin et son patient a été dépassée, cet article a d'ailleurs été modifié en 2012[1394] pour devenir celui que l'on connaît aujourd'hui, à savoir que seule la volonté du patient d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic justifie alors

---

[1389] A. OLIVERO, J. PALAZZOLO, « Informer le patient en psychiatrie : ente pratique clinique et réflexion anthropologique », *Annales Médico Psychologiques* 166 (2008), p. 163-171, cité par HAS, Recommandation de bonnes pratiques, *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé Principes généraux Méthode Recommandations pour la pratique clinique*, mai 2012, p. 18 : « *Permettre au patient d'avoir accès à des moyens de comprendre la situation ainsi qu'au droit de participer aux décisions qui le concernent peut engendrer un remaniement des statuts et des positions de chacun : cela implique pour le soignant de céder une part de son savoir, voire de faire le deuil d'un tout-pouvoir et tout-savoir sur le patient* ».

[1390] HAS, Référentiel de Certification des établissements de santé, 2023, p.22 : « *Le partage de la décision sur le projet de soins du patient, son implication dans les soins et l'expression de son point de vue sur son expérience et sur le résultat sont fondamentaux pour la qualité de sa prise en charge et constituent des facteurs clés de succès pour son rétablissement, sa rémission ou sa guérison* » ; *V.* ég. HAS, Référentiel de certification des établissements de santé, oct. 2020, p. 5.

[1391] Civ. 1ère 26 oct. 2004, n° 03-15.120 ; Civ. 1ère, 17 déc. 2009, n° 08-21.206.

[1392] V. not. M.-L. MOQUET-ANGER et coll., « Chronique de droit de la santé – Responsabilité médicale et hospitalière », *La Semaine juridique*, éd. administrations et collectivités territoriales, 22 juillet 2024, n°29.

[1393] Civ. 1ère 23 mai 2000, n° 98-18.513 : pour un psychiatre qui ne commet donc pas de faute en laissant son patient dans l'ignorance d'un diagnostic exact (psychose maniaco-dépressive)

[1394] Modifié par Décret n°2012-694 du 7 mai 2012.

cette absence d'information par son praticien[1395]. La marge d'action du praticien se situe aujourd'hui davantage autour des modalités de délivrance de l'information. La HAS publie régulièrement des recommandations de bonnes pratiques qui prennent en compte ces modalités, particulièrement pour les maladies chroniques[1396].

Les outils de e-santé autorisent en pratique une adaptation précise aux besoins des patients. Il doit ainsi être possible de configurer les applications de parcours de soins – et le DMP qui figure en accès direct par le patient concerné – pour délayer dans le temps la visibilité d'une information, dans l'intérêt du patient. L'objectif n'est alors pas de cacher au patient une information le concernant, mais bien de permettre une transmission de celle-ci dans les meilleures conditions, dans son intérêt. Et cet intérêt est maximal pour des personnes privées de liberté fragiles psychologiquement, voire atteintes de pathologies psychiatriques. De plus, ces configurations informatiques sont indispensables au maintien de l'ordre public dans des établissements où la violence des réactions peut se faire ressentir à tout moment[1397], dans l'intérêt du personnel médical et pénitentiaire sur place.

259. La prise en compte des mineurs et majeurs protégés par le numérique en détention. Deux autres catégories de personnes présentes dans les établissements privatifs de liberté, rencontrent des limites au principe de droit d'accès à l'information, les personnes mineures, et les personnes faisant l'objet d'une protection juridique prévue par le titre XI du Code civil communément appelées « majeurs protégés ».

Pour les premiers, même s'ils représentent une part minime de la population carcérale[1398], un déploiement de la e-santé en établissement n'est pas envisageable sans prendre en compte les dispositions légales spécifiques dont ils font l'objet. Dans un premier temps, ce sont les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur qui exercent le droit à l'information[1399], et ce droit

---

[1395] CSP, art. R. 4127-35.

[1396] HAS, Parcours de soins, Maladie chronique Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique, Février 2014, p. 12.

[1397] M. GUILLOTTE, « La violence en milieu carcéral : étude des facteurs de risque de passage à l'acte dans une population d'hommes détenus en maison d'arrêt », *Médecine humaine et pathologie*, 2018 ; D. KAMINSKI, « Violence et emprisonnement », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2013/2 (N° 2), p. 461-474 ; P. LEMAIRE, « Groupe de réflexion sur les violences à l'encontre des personnels pénitentiaires », Paris, Direction de l'Administration Pénitentiaire, mai 2010 ; A. CHAUVENET, F. ORLIC, C. ROSTAING, *La violence carcérale en question*, coll. Le lien social, *PUF*, avril 2008 ; C. CARDET, F. COURTINE, M. RENNEVILLE, *Violences en prison*, Rapport de recherche, Agen, ENAP, octobre 2005 ; L. MELAS, F. MENARD, *Production et régulation de la violence en prison : avancées et contradictions*, Paris, Mission de recherche droit et justice, Coll. Arrêt sur recherches, 2002.

[1398] Moins d'1% des personnes écrouées étaient mineurs au 1er décembre 2023 : Ministère de la justice, *Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée*, déc. 2023, Tableau 28.

[1399] CSP. art. L. 1111-2, C. civ., art. 371-1.

est exercé « *a priori de toute intervention ou investigation* »[1400]. C'est donc également le cas pour accéder au dossier médical du malade détenu mineur[1401]. *A contrario,* cela veut dire qu'aucun droit à l'information ou au consentement n'est accordé aux parents de détenus mineurs dont les liens familiaux sont rompus[1402].

Pour les majeurs protégés, la loi distingue la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation – à qui l'information est également délivrée – de la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance, à qui l'information peut être délivrée seulement lorsque le majeur protégé y consent de manière expresse. La complexité d'une telle mise en œuvre apparaît instantanément avec les actes de télémédecine. Une téléconsultation depuis l'USMP pour le détenu mineur fait gagner du temps médical au médecin sur place en théorie, mais les professionnels devront s'assurer de la présence sur l'application du titulaire de l'autorité parentale, sauf à justifier d'une exception légalement prévue.

260. L'association du mineur et du majeur protégé à l'information. Le patient a droit à recevoir une information sur son état de santé, puisqu'il reste partie prenante des décisions le concernant[1403]. Il est toutefois précisé que cette information, ainsi que la participation à la prise de décision sont adaptées à son « *degré de maturité* ». Pour les majeurs protégés, cela se fait en fonction de leur « *capacité de compréhension* ». Cette limite se matérialise particulièrement lorsque celui-ci souhaite exercer son droit d'accès direct au dossier médical[1404]. La loi pose en effet le principe d'un droit d'accès exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale sur le mineur, et par le tuteur pour la personne faisant l'objet d'une mesure de protection avec représentation. En ce sens, un rapport remis au ministre de la Santé en 2011[1405] proposait de modifier cet article L. 1111-7 du CSP pour autoriser la personne mineure à avoir accès à son dossier médical accompagnée d'une personne majeure de son choix[1406], dans la même logique que l'exception prévue à l'article L. 1111-5. Le rapport proposait également la modification de l'article R. 1111-1 du CSP pour « *autoriser le majeur autonome sous tutelle à avoir un accès direct à son dossier médical sans obligatoirement passer par son tuteur* »[1407], dans une logique

[1400] R. BOURRET, D. CAZALÈDES, É. MARTINEZ, F. VIALLA, « Détenus et droit à l'information », *RDS*, n°59, mai 2014, p. 1206 ; CSP, art. L. 1111-4.
[1401] CSP, art. L. 1111-7.
[1402] CSP, art. L. 1111-5.
[1403] CSP, art. L. 1111-2.
[1404] CSP, art. L. 1111-7.
[1405] A.-M. CERETTI, L. ALBERTINI, *Bilan et propositions de réforme de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011, p. 136-137.
[1406] A.-M. CERETTI, L. ALBERTINI, *op. cit.*, Proposition n°9, p. 136.
[1407] A.-M. CERETTI, L. ALBERTINI, *op. cit.*, Proposition n°10, p. 137.

de conformité à l'affirmation selon laquelle « *toute personne a accès à son dossier médical* ». De telles propositions apparaissent opportunes lorsqu'on les met en lien avec les obstacles pratiques qui peuvent poser des difficultés en détention[1408]. La e-santé facilite l'accès technique à l'information mais de telles dispositions s'adaptent difficilement à la réalité informatique. Si l'on prend l'exemple du DMP, le dossier médical ne sera accessible informatiquement que par le titulaire de l'autorité parentale. Le mineur n'étant « *qu'associé à la démarche* ». Or, si le titulaire de l'autorité parentale n'est pas en bons termes avec le mineur, ne peut se déplacer, ou n'a pas les moyens intellectuels ou financiers d'accéder au contenu du DMP, cela réduit en grande partie l'accès du mineur à ses informations. Cela soulève également des difficultés dans la mesure où l'accès direct par les représentants légaux prive le patient de toute intimité, quand bien-même serait-il mineur. Si jusqu'à aujourd'hui l'accès se faisait uniquement lorsqu'un besoin apparaissait, la technologie crée désormais un accès direct et permanent.

261. L'information réservée aux mineurs. Enfin, il existe deux exceptions légales privant le titulaire de l'autorité parentale de l'exercice du droit à l'information du mineur. La première est réservée aux médecins et sages-femmes, « *lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure* »[1409], la seconde concerne l'infirmier « *lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure* »[1410]. Le droit à l'information n'est expressément mentionné dans aucune de ces hypothèses. Il se déduit néanmoins, lorsque le professionnel de santé fait droit à l'opposition expresse du patient mineur « *à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé* », le droit à l'information du patient mineur n'est alors pas exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale, mais bien uniquement par celui-ci. Une difficulté réside dans la dernière phrase du premier alinéa de ces articles, *« le mineur devra se faire accompagner d'une personne majeure de son choix »*. Or, dans un cadre pénitentiaire, cet accompagnement est encadré strictement par des règles extérieures à la relation de soins, ce à quoi la e-santé doit également adapter l'entrée dans cette relation d'un tiers[1411]. De plus, en reprenant l'exemple du DMP, l'accès est réservé au titulaire de l'autorité parentale qui conserve donc *de facto* l'identifiant et le mot de passe. L'information ne doit donc pas être transmise sur

[1408] V. A. BONNE-HARBIL, *Droit et santé en détention*, Thèse, LEH, coll. Thèses, Nancy, 2018.
[1409] CSP, art. L. 1111-5.
[1410] CSP, art. L. 1111-5-1.
[1411] Cf. *infra* n°365 et s.

le dossier du patient mineur détenu ou des paramètres de confidentialité doivent être ajoutés pour que seules les bonnes personnes accèdent aux informations. Or, cela prive ce détenu d'un historique de sa prise en charge si ce n'est pas fait, ou crée un risque de fuite de l'information si cela est mal fait. Enfin, cela représente un frein à l'exercice d'autres droits dans la mesure où le patient mineur détenu n'a aucun moyen d'adapter le dossier à ses besoins ou envies[1412]. Une réflexion doit être entamée pour la création d'un DMP au mineur sur lequel ce dernier aurait la main lors de certaines prises en charge, entre autres sur la répartition de certains sous-dossiers dans lesquels les informations peuvent être triées afin de respecter les droits du détenu. Cela vaut également pour les outils de e-parcours.

2) La charge de la preuve de l'information

262. La charge de la preuve de l'information appartient au professionnel. Selon l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, il appartient au professionnel – ou à l'établissement de santé – d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions légales[1413]. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. L'avantage de la e-santé est alors double. D'une part, les moyens de dispenser l'information sont multiples, qu'elle soit médicale ou relative à la protection des données[1414], à toutes les étapes de la « navigation » du patient sur un outil. D'autre part, cette information peut être recherchée en permanence par le patient en cas d'oubli, que ce soit sur un site internet ou sur le logiciel dans lequel il est suivi. Selon le Conseil d'État « *une attestation de consentement signée antérieurement à l'intervention, faisant état des risques et complications potentielles ainsi que d'un entretien individuel préalable, permet d'établir que le devoir d'information a été rempli* »[1415]. Pourtant, il est aisé de constater les limites de cette décision dès lors qu'on évolue dans un cadre informatique et dans un contexte social particulier qui est celui de la privation de liberté. Il a ainsi pu être constaté qu'une demande de remplissage et de signature d'un tel formulaire d'attestation de consentement « *est perçue de manière négative par la majorité des malades interrogés car elle apparaît avant tout comme un moyen pour le médecin de se constituer une preuve* »[1416]. La

[1412] *Ibid*.
[1413] La jurisprudence Hedreul (Civ. 1re, 25 févr. 1997, Bull. civ. I, n° 75) a été consacrée par loi 4 mars 2002 à l'article L.1111-2 CSP, v. A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, Droit de la santé, PUF, Thémis, 2009, p. 357.
[1414] Mentions légales d'un site internet (Loi n° 2004-575 du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique), politique de confidentialité RGPD (RGPD, art. 12, 13 et 14).
[1415] CE, 14 nov. 2011, n°337715.
[1416] HAS, Recommandation de bonnes pratiques, *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé Principes généraux Méthode Recommandations pour la pratique clinique*, mai 2012, p. 20.

tentation naissante, et tout à fait naturelle, de vouloir préciser la définition et les modalités du droit à l'information doit cependant être étouffée sur le champ, car « *le caractère de généralité de l'énoncé du droit subjectif de la personne malade d'être informée n'est pas une insuffisance, mais une qualité, qui, grâce à son contenu identique, permet d'assurer un traitement égal de toute personne malade* »[1417].

263. Le droit à l'information est donc le droit de recevoir l'information. Mais qu'en est-il alors, pour une personne privée de sa liberté, de l'information qu'elle va elle-même donner au professionnel de santé ? Quelles conséquences et surtout quelle place est donnée à ce patient au travers de la e-santé ?

[1417] HAS, Recommandation de bonnes pratiques, *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé Principes généraux Méthode Recommandations pour la pratique clinique*, mai 2012, p. 21.

Section II – Le consentement bouleversé

« *Si le progrès est la loi, la liberté est l'instrument du progrès* ».
Maurice SCHUMANN.

264. La délivrance de l'information est particulièrement centrale en matière médicale car c'est un droit conçu comme un préalable à la prise de décision[1418]. En effet, la « *véritable offensive du droit en matière de reconnaissance des droits des patients* »[1419], a conduit à la reconnaissance de deux droits imbriqués l'un à l'autre, le droit à l'information et le droit au consentement. Il faut alors constater depuis 2002 une « *nouvelle conception de l'usager-patient, qui doit devenir acteur de sa prise en charge, co-auteur de la décision médicale* »[1420]. Or, si la prise de décision implique davantage le patient grâce à la télésanté (**§ I**), cet *empowerment* du patient rencontre des obstacles non négligeables (**§ II**).

§ I – Le détenu acteur dans la prise de décision

265. Après la loi de 2002 qui a fait de l'obligation de recueil du consentement préalable un droit fondamental du patient, le consentement est devenu « *le point d'orgue de ce nouvel équilibre de la relation soignant-soigné* »[1421]. Dès lors, les règles relatives au consentement en santé sont désormais bien établies[1422] et trouvent un écho lorsque que l'on entre dans le champ particulier que représente la e-santé. Lorsque les patients sont incarcérés, ce besoin d'autonomie est d'autant plus souhaité car « *l'un des aspects les plus traumatisants de la privation de liberté réside dans la perte d'autonomie de l'individu qui a abouti à une forme de "dépersonnalisation" »*[1423]. Ils peuvent alors consentir (**A**) mais également refuser ou ne pas consentir (**B**).

[1418] L. CLUZEL-MÉTAYER, Le droit au consentement dans les lois des 2 janvier et 4 mars 2002, RDSS, 2012, p. 442 ; V. ég. A. LAUDE, *Droit de la santé*, Recueil Dalloz, 2011, p. 2565 ; C. LANTERO, « Télémédecine et droits des patients », *RDSS*, 2020, p. 61 ; C. LE GOFFIC « Consentement et confidentialité à l'épreuve de la télémédecine », *RDSS* ,2011, p. 987.

[1419] M.-L. MOQUET -ANGER (dir.), De l'hôpital à l'établissement public de santé, L'Harmattan, 1998, p. 369 et s.

[1420] L. CLUZEL-MÉTAYER, Le droit au consentement dans les lois des 2 janvier et 4 mars 2002, RDSS, 2012, p. 442.

[1421] M.-L. MOQUET-ANGER, Le droit des personnes hospitalisées, RDSS, 2002, p. 657.

[1422] Dossier. Actes de la journée d'étude « consentement et refus de soins : mythe ou réalité de l'autonomie du patient ? », RGDM, n°57, 2015.

[1423] G. CASILES-HUGUES, Rapport introductif, *in* G. CASILE-HUGUES (dir.), Santé et prison, Cahier de droit de la santé, 2015, n°21, p. 11.

A. Le droit au consentement du patient en télésanté

266. La technologie dote le détenu d'un plus grand pouvoir de décision. Le statut du patient a évolué, de simple malade, il est aujourd'hui un usager du service public de santé, associé au processus décisionnel[1424]. Le consentement, à l'instar de l'information, est passé d'obligation ponctuelle à *« celui de principe fondamental de la personne humaine, expression du respect de l'autonomie de la volonté »*[1425]. Ces évolutions l'érigent en véritable acteur de sa guérison[1426], de sa prise en charge[1427], et de sa santé en général[1428]. C'est une avancée majeure pour les patients tant le besoin d'autonomie a son importance dans la prise en charge des maladies chroniques[1429], foisonnantes en détention[1430], à tel point que les études sur l'appréhension des maladies chroniques ont démontré que « *celles-ci reposent sur une gestion quotidienne que décident les malades, fréquemment amenés à opérer des choix entre les contraintes du traitement et celles de la maladie* »[1431]. Ainsi, le patient voit « *sa capacité d'agir considérablement augmentée […] s'inscrivant dans une finalité d'auto-prise en charge.* »[1432]. Et quel meilleur outil que la télésanté peut faciliter cette augmentation de la capacité d'agir, ce « *self-management* »[1433]. La télésurveillance en est la démonstration, car elle fait certes intervenir des professionnels et des outils connectés dans le suivi régulier du patient, mais ce dernier intervient également en décidant avec son médecin quel suivi lui convient le mieux, tout en participant activement à celui-ci[1434]. Il en sera de même pour les applications de suivi de parcours de soins, qui sont certes utiles aux professionnels dans une optique de coordination de leurs actions dans le cadre d'une prise en charge déterminée[1435], mais qui offrent également une

---

1424 M.-L. MOQUET-ANGER, « Le droit des personnes hospitalisées », *RDSS*, 2002, p. 657

1425 *Ibid*.

1426 J.-P. DOMIN, « De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ? », *Les tribunes de la santé* (hors-série), 2014, p. 21.

1427 *Ibid*.

1428 J. SAISON, « Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital », *RDSS*, 2022, p. 197.

1429 B. GENTRIC, « Le défi de l'autonomisation des patients dans les maladies chroniques », *Après-demain*, vol. 42, nf, n° 2, 2017, pp. 42-44.

1430 OIP, *La santé incarcérée, Enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison*, juillet 2022, p. 57.

1431 I. BASZANGER, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Rev. franç. sociol*., n° 27-1, 1986, p. 17, cité par V. VIOUJAS, « Parcours du patient et relation médicale », *RDSS*, 2021, p. 445.

1432 V. VIOUJAS, « Parcours du patient et relation médicale », *RDSS*, 2021, p. 445.

1433 Sur ce point, v. N. POSTEL-VINAY, « Smartphones et santé : juger de la pertinence médicale du quantified self nécessite des évaluations », *JDSAM* (n° spéc.), 2014, p. 37, cité par V. VIOUJAS, « Parcours du patient et relation médicale », *RDSS*, 2021, p. 445.

1434 A. VAN HOUT, D. WILLEMS, M. HETTINGA et al., « Pourquoi les attentes suscitées par la télésurveillance sont souvent déçues. Étude ethnographique d'un dispositif de télésuivi infirmier en soins palliatifs », *Réseaux*, 2018/1 (n° 207), p. 95-121.

1435 C'est le cas dans le Grand Est de l'application « Parceo » mise en place par le GIP Pulsy. V. ég. L'action n° 14 de la Feuille de route du numérique en santé, Ministère de la santé, Feuille de route « *Accélérer le virage numérique* », 25 avril 2019.

fenêtre au patient, simplifiant la compréhension des actions réalisées dans son suivi. Un patient détenu pourra alors, comme tout un chacun, visualiser quels sont ses rendez-vous de consultation ou examens prévus, quel professionnel a accès au parcours et dans quel but. Ces outils techniques s'inscrivent parfaitement dans la conception que le législateur de 2002 s'était fait de la relation entre le médecin et son patient en inscrivant dans la loi que « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* »[1436]. Le patient prend la décision, certes, mais il est accompagné, éclairé, par le professionnel de santé. La démocratie sanitaire entraîne un pouvoir de décision qui n'est plus réservé au médecin, mais on ne peut considérer que celle-ci soit prise unilatéralement par le patient. C'est une codécision[1437], facilitée par la technologie et qui « *vise tous les actes médicaux, c'est-à-dire aussi bien les actes de soins que les actes de prévention ou d'investigation* »[1438]. Dès lors, les politiques de prévention déployées en établissement pénitentiaire grâce au concours direct des professionnels de santé devront y associer le patient et non lui être imposées. Or, le droit au consentement supposément libre et éclairé entraîne, de fait[1439], le droit au non-consentement[1440].

B. Le droit au non-consentement du patient en télésanté

267. Le droit au non-consentement. Deux remarques peuvent légitimement être apportées sur le principe du consentement de l'article L. 1111-4 du CSP. La première concerne la possibilité de refus de l'acte de télémédecine ou l'absence de consentement exprès, sachant que « *toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement* » et qu'« *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* »[1441]. La seconde est que le consentement donné à l'acte médical peut être retiré à tout moment.

268. La suppression du consentement spécifique à la télémédecine. Concernant le refus opposé par le patient à l'acte de télémédecine, il a évolué récemment. Jusqu'en 2021, le consentement libre et éclairé était indispensable tant sur la prise en charge médicale que sur

[1436] CSP, art. L. 1111-4.
[1437] L. TILMAN, « De l'information au consentement : quel processus décisionnel ? », *RGDM*, n°57, 2015, p. 17-24.
[1438] A. LAUDE, « Le patient, un nouvel acteur de santé ? », *Dalloz*, 2007, p. 1151.
[1439] Et de droit puisque mentionné expressément au CSP.
[1440] H. DUMEZ, É. MINVIELLE, « L'e-santé rend-elle la démocratie sanitaire pleinement performative ? », *Systèmes d'information & management*, 2017/1 (Volume 22), p. 9-37.
[1441] CSP, art. L. 1111-4.

l'usage du procédé de télémédecine[1442]. Le législateur a supprimé le consentement spécifique à l'acte de télémédecine pour le remplacer par « *La pertinence du recours à la télémédecine ou au télésoin est appréciée par le professionnel médical, le pharmacien ou l'auxiliaire médical*[1443]», marquant par là sa volonté de simplifier le recours à ce type d'acte en pleine crise du *Covid-19*, en témoigne également la suppression de l'obligation d'avoir eu un entretien physique préalable à toute téléconsultation, favorisant l'obtention d'un consentement libre et éclairé[1444]. Cependant, si l'on s'attache à la lettre des principes généraux inscrits dans la première partie du code de la santé publique « *protection générale de la santé* », la réforme de 2021 n'a pas grand intérêt. L'article L.1111-2[1445] dans sa rédaction actuelle maintient que l'information du patient doit concerner non seulement l'acte médical réalisé mais également leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent « *ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus* ». Cette information précise est le préalable nécessaire à celui, bien connu, du consentement libre et éclairé à un acte médical. Or, l'article R.6316-1 est toujours rédigé comme suit : « *Relèvent de la télémédecine […] les actes médicaux, réalisés à distance* ». Tout acte médical nécessitant un consentement libre et éclairé, le consentement à l'acte de télémédecine est donc toujours existant, à ceci près qu'il ne se divise plus entre un consentement à l'acte médical d'une part et un consentement au recours à un procédé de télémédecine d'autre part. Cependant, le choix du recours à l'acte de télémédecine ou de le refuser n'est pas dénué d'écueils, *a fortiori* pour des personnes placées sous main de justice.

§ II – Le détenu figurant dans la prise de décision

269. Au rôle d'acteur de sa prise en charge, le patient voit se substituer un rôle de simple figurant. Si les moyens techniques existent, le cadre légal réduit la capacité à prendre ces décisions de telle sorte qu'elle ne peut être considérée que comme partielle (**A**), notamment lorsqu'elles présentent plusieurs exceptions (**B**) qui touchent directement le détenu.

[1442] Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, art. 1, JORF n°0245 du 21 octobre 2010.
[1443] Article R6316-2 modifié par Décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté, art. 1, JORF n°0128 du 4 juin 2021, art 1.
[1444] U. PY, La télémédecine en prison, *in* B. PY (dir.) et al., *Relations hôpital-prison*, Bordeaux, LEH Édition, 2023, p. 291.
[1445] Article L1111-2 Code de la santé publique.

A. Une prise de décision partielle en télésanté

270. Un choix restreint pour le patient. La lettre de la loi pourrait laisser penser, *a priori*, qu'un détenu qui ne souhaite pas être pris en charge par un acte de télémédecine, quelles que soient ses raisons, puisse exiger une prise en charge classique. La réalité est tout autre et à juste titre, mais peut entraîner des conséquences sévères sur l'avenir des personnes détenues. Malgré le droit qu'a toute personne « *de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées* »[1446], auxquels s'ajoutent les principes de L.1111-4[1447] ; la jurisprudence administrative a établi qu'aucune disposition ne consacre au profit du patient un droit de choisir son traitement[1448]. Ainsi, un détenu qui ne donnerait pas son consentement ou qui refuserait catégoriquement d'être pris en charge par un acte de télémédecine n'aura que deux choix. D'abord celui d'être pris en charge de façon classique, avec les délais que cela implique et donc voir sa prise en charge retardée, ses symptômes s'aggraver et sa douleur non prise en charge à court terme. Ensuite celui de ne pas être pris en charge du tout, si la télémédecine est le seul moyen de prendre en charge sa problématique[1449]. Pour ces raisons, les conséquences peuvent être délétères, en particulier si la télésanté est mise en place en établissement pénitentiaire pour être employée comme une solution de substitution. Le consentement du patient aura beau être mieux éclairé, il faut se garder d'en limiter le second critère. Le consentement doit en effet rester libre, le choix doit rester entre les mains du patient, la télésanté en détention ne doit pas être un poignard planté dans le dos des principes généraux du code de la santé publique, et donc des patients. Les mêmes questionnements peuvent être étendus à une autre facette de l'*empowerment* du patient. Le choix de l'équipe prenant en charge le patient est censé lui revenir légalement, mais rencontre des limites pratiques, amplifiées par la télésanté.

[1446] CSP, art. L. 1110-5.
[1447] CSP, art. L.1111-4.
[1448] CE, ord., 26 juill. 2017, n° 412618 : « *Si toute personne a le droit de recevoir les traitements et les soins les plus appropriés à son état de santé sous réserve de son consentement libre et éclairé, ni l'article L1111-4, ni l'article L 1110-5, ni aucune autre disposition ne consacrent, au profit du patient, un droit de choisir son traitement* ».
[1449] Dans la limite classique établie par la jurisprudence, celle du péril vital imminent (Crim. 13 janv. 1955, Bull. crim. n° 37 ; JCP 1955. II. 8560, note PAGEAUD ; comp Crim. 31 mai 1949, Bull. crim. n° 202 ; D. 1949. Jur. 347)

271. Une automatisation du DMP. Dans l'espoir d'accélérer le virage du numérique en santé[1450], les pouvoirs publics ont imposé la mise en place du DMP pour l'ensemble de la population et parfois même en dehors du territoire[1451]. Il en résulte que la création du DMP n'est plus soumise à l'accord préalable de la personne concernée.

272. Le choix de l'équipe de prise en charge en détention. Le code de la santé publique dispose que le patient a un droit au libre choix de son praticien et de son établissement, ainsi que de son mode de prise en charge[1452], ce qui englobe par exemple un droit de changer d'établissement[1453] ou encore l'appel d'un médecin extérieur à l'établissement[1454]. A contrario, l'exclusion de la responsabilité personnelle robotique et du choix du traitement exclut par nature l'exigence d'être pris en charge par un robot. L'argument opposé historiquement[1455] pour justifier de l'atteinte à ce droit[1456] était celui de l'impossibilité de choisir son praticien en prison, en dépit des conséquences de cette atteinte. Aujourd'hui, le code pénitentiaire ne prévoit même pas d'exception à ce droit et son absence d'effectivité découle de l'organisation adoptée entre administration pénitentiaire et sanitaire. De fait, l'équipe de l'USMP est limitée et on ne peut envisager de faire sortir une personne écrouée de son établissement à chaque fois qu'une consultation ou qu'un examen est prévu. Pourtant, le code pénitentiaire prévoit que « *La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population* »[1457], ce qui est contradictoire avec le fait d'assumer l'absence de choix laissé aux détenus. D'autant plus que cela est désormais possible techniquement et sanitairement. L'organisation actuelle avec une USMP dépendante d'un établissement de santé de rattachement empêche par nature le choix prévu à l'article L. 1110-8. Mais elle n'est pas définitive, et l'on pourrait imaginer plusieurs niveaux d'évolutions. D'abord le maintien de ce rattachement peut être associé à une ouverture aux actes de télémédecine au sein de cet établissement, ce qui entraîne une plus grande liberté pour les

[1450] A. MILON, Rapport n°524 fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, *relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé*, Sénat, 22 mai 2019, p. 188 à p. 211.
[1451] CSP, art. L.1111-22.
[1452] L. 1110-8 : « *Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire* ».
[1453] Civ. 1ère, 13 déc. 2017, n° 17-18.437 : Le droit fondamental de la personne au libre choix de son établissement de santé inclut celui de changer d'établissement au cours de la prise en charge
[1454] Civ. 1ère, 6 mai 2003.
[1455] C. proc. pén. ancien, art. D. 365 ; pour les détenus accidentés du travail : CSS, ancien art. D. 412-59.
[1456] Qui a valeur de principe général du droit d'après le juge administratif, *V.* CE 18 fév. 1998 n° 1718511.
[1457] Code pénitentiaire, art. Article L. 322-1.

patients. Ensuite, lorsque l'établissement de rattachement ne couvre pas le besoin, que ce soit pour l'absence d'une spécialité déterminée, pour des limitations techniques[1458], ou pour des raisons de disponibilité, l'accès à des actes de télémédecine pourrait être ouvert parmi les établissements publics dont les praticiens exercent l'acte en question[1459]. Une centralisation régionale voire nationale des prises en charge à distance pourrait également voir le jour afin de répondre aux besoins de tous les établissements sur le territoire[1460]. L'absence de choix pesant aujourd'hui dans les USMP serait en revanche simplement « décalée » sur cet établissement central dans cette hypothèse, il y aurait donc bel et bien une facilitation de l'accès aux soins à distance, mais au détriment du libre choix laissé au patient de contacter le professionnel de son choix. En dernier lieu, il est possible d'envisager l'ouverture à la médecine de ville et au privé, de la même façon que les déserts médicaux ont besoin d'un accès aux soins. Les seules limites pouvant être opposées seraient alors relatives à des considérations pénitentiaires, qu'elles soient gestionnaires ou sécuritaires.

La e-santé a élargi les possibilités de descente d'information vers le patient de manière presque infinie. Mais le choix dans l'équipe de prise en charge passe également par la décision laissée au patient dans l'information qu'il donne aux professionnels.

273. Le choix des informations données et de leur destinataire. Le détenu peut sélectionner les informations qu'il donne aux professionnels de santé. Ce n'est pas une nouveauté, le malade a toujours eu la liberté de sélectionner les informations qu'il donne au professionnel de santé. Et pour cause, qui peut dire si ce n'est le patient ce qu'il endure, ce qu'il ressent. Et *quid* s'il décide de cacher une information, s'il en oublie ou s'il se trompe ? Ce choix est donc maintenu, cependant, ce sont les conséquences de ce choix qui gagnent en immédiateté, dans la mesure où la prise en charge repose désormais sur des données analysées en continu. A ceci près que l'article R. 6316-3 du CSP rappelle que chaque acte de télémédecine ou activité de télésoin est réalisé dans des conditions garantissant **«** *l'accès des professionnels de santé aux données de santé du patient nécessaires à la réalisation de l'acte ou de l'activité* ». Une fois encore, une forme d'équilibre doit être trouvée entre le choix du patient détenu et sa volonté d'être effectivement pris en charge à distance. Cela est vrai lorsque le patient est effectivement conscient de l'information qu'il transmet, cela l'est tout de suite moins lorsque l'information se

[1458] CSP, art. L. 1110-8.

[1459] Cette ouverture pourrait être limitée à un ressort territorial déterminé pour maintenir une forme de cohérence avec les règles relatives au remboursement par l'Assurance Maladie.

[1460] Il faudra par exemple envisager les spécificités de l'Outre-mer avec des horaires décalés.

transmet automatiquement grâce à des capteurs. Dès lors, la génération et la transmission de l'information sont automatisées, réduisant les erreurs de saisie par un patient voire par un professionnel. Il pourra toutefois être argué qu'un dispositif médical connecté mal employé par le patient ne transmettra tout de même pas les bonnes informations. Si la technologie octroie également au patient une forme de contrôle sur l'équipe qui le suit[1461] et donc sur la transmission des informations le concernant[1462], l'utilisation d'outils numériques fera peser de nouvelles menaces sur le secret professionnel et les données à caractère personnel[1463].

274. La valeur donnée à l'expression du consentement. L'expression de « e-consentement », commençant à fleurir un peu partout dans la presse semi-professionnelle[1464], n'implique aucune disparité de valeur juridique, mais simplement de formalisme, à la différence d'autres notions que l'on emploie pour désigner un mécanisme différent[1465]. Le consentement numérique[1466] n'en est qu'une forme d'expression est celui-ci a autant de portée – si ce n'est plus – qu'un consentement donné à l'oral ou même à l'écrit sur un formulaire. En effet, les normes de sécurité, déjà en place depuis des décennies dans le milieu bancaire[1467], tendent à investir toutes les mailles de la société, de la signature électronique des contrats en entreprise[1468], jusqu'au e-testament[1469], preuve de la fiabilité de telles procédures informatiques. Les solutions télésanté doivent ainsi répondre à une double considération : juridique d'abord, car elles sont destinées à pouvoir exprimer le consentement de la personne, qui est un droit au sens du CSP, puis conserver la preuve du recueil de ce consentement ;

[1461] CSP, art. L. 1110-4.

[1462] A titre d'exemple la grille d'habilitation du DMP donne la main au patient sur les destinataires des informations, ainsi qu'un moyen de les contrôler ; Arrêté du 26 octobre 2023 portant approbation du référentiel de sécurité et d'interopérabilité relatif à l'accès des professionnels au dossier médical partagé (DMP)

[1463] Cf. *infra* n°365 et n° 387.

[1464] J. HAYEK, E-signature et e-consentement : le virage réussi du CHU de Reims, *Hospitalia*, 15 mars 2023, disponible en ligne : https://www.hospitalia.fr/E-signature-et-e-consentement%C2%A0-le-virage-reussi-du-CHU-de-Reims_a3647.html ; R. AUDRAS, SANTÉ : vers le e-consentement, *Ordoclic*, 15 juil. 2020, disponible en ligne : https://www.ordoclic.fr/sante-vers-le-e-consentement/ ; L. BOURGAULT, e-consentement : quels enjeux hospitaliers ? , *Nouveal*, 20 oct. 2022, en ligne : https://www.nouveal.com/e-consentement-quels-enjeux-hospitaliers ; L. EGGRICKX, E-consentement : Docaposte répond aux grands enjeux des hôpitaux, *Docaposte*, 07 oct. 2021, en ligne : https://www.docaposte.com/blog/paroles-experts/e-consentement-grands-enjeux-des-hopitaux (consultés le 10 oct. 2024).

[1465] Le e-parcours désigne un parcours de soins coordonné mais réalisé exclusivement à distance par exemple.

[1466] P. BERDUGO, « La nouvelle ère du consentement numérique », *Les Echos*, 29 mai 2018, en ligne : https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/la-nouvelle-ere-du-consentement-numerique-132946 (consulté le 10 oct. 2024).

[1467] M. CIPRUT, « Carte bleue en ligne : des paiements à sécuriser », *Tourisme et Droit*, 2000, n°16, p. 24.

[1468] Pour aller plus loin v. A. ROCHER, « La clause de signature électronique », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 315.

[1469] V. not. F. BINOIS, « De la simplification du formalisme du testament notarié au e-testament », *Dalloz IP/IT*, 2023, p. 295 ; M. JULIENNE, « Pratique notariale et numérique : état des lieux », *Dalloz IP/IT*, 2019, p. 96 ; M. GRIMALDI, « Le testament et le cyber-notaire », *in Études en l'honneur du professeur* J. HUET, LGDJ, coll. Mélanges, 2017, p. 213, n° 3.

sécuritaire ensuite, car l'authentification a pour objectif de s'assurer que ce consentement vient de la bonne personne, tout en respectant la législation en matière de secret professionnel et de protection des données. La e-carte vitale[1470] se destine à être la pierre angulaire de toutes ces solutions technologiques, accordant une authentification lors de la connexion dans un outil, que ce soit pour le parcours de soins d'une maladie chronique, pour une téléconsultation ponctuelle ou la consultation de ses informations médicales sur son dossier médical ou son DMP. Malheureusement, son fonctionnement à partir d'un smartphone n'est pas envisageable en détention pour des raisons évidentes de sécurité. Concernant le droit exercé par le titulaire de l'autorité parentale, devrait-on prévoir un système de double accès informatique avec une demande d'ouverture du dossier par le patient mineur et une validation par son responsable légal ? Cela semble complètement utopique et, ironiquement, déconnecté de la réalité. D'autant plus lorsque l'acte médical est réalisé « en direct ».

B. Les exceptions au patient acteur de sa santé

275. Le nécessaire engagement du patient et du professionnel. Hervé DUMEZ et Étienne MINVIELLE interpellent sur certains risques tenant à l'engagement du patient dans la relation de soins en e-santé, ou à *« l'affirmation d'une co-construction de la prise en charge avec les professionnels »*[1471]. En sus de la qualité de l'information qui peut laisser à désirer, la mise en place de la e-santé en détention peut rencontrer des difficultés tenant au respect de la vie privée des patients, et se heurter à la réalité d'une mise en œuvre difficile dans ce contexte de privation de liberté. Ces causes sont structurelles et extérieures à la volonté des personnes impliquées dans la relation de soins. Mais il existe des causes internes qui tiennent à l'attitude du patient face à l'e-santé, puis au comportement des professionnels face à l'e-santé[1472]. D'abord, si l'on souhaite que le patient soit véritablement acteur de sa prise en charge, dans un contexte de privation de liberté, l'organisation doit favoriser une attitude pro-active de ce dernier. Ainsi « *L'adoption de la technologie par les patients doit d'abord être pérenne or rien ne le garantit »*[1473]. Tous les patients ne souhaitent pas être intégrés à ce point dans le processus de décision, ne souhaitent pas obtenir toutes les informations concernant leur santé, en particulier

[1470] Ameli.fr, Le déploiement de l'appli carte Vitale se généralisera progressivement en 2024, https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/infirmier/actualites/le-deploiement-de-l-appli-carte-vitale-se-generalisera-progressivement-en-2024

[1471] H. DUMEZ, É. MINVIELLE, « L'e-santé rend-elle la démocratie sanitaire pleinement performative ? », *Systèmes d'information & management*, vol. 22, no. 1, 2017, pp. 9-37.

[1472] *Ibid*.

[1473] *Ibid*.

des résultats qui pourraient être jugés anxiogènes[1474], passant du « *quantified-self* » au « *self-tracking* »[1475]. Partant, même si l'on pourrait imaginer que la logique participative du patient dans son parcours de soins serait une étape de plus dans la réinsertion des personnes détenues, rien ne garantit que les patients détenus souhaitent gérer leur maladie grâce aux outils de e-santé. Ensuite, cela n'est pas réaliste sans l'aide des professionnels de santé pour favoriser ce type de prise en charge grâce à la relation privilégiée qui existe entre eux et leurs patients[1476].

276. La technologie privant le patient de son autonomie. L'autonomie d'une personne est la faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement[1477]. L'apparition d'un tiers technologique dans la « co-élaboration » de la décision interroge concernant l'autonomie du patient, ainsi que pour l'identification des responsabilités[1478]. La e-santé constitue-t-elle une limite à l'autonomie du patient, tant dans son régime que dans son contenu ? Plusieurs pratiques relatives à la e-santé pourraient être considérées comme une forme de soumission ou de surveillance[1479]. Le recours à la e-santé de façon générale entraîne une suppression du choix laissé au patient. Si celle-ci lui est imposée sous forme de solution permanente, la liberté du patient est dissoute. Les dispositifs médicaux numériques, dont l'origine substantielle est le gain d'autonomie, rencontrent toutefois dans leur mise en œuvre la volonté des professionnels d'outrepasser les limites individuelles du patient. Ainsi, la mise en place de beaucoup de dispositifs médicaux connectés serait motivée par le fait que les patients se trompent, ou oublient des informations.

[1474] Voire des comportements addictifs, les personnes ayant un accès permanent à leurs données ne pouvant plus s'en passer, quand bien même les résultats associés sont aussi facteurs de stress, *V.* not. É. DAGIRAL et al. « Le *Quantified Self* en question(s). Un état des lieux des travaux de sciences sociales consacrés à l'automesure des individus », *Réseaux*, vol. 216, no. 4, 2019, pp. 17-54 ; J. ONNO, « L'amélioration de soi en régime numérique : les ambiguïtés du *Quantified Self*, entre discours et pratiques », *Socio-anthropologie*, 46 | -1, 81-108 ; Science&Vie, « Peut-on devenir accro au quantified self ? », www.science-et-vie.com, sept. 2017.

[1475] É. DAGIRAL, et al. « Le *Quantified Self* en question(s). Un état des lieux des travaux de sciences sociales consacrés à l'automesure des individus », *Réseaux*, vol. 216, no. 4, 2019, pp. 17-54 ; J. ONNO, « L'amélioration de soi en régime numérique : les ambiguïtés du Quantified Self, entre discours et pratiques », *Socio-anthropologie*, 46 | -1, 81-108 ; V. BOUSSARD, « Sociologie de la gestion. Les faiseurs de performance », *Varia*, Perspectives sociologiques, Paris, Belin, 2008.

[1476] M. BOUTEILLE-BRIGANT, « Les enjeux de la e-santé au sein de la relation médicale », *Dalloz IP/IT*, 2019, p. 593 : formation des professionnels à l'utilisation des outils, aux discours positifs sur leur utilisation, prévention, protocoles à mettre en place etc.

[1477] TLFi, <http://www.atilf.fr/tlfi>, ATILF - CNRS & Université de Lorraine, v. « Autonomie ».

[1478] Pour aller plus loin, *V.* not. L. WILLIATTE, « L'impact du numérique dans la relation de soin : De considérations générales à l'application concrète de la télémédecine », *Bulletin Académie Nationale de Médecine*, vol. 204, issue 8, Elsevier, octobre 2020.

[1479] Les dispositifs médicaux connectés enregistrent les constantes de façon permanente, permettent le contrôle de l'observance etc. L'une des facettes de l'utilisation d'objets connectés est bien souvent la surveillance continue. Doit-on dès lors s'inquiéter que de tels dispositifs initialement mis en place afin d'assurer la protection de la santé des personnes détenues, deviennent un moyen de surveillance de ces derniers ? cf. *infra* n° 341, n°397.

Dès lors, si le consentement du patient est dépassé, cela pose la question de sa place, est-elle si centrale que cela dans la relation de soins ? Si on essaye de passer outre le patient c'est bien qu'on ne cherche pas une autonomie mais une automatisation de certaines parties de la prise en charge voire de sa totalité. Cependant en pratique, cela ne changera rien, le patient peut toujours mentir lorsqu'il doit entrer des données sur un logiciel, oublier de porter les objets connectés[1480] ou encore tricher face aux capteurs[1481].

L'article L. 1110-8 du CSP laisse également le choix au patient en matière de prise en charge ambulatoire ou à domicile. Sans considérer la cellule comme le « domicile », le choix pourra avoir le mérite d'exister, techniquement du moins, entre la prise en charge en ambulatoire ou à distance. De la même manière, cette liberté de décision doit être encore plus forte en cas de soins palliatifs[1482]. La loi devrait-elle préciser que la télésanté ne doit être utilisée dans ce cas de figure qu'en cas d'extrême nécessité, ou uniquement pour prévenir les situations menant à des soins palliatifs ? Le gain d'autonomie apporté initialement à la volonté du détenu pourrait, dans le cas contraire, être rapidement compensé par l'utilisation systématique des outils à distance.

277. Les injonctions pénales à prendre un traitement. Le Code pénal prévoit différentes mesures permettant d'imposer des soins à une personne, directement ou indirectement, conduisant le professeur Patrick MISTRETTA à parler de consentement pression ou de consentement fiction[1483]. L'exemple le plus connu est l'injonction de soins[1484] née en 1998[1485] dans le cadre du suivi socio-judiciaire (SSJ)[1486]. Le champ d'application du SSJ, déjà applicable à plusieurs aménagements de peine[1487], a été progressivement étendu au placement sous surveillance judiciaire[1488], à la libération conditionnelle[1489], puis à la surveillance de sûreté[1490].

[1480] Le patient peut mal les porter également.
[1481] Les faire porter à quelqu'un d'autre par exemple.
[1482] CSP, art. L. 1110-8 ; CSP, art. L. 1110-5 al. 4 : « les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort » ; V. M.-L. MOQUET-ANGER, Le droit des personnes hospitalisées, RDSS, 2002, p. 657.
[1483] Pour aller plus loin sur les mesures permettant d'imposer des soins, V. P. MISTRETTA, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *Revue internationale de droit pénal*, vol. 82, no. 1-2, 2011, pp. 19-39.
[1484] D. VIRIOT-BARRIAL, « Consentement et injonction de soins », *RPDP* 2010, p. 299 ; P. DARBEDA, « L'injonction de soins et le suivi socio-judiciaire », *RSC* 2001, p. 625 ; J.-S. CAYLA, « L'injonction de soins dans le suivi socio-judiciaire », *RDSS* 1998, p. 751.
[1485] Loi n° 98-468 du 17 juin 1998.
[1486] C. pén., art. 131-36-1 et s. ; Sur le suivi socio-judiciaire, V. notamment X. PIN, *Droit pénal général*, 15e éd., Cours Dalloz, 2024, n° 283.
[1487] C. pr. pén., art. 763-7.
[1488] Loi 2007-297 du 5 mars 2007.
[1489] Loi 2007-297 du 5 mars 2007.
[1490] Loi 2008-174 du 25 février 2008.

Or, l'injonction de soins étant une des modalités d'application du SSJ, cet élargissement favorise sa potentielle application à une multitude de personnes placées sous-main de justice[1491]. Concernant le contenu de cette mesure, le code pénal prévoit dans son titre réservé au suivi socio-judiciaire que « *sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique, s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale* ». Or les dispositions relatives à l'injonction de soins introduisent nécessairement des limites à l'*empowerment* du patient détenu. D'une part les articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique prévoyant les conditions de mise en œuvre de cette injonction de soins instillent des atteintes à certains droits du patient, comme la désignation obligatoire d'un médecin traitant, y compris contre la volonté du patient. D'autre part, si aucun article n'impose la réalisation des soins par la force, celle-ci se distingue comme une obligation déguisée, en menaçant le détenu de mise à exécution de la peine d'emprisonnement prononcée[1492], de non-obtention des aménagements de peine[1493], ou encore de la révocation de son aménagement lorsque celui-ci prononcé[1494]. Dès lors, le droit pénal a évolué d'une logique incitative vers une logique quasi impérative pour le juge[1495] et le patient voit son consentement tout à fait pressurisé, voire extorqué[1496]. Et si « *le droit pénal bascule inéluctablement dans une logique répressive et préventive de plus en plus orientée vers le spectre des soins perpétuels imposés* »[1497], on voit mal pourquoi la e-santé ne deviendrait pas un outil s'inscrivant dans cette politique en facilitant ces obligations à distances, notamment pour les personnes prévenues, en détention provisoire dans l'attente leur jugement.

[1491] Au 31 décembre 2022, 7619 suivis socio-judiciaires étaient en cours en France : ministère de la Justice, *Les chiffres clés de la Justice*, 2023, 26 oct. 2023, p. 25 ; Ce chiffre était de 7111 personnes placées sous suivi socio-judiciaire en 2020, INSEE, « Sécurité et société », *Insee références*, Édition 2021, p. 103.
[1492] C. pén., art. 131-36-4, C. pr. pén., art. 763-5 al. 3
[1493] C. pén., art. 721
[1494] C. pén., art. 132-26 ; C. pr. pén., art. 731 CPP
[1495] P. MISTRETTA, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *Revue internationale de droit pénal*, vol. 82, no. 1-2, 2011, pp. 19-39.
[1496] *Ibid*.
[1497] *Ibid*.

Conclusion du Chapitre I

278. La télésanté offre plusieurs moyens de renforcement de la place du patient au sein de la relation de soins avec le professionnel de santé. Bien souvent privé de son autonomie, le détenu peut ainsi la retrouver dans le cadre de sa santé. L'information en santé est révolutionnée par les nouvelles technologies, car elles ont le potentiel de transformer un patient en « expert », et réinterroge ainsi une relation de soins en mettant fin au « besoin d'ignorance » longtemps défendu par les médecins. Les multiples sources d'informations qui naissent dans le numérique ne sont toutefois pas accessibles en détention, et le contenu du droit à l'information est ainsi réinterrogé dans ses principes. La multiplication des sources crée un effet balancier, privant cependant le patient de son autonomie en réduisant le contrôle effectué sur la qualité des informations, et en multipliant les sujets sur lesquels ils doivent être informés. L'information semble perdre son caractère loyal lorsque des cases à cocher servent plus à protéger le professionnel qu'à informer le patient. L'entretien individuel obligatoire[1498] doit être maintenu, y compris lors d'une prise en charge à distance, afin de s'assurer que le droit à l'information est garanti dans toutes ses composantes.

279. Principe fondamental et expression du respect de l'autonomie de la volonté, le consentement du patient est un impératif à protéger en facilitant une participation active à sa prise en charge grâce à la technologie, permettant de mettre fin au paternalisme médical. La prise de décision reste partielle : l'automatisation du DMP, l'existence de dispositifs médicaux servant à contourner le patient ou encore le partage d'informations semblent aller à l'encontre de cette vision d'autonomie. Le contexte judiciaire amplifie ce sentiment, le droit pénal ayant évolué d'une logique incitative vers une logique quasi impérative, et le juge qui donne des injonctions de soins en est le parfait exemple. La e-santé pourrait en devenir le bras armé, et instiller l'idée d'une systématisation de la prise en charge médicale à distance, prémisse d'une dérive concernant les patients détenus. Les méthodes d'*empowerment* doivent être centrées sur le patient, non exclusivement centrées sur la pathologie[1499], et permettre une relation continue et impliquée entre le patient et les soignants[1500]. Les gains d'autonomisation offerts par la

[1498] CSP, art. L. 1111-2.
[1499] Cf. *infra* n°299.
[1500] L. MARRAULD, H. DUMEZ, E. MINVIELLE, *État des lieux de la santé numérique*, Rapport remis à la Fondation de l'avenir, Mutualité française, Paris, 2015, p. 43.

télésanté ne doivent pas mener à une forme d'automatisation de la prise en charge, qui serait alors synonyme de rupture de la relation particulière unissant le patient et le médecin.

Chapitre II : Une relation de soins dissipée en milieu carcéral

280. L'évolution du système de santé conduit à une modification de la nature même de la relation entre le médecin et le malade. À l'instar de la prise en charge, le lien relationnel entre les deux protagonistes est empreint de distance et tend alors à se dissiper (**Section I**). De plus, l'orientation collective donnée à travers la prise en charge en e-santé cause à son tour une forme d'éloignement entre les professionnels et leurs patients. Cette tendance se confirme de façon exacerbée dans un contexte de privation de liberté (**Section II**).

Section I : Une relation de soins distendue

« *Merci. Vous avez dit " quelqu'un " alors que vous auriez pu dire " quelque chose " »*[1501].

I, robot.

281. Se peut-il que les solutions technologiques, que les réponses apportées par la e-santé deviennent les causes de nouveaux symptômes, ou deviennent elles-mêmes les symptômes qu'elles étaient destinées à guérir ? Ainsi, le colloque singulier qui était appelé à un remaniement grâce à la technologie (**§ I**) pourrait être voué à disparaître à cause de la technologie (**§ II**)

§I – Un remaniement du colloque singulier

282. Une relation de soins historiquement modifiée. Se questionner sur les implications du parcours du patient dans la relation médicale « *part du présupposé qu'il existe un idéal-type de relation médicale* »[1502]. Le « *colloque singulier* »[1503] est l'expression[1504] englobant la relation bilatérale particulière existant entre le médecin et son patient ou entre le patient et son médecin.

[1501] A. PROYAS, « I, Robot », 2004, adaptation cinématographique d'après l'œuvre originale d'I. ASIMOV.
[1502] V. VIOUJAS, « Parcours du patient et relation médicale », *RDSS* 2021, p. 445.
[1503] J. BOUTON, « Le code de déontologie médicale, un code singulier pour un " colloque singulier " », *in Mélanges en l'honneur du doyen Georges Wiederkehr*, 3009, Dalloz, p. 27-40 ; A.-C. HARDY, « Du colloque singulier à l'éthique médicale », *in* A.-C. HARDY (dir.) *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Presses de l'EHESP, 2013, p. 23-45 ; P. HAVAS, Le déploiement d'une intelligence artificielle de confiance dans les établissements de santé, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. « Mémoires numériques de la BNDS »
[1504] Attribuée à L. PORTES depuis sa communication à l'Académie des sciences morales et politiques le 30 janvier 1950 ; L. Portes, Du consentement du malade à l'acte médical, *in* À la recherche d'une éthique médicale, Masson et PUF [1954], 1964, p. 168.

La différence entre médecin et patient dans ce colloque *« est cette opposition fondamentale entre celui qui a accès au savoir et celui qui sera toujours du côté de l'ignorance »*[1505], souvent résumée habilement par une vieille formule selon laquelle c'est « *la rencontre d'une confiance et d'une conscience* »[1506]. L'asymétrie de cette relation s'efface peu à peu au profit de l'autonomie de la volonté que traduisent les droits consacrés par la loi du 4 mars 2002. Cependant, existe-t-il un décalage entre l'affirmation de ces droits et la réalité de leur exercice[1507] ?

283. Une tendance à l'infantilisation du patient. Longtemps ce colloque singulier fut marqué par le « paternalisme médical »[1508]. A tel point que le Code de déontologie de 1947[1509] énonçait « *un médecin doit s'efforcer d'imposer l'exécution de sa décision* »[1510] ou encore qu'*« un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade* »[1511]. Ce paternalisme était légitimité par le fait que le professionnel est sachant et le patient non[1512], et par le fait que « *le professionnel de santé décide certes à la place du patient, mais dans son intérêt, ce qui renvoie à une démarche positive dans son esprit.* »[1513]. Même si la notion de démocratie sanitaire qui s'est engouffrée dans le droit français, est par nature en opposition au paternalisme médical[1514], on constate encore des relents d'une ère censée être révolue, notamment dans le code de déontologie des médecins, qui se traduisent par l'impossibilité d'accès pour les patients à une information concernant leur santé. C'est l'exemple des pronostics graves qui, ne devant être révélés « *qu'avec circonspection* »[1515], conduisent à bloquer l'information sur le site ou logiciel

---

1505 A.-C. HARDY, « Du colloque singulier à l'éthique médicale », *in* A.-C. HARDY (dir.) *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Presses de l'EHESP, 2013, p. 23-45.
1506 Fréquemment prêtée à Hippocrate.
1507 A. LAUDE, « Le patient, un nouvel acteur de santé ? », *D.* 2007, p. 1151.
1508 *V.* B. LEGROS, Le paternalisme *médical en droit français. Entre maintien et transformation*, *in* : C. CASTAING, H. GAUMONT-PRAT, A. LECA, *Mélanges en l'honneur de J.-M. CLÉMENT*, Enseignement, Hôpital, Médecine, LEH, Bordeaux, 2014, p. 173-194 ; G. ROUSSET, « Patients : droits et rôles nouveaux », *RDSS*, 2022, p. 87 ; R. FRAGKOU, « Entre paternalisme médical et autonomie absolue, une autonomie du patient à géométrie variable », *RGDM*, n°42, 2012, p.167-212 ; P. VERON, *La décision médicale*, Thèse dactyl., Université de Montpellier, 2015 ; J.-M.MANTZ, « Paternalisme du médecin ou autonomie du patient », *in* J.-M.MANTZ, P. GRANDMOTTET, P. QUENEAU, *Éthique et thérapeutique : témoignages européens, Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique (APNET) et Réseau européen des enseignants de thérapeutique (REET)*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 1998.
1509 Décr. n° 47-1169 du 27 juin 1947 portant Code de déontologie médicale, JO 28 juin 1947, p. 5992.
1510 Code de déontologie médicale, Article 30.
1511 Code de déontologie médicale, Article 31.
1512 Pour reprendre la formule du professeur PORTES, ancien président du Conseil national de l'Ordre des médecins, l'acte médical serait « *une confiance qui rejoint librement une conscience* ».
1513 G. ROUSSET, « Patients : droits et rôles nouveaux », *RDSS*, 2022, p. 87.
1514 M. BRASSET, Démocratie sanitaire et e-santé, Le droit à l'information du patient : effectivité en e-santé, Mémoire de recherche, Université de lorraine, 2021-2022.
1515 CSP, art. R.4127-35.

dans l'attente que le médecin l'annonce de lui-même, alors que celle-ci devrait, en théorie, être accessible au patient qui souhaite la connaître. Cependant, le fait de se fonder uniquement sur l'expression « *le meilleur intérêt du patient* » est source d'inquiétude quand on sait que dans les années 1960, « *un pourcentage considérable de médecins estimait qu'il n'était pas dans le meilleur intérêt du patient de connaître toute la vérité sur son état de* santé »[1516]. La formule de Louis PORTES est particulièrement imagée pour illustrer ce rapport entre médecin et patient : « *Face au patient inerte et passif, le médecin n'a en aucune manière le sentiment d'avoir à faire à un être libre, à un égal, à un pair ; tout patient est et doit être pour lui comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper, un enfant à consoler, non pas à abuser, un enfant à sauver* »[1517]. Or, prendre une décision pour le patient, qui ne serait pas uniquement dans son intérêt, dépasse le paternalisme, pour arriver à l'autoritarisme. Cela est d'autant plus préoccupant lorsque l'on rapproche cet état de fait de la « *tendance à l'infantilisation qui découlent de l'organisation sécuritaire de la détention »*[1518], dont l'existence est constatée par la DAP, sur des problématiques touchant à la santé publique[1519], et dénoncée par le CGLPL[1520] et les associations intervenant dans l'univers carcéral[1521]. Or, si « *une relation médecin-malade valable ne peut se fonder ni sur un autoritarisme médical sans limites, ni sur une autonomie absolue du patient, le premier étant condamné par l'histoire, la seconde par le bon sens* »[1522], le sens de l'histoire peut-être en train de s'inverser avec le développement de la e-santé.

284. Un nouveau paternalisme médical pour les détenus à travers la télémédecine. L'emploi de l'expression « nouveau paternalisme » peut trouver son sens dans la multitude de

[1516] R. FRAGKOU, « Entre paternalisme médical et autonomie absolue, une autonomie du patient à géométrie variable », *RGDM*, n°42, 2012, p.167-212.
[1517] L. PORTES, *Du consentement du malade à l'acte médical*, communication à l'Académie des sciences morales et politiques, 30 janv. 1950, reproduite *in* L. PORTES, *À la recherche d'une éthique médicale*, Masson et PUF [1954], 1964, p. 163-164.
[1518] G. CHANTRAINE, « Prison, désaffiliation, stigmates. L'engrenage carcéral de l'« inutile au monde » contemporain », *Déviance et Société*, vol. 27, no. 4, 2003, pp. 363-387, pour aller plus loin sur cette question, cf. *infra* n° 397 et s.
[1519] DAP, « Les surveillants pénitentiaires face à la sexualité des jeunes en détention », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques* n°46, juin 2019.
[1520] Le premier rapport d'Adeline Hazan après sa prise de poste dénonçait une infantilisation et une déresponsabilisation des personnes : CGLPL, *Rapport d'activité 2014*, p. 86.
[1521] « La prison, au mieux ça infantilise, au pire, ça révolte », dénonce M.-P. FORGET, du collectif prison qui regroupe une quinzaine d'associations en lien avec le monde carcéral, disponible en ligne : https://www.ouest-france.fr/bretagne/au-mieux-la-prison-infantilise-2994970 (consulté le 10 oct. 2024).
[1522] J.-M.MANTZ, « Paternalisme du médecin ou autonomie du patient », *in* J.-M. MANTZ, P. GRANDMOTTET, P. QUENEAU, *Éthique et thérapeutique : témoignages européens, Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique (APNET) et Réseau européen des enseignants de thérapeutique (REET),* Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 1998, p. 217 cité par R. FRAGKOU, « Entre paternalisme médical et autonomie absolue, une autonomie du patient à géométrie variable », *RGDM*, n°42, 2012, p.167-212.

conséquences tirées d'une évolution de la conception paternaliste classique[1523]. En premier lieu, le professionnel de santé est celui qui décide de la pertinence ou non du recours à la télémédecine ou au télésoin[1524]. Dans ce contexte très particulier, on constate une recrudescence d'une forme de paternalisme, qui dans la mesure où il concerne aussi bien les médecins que d'autres professionnels de santé, l'on pourrait cesser de qualifier de paternalisme médical pour utiliser l'expression de paternalisme sanitaire[1525] ou de paternalisme thérapeutique. En second lieu, le choix de l'outil en lui-même est laissé à la discrétion du professionnel qui a, certes, une obligation d'information et d'explicabilité, mais qui n'a pour obligations que celles-ci. Le patient est donc exclu du choix, avec pour seule limite sa possibilité de refuser le recours à l'acte concerné. Dans le cadre d'une aide médicale par un dispositif algorithmique complexe, le patient n'aura pas le pouvoir de refuser l'utilisation d'un tel dispositif au profit d'un autre mais simplement le droit de refuser d'être pris en charge par ce type d'algorithme. Ce droit de refus associé à une obligation d'explicabilité tranche néanmoins avec l'acception historique du paternalisme médical. L'égalité des statuts n'est alors qu'une fiction juridique[1526], le malade sujet de droit restant dépendant du médecin, car « *l'égalité ne fait pas la similitude* »[1527]. Pourrait-on ainsi qualifier les rapports lors d'une prise en charge en télésanté, de paternalisme circonscrit ? Certains auteurs parlent de paternalisme tempéré[1528], en axant l'évolution de la

[1523]B. LEGROS, « Le paternalisme médical en droit français. Entre maintien et transformation », *in Mélanges en l'honneur de J.-M. CLÉMENT*, Enseignement, Hôpital, Médecine, p. 173, 2014, p. 173, LEH. ; G. MÉMETEAU, « Éloge du paternalisme médical », *RGDM* 2017, p. 117.

[1524] Article R6316-2 modifié par Décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté, art. 1, JORF n°0128 du 4 juin 2021, art 1.

[1525] Expression généralement employée pour décrire l'intervention de l'État dans la régulation des comportements et des soins ; *V.* J.-M. LE GUEN, « L'État, au cœur de la régulation des comportements et des soins », *Regards croisés sur l'économie*, 2009/1 (n° 5), p. 194-200.

[1526] J.-P. PIERRON, « Une nouvelle figure du patient ? les transformations contemporaines de la relation de soins », *sciences sociales et santé*, 2007, n° 25-2, p. 43.

[1527] *Ibid*.

[1528] A. FAGOT-LARGEAULT, « Table ronde consacrée aux problèmes moraux, religieux, juridiques posés par la décision d'abstention ou d'arrêt thérapeutique en réanimation », *in Les décisions d'arrêt thérapeutique en réanimation (adultes et nouveau-nés) : Journées d'éthique médicale*, Pont-à-Mousson, abbaye des Prémontrés, 21 et 22 juin 1991, Annales médicales de Nancy et de l'Est, 1992, n° 31, b4, p. 359-360 cité par R. FRAGKOU, « Entre paternalisme médical et autonomie absolue, une autonomie du patient à géométrie variable », *RGDM*, n°42, 2012, p.167-212

relation malade-médecin ou soigné-soignant[1529] sur l'éthique[1530], s'inscrivant dans la lignée du CCNE[1531].

Enfin, Marie-Laure MOQUET-ANGER craint l'apparition d'un nouveau paternalisme frappant la relation de soins, imputable à l'organisation adoptée lors des parcours complexes[1532]. L'organisation en équipes de soins[1533] telle qu'elle existe depuis la modification de l'article L.1110-4 du CSP par la loi du 26 janvier 2016 « *invite à se demander jusqu'où les professionnels se substituent à la volonté du patient* » et « *à réfléchir sur la liberté des malades à adhérer à ce type de parcours* ». Pour Marie-Laure MOQUET-ANGER, la figure paternaliste qui tendait à s'effacer depuis la loi de 2002 renaît mais sous une autre forme, l'État se substituant au médecin[1534]. Ainsi l'encadrement législatif et juridique de la médecine en France ne pourrait se comprendre *« sans cet arrière-plan d'un « droit d'ingérence » de l'État et de ses représentants dans la vie des citoyens pour les protéger, y compris contre eux-mêmes* »[1535].

285. Le gain d'autonomie pour le patient pourrait être une perte d'autonomie pour le médecin[1536]. Au-delà des usages qui en sont faits par les patients, ce foisonnement de nouvelles sources d'informations concerne également les professionnels de santé. Or à titre d'exemple, la télésurveillance, « *en établissant des relations plus fluides entre les patients et les équipes soignantes sans contrainte de temps ni de distance, [elle] offre la possibilité aux patients d'être plus autonomes et de s'impliquer davantage dans la gestion de leur pathologie* »[1537]. Un patient plus autonome et plus impliqué réduit de fait la place du médecin dans cette relation, qui, au lieu d'être rééquilibrée, penche dangereusement vers un médecin simple prestataire de service.

[1529] Commission Ethique et Professions de Santé, *Ethique et professions de santé*, Rapport au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, mai 2003, p. 56. : A.-C. HARDY note l'inversion des priorités de cette expression par rapport à la relation « médecin-malade », *V.* A.-C. HARDY, « Du colloque singulier à l'éthique médicale », *in* A.-C. HARDY (dir.) *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Presses de l'EHESP, 2013, p. 23-45.

[1530] Commission Ethique et Professions de Santé, *Ethique et professions de santé*, Rapport au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, mai 2003 ; *V.* ég. O. DINECHIN, « « Éthique et professions de Santé » : pour une pédagogie organisée », *Laennec*, vol. 51, no. 4, 2003, pp. 4-8.

[1531] CCNE, Avis n° 58 sur le Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche, 12 juin 1998, Les Cahiers du CCNE, 1998, n° 17, p. 10.

[1532] M.-L. MOQUET-ANGER, « Parcours et droits du patient », *RDSS*, 2021, p. 435.

[1533] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. 96.

[1534] Notion d'« État hygiéniste »

[1535] S. RAMEIX, « Information et consentement des patients : du paternalisme à l'autonomie ? », *Actualités JuriSanté*, n° 37, juin 2002, p. 14 cité par J. RICOT (dir.), *Penser la fin de vie*, Presses de l'EHESP, 2019, pp. 137-183.

[1536] A. HENNEBELLE, *Le droit face à l'ère de l'intelligence artificielle et de la robotisation dans le secteur médical*, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. "Mémoires numériques de la BNDS" ; F. EON-JAGUIN, « Le médecin, véritable décideur et non simple auxiliaire de l'algorithme », *Dalloz IP/IT* 2022, p.29.

[1537] HAS, *Évaluation économique de la télésurveillance pour éclairer la décision publique*, Rapport d'évaluation, 10 décembre 2020 p. 78.

En outre, l'intelligence artificielle « *sera le premier dispositif médical dont les médecins et les pharmaciens n'auront ni la maîtrise, ni la compréhension totale […] pour des SIA d'apprentissage profond ça ne sera jamais possible* »[1538]. Or, une absence de compréhension totale par les professionnels conduit inévitablement à une perte d'autonomie de jugement, une perte d'esprit critique du praticien[1539]. Si l'on se rappelle qu'« *un médecin qui cesse de penser, cesse d'être un médecin* »[1540], alors il n'est pas de bonne augure que le gain d'autonomie laissé au patient se fasse au détriment de l'autonomie des professionnels[1541], « *la frontière entre l'émancipation du patient et l'éviction du médecin paraît parfois ténue* »[1542]. Les nouvelles pratiques développées grâce aux outils de e-santé, permettant l'autodiagnostic, voire l'automédication, favorisent une forme « *d'ubérisation* » de la santé[1543]. Le médecin pourrait alors être en passe de devenir optionnel[1544] dans la relation. Pourtant, « *s'il n'est pas question de remplacer les médecins par la machine, l'enjeu est bien d'organiser des interactions vertueuses entre l'expertise humaine et les apports de l'IA dans l'exercice quotidien de la médecine* »[1545]. C'est pourquoi l'autorité de régulation de l'IA aura pour charge l'analyse de l'évolution des comportements des professionnels et il n'est pas souhaitable que la pratique médicale se repose entièrement sur l'IA, au risque d'une déresponsabilisation[1546] des professionnels[1547].

286. Un *empowerment* du patient au prix de sa responsabilisation. La rédaction actuelle de l'article L.1110-4 du CSP[1548] transforme le patient en un *« véritable partenaire de la décision*

[1538] P. HAVAS, *Le déploiement d'une intelligence artificielle de confiance dans les établissements de santé*, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. « Mémoires numériques de la BNDS », p. 26.
[1539] *Ibid*.
[1540] L. PORTES, *À la recherche d'une éthique médicale*, Masson et PUF [1954], 1964, p. 1.
[1541] F. EON-JAGUIN, « Le médecin, véritable décideur et non simple auxiliaire de l'algorithme », *Dalloz IP/IT* 2022, p.29.
[1542] V. VIOUJAS, « Parcours du patient et relation médicale », *RDSS*, 2021, p. 445.
[1543] C. LEQUILLERIER, « L' " ubérisation " de la santé », *Dalloz IP/IT* 2017, p. 155.
[1544] A. RISSEL, « Les autotests : état des lieux et enjeux », *RDSS* 2014, p. 107.
[1545] C. VILLANI, *Donner un sens à l'intelligence artificielle : pour une stratégie nationale et européenne*, Rapport, 2018, page 197.
[1546] La délégation de décisions critiques aux algorithmes est un des biais d'une surutilisation de l'IA et d'une surestimation de ses capacités : P. HAVAS, *Le déploiement d'une intelligence artificielle de confiance dans les établissements de santé*, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. « Mémoires numériques de la BNDS » ; *V.* ég. A. BENSAMOUN, G. LOISEAU (dir.), *Droit de l'intelligence artificielle. 2e édition*, LGDJ, une marque de Lextenso, 2022, Les intégrales ; M. DUGUÉ, « La responsabilité médicale à l'ère de la robotique », *GPL*, 21 mai 2024 ; Dossier : « Enjeux et légitimité du développement de la responsabilité numérique », *Dalloz IP/IT* 2020, p. 150 ; D. GRUSON, « Régulation positive de l'intelligence artificielle en santé : les avancées de la garantie humaine algorithmique », *Dalloz IP/IT* 2020, p. 165.
[1547] CNIL, *Comment permettre à l'homme de garder la main : Les enjeux éthiques des algorithmes et de l'intelligence artificielle*, Rapport, décembre 2017, page 29.
[1548] CSP, art. L.1110-4 : « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* ».

médicale »[1549]. Cette métamorphose du rôle du patient au sein de la relation de soins est certes accentuée à certains égards par la e-santé mais, celle-ci s'accompagne de plusieurs questionnements. Le fait que soit désormais inscrit dans le marbre que *« les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose »*[1550] interroge Alain DEVERS, cela veut-il dire que les droits de l'usager ne s'exercent pas autant que les contraintes du service public de la santé le permettent[1551] ? Il faut d'abord constater la naissance d'une logique de responsabilisation des utilisateurs[1552] exacerbée en e-santé avec l'utilisation de « Mon espace santé », le patient devenant alors gestionnaire de ses propres données ; mais aussi comme le pendant de la déresponsabilisation des professionnels[1553] qui pourrait survenir en cas de délégation des décisions aux algorithmes[1554]. De plus, le partage de la décision médicale contraint le patient à « *assumer un certain nombre d'obligations que l'on a parfois tendance à occulter »*[1555]. Cette responsabilisation est bien sûr thérapeutique « *à travers un développement plus important de l'automédication, ou encore par une plus grande attention portée aux actions de prévention, voire encore par une meilleure observance des traitements »*[1556]. Or cela est exacerbé par le développement des outils de télésanté. Un détenu pourra être laissé en autonomie face aux actions de prévention en ligne, actions qui seront ensuite évaluées grâce à des statistiques tirées des objets connectés utilisées lors des réponses thérapeutiques apportées en détention. Or, ce suivi individualisé centré autour de l'observance[1557] de leurs traitements risque « *progressivement d'engendrer une responsabilisation de plus en plus marquée, voire même de conduire à de nouvelles formes de responsabilités* »[1558]. L'ordre des médecins s'est d'ailleurs exprimé à ce sujet en 2018 en estimant que « *les bénéfices de l'autosurveillance des*

[1549] Y. LAMBERT-FAIVRE, « La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Partie II : Les droits des malades, usagers du système de santé », *Recueil Dalloz*, 2002, p. 1291, cité par R. BOURRET, D. CAZALÈDES, É. MARTINEZ, F. VIALLA, « Détenus et droit à l'information », *RDS*, n°59, mai 2014, p. 1203.

[1550] CSP, art. L. 1111-1.

[1551] A. DEVERS, « L'usager du système de santé », *Gérontologie et société*, vol. 28/115, no. 4, 2005, pp. 39-48.

[1552] L. MORLET-HAÏDARA, « Le futur espace numérique de santé : un formidable outil de prévention », *JDSAM*, 2021/1, n° 28, pp. 30-35 ; R. RIZOULIERES, « Confiance dans le numérique en santé. Quelles priorités pour l'action ? », *I2D – Information, données & documents*, 2016/3 (volume 53), p. 60.

[1553] CNIL, *Comment permettre à l'homme de garder la main : Les enjeux éthiques des algorithmes et de l'intelligence artificielle*, Rapport, décembre 2017, page 29.

[1554] P. HAVAS, *Le déploiement d'une intelligence artificielle de confiance dans les établissements de santé*, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. « Mémoires numériques de la BNDS », p. 84.

[1555] A. LAUDE, « Le patient, un nouvel acteur de santé ? », *Dalloz*, 2007, p. 1151.

[1556] *Ibid*.

[1557] Sur cette notion, *V.* A. LAUDE, D. TABUTEAU (dir.), De *l'observance* à la gouvernance de sa santé, PUF, 2007.

[1558] B. BEVIÈRE-BOYER, « De la responsabilité de la personne à l'égard de sa santé prédictive au risque de développement progressif de sa responsabilité en santé », *RGDM*, 2020, n° 74, p. 187, spéc. p. 202.

patients, qui doit permettre une meilleure relation clinique, sont menacés par le déplacement de la responsabilité médicale vers le malade »[1559].

287. Un déplacement de responsabilité inopportun en détention. Ce décalage de responsabilité ne prend pas encore en compte les contraintes de la détention, avec le trafic de médicaments et les moyens de pression que peuvent utiliser les codétenus. D'aucun pourrait arguer que cela pourrait être utile comme outil de contrôle de ces trafics[1560], ou encore que cela formerait un argument de plus pour militer pour l'encellulement individuel[1561]. Ce décalage ne prend pas non plus en considération les limites de la technologie en elle-même, « *par exemple, le pilulier électronique est conçu pour rappeler à son usager de prendre le bon médicament à la bonne heure, et pourra même prévenir un professionnel de santé s'il ne le fait pas dans les délais impartis. Or cet indicateur permet de savoir si les médicaments ont été retirés du pilulier, mais ne garantissent pas que le patient les ait réellement pris* »[1562]. Cette notion de coresponsabilité dans la décision médicale pourrait également ouvrir une boîte de pandore du partage de la responsabilité[1563] entre le praticien sachant et son patient « expert ». Si la question peut se poser en dehors des murs, la situation de précarité particulière que vivent les personnes détenues doit être une barrière absolue à ce type d'évolutions juridiques. Le refus du traitement est un droit fondamental devant être préservé, mais la coresponsabilité en cas de mauvais traitement n'est quant à elle pas recommandée.

288. L'apparition d'un patient consommateur. Certains auteurs estiment[1564] que ce déplacement de la responsabilité vers les patients est dû au « *solutionnisme technologique* »[1565]

[1559] CNOM, *Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle,* Analyses et recommandations du CNOM, Janvier 2018.
[1560] Cf. *infra* n° 397
[1561] Obligation française depuis la loi Béranger de 1875, ce principe a vu son entrée en vigueur différée à de nombreuses reprises face à la surpopulation carcérale rendant impossible sa mise en application. Pour aller plus loin, v. D. RAIMBOURG, *Encellulement Individuel : Faire de la prison un outil de justice*, 2 décembre 2014 ; Jean-Jacques URVOAS, *En finir avec la surpopulation carcérale - Rapport au Parlement sur l'encellulement individuel*, 20 septembre 2016 ; P. JANUEL, « Encellulement individuel : le Parlement acte 150 ans d'échec », *Dalloz*, 10 novembre 2022.
[1562] A. VAN HOUT, D. WILLEMS, M. HETTINGA et al., « Pourquoi les attentes suscitées par la télésurveillance sont souvent déçues. Étude ethnographique d'un dispositif de télésuivi infirmier en soins palliatifs », *Réseaux*, 2018/1 (n° 207), p. 95-121.
[1563] A. LAUDE, « Le patient, un nouvel acteur de santé ? », *Dalloz*, 2007, p. 1151
[1564] Pour aller plus loin V. Emmanuel GADENNE, « Le quantified self : pour une meilleure connaissance de soi… et des autres », *in* CNIL, *Le corps, nouvel objet connecté, Du quantified self à la M-santé : les nouveaux territoires de la mise en données du monde*, Cahiers IP, mai 2014, p.10.
[1565] E. MOROZOV, *Pour tout résoudre, cliquez ici : l'aberration du solutionnisme technologique*. Limoges, Fyp, 2014.

qui en fait des consommateurs plus que des citoyens. Pour Evgeny MOROZOV[1566], l'individu capable et autonome est un mythe, d'autant plus que les utilisateurs de solutions numériques permettant l'auto-contrôle de la santé et du bien-être sont le plus souvent induits en erreur par l'interface. Cette dernière est modelée pour des acteurs qui n'ont pas les mêmes intérêts que les utilisateurs, et peut être mobilisée comme un outil de manipulation pour attirer et favoriser le partage de données à caractère personnel[1567]. La place croissante qui est faite au patient dans la relation de soin peut s'apparenter à une forme de marchandisation du colloque singulier, le patient serait de plus en plus envisagé comme un « *consommateur de soins gestionnaire de son capital santé* »[1568]. Jean Paul DONIN va plus loin en considérant que cette instrumentalisation du corps humain[1569] serait « *l'expression ultime du capitalisme* »[1570], faisant peser des risques sur la relation médicale.

§ II – Une rupture du colloque singulier

Henri PÉQUIGNOT identifiait dans la relation de santé une « *unité de temps, de lieu et d'action* »[1571]. Par sa nature, la e-santé vient rompre l'unité de lieu, en permettant une pratique médicale à distance. Elle rompt aussi l'unité de temps « *en étendant la relation médicale hors des limites de la consultation* »[1572]. En cela, la e-santé introduit une rupture du colloque singulier tel qu'il était historiquement envisagé[1573].

[1566] *Ibid*.
[1567] A. ROUVROY, A. EHRENBERG, « Des machines et des hommes : quelles convergences ? Débat entre Antoinette Rouvroy et Alain Ehrenberg », *L'information psychiatrique*, 2021/2 (Volume 97), p. 116-124.
[1568] J.-P. DOMIN, « De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ? », *Les tribunes de la santé* (hors-série), 2014, p. 21, cité par V. VIOUJAS, « Parcours du patient et relation médicale », *RDSS*, 2021, p. 445.
[1569] M. DEL RIO CARRAL, P. ROUX, C. BRUCHEZ, et al., « Santé digitale : promesses, défis et craintes. Une revue de la littérature », *Pratiques Psychologiques*, 2016.
[1570] C. LAFONTAINE, *Le corps-marché. La marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bioéconomie*, Seuil, La couleur des idées, 2014, p. 14, ; v. ég. Sur la notion de « *Healthism* » et les « *possibles implications et conséquences de l'usage des objets connectés pour promouvoir la santé et/ou traiter la maladie* », M. DEL RIO CARRAL, P. ROUX, C. BRUCHEZ, et al., « Santé digitale : promesses, défis et craintes. Une revue de la littérature », *Pratiques Psychologiques*, 2016.
[1571] H. PÉQUIGNOT, *Médecine et monde moderne*, Les éditions de minuit, coll. « L'homme et la machine », 1953, p. 7.
[1572] M. BOUTEILLE-BRIGANT, « Les enjeux de la e-santé au sein de la relation médicale », *Dalloz IP/IT*, 2019, p. 593, à propos de la télésurveillance médicale.
[1573] C. LEQUILLERIER, « L'impact de l'IA sur la relation de soin », *JDSAM*, 2020/1, n° 25, p. 91 ; A.-C. HARDY, « Du colloque singulier à l'éthique médicale », *Travailler à guérir*, 2013.

289. Une confiance à préserver. L'OCDE[1574] comme la Commission européenne[1575] se sont accordées pour dire que parmi les enjeux relatifs à l'internet des objets se trouve « *l'adoption d'un cadre réglementaire permettant d'offrir aux utilisateurs de ces objets connectés la confiance dans la fiabilité du système et dans le respect de leurs droits et de leur vie privée* »[1576]. Le CCNE a récemment souligné à l'égard Systèmes d'Intelligence Artificielle utilisés pour le Diagnostic Médical (SIADM) qui « *irriguent progressivement les différents champs de la pratique médicale et transforment la relation soignants-patients* », qu'il est « *indispensable de créer les conditions de la confiance* »[1577]. En 2016 a eu lieu une enquête IPSOS auprès des « e-patients »[1578] portant notamment sur leur rapport aux informations sur internet et les conséquences sur les relations avec leur médecin. Il faut dès lors distinguer les freins existant au sein de la relation, des réticences à l'utilisation même de tels outils. En 2016, 54% des personnes n'utilisaient pas internet en santé et préféraient parler de santé avec leur médecin ou leur pharmacien. Associés aux échecs du DMP ou de TousAntiCovid[1579] pendant la pandémie, le constat est celui d'un manque de confiance dans les outils de e-santé, ce qui pourrait entraîner une dégradation de la relation entre le professionnel et le patient dans l'hypothèse où cette utilisation serait implicitement imposée. Ironiquement, la télémédecine censée remettre en question le lien de confiance nécessaire à la relation médicale a servi d'intermédiaire pour maintenir ce lien durant la crise sanitaire[1580]. L'enquête a également conclu que « *Les informations médicales, ou sur la santé, trouvées sur le net rendent la relation médecin-patient plus positive, grâce à des échanges plus riches (58%) et renforcent la confiance dans les médecins consultés pour un internaute santé sur deux* ». Si l'on se fait pessimiste, cela veut dire que la confiance n'est pas renforcée pour un internaute en santé sur deux. Cela se confirme lorsque l'enquête affirme que parmi ceux qui utilisaient internet pour s'informer, un tiers le

---

[1574] OCDE, *Perspectives de l'économie numérique de l'OCDE*, éd. OCDE, Paris, 2015, n° 269.

[1575] Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions : Passage au numérique des entreprises européennes — Tirer tous les avantages du marché unique numérique, COM(2016) 180 final; *V.* égal. Avis du G29, Opinion 8/2014 on the recent developments on the Internet of Things, WP223, adopté le 16 sept. 2014.

[1576] N. MARTIAL-BRAZ, « Objets Connectés et responsabilité », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 399.

[1577] CCNE, Communiqué de presse de l'avis commun n° 141 ; CNPEN, Avis n°4, 10 janvier 2023.

[1578] C. CERISEY, G. MARSICO, E. KLEIN, L. MIGNON, « A la recherche du ePatient, Les Français et l'Internet Santé, Maladie chronique et Numérique Attitude », *LauMa communication, Patients & Web*, avril 2013 ; IPSOS Mai 2016 *Les Français et l'information* santé sur le Web, Rapport, 2016 p. 12-13.

[1579] L'expérience de l'application TousAntiCovid, dont le rôle a évolué profondément au fil des mois, passant d'une application de traçage des contacts (StopCovid) pour devenir « *une sorte de couteau suisse dans la gestion de la pandémie* », pour reprendre les mots de Cédric O, ce qui fait évoluer le nombre de téléchargements de quelques milliers à 56 millions en quelques mois. Mais finalement, les citoyens ont adhéré pour des raisons beaucoup plus pratiques que sanitaires (attestations de sorties puis informations et QR code sur la vaccination).

[1580] L. WILLIATTE, « Regard juridique sur l'avènement de la télé santé lors de la crise sanitaire », *RDS*, n°96, Juillet. 2020, p. 821.

faisait après la consultation pour vérifier la véracité des propos du médecin. La e-santé peut-être une source de baisse de la confiance dans la prise en charge à cause des outils connectés par exemple, mais elle peut également être une cause de dégradation de la relation entre patients et professionnels. Dans cette hypothèse, le coupable de la perte de confiance est-il le professionnel ou l'outil ? Bien que la téléassistance et la téléconsultation soient bénéfiques dans certaines situations d'urgence, elles ne peuvent constituer que des épisodes isolés car « *on en revient à la base de la relation médecin-patient qui est la confiance et la capacité de communication*. »[1581]. Dans le cas spécifique de l'IA, l'humain doit rester au cœur de la relation soigné-soignant, au risque d'une « *sous-traitance de la confiance envers l'algorithme* »[1582].

290. Une diminution des rapports humains en télémédecine. Héloïse HALIDAY appelle à tenir compte de « *l'invisible relationnel* »[1583] lors de la prise en charge médicale en psychiatrie. Elle précise sa pensée en rappelant qu'**«** *au-delà de l'importance de l'organisation, que la relation soignants-soignés ne peut être observée au seul prisme des rapports de pouvoir, c'est-à-dire liés au statut soignant ou soigné* ». Or, cet invisible relationnel est particulièrement fragile lorsque la distance géographique peut entraîner une distance psychologique qui risque d'altérer le colloque singulier qu'est la relation de soin[1584], d'où le « *risque de dépersonnalisation de la médecine et d'exclusion des faibles »*[1585]. D'après Claude VERGÈS, *« Face à la « bureaucratisation » du rôle des médecins par les administrations et les compagnies d'assurance, les patients revendiquent une meilleure écoute et une « humanisation » de la médecine »*[1586]. L'ordre des médecins s'inquiétait également en 2018 à propos de l'intelligence artificielle qui *« suscite en même temps des craintes, au premier rang desquelles la déshumanisation* »[1587]. Cela peut s'expliquer en partie par le paradoxe selon lequel

[1581] C. VERGÈS, Intelligence artificielle et relation clinique : l'importance de la technocratie dans le nouveau modèle médical ESKA, « Droit, Santé et Société », 2021/3 N° 3, p. 64 à 72.
[1582] P. HAVAS, *Le déploiement d'une intelligence artificielle de confiance dans les établissements de santé*, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. « Mémoires numériques de la BNDS », p. 28 : à propos des faiblesses du marquage CE et au risque de « sous-traitance de la confiance envers l'algorithme » par les ES au prestataire qui n'ont pas aujourd'hui, la capacité ni les moyens d'expliquer exactement à un patient comment fonctionne l'algorithme.
[1583] H. HALIDAY, "La parole et la folie, une affaire purement politique ? Une analyse clinique des difficultés relationnelles en psychiatrie", Sciences sociales et Santé, volume 41, n° 2, juin 2023.
[1584] É. PARIZEL, P. MARREL, R. WALLSTEIN, « La télémédecine en questions », *Études*, 2013/11 (Tome 419), p. 461-472. DOI : 10.3917/etu.4195.0461. URL : https://www.cairn.info/revue-etudes-2013-11-page-461.htm).
[1585] É. PARIZEL, P. MARREL, R. WALLSTEIN, « La télémédecine en questions », *Études*, 2013/11 (Tome 419), p. 461-472. DOI : 10.3917/etu.4195.0461. URL : https://www.cairn.info/revue-etudes-2013-11-page-461.htm).
[1586] C. VERGÈS, « Intelligence artificielle et relation clinique : l'importance de la technocratie dans le nouveau modèle médical », ESKA, *Droit, Santé et Société*, 2021/3 N° 3, p. 64-72.
[1587] CNOM, *Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle*. Analyses et recommandations du CNOM, Janvier 2018, p. 9.

le médecin « de proximité » pourrait être le médecin le plus éloigné physiquement[1588]. L'autre symptôme de cette diminution de la place de l'humain dans la relation de soin est que la télémédecine accentue un constat déjà existant selon lequel les médecins touchent de moins en moins le malade[1589], la fin du « *corps à corps* »[1590] entre le médecin et le malade exercerait une forte influence sur la relation clinique[1591]. Or la médecine ne se cantonne pas à sa dimension technique, c'est « *la rencontre d'une technique et d'un corps* »[1592] voire « *un duo entre l'être souffrant et celui dont il attend la délivrance* »[1593]. Or ce risque de déshumanisation de la relation de soins[1594] pourrait conduire à un appauvrissement des interactions sociales[1595]. Cependant, certains auteurs estiment que la réorganisation[1596] imposée par la télémédecine n'est pas synonyme de dépersonnalisation. Au contraire, elle serait la seule réponse possible pour maintenir un lien malgré l'éloignement géographique et « *À l'expérience de la téléconsultation régulièrement pratiquée avec des patients que nous connaissons, nous pouvons dire que la dimension technique, les écrans interposés, s'oublient. Les écrans sont "traversants" comme on dit d'un appartement aux fenêtres ouvertes des deux côtés. Ils ne sont pas un obstacle entre le patient et le médecin. L'ordinateur et toute la technique s'oublient de façon instantanée à partir du moment où les conditions matérielles de la téléconsultation sont bonnes et bien maîtrisées par le médecin, ce qui est capital.* »[1597]. Ainsi, le reproche fait d'être une « *médecine sans médecin* » serait infondé[1598].

[1588] A. BAYLE, « L'*habeas data* à l'ère de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 285.

[1589] D. TRUCHET, « Télémédecine et déontologie », *RDSS*, 2020, p. 44 : « *La palpation leur paraît insuffisante pour établir un diagnostic. Certains étudiants, paraît-il, répugnent à apprendre les touchers rectaux, et les touchers vaginaux ont mauvaise presse. Bien des patients n'hésitent pas à consulter les sites d'e-santé et leur feraient même plus confiance qu'à leurs médecins traitants* ».

[1590] M. FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique*, Cours au Collège de France, 1973-1974, Paris, Gallimard, 2003, 393 p.

[1591] D. TRUCHET, « Télémédecine et déontologie », *op. cit.* p. 44. : *Il n'en reste pas moins que le dialogue à distance n'a pas la même qualité humaine que le dialogue de proximité. Le patient, souvent anxieux, peut-il vraiment poser toutes les questions qui le taraudent, exprimer son inquiétude, son mécontentement, sa mauvaise humeur, ou au contraire, son soulagement, sa satisfaction, alors qu'il peut ne connaître du médecin qui s'occupe de lui, que son nom, sa fonction, sa voix, son image, mais certainement pas sa personnalité ? Or c'est ce qui fait le sel d'une relation humaine.*

[1592] H. PÉQUIGNOT, Médecine Et Mode Moderne, éd. De Minuit 1953, p.7.

[1593] G. DUHAMEL, *Paroles De Médecin*, éd. Du Rocher, Monaco 1946, cité par F. VIALLA, « Ce que soigner veut dire Le peintre, le patient et le bon samaritain », *Médecine & Droit*, 2023, n°181.

[1594] X. BONNET, F. PONCHON, *L'usager et le monde hospitalier*, Presses de l'EHESP, 2018, pp. 229-234.

[1595] C. LEQUILLERIER, « L'impact de l'IA sur la relation de soin », *JDSAM*, 2017, n°17, p. 16.

[1596] Les auteurs parlent de « *Réorganisation des flux de patients et des compétences du personnel présent physiquement auprès d'eux, ce qui peut au début, chez certains patients qui ne retrouvent pas leurs habitudes, provoquer une gêne psychologique* », v. P. SIMON, *in* V. SOUFFIR, S. GAUTHIER, M. HAYAT, « Internet s'invite dans la consultation psychiatrique », *L'Information psychiatrique*, 96.5, 2020, p. 355-362.

[1597] *Ibid*.

[1598] É. PARIZEL, P. MARREL, R. WALLSTEIN, « La télémédecine en questions », *Études*, 2013/11 (Tome 419), p. 461-472.

291. Pas fondamentalement mais potentiellement inhumaine. L'organisation du système de santé, de surcroît en détention, peut conduire la télémédecine à réduire si ce n'est supprimer la dimension humaine de l'équation. La DGOS affirmait, en 2012, que « *l'entretien physique demeure indispensable pour pouvoir délivrer cette information avant tout recours à un processus de télémédecine et obtenir ainsi le consentement libre et éclairé du parient* »[1599]. Toutefois, les difficultés pratiques et le besoin d'intervenir à distance dans des situations d'éloignement géographique a entraîné une abrogation de cette obligation. L'avenant 9 à la convention médicale entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie du 31 juillet 2021[1600] fixe ainsi un nouveau cadre à la téléconsultation et à la téléexpertise. La principale mesure prise dans le cadre de cette convention est la suppression de la connaissance préalable du patient et de l'entretien physique favorisant l'obtention du consentement libre et éclairé, remplacés par une alternance des consultations en présence physique du patient et des téléconsultations. L'objectif affiché était la consolidation du parcours de soins et le soutien des spécialités cliniques. La disparition de cet entretien physique a été décidée non pas pour prendre en compte le besoin de personnalisation ou le relationnel entre médecin et patient, mais simplement pour des raisons organisationnelles de simplification. Comment imaginer qu'il pourra en être autrement en détention. Les impératifs organisationnels pourraient mener à un délitement d'une relation de confiance déjà souillée par les impératifs pénitentiaires.

292. La crainte d'une relation technologique en e-santé. Les réflexions relatives aux robots et leur rôle dans le futur système de santé, laissent à penser à un remplacement de la relation humaine existante entre les soignants et les soignés par un « *colloque numérisé* »[1601]. Loin d'être une hypothèse futuriste et dystopique, la démocratisation des robots a déjà eu lieu, le guichet ayant été remplacé par des « bots » virtuels sur beaucoup de sites privés mais également pour accéder à des services publics[1602]. De plus, dans le cas de robots contribuant à l'offre de soins à domicile[1603], ces derniers « *peuvent au surplus servir à des fins de « compagnonnage »*

[1599] DGOS, *Télémédecine et responsabilités juridiques engagées*, 18 mai 2012, p. 3 cité par A. CAYOL, A. BATTEUR, L. BOCENO, C CALHEIROS, A CATHERINE, et al., *Livre blanc, Les enjeux juridiques et éthiques du développement de la télémédecine à destination des personnes âgées en Normandie, Projet de recherche EDeTeN*, Université de Caen Normandie, 2023, p. 36.

[1600] Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 25 août 2016.

[1601] L. WILLIATTE, « L'impact du numérique dans la relation de soin : De considérations générales à l'application concrète de la télémédecine », *Bulletin Académie Nationale de Médecine*, vol. 204, issue 8, Elsevier, octobre 2020.

[1602] La commande d'une carte vitale se fait désormais prioritairement en ligne, *V.* le site de l'Assurance Maladie www.ameli.fr, qui laisse aux individus la mains de réaliser leurs démarches avec un « chat bot ».

[1603] A titre d'exemple les robots pouvant exercer les rappels quant à la médication à prendre, ou encore capter les signes vitaux des patients : la société Medi'Pep a conçu « *le premier robot capable d'effectuer des consultations*

par une présence constante auprès des personnes à domicile et en disposant de capacités conversationnelles évoluées »[1604]. A l'aune d'une telle évolution de la prise en charge, une relation entre humain et robot est susceptible de se développer, or, cette « *personnification des robots* »[1605] doit inquiéter. Or, « *tout ce qui y concourt doit être résolument tenu à l'écart, à commencer par la reconnaissance d'un robot-personne*[1606] »[1607]. Pour David GRUSON, le risque est une « *délégation de la décision médicale* »[1608], qui se ferait en direction de l'IA[1609]. Cela n'est cependant pas envisageable, le code de la santé publique prévoyant que seul le médecin est en mesure de prendre une décision de nature médicale[1610], comme l'acte de diagnostic[1611]. De plus, il est tenu d'assurer « *personnellement* »[1612] au patient des soins en élaborant « *son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire* »[1613]. Si ces articles du code de déontologie mentionnent également qu'ils fondent les soins « *sur les données acquises de la sciences* »[1614] et s'aident « *dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptés* »[1615], ce sont bel et bien des aides, des soutiens, des supports qui ne peuvent se substituer au médecin sous peine de manquer à ses obligations déontologiques, les SIADM devant être envisagés *« en tant qu'outils complémentaires des réponses à apporter aux insuffisances du système de soins, en particulier de la désertification médicale, mais ne doivent pas être considérés comme des solutions de substitution des équipes*

santé qui rappelle les consignes d'hydratation et prévient le personnel soignant en cas d'urgence. En robotisant les actes répétitifs, Medi'Pep permet de mobiliser les équipes médicales sur d'autres tâches à plus forte valeur ajoutée. Conçu pour une meilleure organisation de travail quotidien, le robot ne nécessite pas de présence systématique du personnel soignant auprès de la personne âgée », V. en ligne https://www.silvereco.fr/deshydratation-des-seniors-le-robot-medipep-a-la-rescousse-dans-les-ehpad/3198875 (consulté le 10 oct. 2024).

[1604] C. RÉGIS, Comment l'IA va transformer le système de santé, *op. cit.*

[1605] Grégoire Loiseau. Responsabilité. Journal de droit de la santé et de l'Assurance Maladie, 2023, 17.

[1606] G. LOISEAU et M. BOURGEOIS, « Du robot en droit à un droit des robots », *JCPG* 2014, 1231. ; A. BENSAMOUN et G. LOISEAU, « L'intelligence artificielle : faut-il légiférer ? », *D.* 2017, p. 581. ; A. BENSAMOUN et G. LOISEAU, « L'intégration de l'intelligence artificielle en droit commun », *Dalloz IP/IT* 2017, p. 239.

[1607] G. LOISEAU, « Responsabilité ». *JDSAM*, 2023, p. 17.

[1608] D. GRUSON, « IA et éthique », *Doctogeek*, 29 août 2019

[1609] Décision entièrement laissée aux algorithmes, transfert de l'expertise du médecin vers le robot doté d'IA.

[1610] CSP, art. L.4161-1

[1611] Crim., 12 juin 1978, 77-93.769, Publié au bulletin : « *que l'examen d'un malade, aux fins de rechercher l'origine d'une lésion, réelle ou supposée, responsable d'un état pathologique, et de la localiser, constitue un acte de diagnostic réservé aux seuls médecins titulaires du titre légal* ».

[1612] CSP, art. R.4127-32.

[1613] CSP, art. R.4127-33.

[1614] CSP, art. R.4127-32.

[1615] CSP, art. R.4127-33.

médicales »[1616]. Les outils numériques sont au service du médecin dans son exercice et sa relation avec les patients et devront le rester[1617].

293. Pour un « humanisme médical ». Si l'humanisation des robots – et autres algorithmes – n'est pas souhaitable, c'est parce que le versant de la médaille est la déshumanisation de la relation existante entre les professionnels de santé et le patient[1618]. Dans un contexte de développement des polypathologies, « *le cœur même de la pratique médicale évolue de façon paradoxale, à la fois vers plus de technicité et vers une approche plus globale du patient* »[1619], la surmédicalisation poussant à ignorer la déshumanisation de l'acte[1620]. Les spécialistes craignent alors d'être transformés en « techniciens » par les TIC, voyant une réduction de leur pratique et de leur rôle auprès des patients et au sein de l'équipe des professionnels des unités[1621]. Seulement, l'IA ne permet pas de traiter les facteurs émotionnels, propres au respect d'une forme d'« *humanisme médical* »[1622] qui n'est pas simplement une valeur éthique s'imposant au médecin, mais aussi une obligation présente dans les textes[1623]. Le terme « thérapeutique » vient du grec qui signifie « prendre soin de »[1624]. Pour François VIALLA, le savoir-faire et le savoir-être sont consubstantiels, « *l'art médical mêle donc science et conscience* »[1625]. Or, les différentes instances se sont exprimées sans équivoque, « *aucune technologie peut venir remplacer la relation humaine interpersonnelle et singulière qui doit rester le fondement même de l'exercice de la médecine* »[1626], de même, « *le soin ne se limite pas à un acte technique et l'intelligence artificielle, en particulier, ne doit pas déshumaniser la*

[1616] CCNE, *Diagnostic Médical et Intelligence Artificielle : Enjeux Éthiques*, Avis n° 141, novembre 2022, contribution du CNPEN, p. 32.
[1617] P. BOUET, S. OUSTRIC, *Le bulletin de l'ordre national des médecins*, CNOM, Numéro spécial, janvier 2022 MÉDECINS, p. 5
[1618] S. ABAD, *Déshumanisation programmée* (?), Journée régionale éthique du numérique en santé du 8 décembre 2022 à Quimper, disponible sur : https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/support_ethique_quimper_deshumanisation-programmee_s.abad_.pdf (consulté le 10 oct. 2024) ; P. HAVAS, *Le déploiement d'une intelligence artificielle de confiance dans les établissements de santé*, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. « Mémoires numériques de la BNDS », p. 27 ; A. BAYLE, « L'*habeas data* à l'ère de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 285
[1619] L. VIALLARD, Les technologies de l'information dans la santé. Cadre de réflexion sur leur portée et leur impact, Santé, numérique et droit-s, I. POIROT-MAZÈRES (dir.), p. 197-207.
[1620] S. ABAD, *Déshumanisation programmée* (?), *op. cit.*
[1621] G. DAUDELIN, P. LEHOUX, C. SICOTTE, « La recomposition des patients et des pratiques médicales en télénéphrologie. Les présences décalées. », Sciences Sociales Et Sante 26(3), Université de Montréal, 2008 p. 81-104.
[1622] F. VIALLA, « Droit, intelligence artificielle et actes médicaux. Non nova, sed nove ? » *in* Magali BOUTEILLE-BRIGANT (dir.), *La personne face à l'intelligence artificielle*, IFJD, LGDJ, 2021, p. 99-121.
[1623] CSP, art. L.1110-3 et R.4127-47
[1624] CNTRL, TLFi, *V.* « Thérapeutique ».
[1625] F. VIALLA, Droit, intelligence artificielle et actes médicaux. Non nova, sed nove ? *op. cit.*
[1626] CNOM, *Livre Blanc du CNOM sur la télémédecine*, janv. 2009, p. 2.

médecine »[1627]. Par conséquent, tout ce qui conduit à libérer du temps relationnel et à assurer une meilleure sécurité ne saurait être négligé. Ce nouveau cadre de la pratique médicale, faisant intervenir des robots plus habiles techniquement, accordant un gain de temps aux professionnels de santé, doit leur permettre de se concentrer sur la relation avec le patient, évoluant vers un statut de « *bio-conseiller* »[1628]. En renforçant l'autonomie décisionnelle[1629] du médecin, et du patient, le colloque singulier est ainsi préservé[1630] mais surtout la confiance qui les unit. Ainsi, la médecine du 21ème siècle sera la « *médecine relationnelle* »[1631], elle « *ne sacrifiera ni la relation humaine ni l'empathie sur l'autel de la technologie », car « La science est en voie de libérer le praticien des actes techniques [et administratifs] au profit de son vrai rôle de conseiller et de confident, lié à l'expérience intime des malades qu'il accompagne* »[1632]. Cette nouvelle position de simple accompagnant, rejoint celle déjà existante de certains professionnels au sein de l'acte de télémédecine. Cependant, peut-on considérer, quand bien même cet intermédiaire serait humain, qu'un intermédiaire remplace réellement, *« sur le plan relationnel et humain, celui qui joue le rôle principal* ? »[1633].

294. La délégation de tâches à d'autres professionnels. Les actes de télémédecines peuvent, par nécessité ou par convenance, réclamer au médecin la délégation de certaines tâches[1634]. Ce sera le cas de la téléconsultation à distance avec un infirmier sur place chargé d'effectuer les gestes que le médecin aurait habituellement fait dans son cabinet. Le colloque singulier est donc

[1627] CCNE, *Rapport de synthèse sur les États généraux de la bioéthique*, juin 2018, page 89.
[1628] G. VALLANCIEN, *La médecine sans médecin ?*, Gallimard, 2015 ; CCNE, CERNA, Rapport du groupe de travail commandé par le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, 19 nov. 2018.
[1629] Conseil d'État, Révision de la loi de bioéthique : quelles options pour demain ?, Rapport, 28 juin 2018 ; pour aller plus loin, v. HENNEBELLE Adrien, *Le droit face à l'ère de l'intelligence artificielle et de la robotisation dans le secteur médical*, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. "Mémoires numériques de la BNDS".
[1630] *V.* P. MISTRETTA, « intelligence artificielle et droit de la santé », *in* A. BENSAMOUN et G. LOISEAU (dir.), *Droit de l'intelligence artificielle*, 2ème éd. Paris : LGDJ, 2022, chapitre 12, p. 310.
[1631] M. BENSOUSSAN, « Comment les nouvelles technologies bouleversent-elles le colloque singulier ? », *in* I. POIROT-MAZÈRES (dir.), Santé, numérique et droit-s, *op. cit.*, p. 151-165.
[1632] G. VALLANCIEN, *La médecine sans médecin ?, Le numérique au service du malade*, Gallimard 2015, p. 13 ; *V.* ég. Les propos tenus par le docteur A. LIVARTOWSKI *in* M. GAGNEUX et al., *Recommandations pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé*, Recommandations à la ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 23 avril 2008 : « *C'est grâce à la conjugaison du numérique et de l'Internet que l'on peut espérer dégager de nouvelles ressources et surtout apporter aux patients les meilleurs soins. C'est aussi permettre aux patients d'être mieux informés, plus conscients des éléments de leur santé ; c'est ainsi que la relation entre médecins et malades sera améliorée* ».
[1633] D. TRUCHET, « Télémédecine et déontologie », *RDSS*, 2020, p. 44.
[1634] CSP, art. R.6316-1.

parfois devenu un colloque pluriel[1635], collectif[1636] voire participatif[1637]. D'aucun pourrait arguer que cette évolution de la relation médicale vers un colloque pluriel présente un gain relationnel. En effet les freins à la relation de soins traditionnelle entre le patient et son médecin sont à mettre en parallèle avec le lien obtenu avec les autres professionnels impliqués dans la relation de soins[1638]. Cela pose évidemment la question de la responsabilité des différents acteurs. Cependant, ces responsabilités juridiques demeurent identiques puisque fondées sur le droit commun de la responsabilité civile professionnelle[1639]. La DGOS a de surcroît rappelé que la délégation de certaines tâches médicales à des auxiliaires médicaux doit être encadrée au sein d'un protocole de coopération[1640] afin que chacun ne soit responsable que des actes effectivement délégués[1641].

295. Le manque de confiance dans le professionnel et les outils de télésanté s'explique par l'éloignement physique, créant une distance avec le système de santé. L'éloignement est pourtant causé par des causes exogènes à la relation de soins, mais celles-ci entraînent des conséquences sur la relation de soins des détenus avec leur professionnels de santé. D'un paternalisme des médecins à l'égard des patients particulièrement infantilisés que sont les détenus, on assisterait alors à un nouveau paternalisme institutionnel de ces patients bien particuliers.

[1635] G. NICOLAS, Les répercussions de la santé connectée sur le droit des patients, *in* S. GAMBARDELLA, G. NICOLAS, E. BROSSET, La santé connectée et « son » droit : approches de droit européen et de droit français, Presses universitaires d'Aix-Marseille PUAM, 2017.

[1636] Renvoi secret pro équipe de soins

[1637] V. VIOUJAS, Parcours du patient et relation médicale, RDSS, 2021, p. 445.

[1638] C. COMBES, Revue de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, Kinésithérapie, la Revue Volume 23, Issue 256, April 2023, Pages 51-53.

[1639] v. D. DUVAL-ARNOULD, Droit de la santé, Prise en charge des patients et réparation des dommages liés aux soins, Lefebvre Dalloz, coll. Dalloz référence, 2e édition, janv. 2024 ; A. LAUDE, D. TABUTEAU, X. BIOY, Droit de la santé, PUF, Thémis droit, 4e édition, juin 2020 ; C. LANTERO, Les droits des patients, LGDJ, coll. Systèmes, déc. 2018 ; J.-R. BINET, *Droit médical*, Montchrestien, coll. « cours », 2010 ; P. MISTRETTA, Droit pénal médical, Contentieux médical, responsabilité pénale, droits du patient, LGDJ, coll. Les intégrales, 2e édition, déc. 2022.

[1640] CSP, art. L.4011-1 et s.

[1641] DGOS, Télémédecine et responsabilités juridiques engagées Sous-direction des ressources humaines du système de santé Bureau RH 2 « exercice, déontologie, développement professionnel continu », 18 mai 2012.

Section II : Une relation de soins subsidiaire

« *Soigner. Donner des soins […] c'est une sorte de poème que la sollicitude intelligente compose* »[1642].

Paul VALÉRY.

297. La e-santé représente un enjeu économique gigantesque pour le système sanitaire et pour la société en général. Mais quelles conséquences les considérations financières collectives ont-elles sur la relation médicale individuelle de chaque futur patient ? L'intérêt de la e-santé a beau être médical – et elle est mise en avant comme tel – elle représente également un « *moyen de maîtriser les dépenses de santé et particulièrement de faire face aux défis soulevés par le vieillissement de la population en favorisant le maintien à domicile, évitant ainsi hospitalisations et examens superflus* »[1643]. En n'appréhendant les soins que dans leur dimension technique et dans la production réitérée d'actes tarifés, le système de santé produit des soins plutôt que de les donner. L'encadrement législatif favorisant le développement de certains outils davantage centrés sur la maladie que sur le malade en fait la démonstration, à l'image des dossiers (§**I**) ou des sociétés de téléconsultation (§**II**).

§ I – Les dossiers informatiques, des outils majeurs de gestion

298. En se concentrant sur la maladie et non sur le malade, le législateur et les professionnels de santé ont mis en avant la fonction gestionnaire des fichiers avant leur apport de santé publique. Ils ont d'abord exhorté l'ensemble de la population à les intégrer de leur propre initiative, avant de la contraindre indirectement à disposer d'un dossier médical partagé (**A**) et d'un dossier pharmaceutique (**B**).

A. Le dossier médical partagé

299. La mise en place du DMP pour des considérations financières. Né de la loi du 13 juillet 2004 relative à l'Assurance Maladie, le DMP est introduit dans le Code de la sécurité sociale. Les dispositions le concernant sont relatives au droit de la sécurité sociale[1644] et non au droit de la santé, il ne figure d'ailleurs par dans le CSP alors qu'il aurait dû y figurer s'il n'avait

[1642] P. VALÉRY, *Œuvres – Mélange*, Bibliothèque de la pléiade, Gallimard, 1957, p.322.
[1643] M. BOUTEILLE-BRIGANT, « Les enjeux de la e-santé au sein de la relation médicale », *Dalloz IP/IT*, 2019, p. 593.
[1644] CSS, art. L. 161-36-1 à L. 161-36-4.

eu pour objet que la qualité des soins[1645]. Le conseil constitutionnel s'est d'ailleurs prononcé en ce sens dans la décision du 12 août 2004, en considérant que le législateur avait apporté les garanties suffisantes pour opérer « *une conciliation qui n'apparaît pas manifestement déséquilibrée entre d'une part le droit au respect de la vie privée et d'autre part les exigences de valeur constitutionnelle qui s'attachent tant à la protection de la santé, qui implique la coordination des soins et la prévention des prescriptions inutiles ou dangereuses, qu'à l'équilibre financier de la sécurité sociale* »[1646]. Le partage des données est envisagé de façon collective au profit d'une prise en charge de qualité grâce au suivi. Tout d'abord, la loi concerne tous les « *bénéficiaires de l'Assurance Maladie* » et non tous les patients. Ensuite, cette mesure – liée à d'autres mesures comme celle concernant le médecin traitant – « *participe de la maîtrise du coût de l'Assurance Maladie, en particulier par la lutte contre le nomadisme médical et contre la redondance des examens et des soins* »[1647]. Pour certains auteurs, la loi sur le DMP n'avait donc pas pour seul objectif une amélioration de la coordination et de la continuité des soins, mais aussi des considérations financières ou gestionnaires en filigrane, non pas dans le texte mais dans les choix entourant ce texte[1648]. Pour d'autres, le raisonnement était simplement gestionnaire[1649], le texte ayant alors pour objectif de mettre en garde le patient contre une automédication qui serait nuisible à sa santé certes, mais également contre le « *nomadisme médical* »[1650], ainsi que pour pouvoir constituer un historique exhaustif ou assurer la traçabilité des médicaments. Le DMP était donc dès sa création, autant un outil au service des droits du patient que de la santé publique[1651]. D'ailleurs, la CNAM s'est vu transmettre la responsabilité du DMP en 2016[1652], puis de l'espace numérique de santé dont le DMP fait partie à compter du 1er janvier 2022, la CNAM étant le responsable de traitement du DMP au sens de

[1645] Objectif affiché initialement par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, art. 5 ; *V.* not. IGF, IGAS, CGTI, *Mission interministérielle de revue de projet sur le DMP*, Rapport sur le dossier médical personnalisé (DMP), nov. 2007.
[1646] Cons. Const., décision n° 2004-504 DC, 12 août 2004.
[1647] D. TRUCHET, « Que dit la loi ?, Séance plénière 1 : Les enjeux du DMP », *RGDM*, n° 20, 2006, p. 67.
[1648] *Ibid*.
[1649] M. DURAND, « Le soignant en ville et le DMP », RGDM, n° 20, 2006, p. 155.
[1650] C. DENIS, *De la médecine de ville à l'hôpital. Volume 18*, Bordeaux, LEH Édition, 2024, coll. "Thèses numériques de la BNDS", p. 163 ; G. REBECQ, *La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale*, Bordeaux, LEH Édition, 2012, coll. "Colloques du CDSA", p. 44 ; E. MAUPIN, « Améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels », *AJDA* 2023, p. 1149 ; M. HARICHAUX, « Vers un tournant de la médecine libérale en France ? » *RDSS* 1994, p. 226 ; D. TABUTEAU, « Solidarité et santé », *Droit social* 2007, p. 136 ; D. TRUCHET, « Quelques problèmes juridiques posés par le carnet de santé », *Droit social* 1997, p. 56 ; P. PÉDROT, « Le dossier de suivi médical et le carnet médical », *RDSS* 1995, p. 610.
[1651] J.-L. ROMANENS, « Le DMP : un dossier médical personnel encore mal partagé », *RD&S*, n°47, mai 2012, p. 358-363 cité par G. NICOLAS, « Les répercussions de la santé connectée sur le droit des patients », *in* S. GAMBARDELLA, G. NICOLAS, E. BROSSET, La santé connectée et « son » droit : approches de droit européen et de droit français, *op. cit.*
[1652] Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé.

la législation sur la protection des données à caractère personnel[1653]. Cela peut légitimement laisser penser que le rôle du DMP dépasse celui de la simple coordination des professionnels de santé et s'oriente vers un outil de gestion administrative. Cependant, selon le rapport de 2020 de l'Assemblée nationale[1654], ce n'est pas un instrument de contrôle financier au service de la CNAM, cette dernière n'ayant pas accès au contenu de chaque dossier. En définitive, la collecte de données sert directement la santé du patient par le biais de ces outils nécessaires à la mutation de la conception de la prise en charge, mais elle s'élargit pour s'adapter aux exigences de santé publique. La e-santé vise l'intérêt collectif au-delà de l'intérêt individuel[1655]. En tout état de cause, ces considérations tournées vers le traitement de la maladie et non du malade peuvent justifier l'échec historique du DMP[1656]. Curieusement, ces questionnements relatifs au DMP ne sont pas nouveaux, ils peuvent être analysés au regard d'un autre dossier, le dossier pharmaceutique.

B. Le dossier pharmaceutique

300. La généralisation du dossier pharmaceutique. Lancé peu ou prou simultanément au DMP, le dossier pharmaceutique (DP) s'est généralisé bien plus tôt. Prévu à l'article L.1111-23 du CSP, le plus grand dossier de santé d'Europe[1657] est ouvert lui aussi « *pour chaque bénéficiaire de l'Assurance Maladie* ». Les liens entre les deux dossiers sont nombreux. Ce dossier contribue à l'amélioration de la qualité de soins[1658], et les informations saisies dans le DP utiles à la coordination des soins sont reportées dans le dossier médical partagé dans les conditions prévues à l'article L. 1111-15 CSP, puisqu'il est censé, depuis sa création, devenir le « *volet médicament du DMP* »[1659]. En application du code de la santé publique[1660], le DMP comprend les données relatives à la dispensation de médicaments, issues du dossier pharmaceutique[1661]. Toutefois, il est surtout considéré comme « *outil au service de la santé*

[1653] CSP, art. R. 1111-41 ; V. ég. Infra titre 4 pour les développements sur le responsable de traitement.
[1654] Assemblée nationale, Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociales sur le dossier médical partagé et les données de santé, *op. cit.*, p. 1.
[1655] G. NICOLAS, Les répercussions de la santé connectée sur le droit des patients, *in* S. GAMBARDELLA, G. NICOLAS, E. BROSSET, La santé connectée et « son » droit : approches de droit européen et de droit français, *op. cit.*
[1656] *Ibid*.
[1657] J.-B. DUFOUR, « Le dossier pharmaceutique : du DP patient au DP rupture, un formidable outil de santé publique créé par les pharmaciens », *RGDM*, n°67, 2018, p.19.
[1658] En évitant la redondance de médicaments ou les interactions à risque entre deux produits notamment.
[1659] v. not. C. BERLAND-BENHAÏM, « Le dossier pharmaceutique », *RGDM*, n°37, 2010, p.249.
[1660] CSP, art. R. 1111-42 e).
[1661] Pour aller plus loin, v. O. de MAISON-ROUGE, « E-santé, les nouveaux supports dématérialisés », *Dalloz IP/IT*, 2021, p. 573.

publique »[1662] et de gestion de la distribution des médicaments pour l'Assurance Maladie. Son ouverture était à l'origine obligatoirement proposée par les pharmaciens d'officine, et donc dépendante du consentement du patient. Dans la même dynamique que pour le DMP et l'ENS, depuis un décret du 3 avril 2023[1663], l'ouverture du DP jusqu'alors facultative par principe, est devenue automatique[1664] sauf si le patient s'y oppose. Ce changement de modèle, dont l'intention est la généralisation de cet outil[1665], démontre la volonté des pouvoirs publics de diffuser des outils fluidifiant le système, quand bien même cela serait un recul pour le droit individuel des patients[1666].

§ II - Les sociétés de téléconsultation, un régime inadapté à la détention

301. La limitation du remboursement des téléconsultations. En janvier 2022, la Commission européenne a annoncé l'adoption, sur proposition de la présidence française de l'Union européenne, seize principes pour l'éthique du numérique en santé[1667], dont le premier affirme que « *le numérique en santé complète et optimise les pratiques de santé effectuées en présentiel* ». Le CNOM a de son côté eu l'occasion, dans son rapport[1668] comme dans la rédaction des différents avenants à la convention médicale, de poser certains principes autour de la pratique de la télémédecine. Il a déclaré que « *la pratique exclusive de la téléconsultation génère, si elle est durable, une perte d'expérience clinique susceptible de placer le médecin en situation d'insuffisance professionnelle* »[1669]. Dans un souci de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients[1670], cette position a été confortée au travers de l'avenant n°9 à la convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, qui prévoit que l'exercice de la télémédecine par un médecin conventionné ne peut dépasser

[1662] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2020*, Tome II, 2020, p. 63 ; v. ég. C. LE GAL, « Le dossier pharmaceutique : un outil technique de santé publique », *RDSS* 2009, p. 301.
[1663] Décret n° 2023-251 du 3 avr. 2023, relatif au dossier pharmaceutique.
[1664] Le décret est venu préciser et organiser le principe posé par LOI n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique, en plus de définir le contenu du dossier pharmaceutique, la durée de conservation des informations qu'il comporte, les modalités de sa création et de sa clôture éventuelle, les modalités d'exercice des droits du bénéficiaire, notamment du droit de s'opposer à sa création et d'en demander la clôture, et de définir également les conditions d'utilisation du dossier pharmaceutique par les professionnels de santé.
[1665] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2020*, Tome II, 2020, p. 63.
[1666] Le consentement « sauf opposition » étant par nature bien moins protecteur qu'un consentement exprès.
[1667] DSIH, Un cadre éthique européen pour le numérique en santé, 15 fév. 2022 ; C. RABEUX, « La Commission européenne adopte seize principes en faveur d'un numérique en santé éthique », *Hospimédia*, 04 fév. 2022.
[1668] CNOM, rapport sur le Mésusage de la télémédecine.
[1669] *Ibid*, p. 4.
[1670] C. CÉNAC, « La téléconsultation : oui mais pas n'importe comment ! », *MACSF*, 01 avril 2022, disponible en ligne sur : https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/actes-de-soins-et-technique-medicale/la-teleconsultation-oui-mais-pas-n-importe-comment (consulté le 10 oct. 2024).

plus de 20% de son volume d'activité globale conventionnée à distance sur une année civile. Ce quota est repris par la Charte des bonnes pratiques de la téléconsultation[1671] publiée pour la mise en œuvre de l'avenant 9. Elle exprime aussi ce que souhaitent désormais les partenaires sociaux libéraux et l'Assurance Maladie pour les pratiques de téléconsultation. Indifférent au statut et à la spécialité du praticien, ce quota fait débat dans la communauté médicale car son uniformité soulève une réflexion éthique dans la mesure où elle limite une activité censée améliorer l'organisation des soins[1672]. La volonté qui se cache maladroitement derrière la rédaction de cette charte serait celle d'une limitation des pratiques des plateformes commerciales de téléconsultation.

302. Le cas particulier des sociétés de téléconsultation. Remboursées depuis le 15 septembre 2018, les téléconsultations font l'objet d'un développement de plateformes annonçant des messages clairs de remboursement par l'Assurance Maladie[1673]. Cependant ces plateformes proposent en réalité ce qui se rapproche plus du « *téléconseil, pas une téléconsultation ouvrant droit à un remboursement de la collectivité* »[1674], puisqu'elles ne rentrent pas dans le cadre de l'accord signé entre l'Assurance Maladie et les médecins. Énormément décriées à la suite de la médiatisation de certaines pratiques[1675], ces plateformes contribuent toutefois à offrir une réponse aux besoins des patients sans médecin traitant ainsi qu'aux habitants des zones sous denses. Elles représentent la quintessence de l'éloignement du professionnel de santé de son patient, on pourrait parler fort cyniquement de déconnexion au sein d'une relation pourtant centralisée autour d'une connexion à un même outil.

[1671] AMO, *Charte des bonnes pratiques de la téléconsultation*, publiée le 6 avril 2022.

[1672] P. SIMON, « Le quota de 20% d'activité en télémédecine, imposé par le CNOM à l'Assurance Maladie, est-il soutenable sur le plan de l'Ethique médicale ? », *Telemedaction*, 18 mai 2022.

[1673] Voir notamment la plateforme Qare affichant « satisfait ou remboursé » M.-C. RENAULT, Télémédecine : les plateformes commerciales de santé rappelées à l'ordre, Le Figaro 10 décembre 2018, disponible en ligne sur : https://www.lefigaro.fr/social/2018/12/10/20011-20181210ARTFIG00256-les-plateformes-commerciales-de-sante-rappelees-a-l-ordre.php (consulté le 10 oct. 2024).

[1674] J.-P. ORTIZ, président de la CSMF, syndicat de libéraux, *in* M.-C. RENAULT, *op. cit.* ; Le téléconseil relève de la Directive 2000/31/CE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2000 relative à certains aspects juridiques des services de la société de l'information, et notamment du commerce électronique, dans le marché intérieur dite « directive sur le commerce électronique », or ce qui relève de la télésanté au sens du code de la santé publique (donc télémédecine et télésoin, et non de la e-santé au sens large) ne peut être une activité de prestation de service commerciale.

[1675] L. GALANOPOULO, « L'URPS Île-de-France pointe les dérives des plateformes de téléconsultation », *lequotidiendumedecin*.fr, 07 avril 2023 ; France Assos Santé, « Sociétés de téléconsultation : un pas décisif pour mettre fin au far-west tarifaire », *france-assos-sante.org*, 7 mars 2024 ; FranceInfo, « Médecin: enquête sur des téléconsultations express », *francetvinfo*.fr, 25 mai 2023 ; F. BRILLET, « Les arrêts de travail en téléconsultation sont désormais sous surveillance », *Le Monde*, 06 octobre 2023.

303. L'encadrement juridique des sociétés de téléconsultation. Afin de clarifier une situation trop floue pour les praticiens comme pour les patients, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023[1676] a introduit dans le code de la santé publique un régime juridique encadrant l'activité des sociétés de téléconsultation. Au-delà du statut *ad hoc* dont le législateur souhaite doter ces sociétés[1677], l'étude des débats juridiques autour des sociétés de téléconsultation intéresse particulièrement la prise en charge des détenus français. En effet, si le législateur modifie l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale afin d'ajouter les sociétés de téléconsultation à la liste des professionnels et opérateurs de santé autorisés à facturer les soins à l'Assurance Maladie[1678], ce remboursement est conditionné à trois critères essentiels : l'obtention d'un agrément (**1**), le respect des textes conventionnels (**2**), et la limitation du volume d'activité (**3**), les médecins concernés s'exposant également au risque de subir des sanctions disciplinaires (**4**).

1) L'obtention d'un agrément

304. Tout d'abord, ces sociétés sont désormais soumises à l'obtention d'un agrément ministériel**[1679]** pour obtenir le remboursement des téléconsultations par l'Assurance Maladie**[1680]**. Le renouvellement de cet agrément est lui, soumis au respect des règles de prise en charge par l'Assurance Maladie, fixées par la convention médicale et au contrôle du respect du référentiel de bonnes pratiques élaboré par la HAS[1681].

[1676] Projet de loi de financement de la sécurité sociale n°274 pour 2023.
[1677] D. JAAFAR, « Les sociétés de téléconsultation : un cadre juridique pour quel modèle économique », *JDSAM*, n° 40, 2024, p. 114 ; N. PORTE, Les sociétés de téléconsultation : une espèce en voie de normalisation, 18 octobre 2022, disponible sur https://www.houdart.org/les-societes-de-teleconsultation-une-espece-en-voie-de-normalisation/#page (consulté le 10 oct. 2024).
[1678] Les plateformes de téléconsultation sont ainsi admises parmi les opérateurs de santé autorisés à délivrer des soins remboursables aux assurés sociaux, aux côtés des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des maisons de santé, des maisons de naissance, des établissements et services médico-sociaux et des établissements de santé.
[1679] Est introduit un livre préliminaire de la 4e partie du code de la santé publique un titre VIII intitulé « Agréments des sociétés de téléconsultation » prévoyant que les sociétés de téléconsultation ayant reçu l'agrément des ministres de la santé et de la sécurité sociale peuvent facturer les actes de téléconsultation réalisés par les médecins qu'elles salarient ; *V.* ég. Décret n° 2024-164 du 29 février 2024 relatif aux sociétés de téléconsultation.
[1680] CSP, art. L. 4081-1 et s.
[1681] CSP, art. L. 4081-4.

2) Le respect des textes conventionnels

305. Le respect des textes conventionnels est donc une seconde condition à la prise en charge par l'Assurance Maladie des téléconsultations dispensées par ces organismes. Or cette condition en comprend trois cumulatives[1682].

a) Le principe d'alternance des soins à distance

306. Pour toute prise en charge, la convention pose un principe d'alternance, c'est-à-dire de non-exclusivité de prise en charge à distance « *pour assurer la qualité des soins en téléconsultation, le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en téléconsultations au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, et ce afin que ce dernier puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité* »**[1683]**. En détention, cela reviendrait à alterner entre des consultations à distance et des consultations à l'USMP**.**

b) Le respect du parcours de soins coordonné

307. Ensuite, la prise en charge doit s'inscrire dans le respect du parcours de soins coordonné. Cependant, des exceptions sont prévues dans la convention médicale[1684], parmi lesquelles figure la possibilité de rembourser une téléconsultation, sans orientation initiale du médecin traitant, pour les personnes détenues[1685]. En effet, le code de la sécurité sociale prévoyant que les détenus sont pris en charge par le régime général de l'Assurance Maladie[1686], il aurait été contradictoire d'imposer un parcours de soins pour permettre un tel remboursement en l'état tout du moins.

[1682] Article 28.6.1 de la convention médicale.
[1683] Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, signée le 25 aout 2016, p. 127.
[1684] Par exemple pour le patient ne disposant pas d'un médecin traitant ; ou lorsque le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient ; dans les situations d'urgences (telles que définies à l'article R 160-6 du code de la sécurité sociale) ; ou encore pour les personnes résidant en EHPAD ou en établissement pour personnes handicapées.
[1685] Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, signée le 25 aout 2016, p. 128.
[1686] CSS, art. L. 381-30 et s.

c) Le principe de territorialité

308. Et enfin, dans le cadre de ces exceptions, une condition cumulative de respect du principe de territorialité s'applique. Le recours aux téléconsultations doit alors être organisé dans le cadre d'une organisation coordonnée territoriale de téléconsultation référencée par la CPAM[1687] dans les conditions définies à l'article 28.6.1.2 de la convention médicale. Suivant une logique d'ancrage territorial de proximité, la convention impose le recours à ces organisations afin que le patient soit orienté et pris en charge rapidement compte tenu de ses besoins en soins ; accède à un médecin, par le biais de la téléconsultation, compte tenu de son éloignement des offreurs de soins ; soit orienté vers un médecin traitant pour son suivi au long cours et réintégrer ainsi le parcours de soins. Là encore, des exceptions existent à l'exigence du principe de territorialité pour le recours à la téléconsultation ; en particulier pour les patients résidant dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins[1688] et en l'absence d'organisation territoriale de téléconsultation. Or, les personnes écrouées au sein d'établissement localisés dans des zones sous-denses, en l'absence d'organisation territoriale de téléconsultation, devraient donc pouvoir téléconsulter avec n'importe quel médecin.

309. L'analyse jurisprudentielle du principe de territorialité. La Cour d'Appel de Paris[1689] a eu l'occasion de s'exprimer sur la question du principe de territorialité et a rappelé le statut de la condition de remboursabilité, mais pas de condition de régularité[1690]. Autrement dit, l'absence de respect de ces principes – qui n'ont qu'une valeur conventionnelle – empêche simplement le remboursement par l'Assurance Maladie mais ne rend pas illégale l'activité de téléconsultation[1691]. Cela revient à proposer aux patients une offre de soins de secteur 2 à distance. Le tribunal judiciaire de Paris a explicitement repris l'ordonnance de référé du Conseil d'État[1692] qui avait interprété ces dispositions à l'occasion d'un recours à l'encontre d'une décision de la CNAM refusant le remboursement de téléconsultations réalisées par un centre de santé[1693]. En affirmant que l'organisation territoriale « *ne peut être d'ampleur nationale* », le

[1687] CPTS, maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé, équipes de soins primaire, équipe de soins spécialisés associations de professionnels de santé, URPS…
[1688] C'est-à-dire, les zones dites « d'intervention prioritaires ».
[1689] CA Paris, 18 fév. 2022, n° 20/16331.
[1690] L. BAROUK, Téléconsultation, territorialité et parcours de soins : le CNOM, les plateformes et le droit, 29 juin 2022, disponible sur https://www.village-justice.com/articles/les-principes-territorialite-respect-parcours-soins-matiere-teleconsultation,43052.html (consulté le 10 oct. 2024).
[1691] D. ESKENAZY, « Le juge des référés ordonne la fermeture des sites « arretmaladie » et « docteursecu » », *Dalloz IP/IT*, 2021, p. 286.
[1692] CE, ord. réf., 29 mai 2019, n° 429188.
[1693] Le tribunal judiciaire affirme qu'il résulte de la convention que l'organisation territoriale *« ne peut être d'ampleur nationale »* et *« doit être fondée sur une organisation locale composée essentiellement de praticiens*

tribunal judiciaire et avant lui le Conseil d'État interdisent qu'une société commerciale de téléconsultation ait par nature un champ d'application national. Or, d'une part, ces décisions concernent des procédures de référé mais un jugement au fond reste attendu sur la question, et d'autre part elles concernent des sociétés commerciales à but lucratif.

310. L'exception au principe de territorialité pour les détenus. Dans la mesure où une exception existe déjà pour la prise en charge des remboursements des détenus hors du parcours de soins coordonnée, pourquoi ne pas créer une exception au principe de territorialité[1694]. Encore une fois, la portée de ces décisions jurisprudentielles ne concerne que le remboursement des actes de téléconsultation par l'Assurance Maladie et non la légalité de cette pratique. Peut-on dès lors envisager une organisation territoriale publique de portée nationale ? La création d'un statut d'« *établissement de santé virtuel national* » qui « *ne résiste pas à la réalité des obligations imposées à la structure établissement de santé* »[1695] pour les sociétés privées commerciales de téléconsultation, pourrait naître sous un statut d'établissement public dédié aux détenus. L'exigence de proximité serait alors exceptionnellement tronquée, afin de favoriser l'accès aux soins de 80 000 détenus par un groupe de professionnels spécialisés dans leur prise en charge.

311. Le risque principal est celui d'une « *perte d'expérience clinique susceptible de placer le médecin en situation d'insuffisance professionnelle* »[1696]. Même si cela ne concerne *a priori* que la pratique exclusive de la téléconsultation, cela montre les craintes existantes au regard d'une telle activité, le nombre de critères cumulatifs mis en place de façon conventionnelle ont certes un but pécunier avec le remboursement par l'Assurance Maladie, mais c'est aussi et avant tout un moyen de maintenir une prise en charge de qualité et de proximité pour les patients.

---

procédant à des consultations physiques », la téléconsultation ne pouvant qu'être délivrée *« accessoirement à une activité principale de consultation réelle, pour suppléer notamment à l'absence de praticiens, ou à la difficulté du patient de se déplacer »* ; pour aller plus loin, *V.* D. ESKENAZY, « Le juge des référés ordonne la fermeture des sites « arretmaladie » et « docteursecu » », *Dalloz IP/IT*, 2021, p. 286.

[1694] Dans l'hypothèse où on ouvrirait la prise en charge en détention à la téléconsultation dans le privé. Aujourd'hui la question ne se pose pas car les détenus ne s'inscrivent pas dans une organisation territoriale, la prise en charge dépend uniquement d'un établissement de rattachement.

[1695] PLFSS 2023 exposé des motifs : « TITRE VIII « AGRÉMENT DES SOCIÉTÉS DE TÉLÉCONSULTATION ».

[1696] CNOM, rapport sur le Mésusage de la télémédecine, *op. cit.* p. 4.

312. Le second risque tend au manquement dans l'égalité d'accès aux soins des personnes détenues. Selon le Dr Patrick Bouet, président de l'Ordre[1697], « *Certains ne peuvent pas bénéficier de coupe-file. Notre système doit assurer la même prise en charge pour tous, dans le cadre du parcours de soins* ». Aujourd'hui cantonnées à un rôle d'opérateur de santé subsidiaire[1698] de l'offre de soins existante, l'objectif est bien de s'inscrire dans la vision européenne précitée selon laquelle « *le numérique en santé complète et optimise les pratiques de santé effectuées en présentiel* ».

3) La limitation du volume d'activité

313. Enfin, le troisième et dernier critère est celui de la limitation du volume d'activité pouvant être réalisé en téléconsultation. En effet, selon l'article 6 de l'avenant n°4 de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie, un centre de santé conventionné ne peut pas réaliser son activité exclusivement à distance. Le centre de santé, pour l'ensemble de ses activités, ne peut pas réaliser plus de 20% de son volume d'activité globale à distance[1699] sur une année civile. Cependant, en lisant l'exposé des motifs de la loi[1700], le cadre juridique proposé évacue cette question en proposant que les plateformes de télémédecine puissent écarter l'accord national des centres de santé. Si ce quota peut alors cesser de s'appliquer aux sociétés de télémédecine qui le décident, il continuera cependant de s'appliquer individuellement aux médecins qu'elles salarient ou qu'elles référencent, en application de la convention médicale[1701]. Cela revient *de facto*, à employer cinq médecins pour obtenir un équivalent temps plein. Pour Nicolas PORTE, ces conditions d'exercice sont sans doute trop restrictives pour garantir la pérennité des plateformes de téléconsultation[1702]. Si l'on doit se féliciter de cette dynamique tendant à rendre plus éthique l'exercice de cette pratique, notamment *via* les plateformes, on peut toutefois s'interroger sur la solution employée, la réponse apportée à l'exercice exclusif de la téléconsultation risquant de décourager les professionnels la pratiquant raisonnablement[1703], et crée alors un risque pour les patients qui

---

[1697] M.-C. RENAULT, Télémédecine : les plateformes commerciales de santé rappelées à l'ordre, *Le Figaro*, 10 décembre 2018, *op. cit.*
[1698] PLFSS 2023, Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi, Annexe n°9, p. 175. ; N. PORTE, Les sociétés de téléconsultation : une espèce en voie de normalisation, 18 octobre 2022, *op. cit.*
[1699] TLC et TLE cumulées.
[1700] LOI n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.
[1701] Me N. PORTE, Les sociétés de téléconsultation : une espèce en voie de normalisation, *op. cit.*
[1702] *Ibid.*
[1703] P. SIMON, « Le quota de 20% d'activité en télémédecine, imposé par le CNOM à l'Assurance Maladie, est-il soutenable sur le plan de l'Ethique médicale ? », *Telemedaction*, 18 mai 2022.

voudraient y avoir accès. Les détenus voient par ce troisième critère une solution, bien qu'encore théorique, disparaître.

4) Les conséquences disciplinaires

314. L'absence de respect des critères est un manquement déontologique. Le fait de ne respecter aucun de ces critères, que ce soit le principe de subsidiarité de la téléconsultation par rapport à la consultation physique, le parcours de soins coordonné ou le principe de territorialité et de proximité des soins dépasse également la problématique de la prise en charge par l'Assurance Maladie. En agissant ainsi, les sociétés de téléconsultation contreviennent également aux règles édictées par le Code de déontologie médicale. Le CNOM rappelle que l'exercice de leur activité par l'intermédiaire de telles plateformes n'exonère pas les médecins de leurs obligations déontologiques[1704]. Les médecins exerçant dans ce cadre doivent donc s'assurer que les sociétés qui les emploient s'inscrivent dans une démarche éthique et dans le cadre d'organisations territoriales référencées. De plus, ces sociétés s'inscrivent régulièrement dans une démarche promotionnelle tendant à présenter la médecine comme un e-commerce[1705], ce qui est proscrit par le code de déontologie[1706]. Il en va de même avec la concurrence déloyale dès lors que ces pratiques procurent aux médecins exerçant *via* ces plateformes commerciales un avantage interdit aux autres médecins, qui exercent la télémédecine dans le cadre territorial et dans le respect du parcours de soins. Le CNOM rappelle que les médecins participant à l'offre de téléconsultations proposée par cette plateforme sont, eux aussi, susceptibles de poursuites disciplinaires. Enfin, la facturation de certaines sociétés contrevient aux principes déontologiques encadrant la profession médicale, lorsqu'elles perçoivent directement la rémunération avant de la reverser en partie au médecin[1707], ou lorsqu'elles subordonnent l'accès à la téléconsultation à un abonnement à la plateforme, ou au prélèvement en amont du montant de cette consultation, et ce, dans des termes qui ne rendent pas l'information claire et précise. Or, le médecin ne peut facturer au patient que les frais correspondants aux « *actes réellement effectués […] même s'ils relèvent de la télémédecine* »[1708]. De plus, il est tenu de délivrer une information claire, honnête et précise sur ses honoraires. En l'état, il n'est donc pas souhaitable

[1704] CNOM, *rapport sur le Mésusage de la télémédecine*, *op. cit.* p. 6.
[1705] C. CÉNAC, « La téléconsultation : oui mais pas n'importe comment ! », *op.cit*.
[1706] CSP, art. R.4127-19 et R.4127-20.
[1707] Tribunal judiciaire de Paris, 6 novembre 2020, n° 20/54799 : une société commerciale comportant un tel système de facturation ne respecte ni le principe du paiement direct des honoraires par le patient au médecin ni, par conséquent, les principes de liberté d'exercice et d'indépendance professionnelle et morale des médecins.
[1708] CSP, art. R 4127-53.

que les personnes détenues aient un accès libre à de telles plateformes, tant qu'un statut *ad hoc* n'est pas établi pour les sociétés de téléconsultation afin de clarifier les exigences relatives aux modalités d'exercice en leur sein, en particulier en matière de structuration juridique, d'exercice, de déontologie, de qualité des soins et de respect des normes de sécurité et d'interopérabilité des solutions numériques en vue d'un remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire dans les conditions prévues par la convention médicale.

315. La gestion administrative plutôt que médicale peut engendrer de la confusion en détention, créant par la même occasion de nouveaux symptômes pour des pathologies censées être soignées. Ce nouvel exemple de iatrogénie tend à transformer un traitement théorique, la santé numérique, en cause de la dilution de la relation de soins. L'autonomie censée être assurée par la télésanté tend vers l'automatisation de la prise en charge des détenus à distance. Le patient devient alors simple témoin de sa prise en charge et plus un acteur. L'évolution technologique ne doit pas se faire au prix d'une régression médicale. Le *cure* ne va pas sans le *care*, au risque d'engendrer une médecine de seconde-zone déshumanisée. En détention, le risque est celui d'une médecine de troisième zone, d'une « sous-médecine carcérale ». Cet éloignement institutionnel des préoccupations du patient se trouve encore plus prononcé en constatant les infiltrations dans la relation de soins, qu'elles soient humaines ou d'origines technologiques, que le risque soit individuel ou collectif.

Conclusion du Chapitre II

316. S'il régnait historiquement une forme de paternalisme dans la relation de soins, celui-ci est remis en cause par l'*empowerment* facilité par la technologie. Cependant, l'autonomie gagnée par le patient pourrait être perdue par le professionnel : les outils de télésanté, dont il n'a pas la totale compréhension ni la maîtrise, rendent alors le soignant optionnel dans la relation de soins. Cette forme ultime d'une « ubérisation de la santé » conduit à une responsabilisation du patient, qui devient le gestionnaire de ses données ou encore le responsable de l'observance de ses traitements, faisant naître des risques, face aux compagnies d'assurance. La déresponsabilisation des professionnels pourrait être associée à une modification du statut de patient vers celui de simple consommateur. Le paternalisme historique est remis en cause mais pas supprimé, et l'infantilisation de la détention se dote d'une nouvelle forme de paternalisme qu'on peut qualifier de « circonscrit » en télésanté, exposant le patient incarcéré à de nouveaux assauts contre son autonomie. Le colloque singulier atteindrait alors un point de rupture avec une relation technologique dénuée de rapports humains. Pour maintenir la confiance, il faut œuvrer à un humanisme médical : les spécialistes ne doivent pas être transformés en techniciens. Le savoir-faire va toujours de pair avec le savoir-être, le *cure* est inséparable du *care*. La télésanté pourrait donc à l'inverse marquer l'entrée dans l'ère de la « médecine relationnelle » grâce aux technologies qui libèrent du temps aux médecins pour se reconcentrer sur l'essentiel : l'humain.

317. Les manœuvres des pouvoirs publics visant l'encadrement législatif, favorisant le développement de certains outils centrés sur la maladie plutôt que sur le malade, mènent à une nouvelle forme de paternalisme institutionnel. Les considérations financières prennent alors le pas sur la santé publique dans un contexte de vieillissement de la population. La diminution des hospitalisations et examens superflus, à laquelle est préférée le maintien à domicile ou en cellule pour ce qui nous concerne, devient un objectif prioritaire afin de maintenir l'équilibre financier de la sécurité sociale. L'ouverture automatique des dossiers, la facilitation de l'accès à la téléconsultation au détriment de la qualité du suivi ont pour objectif la fluidification du système, parfois au détriment des droits individuels du patient, alors que le numérique en santé doit compléter et optimiser les pratiques de santé effectuées en présentiel. L'exemple des sociétés de téléconsultation représente la quintessence de l'éloignement entre le professionnel de santé et son patient. L'État s'inscrit dans une dynamique tendant à rendre plus éthique l'exercice de

cette pratique qui ne semble pas adaptée en détention, mais de laquelle on pourrait s'inspirer pour créer une forme d'établissement public à distance.

Conclusion du Titre I

318. Formidable gain d'autonomie pour les patients qui deviennent véritablement acteurs de leur prise en charge, la télésanté s'inscrit alors parfaitement dans la dynamique de démocratie sanitaire qui se développe depuis le début des années 2000. Ce lien technique entre l'hôpital et la détention forme un nouveau maillon de la chaîne de prise en charge sanitaire des personnes en milieu carcéral. Néanmoins, il ne doit pas devenir un maillon défaillant d'une chaîne déjà peu solide. Rendue possible par la connexion des outils, la prise en charge des détenus à distance ne doit pas tomber dans un paradoxe de déconnexion entre les professionnels et les patients incarcérés. La télémédecine est une étape indispensable dans le contexte actuel, mais qui n'est pas obligatoire et n'a pas vocation à le devenir. S'inscrivant comme un facteur de croissance de l'accès aux soins dans leur dimension technique, la télésanté pousse à s'interroger sur le caractère relationnel d'une telle forme de santé. Cette e-santé se limite bien souvent au e-*cure* et on peut douter de l'existence d'un e-*care*.

319. Le fait de prendre soins à distance ne doit exister que de façon exceptionnelle et non systémique. La qualité de la e-santé est à remettre en cause fondamentalement, car sa commodité pourrait mener à une mise en œuvre systématique et automatique des actes à distance pour les personnes détenues, supprimant toute forme d'autonomie, marquant un retour en arrière de la démocratie sanitaire développée depuis le début des années 2000, laissant les détenus vulnérables face à une « médecine carcérale ».

Titre 2 : Une relation de soins infiltrée

« *Il faut constater que le pouvoir produit du savoir ; que pouvoir et savoir s'impliquent directement l'un l'autre ; qu'il n'y a pas de relations de pouvoir sans constitution corrélative d'un champ de savoir, ni de savoir qui ne suppose et ne constitue en même temps des relations de pouvoir* ».

Michel FOUCAULT.

320. La relation est le « *rapport qui lie des personnes entre elles, lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque* »[1709]. En ce sens, la relation de soins doit être vue comme une bulle de confidentialité, au sein de laquelle le patient accepte exceptionnellement de partager certaines informations relevant de sa sphère privée. Cette part d'intimité détenue alors par le professionnel « *ne lui confère aucun pouvoir mais au contraire des devoirs* »[1710] parmi lesquels l'interdiction de partager à des tiers les informations obtenues. La télésanté apporte avec son déploiement son lot d'outils technologiques devant assurer au patient la sécurité de sa vie privée, une barrière repoussant atteintes à la confidentialité. La bulle est désormais numérique. Pourtant et malgré un encadrement clair au niveau national et européen, la relation de soins se trouve infiltrée par des tiers, qu'ils soient humains (**Chapitre I**) ou que ces atteintes soient d'origines technologiques (**Chapitre II**).

[1709] TLFi, <http://www.atilf.fr/tlfi>, ATILF - CNRS & Université de Lorraine, v. « Relation ».
[1710] B. PY, « De la surveillance des maladies à la surveillance des malades », *Dalloz Actualité*, 27 mai 2020.

Chapitre 1 : Des risques d'origine humaine

321. La prison selon la pensée de FOUCAULT, ne serait « *pas fille des lois mais de la norme* »[1711]. L'accès aux soins libre, la protection de la confidentialité, ce sont les lois. La relation de soins qui fait l'objet d'incursions de la part de l'administration pénitentiaire, c'est la norme. L'objectif prioritaire de l'administration pénitentiaire est le « *du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements* »[1712], car même si ce n'est pas explicitement présenté comme tel dans les textes, c'est le point de départ pour effectuer le reste de ses missions. Dès lors les prisons sont des lieux traversés par des nouveaux enjeux, les enjeux sanitaires venant troubler des décennies de gestion sécuritaire[1713]. La télésanté s'apparente comme l'outil de médiation par excellence, censé apporter les soins aux personnes incarcérées en maintenant un niveau de sécurité acceptable aux yeux des surveillants. Pourtant, si la télésanté est compatible avec les ambitions sécuritaires en milieu carcéral (**Section I**), elle demeure ambiguë quant à la protection de la confidentialité de la vie privée des patients (**Section II**).

Section I : La télésanté face aux incursions de l'administration pénitentiaire

322. Le manque de consultations spécialisées en détention devrait en principe se traduire par une possibilité de se faire soigner à l'extérieur[1714]. Pourtant, on constate une mainmise de l'administration pénitentiaire sur l'accès aux soins, les considérations sécuritaires, et il faut le dire, budgétaires, prenant le pas sur les droits des détenus (**§ I**). La télémédecine repousse l'administration et ses agents hors de la relation de soins et apporte une forme de liberté aux patients détenus et à l'équipe médicale dont les mains sont légèrement déliées (**§ II**)

[1711] J.-F. BERT, « "Ce qui résiste, c'est la prison." Surveiller et punir, de Michel Foucault », *Revue du MAUSS*, 2012/2 n° 40, 2012, pp.161-172.
[1712] Code pénitentiaire, art. L. 6.
[1713] D. SALAS « vingt ans après, le grand silence », *in* Esprit, octobre 1995 ; *V.* ég. *supra* n°1 et s.
[1714] OIP, « En prison, les soins spécialisés à la peine », *Dedans Dehors* n°115, juin 2022.

§ I – Des intérêts sanitaires et sécuritaires contradictoires en détention

L'administration pénitentiaire est toute puissante en détention, se qui se répercute directement sur l'accès aux soins. Le patient détenu est ainsi totalement dépendant de l'organisation pénitentiaire pour des soins à l'intérieur de l'établissement (**A**) mais également pour des soins à l'extérieur des murs (**B**)

A. La mainmise de l'administration sur l'accès aux soins à l'intérieur des murs

323. Une démarche de santé trop souvent dépendante du fonctionnement pénitentiaire[1715]. L'univers carcéral est le témoin d'une conciliation perpétuelle entre deux administrations aux objectifs ambivalents, ce qu'a rappelé la loi pénitentiaire en disposant que l'administration pénitentiaire doit garantir à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits, tout en précisant que l'exercice de ceux-ci *« ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles résultant des contraintes inhérentes à la détention, du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la récidive et de la protection de l'intérêt des victimes »*[1716]. Il est d'ailleurs rappelé que les mesures restrictives de liberté intervenant en détention, en plus d'être adaptées à la personnalité du détenu, doivent être « *proportionnées aux contraintes inhérentes à la détention*. ». Tant et si bien qu'il n'est « *pas question de nier les difficultés liées à l'exercice des droits fondamentaux des personnes détenues en milieu carcéral »*[1717], lorsqu'il faut tenir compte des exigences sécuritaires qui rythment le monde pénitentiaire. Pourtant, ces difficultés ne doivent pas être un obstacle au respect des droits comme celui d'accès aux soins. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a identifié quatre facteurs principaux *« à l'origine des entraves majeures constatées dans l'accès aux soins de la population pénale »*[1718] parmi lesquels, à nouveau, le sous-dimensionnement de l'équipe médicale présente dans l'unité sanitaire, au regard du taux d'occupation. L'argument marquant est que ce constat, bien que formant le point de départ du manque de consultations en détention, est le seul des quatre facteurs qui dépend de l'établissement sanitaire de rattachement. Les trois autres causes avancées par le contrôleur

[1715] Cour des comptes, *Rapport public annuel, 2014*, p. 270.
[1716] Art. 22 de la loi n° 2009-1436 du 24 nov. 2009.
[1717] C. CASTAING, « Les droits des patients détenus à l'épreuve des exigences sécuritaires : la question des extractions médicales », *RDSS*, 2020, p. 107.
[1718] CGLPL, *Rapport d'activité 2022*, p. 57.

résultent directement de l'administration pénitentiaire, rendant la démarche de santé trop souvent dépendante du fonctionnement pénitentiaire[1719].

324. L'accès aux soins à l'intérieur, la question de l'absentéisme. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté explique ainsi que « *les agents de surveillance sont insuffisamment nombreux et disponibles pour assurer les mouvements vers l'unité médicale ; la réorganisation des promenades a profondément bouleversé la planification des consultations, contraignant régulièrement les détenus à choisir entre accès à l'air libre et accès aux soins ; l'augmentation du nombre des annulations d'extractions médicales résultant de la suppression de l'équipe dédiée aux extractions médicales et son remplacement par une équipe locale de sécurité pénitentiaire sous-dimensionnée* »[1720]. Ces éléments sont confirmés par la Cour des comptes[1721] qui constate des lenteurs voire des erreurs dans le système menant à des demandes de rendez-vous médical caduques, ou à un fort taux d'absentéisme expliqué par la paralysie des mouvements due à un manque de personnel pénitentiaire[1722]. Enfin, il faut prendre en compte que ce type de difficultés relèvent de la santé publique, puisqu'il *« peut jouer aussi dans le faible succès des actions d'éducation à la santé »*[1723]. Si une partie de cet absentéisme repose bien sur le choix fait par les détenus de ne pas se rendre à l'unité sanitaire, ce choix est déterminé par le dilemme qui leur est imposé entre ce rendez-vous médical et une activité plus importante à leurs yeux[1724].

On pourrait souhaiter que la télémédecine vienne régler toutes ces difficultés, mais c'est faire preuve de naïveté tant elle ne changera rien à la coordination entre administration pénitentiaire et personnel de l'USMP : les outils de télémédecine sont réservés à la prise en charge médicale. Ils favorisent la coordination des acteurs de santé et des soins, mais pas la coordination entre deux administrations qui fonctionnent en silos[1725]. Elle permettra cependant d'ouvrir de

[1719] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, p. 270.
[1720] CGLPL, *Rapport d'activité 2022*, p. 57.
[1721] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, p. 270.
[1722] En effet, il est établi que le taux d'absentéisme aux consultations médicales au sein même des établissements pénitentiaires peut avoisiner les 30% et peut aller jusqu'à 40% dans certains établissements, pour aller plus loin, *V.* Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014* ; OIP, « En prison, les soins spécialisés à la peine », *Dedans Dehors* n°115, juin 2022 ; Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Rapport d'activité 2022, p. 65.
[1723] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, p. 270.
[1724] Selon le docteur SEGONDY, directeur de l'UHSI de Nancy, le parloir est supérieur à tout le reste pour un détenu qui choisira toujours ce dernier à toute autre activité ou rendez-vous, entretien réalisé le 20/02/2023 à l'UHSI de Nancy ; *V.* ég. Témoignages OIP, « En prison, les soins spécialisés à la peine », *Dedans Dehors* n°115, juin 2022.
[1725] Fait référence à un mode d'organisation selon lequel chaque département d'une entreprise ou administration travaille de manière très cloisonnée et individuelle, sans prendre en compte, dans leurs actions, les orientations, besoins et enjeux des autres services.

nouvelles possibilités d'organisation au sein de l'USMP et donc au sein de l'établissement. Ce sera donc une problématique déplacée, certes, mais restant dépendante de la bonne volonté de cohabitation des deux administrations[1726].

B. La mainmise de l'administration sur l'accès aux soins à l'extérieur des murs

325. L'accès à des soins à l'extérieur est limité. Le premier constat est que la mise en œuvre d'une mesure d'extraction a nécessairement lieu dans un établissement public de santé et de surcroit désigné par le directeur général de l'agence régionale de la santé[1727]. Le CGLPL a émis en 2015 un avis dénonçant le nombre trop important d'extractions médicales du fait du manque structurel d'effectifs dans les USMP, au premier rang desquels les médecins spécialistes[1728]. Devant la réponse de la ministre des Affaires sociales et de la Santé « *qui oppose une quasi fin de non-recevoir au CGLPL, en rappelant l'autonomie de gestion des établissements de santé - qui ne placent pas en priorité le recrutement de spécialistes se déplaçant en prison* »[1729], le CGLPL recommandait alors de limiter ces extractions en multipliant les autres formes de sortie pour motif médical[1730], mais également en ayant recours de façon plus régulière à la télémédecine. *A priori*, l'extraction médicale des personnes détenues semble être positive puisqu'elle ouvre les possibilités à des personnes détenues d'avoir accès à des soins spécialisés ou à une hospitalisation, comme tout citoyen. Cependant, la position critique du CGLPL se justifie par de multiples réalités pratiques, qui subsistent aujourd'hui, près d'une décennie après cet avis. L'accès extérieur étant subordonné à la disponibilité des équipes pénitentiaires et des forces de l'ordre pour assurer l'extraction et la garde des détenus[1731], l'administration pénitentiaire peut faire preuve d'« *interférence* »[1732], voire d'« *ingérence* »[1733] dans la décision

---

[1726] B. CARTON (dir.), A. LÉCU (dir.), *Les soins en prison. Quelle réalité derrière les murs* ? Hygée éditions, p. 71 : Pendant les heures de promenade, l'attention du personnel pénitentiaire est concentrée sur ces lieux précis, aucun autre mouvement n'a lieu à ce moment-là, y compris pour une consultation médicale.

[1727] CSP, art. R. 6111-27.

[1728] CGLPL, *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé*.

[1729] M. LÉNA, « La prise en charge des personnes détenues en établissements de santé », *AJ pénal*, 2015, p. 392.

[1730] Une meilleure coordination entre les différents services (direction, service pénitentiaire d'insertion et de probation, unité sanitaire et services de l'application des peines) devant conduire les personnes détenues remplissant les conditions légales à pouvoir bénéficier de permissions de sortir pour se rendre seules dans un établissement de santé et y bénéficier de consultations médicales.

[1731] Cour des comptes, Rapport public annuel, 2014, p. 270 ; M. LILA DAMJI, « La télémédecine, par-delà les cloisons », *La Gazette Santé-Social*, no. 106, avril 2014, p. 34 : « *Lors de l'extraction d'un détenu pour une consultation à l'hôpital, il faut mobiliser le personnel médical du centre de rattachement, un chauffeur et deux gardes ; et quand il s'agit d'un détenu particulièrement signalé [DPS], les membres des équipes régionales d'intervention et de sécurité [Eris].* ».

[1732] CGLPL, Rapport d'activité 2022, p. 57.

[1733] *Ibid* ; *V.* ég. A. AMADO, « Vers la fin de la séparation systématique des mères et des enfants en prison lors de leur prise en charge médicale en urgence ? », *AJ pénal*, 2023, p. 524.

médicale lorsque son fonctionnement entraîne un retard ou une annulation de l'extraction médicale. Le manque de personnel pénitentiaire se faisant ressentir quotidiennement et ce malgré les tentatives de réforme[1734], *« la difficulté à organiser des escortes est particulièrement délétère en matière médicale* »[1735]. Les difficultés organisationnelles de l'administration pénitentiaire se répercutent alors directement sur l'accès aux soins des personnes détenues, laissant place à un véritable « *parcours du combattant pour se soigner à l'extérieur* »[1736]. De plus, en fonction du type d'hospitalisation, pour assurer la sécurité du détenu et des autres patients, le recours à ces « *gardes statiques* », peut être géré par les forces de l'ordre. Une troisième administration est donc sollicitée, ce qui est source de complications[1737], voire d'entrave de l'accès aux soins des personnes détenues[1738] ***« et encourageant l'utilisation de moyens de contrôle disproportionnés »***[1739], accentués par les risques de troubles à l'ordre public dans les établissements de santé accueillant des personnes détenues.

326. Les différents moyens de sortie pour raison médicale. Pour comprendre dans quel contexte vient s'inscrire la recherche d'un développement de la télémédecine en détention, il faut s'attacher aux solutions actuelles. L'extraction médicale représente « *l'accompagnement d'une personne détenue dans un établissement de santé pour une consultation ou un examen médicotechnique ne pouvant être dispensés à l'intérieur de l'établissement, ainsi que pour une hospitalisation* »[1740]. Il faut toutefois distinguer l'extraction pour motif médical de deux autres

[1734] On pense ici aux équipes locales de sécurité pénitentiaire en 2019, *V.* Arrêté du 21 mai 2019 portant gestion des personnels affectés en équipes locales de sécurité pénitentiaire.
[1735] J.-P. CÉRÉ, « Prison - Organisation générale », *Rep. Droit pénal et procédure pénale*, Dalloz, juin 2015 (actu. Juillet 2024), point 273.
[1736] OIP, En prison, les soins spécialisés à la peine, *Dedans Dehors n°115*, juin 2022.
[1737] C. CASTAING, Les droits des patients détenus à l'épreuve des exigences sécuritaires : la question des extractions médicales, RDSS, 2020, p. 107 : *« En l'absence de règles précises ou de protocoles de fonctionnement pour assurer les escortes et gardes des détenus hospitalisés, les risques d'atteinte aux droits de la personne détenue ou d'atteinte à la sûreté des personnes sont élevés. Il n'est pas sûr que cette coordination soit parfaitement assurée. Une note élaborée par l'administration pénitentiaire le 26 juillet 2018 fait état des difficultés rencontrées pour obtenir le renfort d'une garde statique lors d'une hospitalisation d'une personne détenue (hors UHSI) et fixe la procédure à suivre : une demande écrite doit être adressée au préfet et, en cas de réponse négative ou de non réponse dans l'heure, un courrier de relance. Si les forces de sécurité intérieure ne se présentent pas dans l'heure qui suit le courrier de relance dans l'établissement de santé, la note prévoit que le personnel pénitentiaire laisse la personne détenue sans surveillance et quitte l'établissement... après avoir rédigé un troisième courrier avisant l'autorité préfectorale de son départ. ».*
[1738] Entretien avec le docteur SEGONDY réalisé le 20/02/2023 à l'UHSI de Nancy : la police essaye de réduire la durée de l'hospitalisation pour pouvoir retirer l'escorte. Ils « bourrent le mou » aux équipes médicales des établissements de soins pour que la décision de mettre fin à cette hospitalisation soit prise.
[1739] C. CASTAING, Les droits des patients détenus à l'épreuve des exigences sécuritaires : la question des extractions médicales, RDSS, 2020, p. 107.
[1740] Code pénitentiaire, art. D. 215-2 : L'extraction est l'opération par laquelle une personne détenue est conduite sous surveillance en dehors de l'établissement pénitentiaire où elle est détenue, lorsqu'elle doit comparaître en justice, ou lorsqu'elle doit recevoir des soins qu'il n'est pas possible de lui donner dans l'établissement pénitentiaire,

solutions permettant aux détenus d'avoir accès aux soins en dehors des murs, la permission de sortir et l'autorisation de sortie sous escorte[1741]. Le CGLPL[1742], ainsi que certains parlementaires[1743], ont déjà pu interpeller le gouvernement à plusieurs reprises, demandant un recours plus important aux permissions de sortie pour motif médical, principalement pour les consultations somatiques spécialisées. La différence entre les deux mesures tient essentiellement dans l'accompagnement du détenu, sous forme d'escorte lorsque l'on est dans un cadre d'extraction, alors qu'il est laissé en autonomie quand un magistrat l'autorise à sortir pour un motif médical[1744]. Le ministre de la Justice de l'époque, en répondant à la question du sénateur PLANCADE, avait rétorqué qu'il n'est pas opportun d'étendre les permissions de sortir aux consultations médicales à caractère somatique[1745]. Or, en l'état, c'est bien la question des consultations spécialisées qui pose des difficultés en pratique, limitant le droit des détenus dans leur accès aux soins. Mais cette solution ne résout cependant pas tout, nombre de personnes détenues étant légalement exclues de ce dispositif[1746]. Jusqu'à peu, c'était d'ailleurs le cas pour la mère détenue dont l'enfant était hospitalisé. L'enfant n'ayant pas le statut de détenu, il est hospitalisé en urgence selon le régime de droit commun[1747]. La mère qui ne subissait pas d'urgence médicale ne pouvait cependant pas bénéficier du régime de l'extraction pour l'accompagner, situation entraînant le chaos au sein de l'organisation des établissements.

---

ou plus généralement lorsque l'accomplissement d'un acte ne pouvant être effectué dans un établissement pénitentiaire a été reconnu absolument nécessaire et compatible avec la situation de la personne intéressée.

[1741] Voir Cour des comptes, Rapport public annuel, 2014, p. 271-272 ; C. proc. pén., art. D142 et s. pour la permission de sortir ; C. proc. pén., art. D147 pour l'autorisation de sortie sous escorte.

[1742] CGLPL, *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé*.

[1743] Sénat - Conditions de transfert des détenus vers des centres médicaux ou hospitaliers, Question écrite n°01648, 12e législature (2003) https://www.senat.fr/questions/base/2002/qSEQ020801648.html.

[1744] CPP, art. D143-4 3° Présentation à une structure de soins.

[1745] « *pour plusieurs raisons : il s'agirait là d'une dénaturation de la décision judiciaire, alors détournée de son objet de réinsertion dans le seul but de faciliter le fonctionnement des hôpitaux ; cela porterait, en outre, atteinte au principe de la gratuité des soins pour les personnes détenues, dès lors qu'elles devraient assumer les frais de transport pour se rendre à la consultation ; enfin, l'état de santé de la personne détenue peut être compatible, ou non, avec une telle permission ; le secret professionnel médical ne permet au médecin intervenant en milieu pénitentiaire que d'émettre un avis sur la compatibilité de l'état de santé de la personne avec une permission de sortir.* », Sénat - Conditions de transfert des détenus vers des centres médicaux ou hospitaliers, Question écrite n°01648, 12e législature (2003) https://www.senat.fr/questions/base/2002/qSEQ020801648.html .

[1746] Les personnes en détention provisoire ne peuvent obtenir de permissions de sortir, de même que certaines personnes condamnées : celles soumises à une période de sûreté, condamnées à la réclusion criminelle à perpétuité non commuée, ou encore faisant l'objet d'une interdiction de séjour dans la localité. En outre, les personnes condamnées à plus de cinq ans de prison doivent avoir purgé la moitié de leur peine pour pouvoir en bénéficier.

[1747] A. AMADO, « Vers la fin de la séparation systématique des mères et des enfants en prison lors de leur prise en charge médicale en urgence ? », *AJ pénal*, 2023, p. 524 : à propos du décret du 16 novembre 2023 modifiant l'article D. 216-22 du Code pénitentiaire, et notamment de la condition « *contraintes inhérentes à la détention ou résultant du maintien de la sécurité et du bon ordre des établissements, de la prévention de la commission de nouvelles infractions et de la protection de l'intérêt des victimes* » ;

327. Des annulations de rendez-vous trop fréquentes. Il semble y avoir consensus sur le fait qu'environ 30% des escortes pour extractions médicales sont annulées avant leur réalisation[1748] dont un tiers serait dû à des carences de l'administration pénitentiaire, et à un manque de coordination entre l'administration pénitentiaire et l'unité sanitaire[1749]. Le Contrôleur général[1750] fait de régulières recommandations pour que les services médicaux intègrent dans leur rapport annuel d'activité le nombre d'extractions médicales annulées en précisant les motifs de cette annulation[1751]. Toutefois, ces chiffres restent des estimations ou des évaluations au cas par cas. Il est par conséquent impossible de s'appuyer sur une traçabilité fiable au niveau national permettant de comparer le nombre d'extractions demandées par les unités sanitaires au nombre d'extractions effectivement réalisées, et la raison expliquant le delta entre les deux.

328. Des conditions d'accueil et de transport contestées. Une seconde cause d'annulation trouve sa source indirectement dans les choix réalisés par l'administration pénitentiaire. En effet, si un tiers des annulations est dû directement à celle-ci, un autre tiers est dû aux détenus qui font le choix d'annuler cette sortie. Cependant, il est mis en avant par les détenus les conditions d'extraction puis d'hospitalisation parfois humiliantes. La France a été condamnée en ce sens au niveau européen dans l'arrêt *Duval c/ France*[1752] sur le fondement de l'article 3. Dans un arrêt précédent[1753], la Cour avait déjà pu mettre en garde l'État français, sans faire le choix de le condamner sur le fondement de l'article 3 mais en rappelant que l'entrave au cours d'une extraction doit être « *proportionnée au regard des nécessités de la sécurité* » et donc li à la situation et à la personnalité de l'intéressé. Le port des menottes lors d'un déplacement est systématique[1754], mais il intervient aussi lors des consultations voire des interventions chirurgicales[1755]. Or, le Conseil d'État a rappelé dans un arrêt du 16 mars 2018 que les mesures

[1748] Malgré le peu de chiffres fiables au niveau national, c'est ce qui ressort des rapports successifs, v. not. Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, p. 270 ; CGLPL, *Rapport d'activité 2022*, p. 57 ; OIP, « Annulations, indignité… Les extractions, un obstacle au soin », 20 août 2022.

[1749] M. LÉNA, « La prise en charge des personnes détenues en établissements de santé », *AJ pénal*, 2015, p. 392 ; OIP, Annulations, indignité… Les extractions, un obstacle au soin, *Dedans Dehors n°115*, juin 2022.

[1750] CGLPL, *Enquêtes sur les extractions et la prise en charge médicale en détention, Maison d'arrêt de Bayonne*, 2013 ; CGLPL, *Enquêtes sur les extractions et la prise en charge médicale en détention, Centre de détention d'Argentan*, 2011.

[1751] Absence du médecin, demande de l'administration pénitentiaire, refus de la personne détenu etc.

[1752] CEDH 26 mai 2011, *Duval c. France* n°19868/08 : la Cour européenne des droits de l'homme a condamné la France pour violation de l'article 3 – interdiction des traitements inhumains ou dégradants – dans une affaire où le requérant, un détenu, se plaignait des conditions de consultations médicales en milieu hospitalier extérieur et en particulier des mesures de sécurité qui lui furent imposées, ainsi que de la présence du personnel pénitentiaire ; v. ég. CEDH 14 novembre 2002, *Mouisel c. France*, n° 67263/01.

[1753] CEDH 29 oct. 2009, *Paradysz c. France*, n° 17020/05.

[1754] M. LÉNA, « La prise en charge des personnes détenues en établissements de santé », *AJ pénal*, 2015, p. 392.

[1755] C'est le cas très médiatisé d'une femme enceinte entravée pendant l'accouchement qui avait ému l'opinion publique, et mena le législateur à ajouter un article 52 dans sa loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 disposant «

de coercition prises lors de l'extraction médicale d'un détenu peuvent « *être étendues à la consultation et aux soins médicaux lorsqu'elles ne peuvent être dispensés au sein de l'établissement de détention* », mais doivent en toute hypothèse rester *« adaptées et proportionnées à la dangerosité du détenu et au risque d'évasion* »[1756]. A cela s'ajoute le fait que les conditions d'accueil et de détention dans les chambres prévues à cet effet en établissement de santé posent également des questions de dignité[1757] alors même que le Code de la santé publique affirme comme l'un de ses premiers droits que « *la personne malade a droit au respect de sa dignité* »[1758]. On rappellera alors que le Contrôleur général avait exprimé dans son avis que « *les patients détenus disposent des mêmes droits d'accès aux soins que tous les autres sous réserve des restrictions liées à la privation de liberté d'aller et venir dont ils font l'objet* »[1759]. Le CGLPL avait d'ailleurs proposé à cette occasion la redéfinition de la responsabilité des escortes, qui ne seraient plus tenues d'une obligation de résultat, mais d'une obligation de moyen[1760] afin que les moyens de contraintes imposés aux personnes soient strictement proportionnés au risque présenté par ces dernières, ainsi qu'une modification de l'article 52 de la loi pénitentiaire[1761]. Il a réitéré relativement récemment sa position relative aux conditions d'extractions, et appuyant spécifiquement sur les moyens de contraintes et leur justification. Il estime que l'analyse faite sur plusieurs années « *ne montre aucune évolution des pratiques en dépit du nombre de recommandations, voire d'avis publiés par le CGLPL. Au pire*

---

tout accouchement ou examen gynécologique doit se dérouler sans entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues » : V. Défenseur des droits, Avis n°2004-6 du 7 juillet 2004 relatif aux conditions d'un accouchement dans une maison d'arrêt ; Sénat, Respect du droit à la dignité des détenus, Question écrite n°11323, 12e législature, 11 mars 2004 ; Le Monde, M. Perben ouvre une enquête sur un accouchement en menottes, 11 février 2004 ; Le Parisien, Une détenue de Fleury accouche menottée à l'hôpital, 10 février 2004 ; Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire.

[1756] CE, 16 mars 2018, n° 407857.

[1757] « *Absence de circuit dédié permettant d'éviter l'exposition des personnes menottées au reste du public, d'organisation du volontariat des équipes de soins, absence totale d'activités (pas de journaux ni de télévision), impossibilité de communiquer avec les proches (absence de téléphone, de matériel de correspondance, visites impossibles »* : M. LÉNA, « La prise en charge des personnes détenues en établissements de santé », *AJ pénal*, 2015, p. 392 ; V. ég. Jean-Marc PASTOR, « Les détenus sont pourtant des patients comme les autres », *Dalloz actualité*, 16 juillet 2015.

[1758] CSP, art. L. 1110-2 ; CSP, art. R. 4127-2 « *Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité*. »

[1759] Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé, précité.

[1760] M. LÉNA, « La prise en charge des personnes détenues en établissements de santé », *AJ pénal*, 2015, p. 392 ; *V.* CGLPL, Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé : « que la responsabilité de l'escorte ne soit plus engagée à l'aune du risque encouru, à savoir l'évasion, mais au regard des moyens employés pour l'éviter ».

[1761] Le contrôleur souhaitait le remplacer par la disposition suivante : « *Le respect des secrets de l'article 45 et de la dignité fait obstacle au port de menottes, d'entraves et à la présence du personnel pénitentiaire lors des soins de toute nature dispensés aux personnes détenues. La sécurité nécessaire est assurée par d'autres moyens* » ; CGLPL, Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé.

les exceptions deviennent la règle pour des motifs dit sécuritaires. Dans les faits la routine conduit souvent à généraliser la même pratique pour tous sans s'interroger plus avant sur celle-ci »[1762] et que le ministère de la justice ne conduit pas de *« réflexion pour améliorer ces prises en charge »* [1763]. Enfin, au-delà de l'incidence négative sur l'acceptation des extractions médicales par les détenus, la présence d'une escorte tout au long de la prise en charge médicale représente une atteinte au secret professionnel.

329. Les procédures actuellement employées par l'administration pénitentiaire dont les considérations sont avant tout sécuritaires, représentent une atteinte à l'accès aux soins, à la dignité, au secret professionnel. La télésanté peut limiter ces incursions physiques des agents chargés de la surveillances des détenus dans la relation de soin, recréant un bastion respectueux des droits du détenu en tant que patient.

§ II – Des intérêts sanitaires et sécuritaires conciliables avec la télémédecine

330. La Cour des comptes a mis en évidence que « l'équilibre, toujours délicat et fragile entre droits des personnes, exigences du soin, et nécessités de sécurité ne s'établit souvent pas de manière satisfaisante »[1764]. Le milieu carcéral est empreint de considérations sécuritaires évidentes restreignant le droit d'accès aux soins des patients. La télémédecine apparaît comme un repoussoir de l'administration pénitentiaire (**A**) pouvant rapprocher la liberté d'accès aux soins de celle du milieu libre (**B**).

A. <u>La télémédecine, limite numérique à des incursions physiques</u>

331. La télémédecine favorise l'indépendance face à l'administration pénitentiaire. Le code pénitentiaire prévoit qu' « *aucun transfèrement, aucune extraction ne peut être opéré sans un ordre écrit que délivre l'autorité compétente. Cet ordre, lorsqu'il n'émane pas de l'administration pénitentiaire elle-même, est adressé par le procureur de la République du lieu de l'autorité requérante* »[1765]. Dès lors, il saute aux yeux que l'extraction médicale est décidée soit par l'administration pénitentiaire, soit par l'autorité judiciaire, et ce y compris pour des

[1762] Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Rapport d'activité 2022, p. 91.
[1763] *Ibid*
[1764] Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, p. 270.
[1765] Code pénitentiaire, art. D.215-4.

personnes simplement prévenues[1766]. L'accès à des soins est cloisonné par une administration extérieure à la relation de soins. A l'inverse, une prise en charge par un acte de télémédecine n'implique en rien une décision d'une administration, le lien pouvant directement, voire instantanément, être fait entre les professionnels de santé de l'USMP et un autre interlocuteur médical.

332. La signature d'un protocole pour la prise en charge à distance. Le code pénitentiaire précise que « *Les modalités d'intervention de l'établissement public de santé rattaché à un établissement pénitentiaire […] sont fixées par un protocole signé* »[1767] par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné[1768]. Aujourd'hui ces protocoles mentionnent l'extraction, demain, les modalités d'intervention de l'établissement public pourront consister en une prise en charge à distance lorsque celle-ci est possible.

333. Une habilitation spéciale. Aujourd'hui, les personnels de santé exerçant à temps plein en établissement pénitentiaire sont spécialement habilités par le ministre de la Justice[1769]. En cas de nécessité, des membres de l'établissement de santé de rattachement peuvent venir en renfort, sur autorisation du chef de l'établissement[1770]. D'une part le recours à la télémédecine de façon pérenne doit soulever la question du maintien de cette habilitation. La prise en charge à distance doit faire évoluer l'habilitation actuelle pour prendre en compte ces nouvelles pratiques. D'autre part, les membres de de l'établissement sanitaire, qui interviendraient uniquement à distance devront être habilités.

334. Le maintien des mesures de sécurité lors d'une prise en charge à distance. De même, est-ce que les mesures de sécurité prévues par les articles R.6111-40-2 et suivants du Code de la santé publique[1771] seront similaires lors d'une prise en charge à distance ? Si aujourd'hui, cela tourne exclusivement autour de la garde physique du détenu et à assurer sans gêner le reste du service hospitalier, une « *garde numérique* » ou une garde physique des dispositifs informatiques devra nécessairement être mise en place pour éviter que la prise en charge à

[1766] Code pénitentiaire, art. D. 393.
[1767] Code pénitentiaire, art. D.115-4, D.115-8.
[1768] CSP, art. R.6111-29.
[1769] Code pénitentiaire, art. D.1115-14 à D.1115-26.
[1770] Code pénitentiaire, art. D.1115-18.
[1771] CSP, art. R.6111-40-2.

distance soit une occasion pour les personnes détenues de communiquer avec l'extérieur hors des procédures prévues à cet effet. Il faudra faire preuve de vigilance pour que ces mesures de sécurité soient « adéquates » et prises « dans le respect de la confidentialité des soins »[1772]. Si la circulaire organisant le déroulement des extractions médicales *« échoue à prévoir les difficultés inhérentes au décloisonnement de la prison, qui n'auront de cesse d'être colmatées par la diffusion de notes de service sécuritaires* »[1773], la e-santé peut être une solution. Paradoxalement, en recloisonnant la relation de soins à l'intérieur de l'USMP, elle favorise le respect des droits des patients. Cela ne doit cependant pas être fait au détriment de la santé mentale des détenus, ni être mis en place de manière incohérente avec le quotidien pénitentiaire des personnels de santé et agents de l'administration, « *premiers maîtres d'œuvre des droits à la santé* »[1774]. La e-santé ne réduit pas le nombre d'hospitalisation mais permet d'hospitaliser pour les bonnes raisons[1775].

[1772] CSP, art. R.6111-40-4.
[1773] C. COTON (dir.), L. PROTEAU (dir.), *Les paradoxes de l'écriture : Sociologie des écrits professionnels dans les institutions d'encadrement*. Nouvelle édition, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2012.
[1774] É. JANICAUD, C. LANCELEVEE, « Production des écrits administratifs en prison : dispositif de droit ou de contrôle ? L'exemple des unités de visite familiale et des extractions médicales », *in* C. COTON, L. PROTEAU, *Les paradoxes de l'écriture*, Presses universitaires de Rennes, 2012, pp. 149-168.
[1775] Selon le docteur SEGONDY, le besoin le plus impérieux pour les USMP étant la téléconsultation pour pré-hospitalisation à l'UHSI par exemple, déclaration au cours d'un entretien réalisé le 20/02/2023 à l'UHSI de Nancy.

B. La télémédecine, extension de la liberté des patients détenus

335. Le libre choix du médecin rendu possible. L'absence de libre choix de son médecin pour le détenu patient, qui n'a accès qu'aux médecins de l'USMP est un état de fait. L'exception faite à ce principe d'organisation est le cas du détenu en aménagement de peine qui peut dès lors aller s'adresser au professionnel de son choix. Grâce à la télémédecine, ce droit du patient[1776] voit disparaître les contraintes physiques et organisationnelles qui lui sont opposées, en fluidifiant le trafic de la relation de soins[1777]. La particulière surveillance apposée aux logiciels de télémédecine pourrait entraîner, en plus d'un retour du droit au libre choix du médecin, un renforcement de celui-ci. En effet, les plateformes dont le fonctionnement supprime toute relation entre le médecin et le patient pour gagner en automatisation ne sont pas acceptées. Le juge de référés du tribunal judiciaire de Paris a ainsi pu ordonner la fermeture de sites qui contreviennent aux principes déontologiques fondamentaux, et notamment celui de libre choix du médecin par le malade, ou du secret professionnel[1778].

336. Pour une implication de la médecine de ville en détention. Aujourd'hui la médecine de ville n'a pour équivalent que l'USMP qui constitue le premier niveau, le premier filtre avant une hospitalisation éventuelle. La télésanté détruit les barrières géographiques et temporelles propres à la détention et offre de nouvelles possibilités permettant d'envisager le recours à la médecine de ville pour les patients détenus, pour des téléconsultations bégnines. C'est une autre possibilité de renforcement du colloque singulier, à travers la liberté de choix de son médecin, le patient détenu sera autonome, favorisant son engagement dans la relation de soins. Rien ne justifie juridiquement, d'une part que le détenu ne puisse pas avoir accès à la médecine de ville, et d'autre part, qu'il soit obligé de faire connaître sa situation de détenu lors de cette prise en charge à distance avec l'extérieur, lorsque cela n'a pas d'importance.

[1776] CSP, art. L. 1110-8 ; principe général du droit depuis CE 18 févr. 1998, *Section locale du Pacifique sud de l'Ordre des médecins*, n° 171815.
[1777] C. LANTERO, « Télémédecine et droits des patients », *RDSS*, 2020, p. 61.
[1778] D. ESKENAZY, « Le juge des référés ordonne la fermeture des sites « arretmaladie » et « docteursecu » », *Dalloz IP/IT*, 2021, p. 286.

Section II : L'ambiguïté de la télésanté face à la confidentialité en détention

« *Un secret a toujours la forme d'une oreille*. »[1779] et « *À n'en pas douter, cette oreille prend de plus en plus une forme virtuelle* »[1780].

337. L'administration pénitentiaire, dont on résume trop simplement le rôle à « surveiller et punir », doit pour pouvoir réaliser l'ensemble de ses missions, maintenir l'ordre au sein de l'établissement. Or cette volonté de contrôle passe par la surveillance, et la surveillance par l'information. Si l'information est le pouvoir comme le dit l'adage bien connu, l'administration veut obtenir cette information quand bien même celle-ci relève de la vie privée du détenu[1781]. Souvent justifié par un besoin organisationnel, comme le besoin d'isoler un détenu touché par telle pathologie contagieuse, ou de prendre des précautions pour encadrer un détenu atteint de troubles psychiatriques sévères. Pourtant, si l'état médical physiologique ou psychiatrique d'un détenu nécessite des mesures aussi poussées, il ne devrait de toute façon pas se trouver en détention, sa place devrait être à l'hôpital[1782]. Il faut rappeler que *« Le corps pris en charge est un corps vivant ; mieux, il est un corps vécu[1783]. Dès lors, toute prise en charge nécessite un environnement de confiance. Cette confiance ne sera possible que si le bénéficiaire de la prise en charge est assuré que les confidences faites aux professionnels demeureront secrètes* »[1784]. La télésanté assure une forme de respect de la vie privée en milieu carcéral en s'opposant aux atteintes existantes à la vie privée des détenus (**§ I**) mais il faut toutefois constater un affaiblissement du secret professionnel en détention (**§ II**).

[1779] J. COCTEAU, *Le Rappel à l'ordre*, 1926.
[1780] M. CONTIS, « Le secret médical en crise », *Editions législatives* Lefebvre-Dalloz, Droit public, 2020.
[1781] Et donc pas simplement les informations à caractère médical, le code de déontologie médicale rappelle d'ailleurs que le secret « *couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* », CSP, art. R. 4127-4.
[1782] M. SURBLED, « Prisons : Le secret médical mis à mal », *ActuSoins* n°17, 2015.
[1783] J. RUSS, C. LEGUIL, *La Pensée éthique contemporaine*, PUF, coll. « Que sais-je ? », 4e éd., 2012, p. 57.
[1784] F. VIALLA, « Perspectives pour une culture commune du secret et de l'information partagée », *JA*, 2013, n°474, p.30.

§ I – Des atteintes existantes à la vie privée des détenus

338. Le périmètre du secret professionnel en télésanté. « *Parmi les prérogatives essentielles de la personne humaine qui appellent une protection juridique, figure le droit pour l'individu d'être préservé de toute intrusion abusive dans l'intimité de sa vie privée* »[1785]. Afin de protéger cette vie privée dont le respect est un droit au niveau interne comme européen[1786], une obligation générale de secret professionnel s'impose en droit français à certaines personnes selon leur état, profession, fonction ou mission[1787]. La révélation d'une information à caractère secret est pénalement sanctionnée d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Il est ensuite fait renvoi à cette infraction de façon spécifique dans les textes relatifs à ces états, professions, fonctions ou missions. Le code de la santé publique prévoit ainsi à l'article L.1110-4 que « *toute personne prise en charge […] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.* »[1788]. Les textes relatifs à la télémédecine ne font aucune mention spécifique du secret professionnel, et pour cause, cette « *forme de pratique médicale à distance* »[1789] fait partie du cadre général de la « prise en charge » de l'article L. 1110-4 du CSP. Aussi, les mêmes règles relatives au secret s'appliquent[1790], que l'on soit dans le cadre d'un acte de télémédecine ou non. Pourtant, la mise en place de procédures et d'outils de télémédecine doit sur le principe être un moyen de renforcement du secret professionnel (**B**) dont la porosité est mise en évidence en détention (**A**).

A. Des atteintes récurrentes à la vie privée des détenus

339. Bien qu'il ne soit pas possible de considérer ces atteintes comme « perpétrées » par l'administration, dans la mesure où l'intention de celle-ci ou de ses agents n'est pas malveillante ou insidieuse, elles emportent tout de même des conséquences sur la confiance que manifestent les détenus face au système de santé et son imbrication dans le fonctionnement pénitentiaire.

[1785] B. PY, « Réquisitoire contre l'expression de secret médical : plaidoyer pour l'expression de secret professionnel », *RDS* hors-série n°50, 2013, p.161-166

[1786] C. civ. Art. 9 « Chacun a droit au respect de sa vie privée » ; Conv. EDH, art. 8 : « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance ».

[1787] C. pén., art. 226-13.

[1788] CSP, art. L.1110-4.

[1789] CSP, art. L. 6316-1.

[1790] La protection du secret concerne alors « *Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles* », et ce secret « *couvre l'ensemble des informations concernant la personne* ».

Or, « *il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret* »[1791]. Le secret est opposable aux agents de l'administration pénitentiaire (**1**), cependant, ces derniers ont accès à l'information protégées dans certaines cas précis (**2**).

1) L'opposabilité du secret professionnel face à l'administration pénitentiaire

340. Malgré le principe d'exclusion des tiers de la bulle de confidentialité (**a**), l'administration pénitentiaire est avide de connaissances sur ses détenus patients (**b**).

a) *L'absence d'accès aux informations par l'administration sur le fondement du secret*

341. Le secret professionnel au-delà des soignants. Lorsque l'on parle du secret des informations, faut-il encore préciser ce qu'est le secret. Le code de la santé publique ne le définit pas expressément, à l'instar du code pénal. Du latin *secretum*, qui signifie *« ce qui doit rester caché »*, le secret s'oppose donc à ce qui peut être diffusé librement[1792]. Si les textes, la jurisprudence et la doctrine oscillent entre le choix d'évoquer le terme de secret professionnel et le terme de secret médical, certains lui préfèrent le terme de « *secret professionnel médical* »[1793]. Il faut dès lors refuser d'analyser le secret de l'article 226-13 du Code pénal *« comme un secret de caste (sous-entendu des seuls médecins), ni comme un secret technique (sous-entendu de données médicales) »*[1794]. Le secret professionnel est un droit protégeant le patient[1795] au sens du code de la santé publique, dont la violation représente un délit[1796], ce droit étant « o*pposable à l'administration pénitentiaire et il ne peut y être dérogé que par la loi*[1797]*. »*[1798]. Le « secret médical » a d'ailleurs disparu, au sens rédactionnel, du code de la santé

[1791] B. HOERNI, *Éthique et déontologie médicale*, Masson, 2e éd., 2000 ; ordre national des médecins, commentaires du code de déontologie médicale, art. 4.
[1792] V. MIJUSKOVIC, E. PECHILLON, « Le secret professionnel à l'épreuve du milieu carcéral », *RDS*, n°89, 2019, p. 428-431
[1793] B. PY, « Réquisitoire contre l'expression de secret médical : plaidoyer pour l'expression de secret professionnel », *op. cit.*
[1794] *Ibid.*
[1795] B. PY, « Le secret professionnel, dont le médecin est le gardien, est le secret du patient, et non du médecin », *RDS*, n°99, 2021, p.46-49 ; *V.* ég. B. PY, « Le secret professionnel est-il un droit du patient ? », *RDSS*, 2022, n°2, p. 225 ; P. MISTRETTA, « Violation du secret professionnel : protéger les patients, tous les patients, rien que les patients », *RSC*, 2021, p. 427 ; I. FILIPPI, A.-M. DUGUET, *Le secret professionnel*, Bordeaux, LEH Édition, 2011, coll. « Séminaire d'actualité de droit médical ».
[1796] C. pén., art. 226-13.
[1797] CE 8 févr. 1989, *Conseil national de l'ordre des médecins*, n° 54494, 54678, 54679, 54812 et 54813, au Lebon ; RFDA 1991, p. 316, Présentation P. DELVOLVÉ ; RDSS 1990, p. 308, obs. L. DUBOUIS ; v. ég. V. OLECH, *Quand le Conseil d'État fragilise le secret professionnel médical au nom de la sécurité carcérale…*, RDS, n°60, 2014, p.1455-1458.
[1798] C. CASTAING, « Les droits des patients détenus à l'épreuve des exigences sécuritaires : la question des extractions médicales », *RDSS*, 2020, p. 107.

publique comme du code pénal, voyant alors son existence légale effacée, il ne représente qu'un « *un instrument déontologique de discipline professionnelle* »[1799].

342. Une besoin de clarification pour l'administration pénitentiaire. Pourtant, même si le nouveau code pénitentiaire rappelle que cette obligation s'impose à l'ensemble de l'administration pénitentiaire[1800], il reprend la formulation balbutiante des rédacteurs de la loi pénitentiaire[1801], empêchant toute clarté autour de ce principe. En effet, ce même article L. 322-3 différencie le secret médical du secret de la consultation sans mentionner le secret professionnel. De plus, l'article suivant est rédigé de telle façon qu'il différencie le « *secret médical* » du « *secret professionnel des médecins* ». Enfin il est estimé à cet article L. 322-4 que les dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique seraient uniquement relatives au secret médical. Le flou juridique instigué par ces différentes terminologies vient à l'encontre du principe de sécurité juridique[1802] et d'interprétation stricte de la loi pénale, qui est impossible lorsque le législateur lui-même est hésitant[1803]. Comme « c*e qui se conçoit bien s'énonce clairement* »[1804], nous analyserons la situation carcérale par le prisme du secret professionnel médical, c'est-à-dire la règle générale relative au secret professionnel[1805] qui s'impose à tout agent public et à « *tous les professionnels intervenant dans le système de santé* ».

343. L'agent pénitentiaire tenu au secret professionnel. L'agent de l'administration pénitentiaire y est tenu d'abord en tant qu'agent public[1806], et ensuite, le récent code de

---

[1799] E. DREYER, *Droit pénal spécial*, LGDJ-Lextenso, 2020, n° 794.

[1800] Code pénitentiaire, art. L. 322-3 : « *L'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans les conditions prévues par les dispositions de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique*. »

[1801] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire

[1802] J. CARBONNIER, *Flexible Droit*, 9 e éd., LGDJ, 1998, p. 193 : « *Il est une valeur que les théoriciens du droit, tels Paul Roubier, regardent comme fondamentale : c'est la sécurité juridique. Ils la placent avant la justice même et avant le progrès : c'est elle qu'il convient de sacrifier en dernier lieu, parce qu'elle conditionne les deux autres […]. C'est le besoin juridique élémentaire et, si l'on ose dire, animal* ».

[1803] B. PY, « Réquisitoire contre l'expression de secret médical : plaidoyer pour l'expression de secret professionnel », *RDS* hors-série n°50, 2013, p.161-166

[1804] N. BOILEAU, *L'Art poétique* (1674), Chant I, Hachette, 1881, p. 10, citant lui-même « Horace, Art poétique, vers 311 : *Verbaque provisam rem non invita sequenlur* ».

[1805] C. pén., art. 226-13.

[1806] CGFP, art. L.121-6 depuis l'ordonnance du 24 novembre 2021 : « L'agent public est tenu au secret professionnel dans le respect des articles 226-13 et 226-14 du code pénal. » ; avant cela, Article 26 Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. : « *Les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées dans le code pénal. Les fonctionnaires doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les fonctionnaires ne peuvent être*

déontologie l'astreint au respect de ce secret[1807]. Aussi, et surtout, dans un cadre médical, y compris lors d'une prise en charge à distance par télémédecine par exemple, chaque professionnel de l'administration pénitentiaire doit être considéré comme « *intervenant dans le système de santé* », et à ce titre, se voit imposer le secret de l'article L. 1110-4 du CSP pour toute information « *venue à sa connaissance* ».

344. L'agent pénitentiaire n'est pas tenu dans la confidence. Cela n'est toutefois pas suffisant pour lui ouvrir expressément une porte vers la vie privée des patients. L'échange et le partage d'informations entre les personnes accompagnant le patient pose question dans un contexte d'incarcération dès lors que le personnel pénitentiaire est systématiquement réquisitionné pour tout mouvement lié à la prise en charge médicale d'un détenu. Cependant, l'échange et le partage sont strictement réduits à des communications « *nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social* »[1808]. Quand bien même ces transmissions d'information se font le respect du secret professionnel, les agents de l'administration pénitentiaire n'en sont pas les destinataires, sauf à les considérer comme « *participant à sa prise en charge* ». Il peut dès lors être porté à la connaissance de l'agent, de façon indirecte, des informations médicales ou non sur le détenu. Cependant, l'agent n'est pas destinataire direct de cette information, et lorsqu'il en a la connaissance, il doit comme toute professionnel intervenant en détention se souvenir que « *celui qui reçoit un secret n'en devient pas le propriétaire mais le garant* »[1809].

345. L'administration pénitentiaire, une « confidente » imposée. Pléthore de situations mènent à l'intervention des agents d'un établissement pénitentiaire au cours de la prise en charge sanitaire des détenus. Chaque occurrence devient une potentielle violation de la vie privée du patient, qu'elle intervienne lors des déplacements dans l'établissement, à l'occasion d'un déplacement à l'extérieur de l'établissement[1810], lors de la surveillance réalisée durant un examen ou une consultation ; et même de façon plus directe, dans l'accès aux dossiers médicaux ou l'intervention dans le circuit de distribution des médicaments. La configuration des établissements pénitentiaires ne permet pas de respecter le secret des consultations se déroulant

déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. ».

[1807] Code pénitentiaire, art. R. 122-4.

[1808] CSP, art. L.1110-4.

[1809] V. MIJUSKOVIC, E. PECHILLON, « Le secret professionnel à l'épreuve du milieu carcéral », *RDS*, n°89, 2019, p. 428-431.

[1810] Lors d'une extraction classique ou en cas d'urgence.

au sein de l'unité sanitaire. Outre ces manquements à la confidentialité liées aux pratiques pénitentiaire ou à la configuration des lieux, « *différents textes d'inspiration sécuritaire ou pragmatique vont œuvrer méthodiquement à abraser le secret médical qui ne sera bientôt plus qu'une peau de chagrin* »[1811].

b) Le partage d'information souhaité par l'administration mais contraire au secret

346. Les commissions pluridisciplinaires uniques (CPU). Instaurées en 2010[1812], leur objectif est l'examen du parcours d'exécution de la peine de chaque détenu. Des « *modalités de prise en charge individualisées* »[1813] peuvent être appliquées au détenu dans chaque établissement[1814]. Enfin, ces modalités de prise en charge de chaque personne détenue vont être consignées dans le parcours d'exécution de la peine[1815]. Le CNOM s'était à l'époque exprimé clairement à ce sujet en estimant que « *Non seulement le fait de ne pas respecter le secret médical est contraire au Code de déontologie médicale[1816] et à la loi, mais il brise le lien de confiance entre le patient et le médecin* »[1817]. On constate ici, si ce n'est le besoin, au moins la volonté de rendre poreux les barrières entre deux mondes[1818] alors que « *le nom même de CPU est piégé, nous ne sommes pas des disciplines différentes d'un même métier. Mais nous avons des métiers différents dont la finalité est différente* »[1819]. Nul doute que l'administration pénitentiaire serait également ravie d'être invitée à l'élaboration du parcours de soins en participant aux réunions avec le personnel

[1811] D. MICHEL, « Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? », *L'information psychiatrique*, vol. 91, no. 8, 2015, pp. 662-670.
[1812] Décret n° 2010-1635 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale ; *V.* ég. Circ. Interm. n° DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D. 90 du code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D. 514 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.
[1813] Code pénitentiaire, art. Article D. 211-34.
[1814] Code pénitentiaire, art. Article D. 211-36 : « *en tenant compte de leur parcours d'exécution de la peine et de leur capacité à respecter les règles de vie en collectivité* »
[1815] Code pénitentiaire, art. Article D. 211-36.
[1816] Le médecin intervenant en milieu pénitentiaire doit veiller à ce que les professionnels qui l'assistent dans son exercice soient instruits de leurs obligations en matière de secret professionnel, et s'y conforment (CSP, art. R.4127-72) ; Pour atteindre cet objectif, il doit disposer de locaux adéquats (CSP, art. R.4127-71 CSP) et protéger les documents médicaux contre toute indiscrétion concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées (CSP, art. R.4127-73).
[1817] C'est l'exemple d'un surveillant ayant une attitude stigmatisante comme porter des gants s'il apprend que le détenu est séropositif, *V.* CNOM, *Prisons : menace sur le secret médical*. Bulletin d'information n° 18 de juillet-août 2011.
[1818] « *En effet, dès 2005 il avait été recommandé de faire de la CPU un lieu d'échanges entre les personnels pénitentiaires et les services de santé notamment en matière de prévention du risque suicidaire sous la pression, entre autres, de l'inflation des suicides en milieu carcéral* », v. S. LAUGIER, *La médecine générale en milieu pénitentiaire : enquête de satisfaction auprès de patients-détenus du centre pénitentiaire* d'Aix-Luynes Thèse, Aix-Marseille, 2020, p. 102.
[1819] Circulaire n° 2015-112 de la section Éthique et déontologie du CNOM.

médical[1820], ce qui rentrerait parfaitement dans le cadre de la « *dictature de la transparence* »[1821].

347. Les expertises. Il faut également envisager les demandes d'expertise répétées auprès des médecins de l'unité sanitaire alors même que certains médecins disent ne pas vouloir « *se soumettre aux exigences de la détention* »[1822]. Ces demandes d'expertises concernent uniquement la détention et diffèrent des expertises judiciaires désignant un « *technicien commis par le juge en raison de ses lumières particulières pour procéder à une expertise* »[1823], ces dernières représentant une exception au principe général de secret professionnel[1824]. Par ailleurs, la Cour de cassation a affirmé l'interdiction de réaliser une expertise judiciaire par visioconférence[1825]. Même si l'échange d'informations peut être nécessaire pour préserver la sécurité sanitaire du détenu et de son environnement, le contenu de ces informations doit se limiter strictement à cet objectif[1826]. Ainsi, les médecins de l'unité sanitaire « *n'ont pas à se prononcer sur l'état de santé d'un détenu, qui lui permettrait ou non d'aller au quartier disciplinaire, ni à donner les antécédents, le diagnostic d'une pathologie. Ils doivent se borner à des constatations cliniques : problèmes d'audition, de vue, descriptif d'un patient, sans le rattacher à une étiologie particulière* »[1827]. Ces praticiens doivent pouvoir s'inspirer de la procédure de délivrance d'un arrêt de travail permettant de donner l'information à l'employeur de l'impossibilité du salarié de pouvoir assurer son poste temporairement sans y mêler le diagnostic médical ou toute autre information à caractère personnel.

[1820] D. MICHEL, « Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? », *L'information psychiatrique*, vol. 91, no. 8, 2015, pp. 662-670.
[1821] A. LÉCU, « La prison, un lieu de soin ? », *PSN*, vol. 11, no. 1, 2013, pp. 7-23.
[1822] P. CRESSARD, président de la section Éthique et Déontologie du conseil national de l'Ordre des médecins, *in* CNOM, *Prisons : menace sur le secret médical*. Bulletin d'information n° 18 de juillet-août 2011, p. 23
[1823] G. CORNU, *Vocabulaire juridique*, 9 éd., PUF, Quadriges, 2011.
[1824] R.4127-108 du CSP « dans la rédaction de son rapport le médecin expert ne peut révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise ». ; Pour aller plus loin, v. G. CASILE-HUGUES, *L'expert judiciaire et le secret médical*, CDSA, n°15, 2012, p.83-99
[1825] Cass. Crim., 22 novembre 2023, n° 22-86.713.
[1826] v. B. PROUST, *Lettre de l'Espace éthique*, APHP, Numéros 15-16-17-18, 2013, p. 58 : il met en garde les médecins exerçant en prison contre les convoitises que suscitent les informations contenues dans le dossier médical, car la prison est, « *par nature, un lieu de crise, parfois conflictuel, où s'affrontent trois missions de service public* ». Ces derniers doivent être particulièrement vigilants pour rester dans leur rôle de soignant « *ainsi, les informations communiquées au directeur de prison, pour aménager les conditions de détention d'un détenu, ne doivent pas comporter de diagnostic médical. De même, les médecins des unités médicales, qui sont les médecins traitants des détenus, ne doivent pas accepter de répondre à une réquisition ou à une mission d'expertise judiciaire (le Code de déontologie médicale interdit d'être à la fois médecin traitant et médecin expert).* ».
[1827] P. CRESSARD, *in* CNOM, *précit*.

348. Le périmètre ineffectif du secret en détention. Les atteintes au secret dans les établissements pénitentiaires sont régulièrement mises en évidence par le CGLPL[1828], « *tant et si bien que l'effectivité même de ce principe s'en retrouve sérieusement questionné*. »[1829]. Dans son avis de 2015, le CGLPL avait proposé une modification de l'article 52 de la loi pénitentiaire, le remplaçant par « *Le respect des secrets de l'article 45 et de la dignité fait obstacle au port de menottes, d'entraves et à la présence du personnel pénitentiaire lors des soins de toute nature dispensés aux personnes détenues. La sécurité nécessaire est assurée par d'autres moyens* »[1830]. Le CGLPL a repris ses propres mots de 2015 dans son rapport de 2021 pour réitérer sa position vis-à-vis du secret professionnel. Il imputait alors certaines violations aux « *attitudes variables des médecins* » face à la présence de l'escorte au cours de certains examens et *« préconise qu'un rappel déontologique soit réalisé à leur endroit »*[1831]. Le contrôleur réaffirme à cette occasion que le respect de ce secret est un devoir déontologique[1832] pour le médecin en plus d'une obligation légale. Il recommande également que la surveillance soit indirecte, soit « *hors de vue et d'oreille du patient détenu* ». Cette frilosité du personnel médical à s'opposer au personnel de l'administration peut s'expliquer par la dangerosité du patient, le risque d'une annulation de la consultation par le chef d'escorte, ou même simplement par le fait que les agents de l'administration pénitentiaire sont soumis au secret professionnel. Pour conclure, il affirme qu'il revient « *aux agents des escortes de faire preuve de la plus grande discrétion quant aux informations médicales auxquelles ils pourraient avoir accès dans l'exercice de leurs missions* »[1833].

[1828] *V.* les derniers avis du CGLPL ; pour exemple : les dossiers médicaux des mineurs ne sont pas accessibles en période de garde et l'établissement a été invité à trouver une solution, afin que les médecins urgentistes venant à l'établissement puissent les consulter dans le respect du secret médical. Dans un certain nombre d'établissements, les dossiers médicaux ne sont pas contenus dans des armoires fermées à clef ; La confidentialité des dossiers médicaux n'est pas garantie en dehors des heures d'ouverture de l'UCSA ; Lors des extractions médicales, les patients se plaignent que leur dossier médical, non scellé, soit remis aux personnels de surveillance durant le transport à l'hôpital. Les politiques d'archivage des dossiers médicaux ne sont pas effectuées avec la rigueur nécessaire par les établissements hospitaliers de rattachement ; Mise en place protocole qui permet l'anonymisation des rendez-vous pris à l'hôpital pour un détenu et la transmission sous enveloppe cachetée des comptes rendus, bilans et courriers médicaux par le personnel pénitentiaire ou policier. Cette pratique, particulièrement respectueuse de la confidentialité des soins, mériterait d'être généralisée à tous les établissements pénitentiaires ; Détenus qui sont presque systématiquement escortés jusque dans les boxes de consultation par les personnels de surveillance, qui assistent ensuite aux consultations, ce qui ne garantit ni l'intimité ni la confidentialité des soins. Seuls des impératifs de sécurité pourraient être de nature à justifier exceptionnellement cette pratique, CGLPL, *Rapport d'activité*, 2010, p. 115-116.

[1829] V. MIJUSKOVIC, É. PECHILLON, « Le secret professionnel à l'épreuve du milieu carcéral », *RDS*, n°89, 2019, p.428-431

[1830] CGLPL, *Rapport d'activité 2015*, p. 68.

[1831] M. LÉNA, « La prise en charge des personnes détenues en établissements de santé », *AJ pénal*, 2015, p. 392.

[1832] CSP, art. R. 4127-4.

[1833] CGLPL, *Rapport d'activité 2021*, p. 73.

2) Les exceptions au secret professionnel en détention

349. L'administration et ses agents sont tenus dans la confidence de fait durant les escortes (a), en cas de risque pour la sécurité des personnes (b) ou dans le cas particulier de la rétention de sûreté (c).

a) La présence de l'administration pénitentiaire durant les escortes

350. Une présence soumise au principe de proportionnalité. La présence d'un agent de l'administration pénitentiaire lors des examens médicaux représente une atteinte au secret par principe. L'exemple le plus manifeste est sans doute celui de l'escorte lors d'une extraction pour motif médical[1834]. Il existe cependant des exceptions justifiées par des raisons sécuritaires. Le Conseil d'État rappelle en ce sens dans chaque décision relative aux mesures de contrainte exercées à l'occasion d'une extraction pour motif médical, que ces dernières doivent être proportionnées à la dangerosité de l'individu, et « *assurer en toute hypothèse la confidentialité des relations entre les détenus et les médecins qu'ils consultent* »[1835]. Il a de plus affirmé à propos de la circulaire relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus qui font l'objet d'une extraction en vue d'une consultation médicale à l'extérieur[1836] que « *ne constitue pas davantage une telle méconnaissance[1837] le fait que cette circulaire n'interdise pas expressément la pose de menottes et l'entrave systématique pendant la consultation médicale de détenus ne présentant que de faibles risques d'évasion ou de dangerosité* »[1838] tout comme les dispositions qui « *se bornent, d'une part, à prévoir la possibilité d'une surveillance directe ou indirecte des détenus par le personnel pénitentiaire pendant la consultation médicale* »[1839] en précisant, d'autre part, que *« l'exécution de la mission de l'administration pénitentiaire doit dans tous les cas s'exercer dans le respect et la reconnaissance du travail et des missions des*

1834 J.-M. PASTOR, Les détenus sont pourtant des patients comme les autres, Dalloz actualité, 16 juillet 2015.
1835 CE, 16 mars 2018, n° 407857 ; CE, 18 janvier 2005, n°276018.
1836 DAP, Circulaire relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médical, 18 novembre 2004.
1837 Des dispositions législatives et réglementaires du code de la santé publique et du code de procédure pénale relatives au secret.
1838 CE 30 mars 2005, *Observatoire international des prisons (Section française)*, n° 276017, au recueil ; CE 15 oct. 2007, n° 281131 (inédit), AJDA 2007. 1957 ; AJ pénal 2008. 49, obs. E. PÉCHILLON. In C. CASTAING, Les droits des patients détenus à l'épreuve des exigences sécuritaires : la question des extractions médicales, RDSS, 2020, p. 107.
1839 1839 Recueil Lebon - Recueil des décisions du conseil d'État, De la légalité de la circulaire relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus qui font l'objet d'une extraction en vue d'une consultation médicale à l'extérieur – Conseil d'État 30 mars 2005 – Lebon 2005

personnels sanitaires »[1840]. En résumé, il est laissé aux fonctionnaires de l'administration pénitentiaire la faculté d'estimer la nécessité ou non d'une mesure surveillance directe ou indirecte, dès lors qu'elle revêt « *un caractère proportionné conciliant sécurité et confidentialité de l'entretien avec le médecin »*[1841]. Il est par conséquent interdit de mettre en place une présence systématique de l'escorte sans porter atteinte à la confidentialité de l'entretien médical[1842]. Dans le cas contraire, cette mesure de sécurité pourra être constitutive d'une faute de nature à engager la responsabilité de la puissance publique et « *la circonstance que le personnel pénitentiaire présent soit lui-même soumis au secret professionnel et n'ait divulgué aucune information médicale relative au patient détenu est sans incidence* »[1843].

b) Le risque pour la sécurité des personnes

351. Une forme d'urgence sécuritaire justifiant l'atteinte au secret. Une seconde exception permettant la levée du secret est prévue par le CSP à l'article L. 6141-5 pour les cas où il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements publics de santé accueillant des personnes détenues. Dans ce cas précis[1844], les personnels soignants « *sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection* ». La différence repose ici sur la personne communicant l'information. Alors que durant une escortes ce sont les personnels de l'administration qui font la démarche de violer la confidentialité de la prise en charge médicale pour des raisons de sécurité, ici c'est une action positive du personnel soignant. Ce « *transfert d'informations opérationnelles* »[1845]

[1840] Recueil Lebon - Recueil des décisions du conseil d'État, De la légalité de la circulaire relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus qui font l'objet d'une extraction en vue d'une consultation médicale à l'extérieur – Conseil d'État 30 mars 2005 – Lebon 2005

[1841] Recueil Lebon - Recueil des décisions du conseil d'État, De la légalité de la circulaire relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus qui font l'objet d'une extraction en vue d'une consultation médicale à l'extérieur – Conseil d'État 30 mars 2005 – Lebon 2005.

[1842] CE 30 mars 2005, *op. cit.*

[1843] TA Nantes, 15 janv. 2019, n° 1610714 cité par C. CASTAING, Les droits des patients détenus à l'épreuve des exigences sécuritaires : la question des extractions médicales, RDSS, 2020, p. 107.

[1844] Les conditions précises présentes dans cette disposition et permettant un transfert d'information font parfois l'objet de détournements alors même que cette rédaction est une exception au principe du secret ; V. OLECH, Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2019 ; cf. *infra* n° 393 et s.

[1845] C. CASTAING, « Les droits des patients détenus à l'épreuve des exigences sécuritaires : la question des extractions médicales », *RDSS*, 2020, p. 107 ; *V.* ég. Circ. Interm. n° DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue par l'article D. 90 du code de procédure pénale ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D. 514 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

vers les personnels de l'administration pénitentiaire permettrait d'évaluer la dangerosité du patient détenu et de prendre par conséquent les mesures appropriées.

c) Les patients au profil dangereux

352. Le cas spécifique de la rétention de sureté. Cette mesure de sûreté qui a vu le jour en 2008[1846] et dont le CGLPL souhaite la suppression est tout à fait exceptionnelle en droit pénal français. Sans être une peine en droit[1847], elle a pu être qualifiée de « *peine monstrueuse* », de « *peine après la peine* »[1848], ou encore de « *peine hybride* » dont le lieu même fait penser à une hybridation, le centre socio-médico-judiciaire de sûreté[1849]. Cette mesure marque par son caractère « étrange »[1850] tant il existe un malaise suscité par le fait qu'il « *existe une incohérence entre la conception retenue de la dangerosité, qui ne suppose pas nécessairement un trouble mental, et les soins en réponses, qui supposent eux une pathologie* »[1851]. Cet état de fait rejoint celui de l'injonction de soins qui viserait moins la guérison que la prévention d'éventuels débordements de violences[1852]. Si la loi prévoit que le dossier individuel des personnes retenues dans le centre socio-médico-judiciaire de sûreté exclut tout document couvert par le secret professionnel médical[1853], il est naïf de considérer qu'il existe une forme de confidentialité tant cette mesure fait s'entrelacer considérations sanitaires et sécuritaires. La distinction entre le suivi médical régulier pour évaluer dangerosité et le suivi médical de l'état de santé de la personne s'avérant impossible.

[1846] Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (1)
[1847] Elle n'est pas une peine comme l'ont rappelé le Conseil d'État (CE, 26 nov. 2010, *Jean-Paul A. et section française de l'OIP)* et le conseil constitutionnel (Cons. Const., 2 juill. 2010, n° 2010-9 QPC).
[1848] E. DREYER, *Droit pénal général*, 6e édition, Paris : LexisNexis, 2021, n°1430, p. 1118.
[1849] Code pénitentiaire, art. R112-17 : Les centres socio-médico-judiciaires de sûreté sont des structures placées sous l'autorité conjointe du ministre chargé de la santé et du garde des sceaux, ministre de la Justice, qui accueillent des personnes placées en rétention de sûreté. ; V. ég. Code pénitentiaire, art. R. 541-2 et s.
[1850] R. MESA, « l'étrange régime répressif de l'anormal mental » : *gaz. Pal. Généraliste* 2014, n°309-310, p. 5 *in* X. PIN, *Droit pénal général*. 14e édition 2023. Paris, Dalloz, 2022, n°687, p. 645.
[1851] J.-L. SENON et C. MANZENERA, « Psychiatrie et justice : de nécessaire clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté », *AJ Pénal*, N°4, 2008, p. 178, cité par E. DREYER, *Droit pénal général*, 6e édition *op. cit.*, p. 1119.
[1852] V. GAUTRON, Soigner, moraliser et contrôler, *in* Mélanges en l'honneur de Jean Danet, Paris, Dalloz, 2020, p. 173 cité par E. DREYER, *Droit pénal général*, *op. cit.*, p. 1120.
[1853] Code pénitentiaire, art. R.541-7.

B. Des atteintes subsistantes à la vie privée en détention

353. La technologie peut être protectrice du secret comme vecteur de diffusion des informations couvertes par celui-ci. Sans engendrer la confiance dans le système, l'amélioration du secret n'est que théorique et donc inutile. Malgré un secret davantage respecté grâce aux outils de e-santé (**1**), le secret semble se diluer inévitablement (**2**), le remède numérique n'en est alors plus un, et transparaît une fois de plus comme un exemple de iatrogénie.

1) Un secret davantage respecté grâce à la e-santé

354. *A priori*, les outils technologiques permettent d'assurer une plus grande confidentialité aux informations conservées et communiquées (**a**). Dans le cas où ces informations viendraient à être connues, les outils numériques permettent alors d'assurer un contrôle *a posteriori* pour en assurer la traçabilité (**b**).

a) Davantage de confidentialité

355. La technologie est un outil de renforcement de la confidentialité. « *Le développement d'outils modernes de communication, de systèmes de stockage d'informations et de moyens de communication pourrait faire craindre une disparition totale du secret professionnel. Il n'en est rien. L'exemple du casier judiciaire prenant la forme d'un système automatisé centralisé depuis 1978 est éclairant* »[1854]. En détention, alors même que l'organisation des extractions ne renseigne pas expressément sur des informations médicales, le service de prise en charge suffit pour donner une idée aux personnels de l'administration pénitentiaire par exemple. Le fonctionnement d'une prise en charge en télémédecine, comme le suivi sur un logiciel de parcours de soin permet de cloisonner les informations entre les membres de l'équipe médicale, qu'il soit dans l'établissement ou non, et le patient. L'administration n'y a pas accès et n'a donc pas de moyen d'être informée ou de s'interposer. Le constat est qu'« *en définitive, le principe de confidentialité ne soulève pas de difficultés particulières dans le cadre de la télémédecine. En revanche, la question des modalités de la confidentialité est plus complexe* »[1855].

356. Accès au dossier médical. La question du secret professionnel touche nécessairement à celle de l'accès au dossier médical du patient détenu. L'application du droit d'accès au dossier

[1854] B. PY. « Le secret professionnel est-il un droit du patient ? », *RDSS*, 2022, n°2, p. 225.
[1855] C. LE GOFFIC, « Consentement et confidentialité à l'épreuve de la télémédecine », *RDSS*, 2011, p. 987.

médical en détention ne devrait pas poser de problème particulier, *a priori*, puisque le dispositif législatif de 1994 a transféré la prise en charge sanitaire des détenus du service public pénitentiaire au service public hospitalier. C'est en suivant cette logique que les dispositions du Code pénitentiaire ont repris mot pour mot les anciennes dispositions du code de procédure pénale[1856] à commencer par celle affirmant qu'un dossier médical électronique unique est constitué pour chaque personne détenue[1857]. La création et la conservation du dossier médical du détenu demeure de la responsabilité de l'établissement de santé[1858], de sorte que « *seul le personnel soignant peut avoir accès au dossier médical* » et donc qu'« *en cas de transfèrement ou d'extraction vers un établissement hospitalier, les informations médicales contenues dans le dossier sont transmises au médecin destinataire dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité* »[1859]. En pratique cependant, il est courant de constater une circulation inadaptée des informations médicales[1860], de telle sorte que les membres du personnel de surveillance accèdent à certaines données du dossier médical, soit directement – dans nombre d'établissements pénitentiaires, les dossiers médicaux sont stockés dans une armoire qui n'est pas fermée à clé, à la disposition de tous[1861] – soit par des demandes de renseignement sur l'état de santé du détenu par l'administration ou les autorités judiciaires[1862]. Or ceci représente un « *accès indu* »[1863] dès lors que les informations sont transmises à des personnes ne bénéficiant pas d'un droit d'accès au dossier médical. Les surveillants ne sont pas, par nature, des « *confidents nécessaires* »[1864] à l'acte médical.

357. La technologie n'est qu'un outil. La e-santé apporte certes des outils numériques et un régime sécurisé pour les informations en santé, devant marquer le renouveau de la confidentialité. Toutefois, elle ne peut être une solution universelle. Ainsi, la distribution des médicaments est un sujet qui reste extrêmement sensible car elle n'apporte aucune garantie de

[1856] C. proc. pén. anc., art. D. 375.
[1857] Code pénitentiaire, art. L. 322-5.
[1858] Code pénitentiaire, art. D. 115-9.
[1859] Code pénitentiaire, art. D. 115-9.
[1860] B. PROUST, « Les atteintes à la confidentialité et les convoitises que suscitent les informations contenues dans le dossier médical », *Lettre de l'Espace éthique*, APHP, Numéros 15-16-17-18, 2003, p. 60.
[1861] CNOM, Prisons : menace sur le secret médical, *op. cit.*, p. 26.
[1862] Procédure d'injonction de soins : CSP, art. L. 3711-1 et s. ; Commissions pluridisciplinaires uniques : Code pénitentiaire, art. D. 211-34.
[1863] B. PROUST, *op. cit.*, p. 60.
[1864] B. PY, Répertoire de droit pénal et de procédure pénale, Secret professionnel Pén., Mise à jour de juin 2021 ; E. GARÇON, Code pénal annoté, t. 2, 1956, Sirey, art. 378, nº 7 ; Crim. 19 nov. 1985, *M. Jean-Marie Y.*, nº 83-92.813 ; crim., 7 mars 1957 : Bull. crim. 1957, n° 241.

confidentialité. Le nom ou la spécialité du médecin rencontré régulièrement[1865], la distribution dans la cellule qui n'est pas individuelle et sans tenir compte de la présence du patient, la distribution par le personnel de l'administration pénitentiaire, les exemples ne manquent pas[1866]. Que peut-on espérer mettre en place alors ? Un logiciel apporte une forme de confidentialité autour des maladies chroniques, mais en pratique dans le cas d'un toxicomane, la répétition quotidienne des rendez-vous à l'unité sanitaire suffira à repérer cet individu et à le stigmatiser. Devrait-on envisager une prise de médicaments en autonomie grâce à un distributeur à distance, une téléconsultation depuis l'USMP et une délivrance du traitement à sa fin ? Le problème de la récurrence ne sera pas réglé pour autant, tout comme la quantité de médicaments transmis au détenu, ou encore l'absence d'encellulement individuel. La e-santé n'est pas une solution magique à toutes les problématiques inhérentes à la détention. La structure même des locaux n'est pas compatible avec l'exercice d'une activité de télémédecine en toute sérénité, car la construction n'est pas de la compétence du ministère de la santé mais bien de l'administration pénitentiaire. Si les ARS sont consultés lors de commissions pluridisciplinaires à l'occasion d'un nouvel établissement ou d'une rénovation, elles n'ont pas de pouvoir de décision direct. Enfin, la difficulté principale réside dans les comportements humains. Une armoire sécurisée est censée pouvoir protéger les dossiers papiers d'une atteinte à la confidentialité. Si les personnels de l'USMP la laissent ouverte, alors cette barrière n'existe plus. En e-santé, c'est la même chose, le partage du secret « *ne justifie pas que les ordinateurs eux-mêmes aient des codes passe-partout allumés le matin et fermés le soir parce que, à chaque fois, vouloir le rallumer avec son code personnel embarrasse la routine hospitalière* »[1867].

b) <u>Davantage de traçabilité</u>

358. Un renforcement des droits du patient par plus de traçabilité. La e-santé doit être employée en ayant toujours à l'esprit la protection des patients et de leur vie privée. Il faut également prendre en compte le fait qu'elle leur fournit des outils pour se protéger eux-mêmes, si ce n'est *a priori*, au moins *a posteriori* grâce à une plus grande traçabilité. On sait « *qu'en matière de violation du secret professionnel de nature médicale, les poursuites pénales sont quasi inexistantes[1868]. Rares sont les patients à déposer plainte ou à se constituer partie*

[1865] A titre d'exemple, le professionnel en charge des addictions ou spécialisé dans la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles comme le VIH.
[1866] CGLPL, *Rapport d'activité 2010*, p. 115.
[1867] D. SICARD, « Quelles limites au secret médical partagé ? », *D.*, 2009, p. 263. L'auteur donne un autre exemple assez parlant, en rappelant que « *Les médecins et les soignants hospitaliers ne s'y trompent guère. Je ne connais pas de médecin, d'infirmière ou d'administrateur hospitalier qui se fasse soigner dans son propre hôpital* »
[1868] P. MISTRETTA, Droit pénal médical, LGDJ, Les intégrales, 2019, n° 514.

civile »[1869]. Une traçabilité pourrait mener les patients, et c'est heureux, à réagir lorsqu'une atteinte à leurs droits est commise en détention. La e-santé représente un moyen d'assurer l'effectivité des droits comme l'opposition au partage d'information. Elle doit être un moyen de supprimer cette « *discordance entre le droit théorique et l'effectivité des droits* »[1870], une fois de plus grâce à des systèmes d'authentification de la personne, de consentement, de traçabilité.

359. Des cas concrets, des retours positifs. Afin d'encourager l'entrée des modes de communications relatifs aux informations à caractère médical en milieu carcéral, une expérience a été tentée dans un centre pénitentiaire. En instaurant une ligne téléphonique directe pour les détenus avec l'équipe médicale de l'établissement de rattachement sur des plages horaires précises, la communication entre détenus et professionnels de santé hors USMP a été facilitée. Le constat réalisé est qu'*« outre la prise d'autonomie, l'avantage de ne pas avoir à recourir aux surveillants pour signaler un problème de santé dégage un bénéfice en termes de confidentialité et de traçabilité des données soumises au secret médical. »*[1871]. Il a d'ailleurs été envisagé de mettre en place une ligne directe avec le centre 15 pendant la nuit, mais cela n'a pas encore été expérimenté.

2) Une dilution inéluctable du secret en e-santé

360. Les intentions de l'administration transparaissent avec les fichiers pénitentiaires. Le secret est imposé à l'administration pénitentiaire depuis 2009, pourtant son affaiblissement est plus que jamais d'actualité, alors « *hâtez-vous lentement ; et, sans perdre courage, vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage*. »[1872]. L'exemple le plus marquant de gestion des données menant potentiellement à un affaiblissement du secret est celui du fichier GENESIS. Ce fichier regroupe plusieurs anciens fichiers – le GIDE[1873] ou encore APPI – conspués par les acteurs du milieu[1874], et pour lesquels plusieurs recours en excès de pouvoir avaient été formés. Le Conseil

[1869] P. MISTRETTA, « Violation du secret professionnel : protéger les patients, tous les patients, rien que les patients », *RSC*, 2021, p. 427.
[1870] B. CARTON (dir.), A. LÉCU (dir.), *Les soins en prison. Quelle réalité derrière les murs* ? Hygée éditions, p. 124.
[1871] S. LAUGIER, *La médecine générale en milieu pénitentiaire : enquête de satisfaction auprès de patients-détenus du centre pénitentiaire d'Aix-Luynes*, Thèse, Aix-Marseille, 2020, p. 117.
[1872] N. BOILEAU, *l'Art poétique*, 1872, Flammarion, novembre 1998.
[1873] Gestion informatisée des détenus ; logiciel de l'administration utilisé dans chaque établissement pénitentiaire, relatif aux personnes placées sous main de justice.
[1874] OIP, Fichage sauvage des détenus : l'OIP saisit la CNIL et le Conseil d'État, Ban Public, déc. 2009, http://prison.eu.org/spip.php?article12197 ; CGLPL, *Rapport d'activité 2011*.

d'État avait rendu deux décisions[1875] le même jour justifiant la légalité des décrets concernés[1876]. Pour le premier « *dès lors que les informations relatives à la santé des personnes placées sous main de justice enregistrées dans le traitement sont soit collectées auprès de la personne suivie elle-même, soit ressortent de pièces judiciaires dont le service pénitentiaire d'insertion et de probation est destinataire* » ; pour le second en se fondant sur l'article L. 6141-5 du CSP. Pourtant, le contenu du décret relatif au GIDE dépassait largement le cadre de cette disposition du CSP, tant au niveau des destinataires de l'information que du contenu renseigné dans le cahier électronique de liaison présent dans le GIDE. En effet, ce n'est pas juste le directeur de l'établissement pénitentiaire qui était concerné comme dans l'exception légale mais une liste étendue de destinataires[1877] à propos de laquelle la CNIL avait exprimé son regret[1878]. La crainte, souvent avérée, est alors que le travail social se transforme *« contrôle social »*[1879]. De plus, la condition de « risque sérieux » disparait purement et simplement, puisqu'il est ici question de renseigner le CEL pour tous les détenus sans plus de précision. Le Conseil d'État argue d'une part que les restrictions apportées au « *secret médical* » et à la confidentialité du bilan de santé[1880] sont *« nécessaires à la protection de l'intégrité de la personne détenue et du personnel pénitentiaire mais également à l'individualisation des peines et du régime de détention »*. Il reprend avec cet argument la justification présente à l'article L. 6141-5 du CSP alors même que cet article ne prévoit pas d'exception au secret *« bien que sa formulation et l'utilisation du terme « confidentialité »[1881] laisse à penser que ce bilan est destiné à être partagé avec les services pénitentiaires et judiciaires »[1882]*. D'autre part, le Conseil d'État

[1875] Conseil d'État, 10ème / 9ème SSR, 11 avril 2014, n°352473, Inédit au recueil Lebon, considérant 18 « *le décret attaqué ne porte pas une atteinte disproportionnée au droit garanti par l'article 8 de la convention déjà citée, y compris relativement aux données qui relèvent de la nécessaire restriction apportée au secret médical* ».

[1876] Décret n° 2011-817 du juillet 2011 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion informatisée des détenus en établissement (GIDE) ; décret n° 2011-1447 du 7 novembre 2011 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « application des peines, probation et insertion » (APPI)

[1877] Le CE précise encore que le nombre important de personnes ayant accès aux informations se justifie par l'accès limité au besoin qu'ils ont d'en connaître dans le cadre de leurs missions. On reste tout de même loin de l'article L.6141-5 qui ne mentionne que le directeur.

[1878] Délibération de la CNIL n° 2011-021 du 20 janvier 2011 portant avis sur un projet de décret en Conseil d'État portant création d'un traitement de données à caractère personnel relative à la gestion des personnes écrouées dénommé "Gestion informatisée des détenus en établissement" (GIDE) ;

[1879] G. SAINATI, U. SCHALCHLI, *La décadence sécuritaire*, La Fabrique, 2007, cité par C. COURT, « L'usage du numérique en milieu carcéral », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2015/3 (N° 3), p. 693-703.

[1880] Bilan de santé proposé à l'entrée en détention et qui doit figurer au CEL présent dans le GIDE, Loi du 24 novembre 2009, art. 51.

[1881] « *Au début de son incarcération, il est proposé à toute personne détenue un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac. Ce bilan, effectué à titre préventif, dans un but de santé publique et dans l'intérêt du patient, reste confidentiel*. »

[1882] V. OLECH, « Quand le Conseil d'État fragilise le secret professionnel médical au nom de la sécurité carcérale… », *RDS*, n°60, 2014, p.1455-1458

insiste en expliquant que la collecte de données n'entache pas le décret d'illégalité dès lors qu'elle ne comporte « *aucune motivation médicale* » alors que l'obligation des professionnels tenus au secret n'a pas uniquement trait à la santé ou au diagnostic[1883]. Ainsi, et ce n'est pas heureux, le Conseil d'État légitimait en 2011 une dérogation au secret professionnel médical en détention, affaiblissant un principe pourtant « *si souvent présenté comme général et absolu […] au profit d'autres intérêts* »[1884], au risque de créer la confusion entre une prise en charge médico-sociale et l'exécution de la peine.

Un raisonnement similaire s'applique au logiciel GENESIS[1885] créé en 2014[1886], qui au-delà des problématiques constatées en matière de protection des données à caractère personnel[1887], reprend le même traitement relatif au secret professionnel médical touchant les personnes privées de liberté en assimilant les professionnels de santé à des collaborateurs de l'administration pénitentiaire[1888], malgré les contestations du CNOM[1889]. Accessible à tous les acteurs de la chaîne pénale, ce « *fichier clandestin de l'AP* »[1890] collecte toujours plus d'informations personnelles[1891] sur les détenus, menant à se demander s'il s'agit « *alors seulement d'une bonne et meilleure gestion de la population carcérale, ou tout autant d'un contrôle des détenus vers leur sphère la plus intime ?* »[1892]. Les outils numériques se développent dans le soin mais pas seulement. En témoignent les différentes tentatives de l'AP de réunir des informations multiples au sein de dossiers informatisés. L'objectif affiché

1883 B. PY, Le secret professionnel, L'Harmattan, 2005.

1884 V. OLECH, « Quand le Conseil d'État fragilise le secret professionnel médical au nom de la sécurité carcérale… », *op. cit.* : elle nous renvoie elle-même à voir sur ce point, D. SICARD « Quelles limites au secret médical partagé », *Recueil Dalloz* 2009, p. 2634 et C. BERGOIGNAN ESPER « La confidentialité des informations de santé peut-elle tenir face à la protection d'autres intérêts légitimes ? », *Recueil Dalloz* 2008, p. 1918.

1885 V. OLECH, Ficher, « surveiller et punir », *RDS*, n°70, 2016, p.251-254 ; D. MICHEL. « Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? », *L'information psychiatrique*, vol. 91, no. 8, 2015, pp. 662-670 ; Communiqué APSEP/ASPMP, 10 octobre 2016. // Respectivement Association des professionnels de santé exerçant en prison et Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ; R. BONNEME, M. CRÉTENOT, « Genesis ou la mise en péril du secret médical en prison », OIP, 27 décembre 2016, disponible en ligne (consulté le 08 octobre 2024) ; C. COURT, « L'usage du numérique en milieu carcéral », *RSC*, 2015, p. 693 ; Union syndicale des magistrats, « Déploiements du logiciel GENESIS », communiqué, 4 juin 2015 ; Syndicat national des directeurs pénitentiaires, « Genesis dissonant », communiqué, 28 mars 2014.

1886 Décret n° 2014-558 du 30 mai 2014 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire dénommé GENESIS.

1887 AJDA « Censure partielle d'un fichier de détenus, Conseil d'État 9 novembre 2015 », *AJDA*, 2016, p. 527.

1888 R. BONNEME, M. CRÉTENOT, « Genesis ou la mise en péril du secret médical en prison », OIP, 27 décembre 2016, disponible en ligne (consulté le 08 octobre 2024).

1889 Circulaire n° 2015-112 de la section Éthique et déontologie du CNOM :« *les médecins qui exercent dans les EP étant tenus au secret médical, ils n'ont pas à renseigner dans le traitement GENESIS des informations concernant la santé des personnes détenues* ».

1890 LDH Toulon, *BIOAP : la biométrie en prison*, juin 2010, cité par C. COURT, « L'usage du numérique en milieu carcéral », *RSC*, 2015, p. 693.

1891 R. BONNEME, M. CRÉTENOT, « Genesis ou la mise en péril du secret médical en prison », OIP, 27 décembre 2016, disponible en ligne (consulté le 08 octobre 2024).

1892 C. COURT, L'usage du numérique en milieu carcéral, *op. cit.*

d'obtenir et de conserver des données touchant à la santé de la population carcérale est un pied de nez au principe de confidentialité de ces informations, et dénote ainsi une menace qu'il convient de contenir.

361. Certains médecins considèrent que le secret médical n'est plus la clé de voûte de l'exercice de la médecine en prison, il ne serait finalement qu'un enjeu de pouvoir entre santé et justice[1893]. Pourtant, le secret médical et l'indépendance professionnelle sont intimement liés. A tel point qu'abroger le secret « *est l'équivalent pour les soins psychiatriques d'imposer aux chirurgiens d'opérer dans un environnement septique* »[1894]. Il serait de bon ton de se souvenir que les principes généraux posés par le Code de la santé publique ne sont pas à géométrie variable selon la confrontation avec d'autres intérêts que celui du patient, au risque d'aboutir à une « *médecine carcérale* ». Sans disparaître, le cadre du partage d'informations s'élargit inévitablement en laissant entrer dans la bulle de confidentialité de plus en plus de tiers à la relation de soins historique, affaiblissant de fait le caractère secret des informations transmises.

[1893] O. SANNIER, C. MANAOUIL, « Est-ce que le secret médical est la clé de voûte du respect de l'éthique médical en prison ? ». *Éthique et santé* 2008, vol. 5 n°4, p. 201-207.
[1894] D. MICHEL. « Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? », *L'information psychiatrique*, vol. 91, no. 8, 2015, pp. 662-670.

§ II – Un affaiblissement progressif du secret professionnel en milieu carcéral

362. L'extension du champ des personnes soumises au secret. Le législateur du 4 mars 2002 en a donné une vaste définition en inscrivant que le secret protège les informations « *venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé* ». L'accès à la télémédecine n'entraîne donc *a priori* aucune incidence sur le périmètre juridique relatif au secret. Cependant, les exceptions au secret associées à une expansion de l'emploi de moyens technologiques facilitent grandement les atteintes à celui-ci dès lors qu'ils sont dévoyés, ou simplement mal employés. Une utilisation des moyens de communication pour transmettre des informations à l'équipe soignante (**A**) ou aux proches (**B**) participe en toute hypothèse à une forme d'expansion du secret.

A. L'expansion du secret au sein de l'équipe soignante

363. « *Dans la quête d'un juste équilibre entre communication et respect du secret professionnel, la notion de secret partagé s'est progressivement imposée jusqu'à devenir une incontournable nécessité* »[1895]. La coordination des soins et le travail en équipe requiert un partage d'information entre les professionnels. L'encadrement de cette transmission d'informations à caractère secret a mené à la création de l'« équipe de soins », faisant évoluer le colloque singulier (**1**), son périmètre est toutefois limité (**2**).

1) L'équipe de soins et la fin du colloque singulier

364. Secret partagé. La notion d'équipe de soins a vu le jour avec la loi du 4 mars 2002[1896], aux côtés de la notion de « secret partagé »[1897]. Les nouvelles dispositions du CSP intègrent *« les acquis jurisprudentiels en consacrant un secret à dimension collective entre les membres*

[1895] F. VIALLA, « L'évolution de la notion de secret partagé », Les cahiers de la fonction publique, n° 369, septembre 2016, dossier « La loi de modernisation de notre système de santé », p. 41.
[1896] CSP, art. L. 1110-4, créé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, art. 3.
[1897] Sur les raisons (pragmatiques et déontologiques) qui ont poussé à la naissance du secret partagé, *V.* F. VIALLA, « Vingt ans, et plus, de secret, plus ou moins partagé », *RGDM*, n°82, 2022, p.75-76. ; C. ÉVIN, J.-J. DENIS, Rapport sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, rapport n° 3263, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales : « Par dérogation à cette règle, le troisième alinéa organise « le secret partagé » […] *Cet alinéa reconnaît donc dans la loi la possibilité du partage du secret entre professionnels, mais à la double condition que ces informations leur soient nécessaires et que l'échange d'information ait pour but l'efficacité et la continuité de la prise en charge.* ».

d'une équipe médicale »[1898]. Cependant, l'équipe de soins reste sans définition, et demeure restreinte à l'environnement d'un établissement de santé. C'est la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé dite « Loi Touraine » qui a instauré un élargissement des destinataires des informations sur l'état de santé d'un patient créant « *un décloisonnement véritable au profit d'une conception globale de la santé* »[1899]. De ce fait, la loi opère un « *processus d'inversion* » qui délie le secret de la relation entre soignant et malade, et l'élargit à toute personne qui aurait accès à des données médicales[1900]. Cependant, en étendant la notion même de professionnel intervenant dans la prise en charge sociale et médico-sociale, ce texte a entraîné un accroissement de la « *perméabilité du secret* »[1901], et ce secret toujours plus partagé[1902], l'est à tel point que le colloque singulier tend aujourd'hui à devenir un colloque pluriel[1903]. Ainsi pour les détenus, les assistants de service social font partie des professionnels concernés par le décret de 2016[1904], dans le cadre de leurs missions d'accompagnement social[1905] au sein des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et des services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Or le risque, est que le secret soit « *mis à rude épreuve et l'utilisation des informations instrumentalisée à des fins non médicales* »[1906]. Cependant, cela nous oblige à définir l'équipe de soins « *d'autant plus par sa finalité : le soin, une assistante sociale de l'équipe médicale aura accès à des informations auxquelles l'assistante sociale relevant du SPIP n'aura pas accès* »[1907].

[1898] B. PY, « Secret professionnel, » *in* F. VIALLA (dir.), *Les grandes décisions du droit médical*, LGDJ, 2e éd., 2014, p. 315

[1899] F. VIALLA, « Vingt ans, et plus, de secret, plus ou moins partagé », *RGDM*, n°82, 2022, p. 83.

[1900] E. TERRIER, « Le secret professionnel. CAA Paris, 31 mars 2004, req. n° 99PA02875 », *RDS*, n°1, p. 55-56.

[1901] V. MIJUSKOVIC, É. PECHILLON, « Le secret professionnel à l'épreuve du milieu carcéral », *RDS*, n°89, 2019, p. 428-431.

[1902] F. VIALLA, « Vingt ans, et plus, de secret, plus ou moins partagé », *op. cit.* ; J. CAPODANO, « Dossier médical partagé (DMP) et secret professionnel : les nouveaux enjeux », *RDS*, n°76, 2017, p.233-235 ; C. MANAOUIL, « Le secret partagé entre professionnels depuis la loi santé du 26 janvier 2016 », *RGDM*, n°61, 2016, p.53-63 ; F. VIALLA, « Le secret partagé », *RDS*, n°2, 2016, p.52-64 ; A. MACRON, « Loi de modernisation de notre système de santé et partage d'informations de données de santé : consécration du secret partagé tous azimuts », *RDS*, n°74, 2016, p.919-922 ; F. MANANGA, « Le secret professionnel après la « loi Santé » », *JA*, 2016, n°545, p.34 ; D. SICARD, « Quelles limites au secret médical partagé ? » *Recueil Dalloz*, 2009, p. 2634 ; C. VAILLANT, Partager le secret : une nécessité... strictement encadrée, JA, 2008, n°386, p.19.

[1903] F. VIALLA, « Le secret partagé », *RDS*, n° 2, 2016, p. 52-64 ; V. VIOUJAS, « Parcours du patient et relation médicale », *RDSS*, 2021, p. 445 ; L. MORLET-HAÏDARA, « Le nouveau cadre légal de l'équipe de soins et du partage des données du patient », *RDSS*, 2016, p. 1103.

[1904] Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016.

[1905] Ministère de la Justice, ministère des Solidarités et de le santé, *Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des PPSMJ*, 2019, p. 57-59.

[1906] V. MIJUSKOVIC, É. PECHILLON, « Le secret professionnel à l'épreuve du milieu carcéral », *op. cit.*

[1907] B. CARTON (dir.), A. LÉCU (dir.), *Les soins en prison. Quelle réalité derrière les murs* ? Hygée éditions, p. 123.

365. Le cas particulier de l'urgence. En détention, comme en dehors, la prise en charge en cas d'urgence médicale permet à titre exceptionnel d'écarter certains droits fondamentaux du patient. En cas de besoin, il est prévu des solutions de contournement informatique pour « forcer » l'entrer dans un fichier. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la télésanté favorise cette atteinte en permettant techniquement à n'importe quel médecin régulateur d'un service d'urgence d'avoir accès au DMP par exemple. Cette fonction « bris de glace » est une porte d'entrée, certes exceptionnelle, mais vers l'ensemble de l'historique de santé du patient.

2) Les limites au partage d'information par les professionnels de santé

366. La confusion qui règne dans le rôle du médecin[1908], disposant d'un double pouvoir de soignant ou de surveillant, est générateur de perte de confiance pour les détenus. Deux questions se posent, celle, d'abord, de la transmission d'informations entre le personnel de l'USMP et les établissements de santé (a) ; et celle, ensuite, de la transmission entre le personnel de l'USMP et le reste du personnel de la détention (b).

a) La transmission d'informations entre professionnels de santé

367. Le cadre des transmissions d'informations entre les professionnels de santé. La loi distingue deux formes de transmission d'informations par les professionnels de santé, en parlant d'abord d'échange, puis de partage[1909]. Ces deux formes de transmission se différencient dans leur fonction puis dans leurs finalités et leurs conséquences[1910]. La fonction de l'échange « *consiste dans un flux de données visant à communiquer des données de santé à un (des) destinataire(s) clairement identifié(s)* »[1911]. Ce sera l'hypothèse simple d'un envoi de mail ou d'un appel téléphonique, du médecin de l'USMP vers un spécialiste par exemple. Le partage a lui pour fonction de « *mettre à la disposition de plusieurs professionnels fondés à les connaître, des données de santé utiles à la coordination et à la continuité des soins* »[1912]. En e-santé, le

[1908] D. SALAS « vingt ans après, le grand silence », *in* Esprit, octobre 1995, p. 105.
[1909] CSP, art. L. 1110-4.
[1910] B. CARTON (dir.), A. LÉCU (dir.), *Les soins en prison. Quelle réalité derrière les murs* ? Hygée éditions, p. 123 ; ASIP santé, *Echange et partage de données de santé*, Retours d'expérience des bonnes pratiques sur l'échange et le partage de données de santé, Novembre 2018 ; V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2019.
[1911] ASIP santé, *Echange et partage de données de santé*, Retours d'expérience des bonnes pratiques sur l'échange et le partage de données de santé, Novembre 2018, p. 4.
[1912] *Ibid*.

partage de données se fera grâce à un logiciel de parcours de soins, ou tout simplement par le dossier médical partagé.

Concernant l'échange d'information, il peut être noté qu'il peut être fait à destination d'« *un ou plusieurs professionnels identifiés* ». La loi a supprimé toute mention réduisant cet échange aux seuls professionnels de santé, « *à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social* »[1913]. C'est un élargissement impressionnant du nombre potentiel de destinataires pour une information dont le principe est son caractère secret. Une liste a tout de même été fixée par décret mais sa formulation est telle que tous les professionnels intervenant dans une prise en charge sont concernés[1914].

C'est lors d'un partage que la notion d'équipe de soin prend son importance au regard du secret professionnel. La conséquence première de cette précision concernant les destinataires du partage est relative au consentement du patient. Lorsque ce partage demeure à l'intérieur de l'équipe de soins définie à l'article L. 1110-12 CSP, « *Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe*. ». *A contrario,* le partage « *entre professionnels de santé ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations couvertes par le secret médical et nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert le consentement préalable de cette personne* »[1915]. Le contexte de l'équipe de soins dans un environnement privatif de liberté prend donc son importance dans la demande de consentement préalable qui sera faite auprès du patient concerné ou des parents lorsque celui-ci est mineur[1916].

368. La télésanté comme outil de contrôle du périmètre des transmission d'informations. Enfin, que l'on soit dans le cadre de l'équipe de soins ou non, le partage des informations n'est envisageable que si les professionnels « *« […] participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social »*[1917]. De même, l'article R. 1110-1[1918] précise également, pour l'échange comme pour le partage, qu'il ne peut être fait que dans la double limite que les informations doivent, d'une part, être « *strictement nécessaires* » à l'un des

[1913] CSP, art. L. 1110-4-II.
[1914] CSP, art. R. 1110-2.
[1915] CE, 15 novembre 2022, n°441387.
[1916] Ministère de la Justice, ministère des Solidarités et de le santé, Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des PPSMJ, 2019, p. 57-59.
[1917] CSP, art. L1110-4-II.
[1918] Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

objectifs fixés par la loi ; et d'autre part ces informations doivent entrer dans le « *périmètre des missions* » du professionnel. Il est alors interdit pour le médecin de l'USMP ou le spécialiste rencontré en établissement de partager la même information à tous les professionnels intervenant dans la prise en charge sans faire de distinction. C'est là le rôle des systèmes de sécurité ou d'habilitations[1919]. Car on le rappelle, l'échange et le partage de données de santé impliquent la création de traitement de données à caractère personnel au sens de la loi de 1978[1920]. La détermination du responsable du traitement de données de santé à caractère personnel qui a la responsabilité de veiller au respect des obligations de la loi précitée est alors essentielle.

b) La transmission entre le médecin et le personnel de l'administration

369. Les surveillants n'ont pas le droit d'en connaître. Comme l'établissement pénitentiaire assure l'hébergement de la personne détenue, faut-il considérer « *dans l'intérêt de la personne détenue, que […] les personnels pénitentiaires sont aussi des professionnels participant à sa prise en charge* »[1921] ? Il faut prendre en compte, d'une part, que les professionnels concernés par l'article L.1110-4 participent à la prise en charge du patient, et non de la personne en tant que détenu. Autrement dit, seul le statut de détenu leur offre un rôle de fait dans cette prise en charge. Dès lors, les surveillants et agents pénitentiaires ne sont pas considérés comme intervenant dans le parcours de soins de la personne[1922].

370. La télésanté facteur de réduction des risques. De plus, la pratique nous montre que ce secret n'est pas respecté par les professionnels de l'AP lorsqu'une information à caractère médical « fuite ». La solution se trouve-t-elle dans l'ouverture aux équipes de l'AP du droit de connaître ces informations ?[1923] Mais quel que soit le statut de la personne tenue au secret, son respect ne doit pas faire d'exception. La lumière se trouve dès lors dans la formation de ces personnels d'une part, et dans la mise en place de barrières empêchant ces informations de fuiter. Là est l'intérêt de la e-santé, réduire les risques causés par des erreurs ou des malveillances humaines grâce à la technologie. Juridiquement, la question de la confidentialité

[1919] Les règles de gestion des droits d'accès des professionnels au dossier médical partagé (DMP) ont été fixées dans un arrêté publié au *JO* du 29 octobre 2023 par exemple.
[1920] Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée dite loi Informatique et Libertés
[1921] C. CASTAING, « Les droits des patients détenus à l'épreuve des exigences sécuritaires : la question des extractions médicales », *RDSS*, 2020, p. 107.
[1922] V. MIJUSKOVIC, É. PECHILLON, « Le secret professionnel à l'épreuve du milieu carcéral », *RDS*, n°89, 2019, p. 428-431.
[1923] *Ibid*.

du stockage est la « *transposition du problème qui pouvait déjà se poser pour le support papier* »[1924]. Or, un dossier électronique protégé par un mot de passe et tracé sera toujours plus sécurisé qu'un dossier papier dans une armoire ouverte, sécurisé en amont pour éviter toute atteinte au secret, et en aval pour engager une responsabilité.

371. Le statut de détenu ne supprime pas l'obligation du secret au cours de la procédure judiciaire. Lorsqu'une mesure d'injonction de soins a été prononcée, il est prévu que les médecins intervenant en détention transmettent les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné au médecin coordonnateur et ce *« sans que leur soient opposables les dispositions de l'article 226-13 du code pénal »*[1925]. On peut dès lors s'interroger sur le mode de transmission employé pour respecter cette disposition. Si c'est un échange direct des seules informations permettant au médecin coordonnateur et au médecin traitant de faire respecter la mesure d'injonction de soins, cela ne pose *a priori* pas de difficulté. En revanche, si le médecin coordonnateur, voire le médecin traitant, se voient donner un accès à une plateforme de partage contenant des informations sur la santé du condamné sans lien avec cette injonction lors d'un passage en détention, alors l'atteinte au secret professionnel sera ici évidente. Une fois de plus, l'utilisation qui sera faite des outils est au moins aussi importante que les quelques exceptions au secret intégrées dans nos textes. D'autant plus lorsqu'est constatée en détention, de façon similaire que dans le médico-social, une envie de décloisonnement des informations, décloisonnement censé améliorer la prise en charge[1926] et donc justifier une disparition du secret. Si « *le champ de la santé est indéniablement entré dans l'ère du partage et de la collaboration* »[1927], le champ carcéral ne peut et ne doit pas lui emboîter le pas.

[1924] V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, Thèse dactyl, Université de lorraine, 2019, p. 191.
[1925] CSP, art. L. 3711-2.
[1926] F. VIALLA, « Perspectives pour une culture commune du secret et de l'information partagée », *JA*, 2013, n°474, p. 30.
[1927] *Ibid*.

B. La propagation du secret aux proches et « proches aidants »

« *Comment prétendons-nous qu'un autre garde notre secret, si nous n'avons pu le garder nous-même* ? »[1928].

François de La ROCHEFOUCAULD.

372. La présence des proches du patient dans le secteur sanitaire et médico-social impose le sujet « *de l'opposabilité du secret* », ainsi que la question connexe des « *dérogations facultatives au secret* »[1929] Cette situation peut naître en détention, peut-être plus qu'à l'extérieur, car les proches (**1**) et les « proches aidants » (**2**) viennent interroger les professionnels qui se questionnent alors sur l'intensité du secret[1930].

1) Les proches

373. Le proche doit revêtir un statut particulier pour être mis dans la confidence. Pour l'entourage d'un patient détenu, l'état de santé des personnes incarcérées « *constitue une préoccupation constante, alimentée par la peur d'une mauvaise qualité des soins en prison. Leurs inquiétudes sont renforcées par la crainte que l'administration pénitentiaire ne les tienne pas informés des maladies ou incidents que leur fils, mari, compagnon ou père, pourraient rencontrer durant leur détention* »[1931]. Cependant, le secret professionnel leur est opposable comme tout un chacun de façon logique[1932]. Seuls quelques cas particuliers permettent de passer outre ce garde-fou, selon que la personne qui sollicite les professionnels est simple proche du patient ou qu'elle fait prévaloir un statut spécifique, celui de « *proche aidant* ». Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 1110-4 du code de la santé publique[1933], dans ses deux derniers alinéas, *« autorise deux ultimes échanges d'informations, en dehors des professionnels de santé*

[1928] F. de LA ROCHEFOUCAULD, *Réflexions ou Sentences et Maximes morales*, 1664.
[1929] B. PY, « Secret et confidentialité des informations », *in* F. VIALLA (dir.), *Jurisprudences du secteur social et médico-social*, Dunod, 2012, p. 267-268.
[1930] F. VIALLA, « Perspectives pour une culture commune du secret et de l'information partagée », *JA* 2013, n°474, p.30
[1931] C. TOURAUT, « Aux frontières des prisons : les familles de détenus », *Cultures & Conflits*, n°90, 2013.
[1932] Les dispositions du code de la santé publique relative au partage d'information ne mentionnent que les professionnels, professionnels qui doivent prendre en charge le patient.
[1933] *« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 [du même code] reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations* ».

et avec d'autres personnes que le malade, mais toujours dans l'intérêt de ce dernier »[1934], vivant (b) ou mort (a).

a) Concernant le détenu mort

374. Le statut d'ayant droit du patient décédé, un droit à l'information. La jurisprudence est assez claire dans le domaine sanitaire, le décès du patient ne délie pas le médecin de son obligation de secret[1935]. Les conséquences juridiques touchant au secret professionnel pour le proche du patient sont de deux ordres. Soit le proche est un « *ayant droit* » au sens de la loi, auquel cas « *le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées […] dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès*. »[1936]. Soit la personne ne dispose pas de cette qualité et dans ce cas le législateur « *a clairement entendu restreindre aux seules personnes qui peuvent se prévaloir de la qualité d'ayant droit, à l'exclusion de toute autre catégorie de tiers tels que la famille ou les proches, la dérogation ainsi aménagée au secret médical et au secret de la vie privée du défunt* »[1937]. Il subsiste également une exception au secret s'appliquant aux proches du détenu de son vivant.

b) Concernant le détenu vivant

375. Le diagnostic ou pronostic grave. Pour les proches d'un patient détenu vivant, le code de la santé publique a prévu une seule exception qui dispose qu'« *en cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations*. » Les outils de e-santé ne sont pas destinés à informer des personnes extérieures à la relation de soin. Une éventualité que l'on a moins de peine à envisager est l'exercice du droit d'opposition accordé au patient à l'article précité. Un logiciel

[1934] M.-F. CALLU, « État des lieux juridique et pratique », *JA* 2013, n°474, p.19.
[1935] Pour aller plus loin v. M. GIRER, G. ROUSSET, « Représentants légaux et ayants droit : accès restreint », *JA*, 2013, n°474, p. 26 ; B. PY, « Cent ans de secret professionnel », *RDS*, n°100, 2021, p.230-250 ; M. BOUTEILLE BRIGANT, *Indispensables du droit médical*, 2e éd., Ellipse, 2023 ; J.-R. BINET, *Droit médical*, Montchrestien, coll. « cours », 2010.
[1936] CSP, art. L. 1110-4 ; CSP, art. L. 1111-7.
[1937] CADA, avis, 23 oct. 2008, n° 20084024.

de parcours de soins ou de recueil des différents consentements du patient peut comporter une « rubrique » dans laquelle le patient détenu se sera opposé à ce qu'une telle transmission d'informations à ses proches soit réalisée. Ainsi, cette possibilité offre une plus grande traçabilité de ce consentement et une force de preuve dans la mesure où l'on peut vérifier que c'est bien le patient et lui seul qui a pu cocher cette case en étant pleinement informé des conséquences de cette opposition.

376. L'information des proches soumise à un impératif de sécurité. Le maintien de la sécurité est prioritaire en détention, dont l'entrée nécessite un permis de visite[1938]. Il est d'ailleurs précisé que « *pour des motifs de bon ordre, de sécurité et de prévention des infractions* »[1939] ce permis peut être refusé, y compris aux membres de la famille ou à la personne de confiance. Sans ce permis de visite, toute personne souhaitant accompagner le mineur ou le majeur sera dans l'impossibilité de recevoir l'information avec lui ou pour lui[1940]. C'est également pour ces raisons que l'autorité administrative ne donne pas l'information relative aux dates, lieux et heures des extractions des détenus hospitalisés en milieu libre ou dans à l'UHSA[1941]. Pour ce dernier cas du détenu hospitalisé en UHSA, il est tout de même précisé que « s*ous réserve du respect de ces exigences de sécurité et dans le respect des règles déontologiques, le médecin peut communiquer des informations relatives à la santé du patient détenu hospitalisé à sa famille, à ses proches ou à la personne de confiance qu'il a désignée* »[1942]. Cependant, cette disposition du code pénitentiaire apparaît contraire aux dispositions du code de la santé publique, sauf à ce que la situation soit considérée comme un « *diagnostic grave* » ou que la personne soit mineure.

377. La télésanté comme alternative au permis de visite. Dans le cas spécifique de la parentalité, il est réaliste de considérer que l'exercice des obligations parentales est diminué. Le cadre législatif de l'autorité parentale ne cesse de s'appliquer pendant toute la minorité de l'enfant sauf exception prévues par les textes[1943]. Or la détention n'en est pas une. Cependant,

[1938] Code pénitentiaire, art. R.341-1.
[1939] Code pénitentiaire, art. R.341-2.
[1940] R. BOURRET, F. VIALLA, É. MARTINEZ, D. CAZALDÈS, « Détenus et droit à l'information », *RDS*, n°59, p. 1208.
[1941] Code pénitentiaire, art. R.322-17 : « *Les personnels intervenant dans l'unité spécialement aménagée ne sont pas autorisés à communiquer aux membres de la famille, aux proches et aux visiteurs les dates d'entrée et de sortie des personnes détenues ainsi que les dates et les heures des examens réalisés hors de l'unité hospitalière spécialement aménagée*. ».
[1942] Code pénitentiaire, art. R.322-17.
[1943] C. civ., art. 346, 350 et 378.

« *dans la pratique, les résultats de la recherche ont pu montrer tantôt la difficulté d'honorer l'obligation d'entretien du parent, tantôt la difficile effectivité de la fonction parentale* »[1944]. La e-santé permet de faciliter l'exercice de l'autorité parentale, et par extension, de tous les proches accompagnants, dans une certaine mesure. Les logiciels de parcours de soins devraient donc être une solution alternative réaliste pour mettre en œuvre le droit à l'information des proches, tout en assurant au détenu le respect de son consentement[1945]. Par la même occasion, le poids de l'autorité administrative est nul dans cette décision qui ne relève alors que de la relation de soins.

2) Les proches aidants

378. Une distinction essentielle entre proche aidant et aidant familial. Il convient de distinguer le « proche aidant »[1946] d'une personne âgée, de « l'aidant familial »[1947] qui concernent les personnes atteintes d'un handicap dont la prise en charge est d'ailleurs largement défectueuse en détention[1948]. Cependant, la distinction nous importe peu[1949], tant la question ici est celle des informations que l'on peut transmettre à ces personnes gravitant autour des patients du fait de leur statut particulier. Alors que le rôle des « proches aidants » est nécessaire à la prise en charge médico-sociale des individus et qu'en 2022 on estimait à une personne sur cinq le nombre d'aidants en France[1950], leur reconnaissance n'est pas totale, et leur rôle peu encadré. La loi du 28 décembre 2015[1951] relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit essentiellement une définition légale du proche aidant, ainsi qu'une « *hausse des droits*[1952] *accordés aux aidants et une amélioration de la considération de leur statut* »[1953]. Cependant, si « *Leur place dans le système de santé est prépondérante et tend à très largement*

[1944] M. DOURIS, « Être parent en prison, une incarcération de la parentalité », *Dialogue*, vol. 211, no. 1, 2016, pp. 27-40.
[1945] CSP, L.1111-5 par exemple.
[1946] Code de l'act. soc., art. L113-1-3 issu de la LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement : « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ».
[1947] Code de l'act. soc, art. R245-7.
[1948] CCNE, *La santé et la médecine en prison*, Avis n° 94, 2006, p. 15.
[1949] Pour aller plus loin, v. M. KRKAC, « Une prise de conscience en cours concernant le sort des proches aidants », *RDS*, n°93, 2020, p. 107-109 ; D. ROY, « Qu'est-ce qu'un « proche aidant » ? », *adsp* n° 109, décembre 2019, p. 11 ; V. SOUFFIR, S. GAUTHIER, M. HAYAT, « Internet s'invite dans la consultation psychiatrique », *L'information psychiatrique*, 2020/5, vol. 96, pp. 355-362.
[1950] Baromètre des aidants, fondation APRIl et instituts BVA 2022.
[1951] Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
[1952] Droit au répit ou à la prise de congés notamment.
[1953] M. KRKAC, « Une prise de conscience en cours concernant le sort des proches aidants », *op. cit.*

augmenter »[1954], leur reconnaissance est relativement récente et semble se limiter à leur accorder des « *solutions de répit* »[1955] et non un statut permettant d'entrer dans la bulle de confidentialité du secret professionnel protégeant le patient.

379. La place controversée du proche-aidant dans le e-parcours. Certains auteurs s'accordent à dire que le « *développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans les domaines sanitaire et médico-social accroît le besoin d'échange de données de santé dans l'intérêt d'une meilleure prise en charge des personnes* »[1956] et qu'il faut donc tendre « *vers une homogénéité des règles applicables au partage des informations entre les secteurs médical et médico-social* »[1957] au travers de la notion de parcours de soins et donc de e-parcours. Dès lors, la place du proche aidant doit être questionnée dans un tel parcours de soins. Néanmoins, en détention, le proche-aidant est une notion obscure, tant les contacts sont limités. Doit-on considérer[1958] que l'aide apportée par le proche de l'individu incarcéré lui accorde un statut particulier qui ouvrirait des droits à une habilitation sur un logiciel de parcours de soins ? Encore faut-il que cette aide intervienne « de *manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne*. »[1959].

Par conséquent, et même avec la mise en place d'habilitations liées aux missions de chaque intervenant permettant de cadrer informatiquement les accès du proche aidant, la réalité de sa mission en détention doit d'abord être objectivée avant d'ouvrir une telle porte. Son rôle d'accompagnant dans les prises de rendez-vous et démarches administratives n'est pas transposable pour une personne détenue dont le parcours est cadré directement par le personnel de l'USMP. Le scénario permettant de faire évoluer ce statut serait celui d'une libéralisation des téléconsultations et choix de médecins grâce aux outils de télémédecine, en laissant une plus grande autonomie aux personnes détenues et donc en augmentant le rôle des proches

[1954] M. KRKAC, « Une prise de conscience en cours concernant le sort des proches aidants », *op. cit.*

[1955] « Le lancement d'un plan national de renforcement et de diversification des solutions de répit, adossé à un financement supplémentaire de 105 M€ sur la période 2020 – 2022 ».

[1956] V. not. J. BOSSI, Tribune - « Il faut tendre aujourd'hui vers une homogénéité des règles applicables au partage des informations entre les secteurs médical et médico-social », *JA* 2013, n°474, p. 34 ; P. SIMON, « A l'ère du numérique en santé, faut-il considérer que la médecine à distance est complémentaire de la médecine en présentiel ? », *Santé connectée, télémédecine et télésoin*, 25 juin 2023.

[1957] J. BOSSI, Tribune - « Il faut tendre aujourd'hui vers une homogénéité des règles applicables au partage des informations entre les secteurs médical et médico-social », *JA* 2013, n°474, p. 34.

[1958] Code de l'act. soc., art. L.113-1-3 « Est considéré comme proche aidant ».

[1959] Code de l'act. soc., art. L.113-1-3.

aidants. Le partage du secret devient une propagation[1960], menant à un « *effet buvard* »[1961], « *l'hypertrophie du partage conduisant à une atrophie du secret* »[1962].

[1960] D. SICARD, « Quelles limites au secret médical partagé ? », *D.*, 2009, p. 263 ; v. ég. C. LANTERO, « Télémédecine et droits des patients », *RDSS*, 2020, p. 61.
[1961] D. TABUTEAU, « Le secret médical et l'évolution du système de santé », *D.*, 2009, p. 2629.
[1962] F. VIALLA, « Vingt ans, et plus, de secret, plus ou moins partagé », *RGDM*, n°82, 2022, p. 86.

Conclusion du Chapitre I

380. A l'origine de plusieurs entraves majeures à l'accès aux soins, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de ses murs, l'administration pénitentiaire doit être mise à l'écart à l'aide des nouvelles technologies. Le fonctionnement en silos de deux administrations aux rôles divergents conduit l'administration pénitentiaire à occuper un rôle regrettable dans la relation entre le médecin et le patient. Cet accès à la sphère privée du détenu, s'il est parfois nécessaire pour des raisons de sécurité, est le plus souvent évitable. La télésanté est en effet un moyen d'atteindre une forme d'indépendance face à l'administration dans toutes les hypothèses où cela est possible, en apportant davantage de liberté au patient dans le choix de son médecin, en intégrant la médecine de ville et en rédigeant des protocoles de prise en charge à distance.

381. Il n'est pas question de modifier la législation relative à l'infraction de secret professionnel, texte d'ailleurs si bien rédigé qu'il n'a pas changé depuis sa rédaction en 1992 avec l'arrivée du nouveau code pénal. Ce secret est déjà opposable à l'agent pénitentiaire qui peut être tenu au secret mais qui n'est jamais obligatoirement tenu à la confidence par les professionnels de santé. Dès lors et comme s'évertue à le rappeler le CGLPL, c'est du côté de la déontologie que des actions doivent être menées soit pour prévenir, soit pour guérir. La e-santé permet beaucoup de choses, mais pas de réinventer toutes les lacunes humaines de la relation de soins. Il revient aux professionnels de santé de prendre le problème à bras le corps et de se saisir de ces nouveaux outils pour s'inscrire dans une démarche respectueuse à la fois du patient, mais aussi de leurs obligations déontologiques. La surveillance indirecte des patients est plébiscitée, sauf exceptions prévues par la loi, mais qui demeurent à la discrétion de l'administration. En l'absence de maintien de cette confidentialité, la télémédecine reste un outil de valeur pour garantir la traçabilité des atteintes. La technologie et la pratique numérique peuvent par conséquent œuvrer au renforcement de la confidentialité *a priori* ou *a posteriori,* tranchant avec des pratiques historiquement peu respectueuses. Mais ce ne sont que des outils qui dépendent des comportements humains. La structure des établissements est toujours inadaptée à la pratique de la télésanté, les fichiers pénitentiaires à l'image de GENESIS menacent toujours d'accéder et de conserver des données de santé de la population carcérale. Le secret est d'autant plus partagé grâce à la technologie, rendant la bulle de confidentialité perméable aux indiscrets.

Chapitre 2 : Des risques d'origine technologique

« *À aucun moment au cours du processus législatif n'a été posée la question de l'opportunité de l'informatique. Celle-ci s'est imposée de facto, marquée par une simultanéité, voire une antériorité, de la demande sociale à son égard* »[1963].

André VITALIS.

382. Les préconisations pour la mise en œuvre de pratiques de télésanté en détention entraînent pour les différents acteurs dont les patients une plus forte exposition de fait aux dérives potentielles du numérique. Ces risques sont favorisés par l'utilisation même des nouvelles technologies dans le système de santé. Ces menaces technologiques apparaissent à différentes échelles, de la société dans son ensemble (**Section II**) à l'échelle de l'individu et de ses droits, qu'il soit patient, détenu, ou les deux (**Section I**).

Section I : Des menaces pour les droits individuels

383. Quand bien même l'Union européenne ne dispose d'aucune compétence en matière de santé, la législation européenne est un acteur central de régulation des outils technologiques et de l'utilisation qui en est faite, à travers la protection des données à caractère personnel. La démocratisation de la télésanté met en évidence certaines menaces d'origine technologique que la législation française et européenne se doit d'endiguer afin de protéger la vie privée des patients détenus (**§ I**) et son autonomie dans l'utilisation qui est faite de ses données à caractère personnel (**§ II**).

§ I – Un droit à la vie privée à nouveau éprouvé en détention

384. La législation relative à la protection des données encadre les atteintes faites à la confidentialité (**A**). Si l'utilisation d'outils multiples afin d'accéder à la e-santé est souhaitable, elle fait naître des risques en milieu carcéral, parmi lesquels une possible extension de la surveillance des individus à l'ensemble des aspects de leur vie (**B**).

[1963] A. VITALIS, *Informatique, Pouvoir et Libertés*, Collection Politique comparée, Economica, 1981, p. 11.

A. Le droit de la protection des données au service de la confidentialité

385. Un cadre double. Au-delà des questions relatives au secret professionnel et aux tiers accédant aux informations du patient, la vie privée des personnes détenues est menacée par l'utilisation de moyens de télécommunications dans le cadre de leur prise en charge sanitaire. La réglementation relative aux données peut contrebalancer ces atteintes des pouvoirs publics en érigeant une barrière juridique supplémentaire au regard du cadre juridique particulier de la donnée de santé (**1**) mais également grâce à des dispositions spécifiques au secret professionnel (**2**).

1) Le cadre juridique de protection des données de santé

386. Le contour des données à caractère personnel. Les données à caractère personnel sont des informations[1964]. La définition de « donnée » est étroitement liée au développement des nouvelles technologies, les dispositifs techniques de l'information étant des outils de production de l'information. La différence entre l'information et la donnée n'est donc pas de nature, mais de forme[1965]. Or, la donnée ne devient information que lorsqu'elle est mise en relation avec d'autres données et selon l'usage qui en est fait ; la donnée prise isolément n'est pas pertinente[1966]. C'est le traitement de masse des données qui permet d'extraire et donc de produire de l'information. Ce mouvement technique s'accompagne ensuite d'un autre processus informatique favorisant également la production de données à partir des informations collectées. En tout état de cause, les données ne peuvent être personnelles que si elles portent une indication qui permet de les relier à une personne, d'isoler cette personne de la masse des individus, en somme, de la rendre identifiable[1967]. La e-santé est le théâtre de traitements de

---

[1964] V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, Thèse dactyl, Université de Lorraine, 2019, p. 168.

[1965] P. NICOLAS, *Les enjeux juridiques de la télémédecine : contribution à l'étude des liens entre les droits des patients et les innovations technologiques*, vol. 16, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. « Thèses numériques de la BNDS », p. 462 ; Pour aller plus loin sur la notion de données dans le langage informatique, v. not. R. BRASSELET, *La circulation de la donnée à caractère personnel relative à la santé : disponibilité de l'information et protection des droits de la personne*, thèse, Université de Lorraine, 2018, p. 24 ; L. TILMAN, L'utilisation des technologies de l'information et de la communication à l'hôpital face au droit, thèse dactyl., Université de Lille 2, 2017, p. 48 ; ; F. LESAULNIER, « La définition des données à caractère personnel dans le règlement général relatif à la protection des données personnelles », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 574 ; C. ZORN, Données de santé et secret partagé : pour un droit de la personne à la protection de ses données de santé partagées, PUN, coll. « Santé, qualité de vie et handicap », 2010, p. 29 ; I. DE LAMBERTERIE, « Qu'est-ce qu'une donnée de santé ? », RGDM, 2004, p. 13.

[1966] M.-A. FRISON-ROCHE, « Repenser le monde à partir de la notion de « données » », *in* M.-A. FRISON-ROCHE (dir.), *Internet, espace d'interrégulation*, série « Régulation », coll. Thèmes et commentaires, Dalloz, 2016, p. 9.

[1967] RGPD, article 4, 1) et 5) ; RGPD, considérant 26.

données hétérogènes[1968] au régime particulier tant par leur nature, formant un principe de « sensibilité de la donnée de santé »[1969], que par leur forme souvent dématérialisée[1970].

387. Le caractère particulier des données de santé. Certaines données de santé le sont « *par nature* »[1971] et d'autres « *par destination* » voire par « *croisement* »[1972]. La complexité de définition d'une donnée de santé rend délicate sa distinction d'une donnée dite de « bien-être »[1973], et par conséquent, l'application ou non du régime juridique applicable aux données de santé. Ce régime est « *pour le moins sophistiqué* »[1974] car les données considérées comme « *hautement sensibles* »[1975] font l'objet d'une protection particulière au niveau européen. Le RGPD a adopté une conception large de la notion de données de santé, dès lors qu'il n'est pas exigé que ces données concernent une pathologie ou une maladie, ou bien qu'elles aient été collectées par un professionnel de santé, ni même qu'elles soient directement relatives à la santé. Le texte européen se limite à définir les « *données concernant la santé* »[1976] comme des données propres à « *révéler des informations sur son état de santé passé, présent ou futur* »[1977]. Jusqu'alors non délimitée en droit interne[1978], la définition du RGPD a été progressivement

[1968] L. CLUZEL-MÉTAYER, A. FRANÇOIS, « La protection des données personnelles à l'épreuve de la télémédecine », *RDSS*, 2020, p. 54.
[1969] T. BERGER, « L'accès aux données de santé : une recherche d'équilibre entre espérance de progrès et inquiétudes pour les libertés fondamentale »s, *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 291.
[1970] Sur la dématérialisation des données de santé, v. E. BUCKI, *La dématérialisation en établissement de santé : analyses juridiques*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022.
[1971] On pense alors aux données produites lors d'une prise en charge comme les antécédents du patient, les comptes-rendus d'examens ou d'opérations, les traitements prescrits etc.
[1972] L. CLUZEL-MÉTAYER, « Les données de santé, ou le défi d'un partage sous haute protection », *RDSS*, 2022, p. 149 : donne l'exemple d'une donnée de suivi menstruel qui n'est pas une donnée de santé « par nature », mais elle peut être une donnée de santé « par destination » si elle est utilisée à des fins médicales ; et explique que certaines données sans être médicales, permettent de révéler l'état de santé de la personne : la mesure de son poids, croisée avec celle de sa tension et des apports caloriques par jour, peut être un indicateur de risques cardiaques, par exemple ; *V.* ég. CNIL, qu'est-ce qu'une donnée de santé ?, site de la CNIL, 08 janv. 2018, (consulté le 10 oct. 2024).
[1973] M. LANNA, *Les objets connectés et la protection des données personnelles*, Thèse dactyl., Université Paris 2, déc. 2019.
[1974] L. CLUZEL-MÉTAYER, « Les données de santé, ou le défi d'un partage sous haute protection », *RDSS*, 2022, p. 149.
[1975] *Ibid*.
[1976] Pour aller plus loin sur les enjeux de définition entre donnée médicale, donnée concernant la santé, donnée médico-sociale etc. v. T. DOUVILLE, *Droit des données à caractère personnel*, LGDJ, 1ère éd., 2023, p. 210 ; N. MARTIAL-BRAZ et J. ROCHFELD (Dir.), *Droit des données personnelles*, Dalloz Décryptage, 2019, p. 93.
[1977] RGPD, art 4, 15) ; RGPD, considérant 35
[1978] L. CLUZEL-MÉTAYER, « Les données de santé, ou le défi d'un partage sous haute protection », *RDSS*, 2022, p. 149 : « *La notion de donnée de santé ne figurait pas dans le texte de la loi Informatique et Libertés (LIL) du 6 janvier 1978 ; elle est apparue beaucoup plus tard dans le droit français, avec la loi bioéthique de 1994 d'abord, puis avec la loi du 6 août 2004, modifiant le texte originel, mais sans en donner aucune définition. Il faudra attendre le droit de l'Union européenne, en l'occurrence, le Règlement général pour la protection des données (RGPD), pour qu'une définition soit consacrée* ».

précisée par la jurisprudence européenne notamment avec l'arrêt *Lindqvist*[1979] de la CJCE. La Cour a récemment réitéré cette position en 2022 car une position inverse risquerait de « *porter atteinte à l'effet utile de ce régime*[1980] *et à la protection des libertés et des droits fondamentaux des personnes physiques qu'il vise à assurer* »[1981]. Ainsi, la notion de données relatives à la santé ne s'applique pas seulement aux données de nature proprement médicales, telles que les ordonnances ou les diagnostics, mais s'étend à toutes les données, quelle que soit leur nature ou leur source[1982], permettant de connaître, directement ou indirectement, l'état de santé d'une personne. En droit interne, le Conseil d'État[1983] et la CNIL ont pris le soin de préciser l'étendue de cette catégorie de données, il s'agit ainsi non seulement des données relatives à l'état physique et à l'état psychique d'une personne[1984], mais également de celles relatives aux addictions[1985] ou encore au handicap[1986]. Dès lors, « *les conséquences de la perte, de l'accès illégitime ou encore de la modification non désirée de données sont de deux ordres : ces évènements portent atteinte à la confidentialité des données - et partant, au secret médical* »[1987].

388. Les traitements de données de santé. Cette catégorie particulière de données de santé[1988] bénéficie d'un régime de protection spécifique dû à « *la gravité de l'ingérence résultant de ce traitement de données* »[1989]. Ce régime spécifique est celui d'une interdiction de principe de les

---

[1979] E. BROSSET, « Le droit à l'épreuve de la e-santé : quelle « connexion » du droit de l'Union européenne ? », *RDSS* 2016, p. 869 : CJCE, 6 nov. 2003, aff. C-101/01, *Bodil Lindqvist* qui a apporté quelques précisions, considérant qu'eu égard à l'objet de la directive 95/46, « l'expression « données relatives à la santé » appelle une interprétation large de sorte qu'elle comprenne des informations concernant tous les aspects, tant physiques que psychiques, de la santé d'une personne ».

[1980] Relatif aux données sensibles

[1981] CJUE, 1er août 2022, aff. C-184/20, pt. 124-127.

[1982] Cela inclut par exemple les données de santé transmises par les objets connectés, ou par les personnes elles-mêmes *via* un dispositif médical : v. A. MENDOZA-CAMINADE, « *Big data* et données de santé : quelles régulations juridiques ? », *RLDI*, 2016, n°127 ; E. BROSSET, « Le droit à l'épreuve de la e-santé : quelle « connexion » du droit de l'Union européenne ? », *RDSS* 2016, p. 869.

[1983] Conseil d'État, Juge des référés, 26/06/2020, 441065, Inédit au recueil Lebon. *Par ordonnance en date du 26 juin 2020, le juge des référés du Conseil d'État a donné une première définition des données de santé, « celle qui porte sur une personne identifiable et vise à apprécier l'état d'un paramètre significatif de son état de santé au regard d'une pathologie particulière* ». Il mentionne en ce sens que la mesure de la température corporelle d'une personne constitue un traitement de données de santé.

[1984] CNIL, délibération du 13 juin 2006 ; n° 2006-167 ; B. VIAU et R. PERRAY : « Vers le retour du fichage des personnes atteintes de troubles mentaux ? », *Gaz. Pal*., 13-15 janv. 2008, p. 7.

[1985] CNIL, délibération du 10 oct. 2013 ; n° 2013-282.

[1986] Le Conseil d'État a ainsi qualifié de donnée relative à la santé « *une donnée donnant une information sur la nature, la durée, ou la gravité d'une affection* », CE, 19 juill. 2010, n° 334014, *Fristot et Mme Charpy*.

[1987] L. CLUZEL-MÉTAYER, A. FRANÇOIS, « La protection des données personnelles à l'épreuve de la télémédecine », *RDSS*, 2020, p. 51.

[1988] Bien que l'ensemble des données médicales nécessaires à la prise en charge sanitaire du patient ne présentent pas le même degré d'intimité, v. A. VOILLEMET, *L'usage de la donnée médicale : Contribution à l'étude du droit des données*, thèse dactyl., Valenciennes, 2022, p. 54.

[1989] CJUE, 24 sept. 2019, n° C-136/17, *GC, AF, BH, ED c/ CNIL*, pt. 44. : « consistant à assurer une protection accrue à l'encontre de tels traitements qui, en raison de la sensibilité particulière de ces données, sont susceptibles de constituer, ainsi qu'il ressort également du considérant 33 de cette directive et du considérant 51 de ce

inclure dans un traitement de données[1990] auquel on peut déroger selon une liste limitative d'exceptions interprétables strictement[1991]. Par exemple, le « *consentement constitue l'une des exceptions à l'interdiction du traitement des données sensibles*[1992]*, qui est donc supplétive de volonté* »[1993]. Cependant, le seuil d'expression du consentement requis pour un traitement de données diffère, d'une part, du traitement de données qui ne sont pas sensibles, et d'autre part, du consentement donné dans le cadre d'une prise en charge sanitaire, en cas d'échange ou de partage d'informations. Ainsi, lorsque l'article L. 1110-4 du CSP ne réclame pas de consentement préalable mais prévoit simplement un droit d'opposition du patient à cette transmission d'information, cette transmission qui forme parallèlement un traitement de données est soumise à un consentement « explicite » selon le RGPD, rendant un consentement tacite insuffisant. Au rang des exceptions à l'interdiction de traitement de ces donnée figurent également les traitements pour des motifs d'intérêt public dans le domaine de la santé publique, les traitements aux fins de garantir des normes élevées de qualité et de sécurité des soins de santé et des médicaments ou des dispositifs médicaux, ou encore pour la recherche scientifique[1994]. En matière de télémédecine, ni le numéro de sécurité sociale (NIR)[1995], ni les données administratives permettant la facturation de l'acte de télémédecine ne sont considérés comme étant des données de santé[1996]. Cela signifie que leur régime n'est pas identique, elles ne relèvent pas du secret professionnel[1997]. A l'inverse, le décret du 9 octobre 2015[1998] mentionne « *les résultats d'analyse et d'examen, les éventuels clichés, images, photos et autres supports numériques nécessaires à la réalisation de l'acte* ». La difficulté principale réside dans les données issues d'outils d'automesure connectés et leur entée ou non dans la catégorie des données de santé qui leur offre une protection particulière[1999].

règlement, une ingérence particulièrement grave dans les droits fondamentaux au respect de la vie privée et à la protection des données à caractère personnel »

[1990] RGPD, art. 9§1 ; Loi 6 janv. 1978, art 6, I.

[1991] CJUE, 4 juill. 2023, n° C-252/21, *Meta Platforms Inc c/Bunderskartellamt*, pt.76. Pour aller plus loin sur l'interprétation stricte des exceptions en droit de l'UE, V. T. DOUVILLE, *Droit des données à caractère personnel*, LGDJ, 1ère éd., 2023, p. 209.

[1992] RGPD, art. 9§2, a.

[1993] T. DOUVILLE, *Droit des données à caractère personnel*, LGDJ, 1ère éd., 2023, p. 210.

[1994] J. BOSSI MALAFOSSE, « Le traitement des données de santé et le règlement européen sur la protection des données du 27 avril 2016 », *Comm. Com. Elctr*. 2018, dossier 12, p. 2.

[1995] Pour Numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP).

[1996] Décret n° 2015-1263, 9 oct. 2015, art. 2, v. ég. A. FRANÇOIS, L. CLUZEL-MÉTAYER, « La protection des données personnelles à l'épreuve de la télémédecine », *RDSS* 2020, p. 51

[1997] CSP, art. L. 1110-4.

[1998] Décret du 9 oct. 2015 *op. cit.*

[1999] M. LANNA, *La protection des données personnelles à l'épreuve de l'automesure connectée*, Thèse dactyl., Univ. Paris II, déc. 2019.

389. Un statut limitrophe entre deux régimes juridiques. La particularité des traitements de données relatives à la prise en charge médico-sociale réside dans leur existence à la frontière entre le droit des données à caractère personnel et le droit de la santé[2000]. Même si le CSP ne prévoit des dispositions que pour les traitements de données médicales, qui est une sous-catégorie de la catégorie des données concernant la santé[2001], plusieurs d'entre elles tiennent aux données traitées par les professionnels et au respect de la vie privée des patients. C'est d'ailleurs le cas des dispositions concernant le secret médical, « *dont la combinaison avec l'exigence de confidentialité des données se pose* »[2002]. La question fondamentale qui peut se poser est alors celle de l'agencement entre les dispositions du CSP et du droit des données à caractère personnel. Thibaut DOUVILLE résume parfaitement la problématique en s'interrogeant de la sorte : « *doit-on écarter les règles du droit des données en faveur de celles du CSP en raison de leur caractère spécial ? D'évidence on peut le penser. Néanmoins dans ce cas, encore faut-il que les conditions de la marge de manœuvre laissée aux États membres à propos des données concernant la santé soient remplies. Remarquons que le CE, à propos de l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, a admis l'application cumulative du CSP et du RGPD*[2003] »[2004].

2) Le secret professionnel mentionné par le RGPD

390. Caractère personnel et secret. La prise en charge médicale nécessite la collecte et la transmission d'informations et donc de données, néanmoins, « *toutes les informations à caractère secret sont des données à caractère personnel […] Toutes les données de santé ne sont pas des informations à caractère secret* »[2005]. L'articulation entre le secret des informations relatives au malade et certains dispositifs techniques tels que les dossiers informatisés pose nécessairement la question de la préservation de la confidentialité des dispositifs de stockage. De même, l'échange et le partage d'informations, tels que prévus à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, constituent une forme de communication[2006], donc de transmission des données. La communication par transmission des données étant un traitement mais également

[2000] Parallélisme des réglementations entre secret professionnel et confidentialité des données de santé, v. C. LANTERO, « Télémédecine et droits des patients », *RDSS*, 2020, p. 61.
[2001] T. DOUVILLE, *Droit des données à caractère personnel*, *op. cit.*, p. 565
[2002] V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, Thèse dactyl, Université de Lorraine, 2019.
[2003] CE, 10e ch., 18 nov. 2021, n°4487299, Gaz. Pal., n°12, 12 avr. 2022, obs. T. DOUVILLE
[2004] T. DOUVILLE, Droit des données à caractère personnel, *op. cit.*, p. 565.
[2005] V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, *op. cit.* p. 173.
[2006] *Ibid*. p. 194 et s.

une révélation d'informations couvertes par le secret, les conditions de cette communication nécessitent une articulation entre le secret professionnel et les dispositifs de protection des données personnelles, car « *les données à caractère personnel peuvent être une information nominative ou une partie seulement d'une information. Dès lors que cette partie, même infime, permet – par corrélation ou inférence – de rendre la personne qu'elle concerne identifiable, elle redevient une information* »[2007].

391. Caractère sensible. En reprenant le principe déjà formulé dans la directive n° 95/46/CE[2008], le RGPD pose un cadre restrictif relatif au traitement de données médicales, considérées comme sensibles, et « *en découle, pour les télépatients, la consécration de toute une panoplie de droits : droit au secret médical, qui s'analyse alors comme un droit à la confidentialité et à la non-divulgation des données* »[2009]. Le principe de l'interdiction du traitement des données sensibles, en particulier des données relatives à la santé, connaît certaines exceptions, énumérées à l'article 9, paragraphe 2, du RGPD[2010], dont l'une spécifique au secret professionnel des professionnels de la santé[2011]. En effet, le paragraphe 3 de cet article 9 précise que les données doivent être traitées par un professionnel de la santé soumis au secret professionnel[2012]. C'est ce secret professionnel auquel sont astreints les professionnels de santé[2013], alors responsables de traitement[2014], qui permet de déroger au principe de l'interdiction du traitement des données à caractère sensible, en particulier des données à

[2007] *Ibid*., p. 169.

[2008] « 1. Les États membres interdisent le traitement des données à caractère personnel qui révèlent l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques, l'appartenance syndicale, ainsi que le traitement des données relatives à la santé et à la vie sexuelle » ; directive n° 95/46/CE, art. 8, § 1.

[2009] L. CLUZEL-MÉTAYER, A. FRANÇOIS, « La protection des données personnelles à l'épreuve de la télémédecine », *RDSS*, 2020, p. 51.

[2010] Qui étaient déjà prévues à l'article 8, paragraphes 2 et 3, de la directive de 1995 et transposées, depuis 2004, au II. de l'article 8 de la loi du 6 janvier 1978, désormais art. 44 : « *Les traitements nécessaires aux fins de la médecine préventive, des diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements, ou de la gestion de services de santé et mis en œuvre par un membre d'une profession de santé, ou par une autre personne à laquelle s'impose en raison de ses fonctions l'obligation de secret professionnel dont l'atteinte est réprimée par l'article 226-13 du code pénal* ».

[2011] RGPD, art. 9, 2., h).

[2012] « *Les données à caractère personnel visées au paragraphe 1 peuvent faire l'objet d'un traitement aux fins prévues au paragraphe 2, point h), si ces données sont traitées par un professionnel de la santé soumis à une obligation de secret professionnel conformément au droit de l'Union, au droit d'un État membre ou aux règles arrêtées par les organismes nationaux compétents, ou sous sa responsabilité, ou par une autre personne également soumise à une obligation de secret conformément au droit de l'Union ou au droit d'un État membre ou aux règles arrêtées par les organismes nationaux compétents* »

[2013] Comme le régime applicable dépend de la qualité du responsable de traitement, en matière de télémédecine « *la qualification de responsable de traitements du dispositif de télémédecine est donc primordiale pour pouvoir appliquer les règles adéquates* » : L. CLUZEL-METAYER, A. FRANÇOIS, « La protection des données personnelles à l'épreuve de la télémédecine », *RDSS* 2020, p. 51.

[2014] Cf. *infra* n° 439.

caractère médical « *dans la mesure où ces données sont couvertes par un tel secret, le traitement dont elles sont l'objet ne risque pas d'exposer l'intéressé à leur divulgation au public* »[2015]. Cette précision est également présente dans la loi de 1978[2016], telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, transposant les dispositions de la directive[2017], puis, plus récemment, par la loi du 20 juin 2018[2018]. Le secret professionnel dont il est question ne se limite pas exclusivement au secret des seules informations médicales[2019] ni aux seules professions de santé[2020]. Si l'existence d'un secret professionnel est une condition *sine qua non* de la transmission par les professionnels de santé, les destinataires des données sont également soumis à ce secret professionnel, que ce soit la personne mettant en œuvre le traitement ou les personnes qui entendent accéder aux données[2021]. La confidentialité des données à caractère personnel doit alors être garantie à l'occasion de leur transmission[2022].

392. Une exception fondée sur le secret. L'existence du secret professionnel justifie également une exception à l'obligation de communication des données en cas de collecte indirecte de celles-ci[2023]. Le RGPD impose aux responsables du traitement la communication à toutes les personnes auprès desquelles des données ont été collectées un certain nombre d'informations, que ces données aient été collectées directement auprès des personnes concernées ou, indirectement auprès de tiers. Il est possible de déroger aux obligations de transmission des données « *dans le cas et dans la mesure où celles-ci sont couvertes par des règles de secret professionnel* »[2024]. Cette règle de secret professionnel n'a pas nécessairement

---

[2015] A. DÉROUDILLE, « Le secret professionnel dans le règlement général sur la protection des données », *RFDA*, n°6, 2018, p. 1112.

[2016] Loi du 6 janvier 1978, art 44 : « *Les traitements nécessaires aux fins de la médecine préventive, des diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements, ou de la gestion de services de santé et mis en œuvre par un membre d'une profession de santé, ou par une autre personne à laquelle s'impose en raison de ses fonctions l'obligation de secret professionnel dont l'atteinte est réprimée par l'article 226-13 du code pénal* ».

[2017] Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ; JORF n° 182 du 7 août 2004 p. 14063.

[2018] Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, modifiant la loi n° 78-17 du 6 janv. 1978.

[2019] CE, 17 nov. 2017, n° 401212 ; Crim., 8 juill. 2015, n° 13-86.267 publié au Bull. ; « L'homosexualité en mémoire, ou de l'intérêt supérieur de la santé publique », RSC 2015. 651, obs. Y. MAYAUD ; pour aller plus loin v. A. DÉROUDILLE, Le secret professionnel dans le règlement général sur la protection des données, *op. cit.*, p. 1112.

[2020] Loi du 6 janvier 1978, art 44 : « ou par une autre personne à laquelle s'impose en raison de ses fonctions l'obligation de secret professionnel dont l'atteinte est réprimée par l'article 226-13 du code pénal »

[2021] Loi du 6 janvier 1978, art 68.

[2022] Loi du 6 janvier 1978, art 68, al. 2.

[2023] RGPD, art. 14.5.

[2024] A. DÉROUDILLE, « Le secret professionnel dans le règlement général sur la protection des données », *op. cit.*, p. 1112. ; RGPD, art. 14.5, d).

à ressortir d'une obligation légale puisque l'article 14.5 emploie l'expression « *y compris une obligation légale* ».

393. Une protection double de la confidentialité des informations. Le secret professionnel, obligation de confidentialité opposable *erga omnes*[2025], génère dans un contexte de dématérialisation[2026] une forme d'inquiétude au regard des risques de piratage des données[2027]. C'est pourquoi la gestion des données de santé dans son exhaustivité est « *nettement plus encadrée et donc pénalisable, et doit conjuguer textes de lois Santé, respect du secret professionnel médical et RGPD au mieux et dans l'intérêt du patient à court, moyen et long termes* »[2028]. Preuve de la protection renforcée de la vie privée des patients, le traitement de telles données sensibles, hors des cas autorisés par les directives, peut faire l'objet de poursuites pénales, en application de l'article 226-19 du code pénal[2029]. La protection réglementaire relative aux données de santé[2030] constitue dès lors un frein supplémentaire aux élans de l'administration pour s'immiscer dans la relation de soins, relation reposant sur la confiance et donc la confidentialité. Cependant, dans un contexte pénitentiaire, si comme tout acte médical, les actes de télémédecine sont une source de production de données médicales[2031], « *la multiplication et la diversification des données collectées, la facilité avec laquelle elles peuvent être transmises d'un opérateur à un autre, et les performances des logiciels d'analyse de données emportent de nombreux risques de détournements, qui sont susceptibles d'affecter la*

[2025] E. TERRIER, « Le secret professionnel - CAA Paris, 31 mars 2004, req. n° 99PA02875 », *RDS*, n°1, p. 55.
[2026] V. not. S. HENNION, « Le partage du secret professionnel à l'ère du numérique », *RDSS*, 2020, p. 129 ; E. BUCKI, *La dématérialisation en établissement de santé : analyses juridiques*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2022 ; F. STEFANI, « Le secret médical à l'épreuve des nouvelles technologies », D., 2009, p. 2636 ; C. ZORN, *Données de santé et secret partagé : pour un droit de la personne à la protection de ses données de santé partagées*, thèse dactyl., Nancy, 2009 ; C. LANTERO, « Télémédecine et droits des patients », *RDSS*, 2020, p. 61
[2027] C. LANTERO, « Télémédecine et droits des patients », *RDSS*, 2020, p. 61.
[2028] B. PY. « Le secret professionnel est-il un droit du patient ? », *RDSS*, 2022, n°2, p.225 ; pour aller plus loin, *V.* V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2019.
[2029] C. pén., art. 226-19, « *Le fait, hors les cas prévus par la loi, de mettre ou de conserver en mémoire informatisée, sans le consentement exprès de l'intéressé, des données à caractère personnel qui, directement ou indirectement, font apparaître les origines raciales ou ethniques, les opinions politiques, philosophiques ou religieuses, ou les appartenances syndicales des personnes, ou qui sont relatives à la santé ou à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre de celles-ci, est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 300 000 € d'amende. Est puni des mêmes peines le fait, hors les cas prévus par la loi, de mettre ou de conserver en mémoire informatisée des données à caractère personnel concernant des infractions, des condamnations ou des mesures de sûreté* ».
[2030] Pour aller plus loin, v. A. DÉROUDILLE, Le secret professionnel dans le règlement général sur la protection des données, *op. cit.*, p. 1112 ; V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, *op. cit.*
[2031] A. VOILLEMET, *L'usage de la donnée médicale : Contribution à l'étude du droit des données*, *op. cit.*, p. 67.

protection de la vie privée, de l'identité et des droits fondamentaux des personnes concernées »[2032].

B. L'utilisation des données au service d'une surveillance généralisée

394. Dans la réalité carcérale, est-ce que les règles relatives à la confidentialité des données permettent de maintenir le secret ? Bien que le législateur français ait pris soin de rendre ce secret « médical » opposable à tout contrôle portant sur les données à caractère personnel[2033], un contrôle de fait est opéré par les pouvoir publics (**1**), auquel s'ajoute une fuite des données des patients qui utilisent des outils privés (**2**).

1) Une surveillance active des détenus par les pouvoirs publics

395. Le besoin de connaissance de l'administration. Dans son rapport « *Données personnelles et société de l'information* », Guy BRAIBANT avertissait déjà en 1998 que *« les bénéfices, directs ou indirects, de ces traitements sont incontestables, dès lors qu'ils restent dans le cadre de finalités expressément définies* »[2034]. Or, selon Valérie OLECH, les données personnelles sont collectées afin de gérer le système de santé, c'est-à-dire de l'administrer[2035]. Ainsi la question du maintien du secret des informations recueillies dans le domaine de la santé est secondaire, les opérations de traitement interviennent car c'est le besoin de connaissance de l'administration qui va influer sur ce régime[2036].

396. Les multiples vies de la donnée collectée. La confidentialité rencontre indubitablement un obstacle lorsque l'on s'attarde sur le « *traitement ultérieur* »[2037] qui peut être fait des données

---

[2032] G. BRAIBANT, Rapport au Premier ministre, « Données personnelles et société de l'information », La Documentation française, 1998, p. 6.

[2033] Loi du 6 janvier 1978, art. 19, al. 8 : « Le secret médical est opposable s'agissant des informations qui figurent dans un traitement nécessaire aux fins de la médecine préventive, de la recherche médicale, des diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements, ou de la gestion de service de santé. La communication des données médicales individuelles incluses dans cette catégorie de traitement ne peut alors se faire que sous l'autorité et en présence d'un médecin. »

[2034] G. BRAIBANT, Rapport au Premier ministre, « Données personnelles et société de l'information », La Documentation française, 1998, p. 6.

[2035] V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, *op. cit.* p. 169 : elle mentionne en ce sens que le glissement de l'administration vers la gestion et le management est une question propre au *New management public*.

[2036] *Ibid*. p. 169.

[2037] RGPD, art. 5, § 1er, b) : les données ne doivent « *pas être traitées ultérieurement d'une manière incompatible avec ces finalités ; le traitement ultérieur à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques n'est pas considéré, conformément à l'article 89, paragraphe 1, comme incompatible avec les finalités initiales (limitation des finalités)* » ; Pour aller plus loin sur la notion de

par celui qui les a collectées ou non. Au-delà de la question de la licéité d'un tel traitement, la proposition de règlement sur l'espace européen des données de santé mentionne l'utilisation secondaire des données. Elle correspond à une utilisation des données dans d'autres fins, limitativement énumérées, que la prise en charge sanitaire d'une personne, qui elle correspond à l'utilisation primaire des données[2038]. Thibaut DOUVILLE pointe un manque potentiel de cohérence du droit de l'Union dans le choix de ses qualificatifs[2039]. Dans le domaine médical, ce sont des atteintes à la vie privée que l'on pourrait qualifier de communes, car leur occurrence apparait à l'occasion de la prise en charge sanitaire. Cette dynamique impulsée par le développement de la recherche médicale, dont l'IA va sans aucun doute accroitre l'inertie, impose un besoin grandissant de données de plus en plus invasives. A l'image du DMP, le système de santé ne se limite plus au stockage des données de santé, leur communication est désormais centrale au fonctionnement de notre système, « *aussi la mémorisation par le biais des dispositifs techniques induit une circulation des données* »[2040]. Les destinataires des données n'étant pas par nature soumis au secret, l'atteinte à la vie privée n'en est que plus évidente.

397. La multiplication des fichiers et les risques de surveillance publique. Ironiquement, le développement d'une législation spécifique en matière de traitement informatique des données à caractère personnel[2041] est intervenu en France à l'occasion d'un scandale relatif aux fichiers informatiques centralisés, le projet SAFARI[2042]. Ce projet avait pour objectif de donner à l'administration française l'accès à l'ensemble des informations enregistrées sur une personne[2043] en interrogeant d'une traite tous les fichiers informatiques, créant ainsi une « *porte*

traitement ultérieur des données, v. T. DOUVILLE, « Important arrêt sur le traitement ultérieur de données à caractère personnel », *RTD com*, 2023, p. 137.

[2038] Proposition de règlement relatif à l'espace européen des données de santé, COM (2022) 197 final, 3 mai 2022, art. 2, 2) : d) «utilisation primaire des données de santé électroniques», le traitement de données de santé électroniques à caractère personnel pour la fourniture de services de santé visant à évaluer, maintenir ou rétablir l'état de santé de la personne physique à laquelle ces données se rapportent, y compris la prescription, la dispensation et la fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que pour les services de sécurité sociale, administratifs ou de remboursement pertinents;

[2039] Notamment au regard de l'arrêt de la CJUE qui se prononce pour la première fois sur la notion de traitement « ultérieur » de données à caractère personnel ; RGPD, art. 5, § 1er, b).

[2040] V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, *op. cit.*, p. 194.

[2041] Pour aller plus loin, *V.* A. DEBET, J. MASSOT, N. METALLINOS, *Informatique et libertés : la protection des données à caractère personnel en droit français et européen*, Lextenso éditions, coll. « Les Intégrales », 2015, p. 32.

[2042] Système automatisé pour les fichiers administratifs et le répertoire des individus.

[2043] Rassemblement des données enregistrées dans les mémoires et les fichiers des divers services publics ou para-publics tels que les services de police, ministères de la justice, des armées, la sécurité sociale, banques, etc. ; Pour aller plus loin v. not. C. POULAIN, « Le projet SAFARI (1970-1974) », *Terminal*, 2022 p. 134-135.

ouverte à la mise en fiche des citoyens »[2044]. La création d'une Commission informatique et libertés « *chargée de proposer des mesures pour garantir le respect de la vie privée et des libertés face au développement de l'informatique dans les différents secteurs tant public que privé* » intervint rapidement pour contrer l'émoi de la population à la découverte de ce projet[2045]. Déjà en 1998 était annoncé le constat que le développement de l'utilisation d'outils informatiques conduit à ce que « *chaque individu soit « fiché » plusieurs centaines, voire plusieurs milliers de fois* »[2046] par l'État. Les fichiers administratifs auraient trois utilités comme instrument de l'action[2047] : connaître, contrôler, et gérer. Cette analyse s'applique *a fortiori* aux fichiers de santé[2048], « *or, si l'État doit composer avec les dispositions relatives à la protection des données personnelles pour atteindre ses objectifs et rationnaliser ses efforts, le secret professionnel peut également constituer un frein à la connaissance qui conditionne toute gestion efficace du système de santé* »[2049].

398. Le fichage des détenus. En détention, le numérique serait un « *outil de perfectionnement des pouvoirs de l'administration pénitentiaire* »[2050], et l'adage « *l'information, c'est le pouvoir* » trouverait alors tout son sens lorsque la prison devient un espace « *traversé par les effets de savoir-pouvoir* »[2051], à l'image du fichier GENESIS[2052]. La mise en place d'un tel fichier informatique laisse floues les ambitions de l'administration, tant il mêle des finalités censées être ambivalentes. Plus récemment, le Conseil d'État a censuré partiellement ce fichier pénitentiaire dont « *la durée de conservation […] des données relatives à la santé des détenues est disproportionnée par rapport à la finalité du fichier* »[2053]. Si le Conseil a estimé que le fichier ne comportait pas les garanties suffisantes quant aux finalités et aux limitations d'accès, cela pose question s'agissant de l'accès – ou du moins la volonté d'accès – aux fichiers par

---

[2044] « BIG BROTHER, Safari et la (nouvelle) chasse aux Français », *Le Monde*, 23 déc. 2010, https://www.lemonde.fr/blog/bugbrother/2010/12/23/safari-et-la-nouvelle-chasse-aux-francais/

[2045] P. BOUCHER, « Safari » ou la chasse aux français, *Le Monde*, 21 mars 1974, p. 9. https://www.cnil.fr/sites/cnil/files/atoms/files/le_monde_0.pdf ;

[2046] G. BRAIBANT, Rapport au Premier ministre, *Données personnelles et société de l'informations*, La Documentation française, 1998, p. 6.

[2047] J. CHEVALLIER, « Ficher, c'est encore administrer », *in* F. EDDAZI et S. MAUCLAIR (dir.), *Le fichier*, LGDJ, 2017.

[2048] F. GRANET, « Les fichiers sanitaires automatisés », *D.* 1995, p. 10 ; M.-C. PONTHOREAU, « La protection des personnes contre les abus de l'informatique », *RFDA* 1996, p. 796 ; cités par V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, *op. cit.*, p. 190.

[2049] *Ibid*., p.191

[2050] C. COURT, « L'usage du numérique en milieu carcéral », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 2015/3 (N° 3), p. 693-703.

[2051] *Ibid*.

[2052] Décret n° 2014-558 du 30 mai 2014.

[2053] *V.* ég. « Censure partielle d'un fichier de détenus, Conseil d'État 9 novembre 2015 », *AJDA*, 2016, p. 527.

l'administration et particulièrement l'autorité judiciaire[2054], que les raisons puissent paraître légitimes[2055] ou non. Cela conduit certains auteurs à estimer que l'intimité des détenus est mise à mal « *dans l'ombre du monde* »[2056] car ils « *ne peuvent se cacher du panoptisme pénitentiaire qu'il soit l'œil du surveillant ou le logiciel totalitaire Genesis* »[2057].

399. Du panoptisme à l'écranisme. Ces « *entreprises de classification* » constituent des « *dystopies documentaires* »[2058] ou encore des « *contre-utopies de la surveillance* »[2059]. Le président de la république a appelé à une « *société de vigilance* »[2060], il ne fait aucun doute que la prolifération des outils de production et de collecte de données favorise un environnement de surveillance[2061], à tel point que nous passons petit à petit d'une société d'information à une société du renseignement[2062]. La frontière entre vie privée, voire intime, et vie publique, s'émousse avec l'essor des bases de données, le « *système combine une surveillance permanente et intrusive avec un processus bureaucratique qui a peu de compassion ou de flexibilité* »[2063], à l'image de la théorie de « *l'état de surveillance totale* »[2064] de James B. RULE qui estime que l'augmentation des fichiers favorise l'évolution de « *systèmes de surveillance* »

[2054] *V.* M. HERZOG-EVANS, « Feu le DAVC annulé par le Conseil d'État – Conseil d'État 11 avril 2014 » *AJ pénal* 2014, p. 255 ; *V.* not. V. OLECH, « Quand le Conseil d'État fragilise le secret professionnel médical au nom de la sécurité carcérale… », *RDS*, n°60, 2014, p.1455-1458 ; M. HERZOG-EVANS, « Le CEL, annulé mais GIDE demeure – Conseil d'État 4 juin 2012 » – *AJ pénal* 2014, p. 198.

[2055] Exemple des JAP ayant un besoin criant de compétences évaluatives permettant de mieux orienter le suivi, v. M. HERZOG-EVANS, « Feu le DAVC annulé par le Conseil d'État – Conseil d'État 11 avril 2014 » *AJ pénal* 2014, p. 255.

[2056] D. FASSIN, *L'ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale.* Seuil 2015, coll. « La couleur des idées », cité par D. MICHEL. « Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? », *L'information psychiatrique*, vol. 91, no. 8, 2015, pp. 662-670.

[2057] D. MICHEL. « Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? », *op. cit.*

[2058] O. LE DEUFF, « Utopies documentaires : de l'indexation des connaissances à l'indexation des existences », *Communication & Organisation*, 2015/2, n°48, p. 93-106.

[2059] *Ibid.*

[2060] Attentat à la Préfecture de police : Macron appelle la nation à se mobiliser face à « l'hydre islamiste » *Le Monde avec AFP*, 8 oct. 2019, disponible en ligne sur https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/10/08/attentat-a-la-prefecture-de-police-de-paris-emmanuel-macron-rendra-hommage-aux-victimes-mardi_6014631_3224.html

[2061] v. not. I. ABOUT, V. DENIS. « V. Régime de surveillance et technologies informatiques (milieu du XXe siècle-début du XXIe) », Ilsen About éd., Histoire de l'identification des personnes. La Découverte, 2010, pp. 95-102.

[2062] P. SÉGUR et al., *Un monde sous surveillance ?* Presses universitaires de Perpignan, 2011 : le renseignement étant l'information désormais captée et non en simple libre accès.

[2063] D. SOLOVE, 2004, *The Digital Person. Technology and Privacy in the Information Age*, New York, NYUP *in* O. AÏM, *Les théories de la surveillance, Du panoptique aux Surveillance Studies*, Armand Colin, 2020.

[2064] J. B. RULE, *Private Lives and Public Surveillance*, Allen Lane, 1973 : Le contrôle, le « tri social » et le « maintien de l'ordre » transparaissent dans des opérations de plus en plus techniques de gestion, de fichage, de suivi, mais aussi de conduite et d'éducation de la population. Cela amène l'auteur à parler de « systèmes de surveillance » conçus pour « collecter et conserver de l'information » sur les individus. Ces systèmes trouvent un double indice dans l'augmentation des fichiers. Définition surveillance : « toute attention systématique à la vie d'une personne visant à exercer une influence sur elle ».

conçus pour collecter et conserver de l'information sur les individus[2065]. On retrouve alors le fameux panoptique de BENTHAM[2066] à travers ce que certains auteurs appellent le régime synoptique, qui peut se définir comme « *l'incarnation écranique* » du panoptisme[2067], que l'on retrouve également dans la notion de « *monitoring* »[2068], expression moderne du « coup d'œil », du « tout voir » ou encore de la « *domination du regard* »[2069] auxquels les détenus sont particulièrement exposés.

400. La télémédecine comme nouvelle corde à l'arc de la surveillance généralisée. La télémédecine n'est pas en reste tant son fonctionnement rappelle le télécran[2070] d'Aldous HUXLEY dans 1984, figuration de Big Brother au sein des foyers. Quelle différence voit-on alors avec l'actuelle domotique ? L'explosion de l'usage de la télémédecine en détention peut, on l'a dit, faire intervenir des outils et capteurs au sein même des cellules et rejoindre ainsi cette crainte légitime de « l'omni-voyance » ou du « *réseau d'observation permanente* »[2071], qui mènerait à une forme de « *filet carcéral subtil* »[2072]. Pour Catherine REGIS, les « *robots soignants* » mettent sur la table deux types d'enjeux, l'appauvrissement des relations humaines et la préservation d'espaces d'intimité pour les patients[2073]. La présence constante d'outils robotiques ou d'IA au domicile d'un patient, et dans notre cas dans la cellule par exemple, soulève naturellement la question de la préservation des espaces d'intimité. D'autant plus que la France a déjà été condamnée plusieurs fois sur le fondement de l'article 3 de la CEDH pour l'indignité de ses conditions de détention[2074], et que la Cour veille également sur le fondement

---

[2065] v. not. O. AÏM, *Les théories de la surveillance, Du panoptique aux Surveillance Studies,* Armand Colin, 2020.
[2066] C. LAVAL, « Surveiller et prévenir. La nouvelle société panoptique », *Revue du MAUSS*, vol. 40, no. 2, 2012, pp. 47-72 : « *Un modèle d'architecture applicable à de nombreuses sortes de constructions qui permet de « tout voir » (ce que veut dire précisément le terme de panoptique). Ce panoptique, qui a d'abord été pensé comme un modèle de prison, est plus largement un principe d'organisation sociale et politique, particulièrement adapté aux sociétés modernes à la recherche de la plus grande efficacité productive, de la plus grande liberté d'action économique, de la plus grande sécurité possible* ».
[2067] O. AÏM, *Les théories de la surveillance, Du panoptique aux Surveillance Studies, op. cit.*.
[2068] « *Ensemble de techniques permettant d'analyser, de contrôler, de surveiller soit, en électronique, la qualité d'un enregistrement, soit, en médecine, les réactions physiopathologiques d'un patient* », CNTRL, TLFi, V. « monitoring ».
[2069] B. LATOUR, 1987, « Les "vues" de l'esprit », Réseaux, n° 27.
[2070] De l'anglais « *telescreen* », écran réversible permettant de diffuser des messages, mais aussi d'enregistrer des conversations, des attitudes, des mouvements corporels, ou de simples gestes : des données.
[2071] M. FOUCAULT, surveiller et punir, Gallimard, coll. Tel, p. 345.
[2072] *Ibid*.
[2073] C. RÉGIS, « Comment l'IA va transformer le système de santé », The Conversation, *op. cit.*
[2074] CEDH 6 juill. 2023, *B.M. et a. c/ France*, n° 84187/17, v. M. DOMINATI, Conditions de détention indignes : la France encore condamnée par la CEDH, 12 juillet 2023 ; CEDH 30 janv. 2020, n° 9671/15, *J.M.B. c/ France ;* CEDH 21 mai 2015, n° 50494/12, *Yengo c/ France ;* CEDH 19 févr. 2015, *Kelhal c/ France* , n° 10401/12 ; pour aller plus loin, v. A. BONNE-HARBIL, Droit et santé en détention, Thèse, UL, 2016.

de l'article 8[2075] concernant la gestion des données de santé des personnes détenues. Catherine REGIS propose en ce sens de s'inspirer du droit à la déconnexion[2076] qui se développe en Amérique du Nord et que l'on connait depuis le *Covid-19* et la multiplication du télétravail[2077] en France. Ce droit à la déconnexion numérique serait alors étendu à tout dispositif numérique connecté susceptible de collecter et transmettre des données au personnel soignant ou à des membres de la famille par exemple, ou encore d'analyser en direct les constantes et comportements du patient pour le conseiller.

401. Centralisation des données et surveillance. La complexité du régime encadrant les données personnelles tient aussi au fait, que l'accès à ces données doit, paradoxalement, être facilité[2078]. Pour la recherche, la politique d'*open data* ouvre des brèches permettant la dilution du secret professionnel[2079]. Or, le besoin de centralisation des données[2080] forme également le pilier de la « *gouvernance algorithmique* » dont les ailes se sont pleinement déployées pendant la crise sanitaire[2081], malgré les critiques[2082]. Sous couvert d'apporter une forme de sécurité en restreignant toute forme de dissémination des données à caractère personnel, cette centralisation confie un « *pouvoir de surveillance accrue aux autorités étatiques* »[2083], en passant au tamis les

[2075] CEDH, 2 juin 2009, *Szuluk c/ Royaume-Uni*, n° 36936/05.

[2076] Apparu expressément dans le Code du travail qu'en 2016, dans le cadre de la négociation obligatoire sur la qualité de vie au travail (QVT). A défaut de définition, la loi semble lui assigner comme objectifs d' « assurer le respect des temps de repos et de congé ainsi que de la vie personnelle et familiale ». ; LOI n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, art 55, « ° *Les modalités du plein exercice par le salarié de son droit à la déconnexion et la mise en place par l'entreprise de dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, en vue d'assurer le respect des temps de repos et de congé ainsi que de la vie personnelle et familiale* » ; Pour aller plus loin v. not. C. MATHIEU, M.-M. PÉRETIÉ, A. PICAULT, « Le droit à la déconnexion : une chimère ? », *Rev. trav.*, 2016, p. 592 ; L. de MONTVALON, L. ENJOLRAS, « Régulation de la charge de travail et droit à la déconnexion, entre prévention des risques et promotion de la santé mentale des travailleurs », *Rev. trav.*, 2023, p. 606.

[2077] Accord relatif à la mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique, 13 juillet 2021 ; Accord relatif à la mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique, JORF n°0079 du 3 avril 2022.

[2078] M.-C. PONTHOREAU, « La protection des personnes contre les abus de l'informatique », *RFDA*, 1996, p. 796.

[2079] *Ibid*.

[2080] M. LANNA, « Enjeux et perspectives d'un renforcement de la surveillance numérique » *in* D. ANDOLFATTO (dir.). *Citoyens dans la crise sanitaire*, Classiques Garnier, Rencontres, Vol. 604, 2023, p. 221.

[2081] v. O. RENAUDIE, « La police administrative aux temps du coronavirus », *AJDA*, p. 1704 : L'État s'est imposé comme une « évidence » pour faire face à la crise sanitaire donc redistribution des cartes en matière de décentralisation.

[2082] C. ZORN, « État d'urgence pour les données de santé (II) : sidep et contact-covid », *Dalloz Actualité*, 26 mai 2020 ; B. PY, « Cent ans de secret professionnel », *RDS* n° 100, mars 2021, p. 230-250 ; B. PY, « Que n'avons-nous pas retenu de l'expérience du SIDA », *Dalloz Actualité*, 2020.

[2083] E. MOROZOV, *To Save Everything, Click Here: Technology, Solutionism and the Urge to Fix Problems That Don't Exist*, Information polity 18.3, 2013, pp. 275–276.

limites inhérentes au secret[2084]. Or l'augmentation des échanges d'informations n'est pas toujours synonyme de sécurité.

402. Intérêt de la distinction entre les différents traitements de données. La multiplicité des traitements de données, qui peuvent être à la fois collectées, stockées, consultées, partagées à la suite ou simultanément, multiplie d'autant plus les risques d'atteinte à la confidentialité des données. Or, si les textes passent en revue ces différents types d'opérations de traitement, ils ne leur attachent aucune conséquence juridique, alors que cela pourrait présenter un réel intérêt dans le renforcement de la protection de données sensibles. Une distinction de régime rattaché à chaque opération de traitement permettrait une adaptation du niveau de sécurité et donc une réduction des « *difficultés à distinguer l'implication de chaque opération par rapport au risque qu'elle engendre* »[2085]. L'articulation avec le secret professionnel ne pourrait en être qu'améliorée. Il est d'ores et déjà possible de s'inspirer d'autres pays, à l'image de la législation canadienne qui propose « […] *des régimes distincts […] selon la « dangerosité » des opérations, que ce soit une communication, une diffusion, une collecte, une détention, une utilisation […] celles-ci ne s'équivalent pas et les risques afférents non plus* »[2086].

403. Perquisition et droit d'accès à des données couvertes par le secret. Les enquêtes judiciaires et administratives autorisent d'importantes atteintes à la vie privée des patients afin d'exercer leur « *pouvoir-savoir* »[2087]. D'une part, le code de procédure pénale autorise la perquisition dans le cabinet d'un médecin sous différentes conditions[2088]. Il ne peut dès lors pas être opposé le secret professionnel dans ce cas précis. Les forces de l'ordre peuvent de surcroit « *accéder par un système informatique implanté sur les lieux où se déroule la perquisition à des données intéressant l'enquête* » et ce même à distance[2089]. D'autre part, la CNIL, en tant qu'autorité de contrôle, a autorité pour réaliser ces contrôles auprès de l'ensemble des

---

[2084] C. ZORN, « État d'urgence pour les données de santé (II) : sidep et contact-covid », *Dalloz Actualité*, 26 mai 2020.
[2085] V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, Thèse dactyl, Université de Lorraine, 2019, p. 200 ; v. ég. J. EYNARD, *Les données personnelles. Quelles définitions pour un régime de protection efficace ?*, Michalon, 2013, p. 10.
[2086] V. GAUTRAIS, « Différences culturelles en matière de vie privée : point de vue canadien », *Dalloz IP/IT* 2016, p. 128, cité par V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, *op. cit.*, p. 201.
[2087] M. FOUCAULT, surveiller et punir, Gallimard, coll. Tel, p. 356.
[2088] Code proc. pén., art. 56-3 : cette perquisition est réalisée « *par un magistrat et en présence de la personne responsable de l'ordre ou de l'organisation professionnelle à laquelle appartient l'intéressé ou de son représentant* »
[2089] Code proc. pén., art. 57-1.

organismes qui traitent des données à caractère personnel, le secret professionnel ne peut pas non plus lui être opposé[2090]. Néanmoins, l'accès aux données médicales individuelles couvertes par le secret ne se fait qu'en présence et « sous l'autorité » d'un médecin. Ces atteintes à la confidentialité des données sont extrêmement facilitées par les outils informatiques, et laissent songeur quant à leur applicabilité au DMP par des autorités dépendantes du pouvoir, soit hiérarchiquement soit financièrement pour l'autorité indépendante.

404. Une échappatoire dans le principe de transparence. La transparence est une notion ambivalente. Elle est d'une part critiquée, rejetée, dénoncée, lorsqu'elle apporte avec elle la « *société de transparence* »[2091], souvent annoncée avec un « effet cliquet » empêchant tout retour en arrière. Mais elle est d'autre part souhaitée, en opposition à l'opacité de l'administration renforcée par le recours aux dispositifs algorithmiques[2092], annoncée comme base nécessaire au maintien de la confiance entre citoyens et administration, entre patients et système de santé[2093]. Le droit français a pour cela consacré le principe de transparence des algorithmes publics décliné en un ensemble d'obligations inscrites dans la loi pour une République numérique d'octobre 2016 et intégrées au CRPA, la CNIL se montrant vigilante sur cette question[2094].

2) Le risque d'une surutilisation des applications privées par les détenus

405. Le *quantified-self*, porte ouverte à la réutilisation des données. Les objets connectés ; spécifiquement d'automesure, sont avant tout des portes ouvertes à l'évasion des données personnelles des personnes détenues[2095]. En effet, leur conception étant fondée sur une connexion internet, les objets font alors partie d'un « *maillage informationnel* »[2096] voire d'un « *un écosystème plus vaste, composé d'autres objets connectés, de réseaux, de serveurs, de*

[2090] Loi Informatique et Libertés, art. 18(2) et 19(III.) ; RGPD, art. 90
[2091] D. BRIN, 1998, *The Transparent Society* (La société transparente), cité par P. SEGUR et al., *Un monde sous surveillance ?,* Presses universitaires de Perpignan, 2011.
[2092] M. LANNA, « Enjeux et perspectives d'un renforcement de la surveillance numérique » *in* D. ANDOLFATTO (dir.). *Citoyens dans la crise sanitaire*, Classiques Garnier, Rencontres, Vol. 604, 2023, p. 225.
[2093] Cette obligation de transparence est définie aux articles 12, 13 et 14 du RGPD et permet aux individus de connaître la raison de la collecte des différentes données les concernant ; de comprendre le traitement qui sera fait de leurs données ; ou encore d'assurer la maîtrise de leurs données, en facilitant l'exercice de leurs droits.
[2094] CNIL, Communiqué relatif à la décision rendue par l'autorité de régulation néerlandaise qui condamne la société Uber à 10 millions d'euros d'amende pour manquement à l'égard de ses chauffeurs, 31 janv. 2024.
[2095] Notamment quand la collecte de données se fait à l'insu des intéressés, v. G. BRAIBANT, Rapport au Premier ministre, *Données personnelles et société de l'informations*, La Documentation française, 1998, p. 6.
[2096] M. LANNA, « Objets connectés et protection des données à caractère personnel : vers un changement de paradigme des modalités de protection ? », *Droits*, vol. 68, no. 2, 2018, pp. 223-235.

logiciels de traitement et de protocoles de sécurité »[2097]. Si toutes les informations traitées dans un objet connecté ne sont pas des données à caractère personnel, certaines données nécessaires à la fourniture des services de tels objets sont particulièrement sensibles. Pour Nathalie MARTIAL-BRAZ, il suffit de songer aux objets dits de « *quantified-self* » pour prendre la mesure de l'impératif de protection[2098]. Le *quantified-self* redessine ainsi la frontière entre le domaine du bien-être et celui de la santé en générant des informations qui, lorsqu'elles sont interconnectées, permettent de tirer des conclusions relatives à l'état de santé d'une personne[2099]. S'agissant de la définition de ce type de données, le législateur s'est interrogé sur le régime à leur appliquer, sans pour autant prendre position[2100], laissant des incertitudes quant au régime qu'il convient d'appliquer à ce type de données[2101]. Sont-ce des données de santé ou de « simples » données personnelles ? C'est le législateur européen qui vient une fois de plus au secours du législateur interne, en parlant de « *données concernant la santé* » dans le RGPD[2102], puis en mentionnant expressément les « *applications de bien-être* » dans sa proposition de règlement relatif à l'espace européen des données de santé[2103]. Si certains ont estimé depuis le premier jour que le RGPD « *tord le cou à la notion de bien-être* »[2104] en retenant une acception large de la notion de donnée de santé[2105] ; d'autres sont moins enthousiastes[2106]. Aujourd'hui, « *une frontière peut être tracée* » entre ces deux notions[2107], ces données « *pouvant donner des informations sur la santé de la personne mais pas*

[2097] J.-P. CRENN, « Les objets connectés décryptés pour les juristes », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 389.
[2098] Nathalie MARTIAL-BRAZ, « Objets Connectés et responsabilité », *Dalloz IP/IT* 2016, p. 399.
[2099] Pour aller plus loin sur source, régime et responsabilité des acteurs, v. not. M. LANNA, *La protection des données à caractère personnel à l'épreuve de l'automesure connectée*, *op. cit.*, 2019 ; M. LANNA, « Objets connectés et protection des données à caractère personnel : vers un changement de paradigme des modalités de protection ? », *Droits*, vol. 68, no. 2, 2018, pp. 223-235 ; M. LANNA, Enjeux et perspectives d'un renforcement de la surveillance numérique *in* D. ANDOLFATTO (dir.). *Citoyens dans la crise sanitaire*, Classiques Garnier, Rencontres, Vol. 604, 2023, pp. 219-234.
[2100] J.-M. SAUVÉ, Santé et protection des données, Intervention lors des septièmes entretiens du Conseil d'État en droit social, 1er déc. 2017, disponible sur https://www.conseil-État.fr/publications-colloques/discours-et-interventions/sante-et-protection-des-donnees#_ftn37 (consulté le 10 oct. 2024).
[2101] G. HAAS, A. DUBARRY, M. D'AUVERGNE, R. RUIMY, « Enjeux et réalités juridiques des Objets Connectés », p. 394, *in* Dossier : Les Objets Connectés : 4e révolution industrielle, *Dalloz IP/IT* 2016, p. 388.
[2102] RGPD, considérant 35.
[2103] Proposition de règlement du Parlement européen et du conseil, relatif à l'espace européen des données de santé, COM (2022) 197 final, 3 mai 2022, art. 2 § 2, o) : « « Application de bien-être », tout appareil ou logiciel destiné par son fabricant à être utilisé par une personne physique pour le traitement de données de santé électroniques à d'autres fins que les soins de santé, par exemple à des fins de bien-être ou de poursuite de modes de vie sains ».
[2104] P. DESMARAIS, « Et l'UE tordit le cou à la (pseudo) notion de donnée bien-être ! », 26 mars 2015, disponible sur https://www.desmarais-avocats.fr/283-2/ (consulté le 10 oct. 2024).
[2105] Sont notamment comprises dedans des informations comme la taille, le poids, le rythme cardiaque.
[2106] E. BROSSET, « Le droit à l'épreuve de la e-santé : quelle « connexion » du droit de l'Union européenne ? », *RDSS* 2016, p. 869
[2107] T. DOUVILLE, « Les dangers de la collecte des données de santé par les tiers intéressés (GAFAM, assureurs…) », *JDSAM*, juill. 2018, n°20, p. 12.

nécessairement sur son état de santé »[2108], la finalité du traitement auquel elles sont soumises se limitant à des fins de bien-être ou de poursuite d'un mode de vie sain[2109]. Cette frontière est donc minime[2110] tant la même donnée peut passer d'une catégorie à l'autre dès lors que le traitement qui en fait change, même à la marge[2111]. Il était donc primordial d'adopter un cadre réglementaire permettant d'offrir aux utilisateurs de ces objets connectés la confiance dans la fiabilité du système et dans le respect de leurs droits et de leur vie privée[2112]. Si un DMC est soumis à des règles strictes en matière de performance « *ainsi que leur conformité à des exigences essentielles concernant la sécurité et la santé des patients, des utilisateurs et des tiers* »[2113] ce n'est pas le cas pour ceux qui présentent un usage de bien-être ou de suivi de l'activité d'une personne. Or, les individus laissent de leur plein gré des données à un acteur privé inscrit dans une démarche de « *capitalisme numérique* » voire de « *capitalisme de surveillance* »[2114], à l'image des applications de « *self-tracking* » sportif en concurrence avec le contrôle médical pour la préservation de la santé[2115]. Enfin de telles applications pourraient entraîner des difficultés pour l'administration pénitentiaire, leurs paramètres de communication étant difficile à encadrer afin de maintenir la sécurité[2116] dans les établissements pénitentiaires[2117].

406. Les failles de sécurité inhérentes aux objets connectés. Un dispositif dont le fonctionnement repose sur une ouverture en réseau et la communication des données est nécessairement plus fragile en termes de sécurité qu'un objet les conservant en interne. Les pistes de renforcement de la sécurité de tels objets ne manquent pas. D'une part, d'un point de vue technique, certains professionnels préconisent de sécuriser les activités liées aux objets connectés grâce à ces objets eux-mêmes, l'idée étant de permettre aux objets connectés et à

[2108] T. DOUVILLE, *Droit des données à caractère personnel*, LGDJ, 1ère éd., 2023, p. 113.
[2109] Proposition de règlement du Parlement européen et du conseil, relatif à l'espace européen des données de santé, COM (2022) 197 final, 3 mai 2022, art. 2 § 2, o).
[2110] T. DOUVILLE, *op. cit.* p. 113.
[2111] Exemple d'une donnée sur le poids qui peut communiquer une information sur l'état de santé dès lors qu'elle est rattachée à d'autres informations comme la taille, v. CNIL, *Le corps, nouvel objet connecté, Du quantified self à la M-santé : les nouveaux territoires de la mise en données du monde*, Cahiers IP, CNIL, mai 2014, p. 14
[2112] N. MARTIAL-BRAZ, « Objets Connectés et responsabilité », *Dalloz IP/IT* 2016, p. 399, *in* Dossier : « Les Objets Connectés : 4e révolution industrielle », *Dalloz IP/IT* 2016, p. 388.
[2113] CSP, art. L. 5211-3 et L. 5221-2.
[2114] S. ZUBOFF, « Un capitalisme de surveillance », *Le Monde diplomatique*, janvier 2019
[2115] B. ANDRIEU, « Traquer son bien-être et propriété des données : quel droit des sportifs 3.0 sur leur corps vivant ? » *JS* 2016, n°162, p. 36.
[2116] La sécurité étant entendue ici comme les enjeux sécuritaires de l'administration pénitentiaire et non au sens de protection des données qui sera traité ultérieurement.
[2117] Par exemple, une application de suivi sportif pourrait servir à communiquer entre détenus ou avec l'extérieur.

l'internet des objets d'assurer leur propre sécurité[2118]. D'autre part, d'un point de vue normatif, la labélisation de tels outils avec l'arrivée de l'ENS doit servir à former un écosystème de confiance pour les patients comme pour les professionnels. Comme l'a souligné la CNIL, au regard de la protection de la vie privée, les interrogations concernent la possible réutilisation des données, leur sécurisation, ainsi que l'information et le contrôle conférés aux utilisateurs[2119]. Ces inquiétudes liées à une possible réutilisation par un « *traitement ultérieur* » des données sont étroitement liées à l'omnipotence des GAFAM dans le domaine des applications de santé connectée[2120], et aux ambitions de surveillance numérique par les autorités publiques étrangères[2121]. Si de tels outils peuvent être bénéfique pour le suivi quotidien de l'état de santé des détenus, la confiance doit être maintenue dans un écosystème qui englobe certes les applications utilisées mais également le personnel sanitaire qui les a conseillés aux patients.

[2118] « *Le colonel Éric Freyssinet propose à ce titre d'imaginer des « objets de confiance » qui effectueraient des sortes de « patrouilles numériques », sous le contrôle de ceux qui seraient chargés de sécuriser les systèmes ou même des services de police. Ces patrouilles obéiraient à des règles de transparence et de respect de la vie privée et seraient plus efficaces qu'une observation totalement extérieure telle qu'elle est réalisée aujourd'hui* », v. E. DAOUD, F. PLÉNACOSTE, « Cybersécurité et Objets Connectés », *Dalloz IP/IT* 2016, p. 409, *in* Dossier : « Les Objets Connectés : 4e révolution industrielle », *Dalloz IP/IT* 2016, p. 388.

[2119] CNIL, *Vie privée à l'horizon 2020, Paroles d'experts*, Cahiers IP, Innovation & Prospective, nº 1.

[2120] T. DOUVILLE, « Les dangers de la collecte des données de santé par les tiers intéressés (GAFAM, assureurs…) », *JDSAM*, juill. 2018, n°20.

[2121] B. BERTRAND, J. SIRINELLI, « L'affaire *Doctolib* devant le Conseil d'État : le secret de la Licorne », *Dalloz IP/IT*, 2021, p. 518.

§ II – Un droit à la protection des données émoussé en détention

407. En sus des dispositions relatives au secret professionnel, le CSP comprend différentes dispositions concernant les données de santé traitées par les professionnels de santé[2122]. En effet le fonctionnement normal d'un service de santé nécessite aujourd'hui plusieurs opérations de traitements de données. L'application parallèle des dispositions du droit de la santé et des particularités de la donnée médicale tendent à restreindre la portée des droits du patient sur les éléments contenus dans ces dossiers médicaux, d'abord parce que le patient ne peut s'opposer à la collecte de ses données au sein des différents dossiers médicaux (**A**), puis parce que l'effectivité de ces droits est matériellement limitée (**B**).

A. Une restriction des droits du patient face à la production de données

408. La prise en charge d'un patient détenu, qu'elle ait lieu à l'USMP ou à l'extérieur de la prison, entraîne une production de données à caractère personnel et différents traitements affiliés. Cette production de données s'avère obligatoire pour les détenus, tout comme leur consignation dans des « dossiers de soins »[2123] (**1**) et dans le DMP (**2**).

1) L'alimentation obligatoire des dossiers médicaux des détenus

409. Le dossier médical du détenu. Les établissements et professionnels de santé ont une obligation de constitution d'un dossier de soins pour les patients qu'ils prennent médicalement en charge[2124]. Or cette obligation s'applique aussi bien en milieu pénitentiaire[2125] qu'à l'extérieur, et autant dans le cadre de la télémédecine[2126] que dans une prise en charge « classique ». A chaque passage à l'USMP ou lors de soins à l'extérieur, le dossier médical des détenus est donc alimenté et ce y compris pour des actes réalisés à distance. Or, la collecte, l'organisation et la conservation des données constituent des traitements de données

[2122] T. DOUVILLE, *Droit des données à caractère personnel*, LGDJ, 1ère éd., 2023, p. 565 : l'accès aux informations concernant sa santé et l'exercice de ce droit (L1111-7) ; l'hébergement des données de santé pour le compte des professionnels de santé (L. 1111-8) ; l'interdiction de la cession à titre onéreux de données de santé y compris avec l'accord de la personne concernée (L. 1111-8 VII) ; l'utilisation du NIR comme identifiant de santé (L. 1111-8-1) ; et les incidents graves de sécurité des systèmes d'information qui doivent être signalés à l'ARS compétente (L1111-8-2) ; *V.* ég. M. QUÉMÉNER, « Cybersécurité et protection des données de santé », *Dalloz, IP/IT*, 2020, p. 302 ; E. MERCIER, *Le parcours de soins du patient : du processus global à l'émergence de la e-santé*, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. "Mémoires numériques de la BNDS" ; A. VOILLEMET, *L'usage de la donnée médicale : Contribution à l'étude du droit des données*, thèse dactyl., Valenciennes, 2022. p. 172.

[2123] A. VOILLEMET, *L'usage de la donnée médicale : Contribution à l'étude du droit des données*, thèse dactyl, Valenciennes, 2022, p. 49.

[2124] CSP, art. R.1112-2 ; CSP, art. R.4127-45.

[2125] Puisque l'USMP dépend, comme nous l'avons vu, de l'établissement sanitaire de rattachement.

[2126] CSP, art. R. 6316-4.

personnelles puisque ces opérations concordent précisément avec la définition de la notion de traitement telle que définie à l'article 4 du RGPD[2127]. Cette formalisation doit par conséquent s'inscrire en conformité avec les principes généraux qui gouvernent leur protection[2128], quelle concerne les données contenues dans les dossiers médicaux (a) ou collectées lors des actes de télésanté (b).

a) La formalisation de données de santé des détenus dans les dossiers médicaux

410. Le patient, une source de production de données médicales[2129]. Il est une source directe lorsqu'il informe les acteurs de sa prise en charge au cours de l'entretien individuel préalable à toute prise en charge y compris à distance[2130]. Il représente une source indirecte lorsque ces données sont extraites par un geste du professionnel ou, dans le cadre de la télémédecine, grâce un dispositif médical connecté[2131].

411. Le cas particulier des notes personnelles. S'ajoute au dossier « de soins » les fiches d'observations personnelles tenues par le médecin ainsi que les « notes personnelles ». Le code de déontologie médicale prévoit la rédaction d'une fiche d'observation personnelle par le médecin[2132], qui ne peut s'y soustraire[2133]. Ce même article issu du décret du 7 mai 2012[2134] apporte toutefois une confusion quand il dispose que « *Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers* ». Il contrevient ainsi aux dispositions d'une loi antérieure de 2007[2135] modifiant l'article L.1111-7, qui dispose depuis que toute personne a accès à l'ensemble des informations de santé le concernant détenues « *à*

[2127] A. VOILLEMET, *L'usage de la donnée médicale : Contribution à l'étude du droit des données*, thèse dactyl, Valenciennes, 2022, p. 50.

[2128] RPGD, art. 5 : 1. a) licéité, loyauté, transparence ; b) limitation des finalités ; c) minimisation des données ; d) exactitude ; e) limitation de la conservation ; f) intégrité et confidentialité.

[2129] « *Puisqu'elles retranscrivent une condition clinique et biologique provenant directement du corps humain du patient. Il en advient que ces données cliniques constituent la retranscription de la physiologie propre à une personne* », A. VOILLEMET, L'usage de la donnée médicale : Contribution à l'étude du droit des données, *op. cit.* p. 58.

[2130] CSP, art. L.1111-2

[2131] Mesures de biométrie médicale grâce un thermomètre connecté, tensiomètre connecté, balance et une toise, un oxymètre, un stéthoscope ou encore un électrocardiogramme etc.

[2132] CSP, art. R.4127-45 : « Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin ».

[2133] CNOM, Chambre disciplinaire nationale, 15 décembre 2011, n° 10997.

[2134] Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du Code de déontologie médicale, JO n°0108 du 8 mai 2012, p. 8479.

[2135] Loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé

quelque titre que ce soit ». Au sens du code de la santé publique, c'est le caractère utile ou inutile de ces notes qui leur donnait une valeur personnelle[2136], les juges distinguant les notes « informelles ne reflétant que des postulats de travail »[2137] des « *notes manuscrites du médecin traitant qui ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement de l'intéressée […] font partie du dossier médical* »[2138]. La question de la prise en compte ou non des notes personnelles au sein du dossier médical ne fait plus si grand intérêt d'un point de vue juridique, tant la précision ajoutée à l'article L. 1111-7 doit faire céder toute réticence des médecins qui se cacheraient derrière des dispositions réglementaires de force inférieure[2139]. Le CNOM avait déjà pris le parti de déconseiller purement et simplement la rédaction de telles notes[2140]. Cependant, l'intégration explicite de ces notes au dans le dossier médical pourrait entraîner une meilleure compréhension et un meilleur respect des prescriptions[2141]. Il est à craindre le risque d'influencer le praticien sur sa rédaction voire de dissimulation d'informations pour ne pas inquiéter le patient[2142], le besoin de compréhension du parcours de soins tendant alors vers un « excès de transparence »[2143]. Or ces carences dans la complétude du dossier représentent un risque tant pour la prise en charge que pour la protection des données personnelles et des droits du patient sur ces dernières : données stockées importunément, pas d'accès du patient à ses données, aucun contrôle sur les données et leur perte éventuelle, etc.[2144]. Cela ne doit toutefois pas laisser penser que le médecin n'a plus aucune marge de manœuvre sur les informations qu'il considère utiles ou non à la prise en charge de son patient. En ce sens,

---

[2136] Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, JORF n°65 du 17 mars 2004, texte n° 16, p. 5206. : « *ne sont pas destinées à être conservées, réutilisées ou le cas échéant échangées, parce qu'elles ne peuvent contribuer à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention* ».

[2137] F. VIALLA, « La communication des informations personnelles au regard des dispositions de l'article L.1111-7 du code de la santé publique, Réflexions à propos de l'arrêt de la cour administrative d'appel de Paris du 30 septembre 2004 », *RGDM*, 2005, n°16, p. 207.

[2138] CAA Paris, 30 septembre 2004, Mme Ulla X., no 03PA01769, note B. DELAUNAY, AJDA 2005, p. 323

[2139] F. TERRÉ, *Introduction générale au droit*, Dalloz, 2009, n° 323 : « *les règlements pris pour l'exécution des lois sont subordonnés à celles-ci et ne peuvent comporter de dispositions qui leur soient contraires* ».

[2140] CNOM, « Fiche pratique. Éthique et déontologie. Tenue, conservation et accès au dossier médical », 2017, p. 1, en ligne (consulté le 10 oct. 2024).

[2141] J. SAISON, N. BOUGHRIET, « Les notes personnelles des médecins : un point d'incertitude dans la détermination du contenu transmissible du dossier », *RGDM* 2014, n° 53, p. 43.

[2142] « *Rien n'interdit aux médecins de consigner des notes personnelles ailleurs que dans le dossier médical* » : C. EVIN, B. CHARLES, J.-J. DENIS, Rapport n°3263 fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé n°3258, Assemblée Nationale, Vol. I, Titre Ier Démocratie sanitaire, 26 septembre 2001.

[2143] Sur ce sujet, v. not. J. SAISON, N. BOUGHRIET, « Les notes personnelles des médecins : un point d'incertitude dans la détermination du contenu transmissible du dossier », *RGDM* 2014, n° 53, p. 43 ; C. ZORN-MACREZ, « Les "notes personnelles" du médecin ? Les conséquences d'un décret d'arrière-garde », *RDS*, n° 49, p. 586 ; F. VIALLA, « La communication des informations "personnelles" au regard des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la santé publique », *RGDM* 2005, p. 195.

[2144] A. VOILLEMET, *L'usage de la donnée médicale : Contribution à l'étude du droit des données*, *op. cit.*

la CNIL comme le CNOM ont affirmé que « *toutes les informations que votre patient a pu vous révéler, dans le cadre de vos échanges, ne doivent pas nécessairement intégrer son dossier. Seules celles qui sont utiles au suivi de votre patient peuvent être enregistrées et conservées.* »[2145]. Seules les informations pertinentes seront intégrées et ce pour trois raisons. La première tient, comme cela vient d'être vu, à leur utilité dans la prise en charge. Les deux suivantes tiennent au respect de la réglementation relative aux données personnelles. En effet, le principe de minimisation des données impose aux responsables de traitements, dans ce cas le médecin, de ne traiter que les données nécessaires à l'atteinte de la finalité du traitement. A défaut, et cela nous amène à la troisième raison, la donnée médicale devra être détruite[2146].

b) La formalisation des données collectées lors d'un acte de télésanté

412. Les actes de télésanté comme source de production de données médicales. Il est d'ailleurs précisé par les textes que tout acte de télémédecine doit être réalisé dans des conditions garantissant l'accès des professionnels médicaux aux données médicales nécessaires à la réalisation de cet acte[2147]. Il est également imposé au professionnel réalisant l'acte de télésanté l'intégration dans le dossier de soins du patient[2148] d'une liste exhaustive de données recueillies au cours de cet acte[2149].

413. Les risques d'un périmètre non maîtrisé. Cependant, rien ne limite le périmètre à cette liste, et par conséquent, on ne saurait reprocher à un professionnel d'y intégrer des données supplémentaires[2150]. Le dossier médical doit-il intégrer en ce sens un volet spécifique dédié aux actes de télésanté ? Cela pourrait avoir une importance particulière dans un contexte carcéral. Dans son bilan annuel pour 2023, la CNIL revient sur les priorités de contrôle qu'elle s'est fixées, dont le dossier patient informatisé (DPI). Cette décision fait suite à des plaintes dénonçant des accès par des tiers non autorisés à ces dossiers au sein d'établissements de santé. Elle met en demeure les établissements de faire des modifications en proposant des mesures de

[2145] CNOM, CNIL, Guide pratique sur la protection des données personnelles, juin 2018, p. 6.
[2146] A. VOILLEMET, L'usage de la donnée médicale : Contribution à l'étude du droit des données, *op. cit.*, p.128 et s.
[2147] CSP, art. R.6316-3.
[2148] Et le cas échéant, à son DMP.
[2149] CSP, art. R. 6316-4 : le compte rendu de la réalisation de l'acte, les prescriptions médicamenteuses effectuées dans le cadre de l'acte de télémédecine, l'identité des professionnels de santé participant à l'acte, la date et l'heure de l'acte et, le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.
[2150] En cas de télésurveillance médicale, le suivi des constantes (ou évolution de constantes) pourrait être ajouté automatiquement après une collecte réalisée par un DMC par exemple.

protection[2151] concernant les dossiers des patients provenant d'établissements pénitentiaires[2152].

2) L'alimentation obligatoire du dossier médical partagé des détenus

414. Le fondement de l'obligation d'alimentation du DMP. Dossier numérique relatif au patient mais qui ne se substitue pas au dossier médical[2153], chaque professionnel de santé a l'obligation générale d'alimentation du DMP, quel que soit son lieu d'exercice, et « *à l'occasion de chaque acte ou consultation* » en cas d'hospitalisation[2154]. La consultation à l'USMP comme les actes de télémédecine avec l'extérieur – voire depuis l'extérieur si l'acte de télémédecine a lieu au cours d'un séjour d'hospitalisation – sont donc concernés. A cette obligation générale s'ajoute pour le médecin traitant du titulaire du DMP l'obligation de verser périodiquement, et au moins une fois par an, une synthèse médicale[2155]. Les professionnels de santé légalement obligés d'alimenter le DMP de la personne concernée en sont les responsables de traitement[2156].

415. L'absence de droit d'opposition une fois le DMP créé pour le patient. Au moment de la création automatique du DMP[2157], son titulaire bénéficie du droit de s'y opposer mais une fois que le dossier a été créé, rien ne permet de faire obstacle à son alimentation. Le remplissage du dossier de soins comme du DMP sont des traitements de données médicales et administratives dont le fondement juridique repose sur une obligation légale ou réglementaire incombant aux professionnels de santé, responsables de traitements[2158]. Or le RGPD prévoit que l'exercice du droit d'opposition ne peut s'appliquer lorsque le traitement est nécessaire « *au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis* »[2159]. Les personnes titulaires d'un DMP ne peuvent donc, en théorie, s'opposer à l'alimentation de ce

---

[2151] Comme la mise en place d'une politique d'authentification robuste, notamment avec des mots de passe "*suffisamment complexes*", des mesures de confidentialité renforcées pour certains dossiers, la mise en place d'habilitations spécifiques "*que chaque professionnel de santé ou agent de l'établissement n'accède qu'aux dossiers dont il a à connaître*" le contenu. La politique d'habilitation doit combiner deux critères : le métier exercé et la notion d'équipe de soins, v. G. TRIBAULT, « Trois établissements de santé sont mis en demeure sur leurs accès aux dossiers informatisés », *Hospimédia*, 12 fév. 2024.

[2152] *Ibid*.

[2153] CSP, art. R. 1111-40 : « Le dossier médical partagé ne se substitue pas au dossier que tient chaque professionnel de santé, établissement de santé ou hôpital des armées, quel que soit son mode d'exercice, dans le cadre de la prise en charge d'un patient ».

[2154] CSP, art. L.1111-15 alinéa 1.

[2155] CSP, art. L.1111-15 alinéa 1.

[2156] Pour aller plus loin, v. T. DOUVILLE, *Droit des données à caractère personnel*, LGDJ, 1ère éd., 2023.

[2157] Intégré à l'ENS dont l'ouverture est automatique ; Loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique.

[2158] CSP, art. R. 1112-2 pour le dossier de soins ; CSP, art. L.1111-15 pour le DMP

[2159] Article 6.1 c) du RGPD.

dossier, ce qui est rappelé au code de la santé publique. Cependant, ce même article prévoit une exception lorsque le titulaire invoque des motifs légitimes. Cette exception existe également au niveau européen, cependant, elle exclut cette possibilité lorsque le fondement juridique repose sur une obligation légale incombant au responsable de traitement. Le législateur national concède en quelque sorte l'existence d'un droit d'opposition en contradiction avec le cadre juridique européen entourant la protection des données[2160]. Or, lorsqu'existe un conflit entre droit national et européen, le droit communautaire prime sur le droit national[2161]. Le titulaire du DMP ne devrait donc pouvoir s'opposer au remplissage du DMP lorsque celui-ci se fonde sur une obligation légale[2162].

B. Une restriction des autres droits du patient sur ses données

416. Contrôle théorique du patient. Les différents droits qui lui sont alloués par les textes permettent en principe à n'importe quel individu d'exercer une forme de contrôle sur ses propres données. C'est l'exemple de la personne concernée ne souhaitant pas voir ses données médicales apparaître dans son carnet numérique de santé et qui dispose de la faculté de les masquer[2163]. Ces droits sont toutefois largement limités en pratique, « *à l'image de la télémédecine elle-même qui, d'une certaine manière, éloigne, ne serait-ce que physiquement, le patient du médecin, les solutions numériques sur lesquelles elle s'appuie n'éloignent-elles pas, elles aussi, le patient de ses données personnelles ? Si l'on n'y prend garde, la télémédecine risque de fragiliser les frêles avancées de la démocratie sanitaire, dont la protection des données personnelles fait désormais partie*. »[2164]. Malgré leur pluralité, les formes de consentement du patient ne sont pas respectées dans toutes leurs composantes (**1**). Le patient voit ainsi lui échapper le pouvoir sur les données conservées (**2**), et fait face à certains freins pour accéder aux données contenues dans le DMP (**4**) ou les modifier (**3**).

[2160] Pour aller plus loin *V.* A. VOILLEMET, L'usage de la donnée médicale : Contribution à l'étude du droit des données, *op. cit.*, p. 109 et s.
[2161] CJCE, 15 juillet 1964, aff. 6/64, Costa contre E.N.E.L, Rec. Lebon, p. 1141.
[2162] Il pourra le faire si le traitement touche à sa situation particulière et repose sur d'autres fondements, v. RGPD, art. 21.
[2163] CSP, art. L.1111-15 alinéa 5 : Le législateur admet que « *certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical partagé* ».
[2164] M. LANNA, « Objets connectés et protection des données à caractère personnel : vers un changement de paradigme des modalités de protection ? », *Droits*, vol. 68, n° 2, 2018, pp. 223-235.

1) L'acte de télémédecine fondé sur le consentement

417. Le consentement est une cause de licéité qui peine à octroyer une protection suffisante au patient (**a**), de surcroît lorsque le patient incarcéré est mineur (**b**).

a) Le consentement comme cause de licéité

418. Les caractéristiques du consentement. Pour être licite, un traitement de données à caractère personnel mis en œuvre pour réaliser un acte de télémédecine doit non seulement être conforme à six principes généraux[2165] mais également reposer sur une base légale, qui peut être le consentement du patient. Le consentement à l'acte médical du code de la santé publique se double d'un consentement au traitement des données personnelles, dont la validité entraîne la validité du traitement de données. Pour être licite, il nécessite le respect de certaines conditions cumulatives, que sont le caractère libre, spécifique, éclairée et univoque et de la manifestation de la volonté[2166].

419. Les dérives numériques vers un consentement équivoque. L'un des critères exigés tient au caractère univoque du consentement, celui-ci devant donc être donné par un acte positif clair[2167]. Les consentements exprimés par des cases pré-cochées ou pré-activées[2168], l'accord implicite dû à une absence de réponse ou encore les consentements « groupés » qui signifient qu'un seul consentement est demandé pour plusieurs traitements différents ne constituent pas des consentements univoques[2169].

420. Une décision ni systématiquement éclairée, ni constamment spécifique. De plus, pour qu'un consentement soit éclairé, celui-ci nécessite une information préalable qui « *s'ajoute à l'information médicale a priori dont le professionnel de santé est débiteur* »[2170]. Or cela mène un même professionnel à recueillir parfois trois consentements différents : celui relatif à l'acte

---

[2165] RPGD, art. 5 : 1. a) licéité, loyauté, transparence ; b) limitation des finalités ; c) minimisation des données ; d) exactitude ; e) limitation de la conservation ; f) intégrité et confidentialité, préc.
[2166] RGPD, art. 4 al. 11.
[2167] RGPD, art. 4, 11).
[2168] CJUE 11 nov. 2020, *Orange România SA*, aff. C-61/19, *Dalloz Actualité*, 01 déc. 2020, obs. C. CRICHTON; CJUE 1er oct. 2019, aff. C-673/17, Dalloz Actualité, 4 oct. 2019, obs. C. CRICHTON ; v. ég. C. FÉRAL-SCHUHL, La protection des données personnelles, Dalloz, coll. « À savoir », 2019, p. 63.
[2169] CNIL, « Fiche pratique. Conformité RGPD : comment recueillir le consentement des personnes ? » en ligne, 2018 (consulté le 08 août 2024).
[2170] P. NICOLAS, *Les enjeux juridiques de la télémédecine : contribution à l'étude des liens entre les droits des patients et les innovations technologiques*. Volume 16, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. « Thèses numériques de la BNDS », p. 530.

de télémédecine, celui relatif au partage d'informations lorsque celui-ci est nécessaire à la réalisation de l'acte, et enfin le consentement relatif au traitement des données. De telles exigences entraînent un risque de dilution de l'information qui empêcherait de fait le patient de consentir de manière réellement éclairée, tout en sachant que le consentement spécifique à l'acte de télémédecine a été supprimé par le législateur français en 2021.

421. Une liberté relative dans la prise de décision. Certains auteurs comme Maximilien LANNA, s'interrogent même de savoir si le patient est réellement libre de refuser un tel traitement de ses données. Même s'il peut s'y opposer en théorie, les éléments ne sont pas portés à sa connaissance, et il apparaît complexe de refuser un tel traitement sans être contraint de renoncer à la solution de télémédecine. Or, si un acte de télémédecine reposant sur le consentement de la personne détenue lui est proposé, son refus peut entraîner des délais faramineux avant la prochaine autorisation de sortie, le poussant indirectement à consentir à un tel traitement alors même qu'il aurait la volonté de s'y opposer. Ainsi, « *l'effectivité du droit à l'autodétermination informationnelle est ainsi très relative car le télépatient est, nous semble-t-il, plus souvent « captif » que réellement actif* »[2171]. Selon Pauline NICOLAS, le consentement serait donc une base légale inadaptée « *pour autoriser la mise en œuvre d'un traitement de données à caractère personnel dans le cadre d'un acte de télémédecine* »[2172]. Le traitement de données peut se fonder sur d'autres bases légales dont la détermination dépend de la qualité du responsable du traitement[2173].

b) <u>Information et consentement du mineur</u>

422. Un rapprochement de règlementation européenne plus protectrice. Le RGPD pose une exigence d'obtention du consentement parental pour le traitement des données personnelles des mineurs. Reprise en droit interne, cette exigence a pour avantage qu'elle se rapproche des

[2171] M. LANNA, « Objets connectés et protection des données à caractère personnel : vers un changement de paradigme des modalités de protection ? », *Droits*, vol. 68, no. 2, 2018, pp. 223-235.
[2172] P. NICOLAS, *Les enjeux juridiques de la télémédecine : contribution à l'étude des liens entre les droits des patients et les innovations technologiques*, *op. cit.* p. 531 et s.
[2173] La base légale retenue notamment par les établissements de santé pouvant dans ce cas être la mission d'intérêt public, la CNIL considère que cette base légale concerne d'abord les autorités publiques mais également les organismes privés dès lors qu'ils « *poursuivent une mission d'intérêt public ou sont dotés de prérogatives de puissance publique* ». ; v. ég. CNIL, « Fiche pratique. La mission d'intérêt public : dans quels cas fonder un traitement sur cette base légale ? 2019, en ligne (consulté le 10 oct. 2024) ; Pour aller plus loin sur les différents établissements autorisés, *V.* P. NICOLAS, Les enjeux juridiques de la télémédecine : contribution à l'étude des liens entre les droits des patients et les innovations technologiques, *op.cit.*, p. 531 et s.

exigences d'information et de consentement existantes dans le code de la santé publique[2174]. Il convient cependant d'apporter plusieurs précisions. D'abord, le législateur national a raccourci la limite d'âge à partir de laquelle un mineur peut consentir seul à un traitement de données à caractère personnel en la fixant à 15 ans[2175]. Ensuite, l'article 45 de la loi Informatique et Libertés considère que si le mineur est âgé de moins de 15 ans, le consentement doit être donné conjointement par le mineur concerné et le ou les titulaires de l'autorité parentale[2176]. Si cette question peut poser des difficultés de mise en place de procédures de vérification de l'âge notamment[2177], les personnes privées de libertés ont peu de probabilité de faire face à ce type de problème, car l'incarcération de mineurs de moins de quinze ans est rarissime. Le code de la Santé publique ne précise pas expressément une limite d'âge à partir de laquelle un mineur peut consentir de façon autonome mais simplement que ce consentement doit être recherché « *s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision* ». Pourrait-on se retrouver face à un mineur de quinze ans et demi que l'on n'estime pas apte à prendre la décision concernant un acte de télémédecine mais dont la législation relative à la protection des données personnelles exige d'obtenir son consentement ? Cela ferait naître une forme de contournement d'un des principes généraux du droit de la santé. Fort heureusement, *specialia generalibus derogant*[2178], le texte spécial doit s'appliquer en priorité, à l'exclusion de tout autre texte plus général[2179]. Or, « *dès lors que le droit commun est devenu – par l'effet d'une réforme ou d'une interprétation nouvelle – plus protecteur que le droit spécial, l'esprit du droit spécial ne commande-t-il pas sa propre mise en retrait* ? »[2180]. Dans le cas du mineur détenu patient, le droit général de la protection des données est plus protecteur dès lors que ce dernier a plus de

[2174] L'article 70 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés dispose ainsi que « Sont destinataires de l'information et exercent les droits de la personne concernée par le traitement les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, pour les mineurs », s'inscrivant ainsi en parallèle des articles L.1111-2 et 4 du CSP.
[2175] Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, art. 45, al. 1 ; Le RGPD fixant cette limite à 16 ans, RGPD, art. 8, 1).
[2176] Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, art. 45, al. 2.
[2177] « Systèmes actuels sont contournables et intrusifs et appelle à la mise en place de modèles plus respectueux de la vie privée. » CNIL, Vérification de l'âge en ligne : trouver l'équilibre entre protection des mineurs et respect de la vie privée, 26 juillet 2022, en ligne, consulté le 11 août 2024.
[2178] Le Doyen CORNU classe ladite maxime parmi les axiomes « dont la force de relève de l'évidence », évidence qualifiée de « logique » (Linguistique juridique, coll. Domat Droit privé, 3ème éd., Montchrestien, 2005, p. 372).
[2179] J CARBONNIER, *Droit civil*, Introduction, coll. Thémis Droit privé, 26ème éd., PUF, 1999, pp. 199-200 ; J.-L. BERGEL, *Théorie générale du droit*, coll. Méthodes du droit, 3ème éd., Dalloz, 1999, n° 232.
[2180] H. BARBIER, « *Specialia generalibus derogant* : le droit spécial moins protecteur doit-il évincer le droit commun qui l'est davantage ? » *RTD civ*. 2023, p. 859.

quinze ans. On estimerait alors qu'un homme est assez responsable pour être incarcéré, mais pas assez pour décider s'il doit faire l'objet d'un acte de télémédecine ou non[2181].

2) La conservation des données dans le dossier médical

423. Le cas spécifique de la conservation des données issues de la télémédecine implique des intérêts contradictoires. La volonté des patients de faire respecter leurs droits entre généralement en conflit avec le fait que la suppression des données pourrait attenter à l'établissement de la preuve en matière de responsabilité médicale[2182]. N'importe quel individu concerné par un traitement de données a le droit d'obtenir l'effacement de ses données personnelles traitées, si ce traitement entre en contradiction des principes de licéité édictés à l'article 5 du RGPD (a) ou lorsque les données n'ont pas été minimisées (b).

a) L'obligation d'effacement des données périmées

424. Le principe d'effacement après le délai légal de conservation. Parmi ces principes, le RGPD énonce que les données personnelles doivent être « *conservées [...] pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées* »[2183]. L'article R.1112-7 du code de la santé publique pose une obligation de suppression du dossier médical après une durée de vingt ans « *à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein* ». A l'issue de ce délai, les données sont « éliminées ». Le dossier médical de l'USMP étant le même que n'importe quel dossier médical produit et renseigné par l'établissement de santé de rattachement, la même règle s'applique. Pour les dossiers médicaux conservés en médecine de ville, aucun texte juridique ne limite ce délai de conservation. Toutefois, le CNOM a recommandé aux médecins « *de s'aligner sur le délai minimal de vingt ans appliqué par les établissements de santé de façon à préserver la justification essentiellement médicale de cette durée, à conserver les preuves nécessaires à toute défense utile du médecin comme du patient, enfin, à garantir le droit d'accès des patients aux informations de santé les concernant très largement ouvert par la loi précitée du 4 mars 2002* »[2184].

[2181] Pour aller plus loin sur la notion de droit d'accès du mineur à son dossier médical, v. P. NICOLAS, Les enjeux juridiques de la télémédecine : contribution à l'étude des liens entre les droits des patients et les innovations technologiques. *op.cit.*, p. 570 et s.

[2182] P. MISTRETTA, *Droit pénal médical, Contentieux médical, responsabilité pénale, droits du patient*, LGDJ, coll. Les intégrales, 2e édition, déc. 2022.

[2183] RGPD, art. 5.1 e).

[2184] Commentaire sous l'article 45 du code de déontologie médicale disponible, sur le site internet du CNOM à l'adresse : www.conseil-national.medecin.fr (Consulté le 10 oct. 2024).

425. Une durée exceptionnelle de conservation non respectueuse du RGPD. Cependant, l'article R.1112-7 du code de la santé publique prévoit également certaines durées exceptionnelles. Cet article dispose que dans certains cas, est assurée la « *conservation indéfinie* » de certains dossiers par l'administration des archives « *dont elle entend assurer la conservation indéfinie pour des raisons d'intérêt scientifique, statistique ou historique* ». Pourtant, le code pénal sanctionne « *le fait de conserver des informations sous une forme nominative au-delà de la durée prévue par la demande d'avis ou la déclaration préalable à la mise en œuvre du traitement informatisé* »[2185]. Il est prévu une exception précisant que cela est possible « *si cette conservation est effectuée à des fins historiques, statistiques ou scientifiques dans les conditions prévues par la loi* »[2186]. Le règlement européen impose cependant au responsable de traitement de communiquer, à la personne concernée, la durée de conservation de ses données à caractère personnel[2187]. La CNIL a rappelé en ce sens que les données personnelles ne peuvent être conservées indéfiniment[2188]. Par conséquent le patient concerné devrait pouvoir demander l'effacement de son dossier de soin au terme de la durée minimale de conservation sur le fondement de l'article 17 du RGPD[2189].

b) L'obligation d'effacement des données non minimisées

426. L'obligation de suppression des données non nécessaires difficile à mettre en œuvre. La destruction des données médicales générées à l'occasion d'un acte de télémédecine constitue une obligation réglementaire lorsqu'elles n'apparaissent pas nécessaires à la finalité du traitement[2190]. Dans le cas d'un acte de télémédecine effectué au sein de l'USMP, le traitement dépend d'une obligation légale. Pourtant, celui-ci peut être touché d'illicéité[2191] s'il ne respecte pas le principe de minimisation prévu par le Règlement[2192]. Seules les données « *adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités* » peuvent être conservées au dossier médical. Mais par définition, l'évaluation de la pertinence des informations conservées relève *a priori* du professionnel de santé. Ainsi, un conflit peut naître entre ce que le professionnel estime comme pertinent voire primordial dans le cadre de la prise en charge et

[2185] C. pén., art 226-20.
[2186] C. pén., art 226-20.
[2187] RGPD, art. 13.2 a) : ou lui indiquer les critères utilisés pour déterminer cette durée.
[2188] CNIL, *Les durées de conservation des données*, juillet 2020, en ligne (consulté le 10 oct. 2024).
[2189] Les données pourront être conservées à des fins archivistiques dans certaines conditions comme l'anonymisation, cf. *infra* n°449.
[2190] RGPD, art. 17.1 a).
[2191] RGPD, art. 17. 1 d).
[2192] RGPD, art. 5. 1 c).

ce que le patient estime superflu. C'est pour cette raison que « *l'analyse de l'adéquation des données personnelles intégrées dans le dossier de soins du patient à des fins de prise en charge sanitaire requiert donc une interprétation médicale* »[2193]. Cependant, l'exercice de ce droit semble également limité dans la mesure où la demande d'effacement des données doit être adressée au responsable de traitement qui appréciera le bienfondé de la demande. Autrement dit, c'est le professionnel de santé qui aura lui-même renseigné les données litigieuses qui devra évaluer si elles font l'objet d'un traitement illicite. Dès lors, le rejet de la demande, bien que légal, aurait pour conséquence de rendre ce droit totalement ineffectif dans certaines situations. Dans ce cas, serait-il opportun de faire examiner la licéité du traitement par un tiers, avant que cela soit fait par une réclamation auprès de l'autorité de contrôle[2194] ou par un recours juridictionnel[2195] ?

427. En dehors de ces données cliniques conservées au dossier médical, les détenus, d'autant plus lorsqu'ils sont « télépatients », disposent d'un « *droit à l'oubli* »[2196], qui suppose que la conservation des données par les responsables d'un traitement ne soit pas trop longue à la suite d'un acte de télémédecine[2197]. La CNIL a déjà exprimé l'idée d'un délai de trente jours par le prescripteur, et de quatre-vingt-dix jours par le professionnel de santé qui réalise l'acte de télémédecine[2198]. Il est toutefois difficile de s'assurer que les fournisseurs de télémédecine ne conservent pas les données plus longtemps que ce qui est annoncé.

3) La modification ou l'effacement des données présentes dans le dossier médical partagé

428. La réduction du droit à la modification ou à l'effacement des données des patients détenus. Les données administratives des dossiers de soins ou du DMP ne peuvent faire l'objet de modification ou de suppression car elles relèvent de l'identitovigilance. Leur renseignement

[2193] A. VOILLEMET, L'usage de la donnée médicale : Contribution à l'étude du droit des données, *op.cit.* p. 131.
[2194] RGPD, art. 77.
[2195] RGPD, art. 79.
[2196] Pour aller plus loin sur cette notion de droit à l'oubli et les enjeux d'une « *hyper-mémoire numérique* » *V.* S. CARNEROLI, *Le droit à l'oubli*, Larcier, 2016 ; P. NICOLAS, Les enjeux juridiques de la télémédecine : contribution à l'étude des liens entre les droits des patients et les innovations technologiques *op.cit.*, p. 582 et s. ; v. ég. L. MORLET-HAÏDARA, « L'impact de la loi santé sur les usagers du système de santé », *RDSS* 2016, p. 658.
[2197] L. CLUZEL-MÉTAYER, A. FRANÇOIS, « La protection des données personnelles à l'épreuve de la télémédecine », *RDSS* 2020, p. 51 ;
[2198] CNIL, Délibération n° 2015-108 du 2 avril 2015 portant avis sur un projet de décret en Conseil d'Etat autorisant la création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en œuvre des actes de télémédecine issus des expérimentations fondées sur l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, demande d'avis n° 15007507.

est obligatoire et leur effacement impossible. L'effacement des données pourrait trouver son intérêt dans la contestation de la durée de conservation de ces données, notamment une fois que l'individu n'est plus détenu. En effet, l'indication dans son dossier qu'il a été pris en charge au sein de l'USMP voire de l'UHSI ou de l'UHSA pourrait être un frein à ses démarches médicales une fois sorti[2199]. Pour les données ajoutées par le titulaire lui-même, il peut les effacer à tout moment. Cependant, le DMP spécifie qu'une donnée, même effacée à l'accès du titulaire et des professionnels, est conservée « *dans une zone spécifique de sauvegarde* ». Aucun texte ne précise les modalités de sauvegarde[2200] des documents supprimés par le titulaire du DMP, alors même que cette sauvegarde constitue une opération de traitement au sens du RGPD[2201]. Doit-on en déduire que ces données resteront sauvegardées jusqu'à la suppression définitive du DMP[2202] ?

4) L'accès aux données dans le dossier médical partagé

429. A la différence des professionnels de santé, les non-professionnels de santé ne sont pas concernés par une obligation générale d'alimentation du DMP. Ils ne peuvent le renseigner que sur autorisation de son titulaire[2203], la base légale étant alors le consentement[2204]. Il en résulte que le patient bénéficiaire d'un DMP conserve la maîtrise du remplissage non obligatoire de ses données médico-sociales. Il est toutefois précisé qu'une fois cette autorisation donnée, le titulaire ne peut s'opposer, sauf motif légitime, à ce que ces professionnels « *versent dans son dossier médical partagé les données utiles à la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins* »[2205]. Le patient peut tout de même fermer l'accès à ces personnes ou établissement pour la visualisation des éléments de son dossier, sauf pour ce qu'ils ont eux-mêmes déposé. Ainsi, une assistante sociale n'aurait accès qu'aux documents qu'elle a elle-même renseignés mais pas aux autres informations collectées dans le dossier. Trois remarques peuvent être formulées : d'abord ces dispositions sont inadaptatées au contexte carcéral (a), ensuite la possibilité de masquage par le détenu est restreinte (b), enfin, le médecin traitant qui est souvent le médecin de l'USMP peut accéder de façon injustifiée aux informations (c).

[2199] L'article R. 4127-47 du CSP prévoit : « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* ». Ainsi, n'importe quel professionnel pourrait refuser d'intégrer à sa patientèle, en l'assumant ou non, une personne qu'elle sait avoir été incarcérée.
[2200] Lieu de sauvegarde, durée de sauvegarde etc.
[2201] RGPD, art. 4.2.
[2202] Le DMP est conservée pour une durée de dix années à partir de sa clôture, CSP, art. L.1111-18 al. 5.
[2203] CSP, art. L.1111-17 III.
[2204] RGPD, art. 6.
[2205] CSP, art. R.1111-47.

a) Des dispositions inadaptées au contexte carcéral

430. Un accès aux données étendu pour les professionnels. Les dispositions du CSP permettant à des personnes non identifiées d'accéder aux données stockées sur le DMP[2206]. Or, si l'on se met à la place d'un patient, il peut penser que son professionnel de santé accède aux données alors que c'est par exemple la secrétaire médicale qui est en fait derrière le compte nominatif du médecin. On comprend ici l'inspiration des dispositions relatives à l'équipe de soins[2207], qui visent à faciliter les prises en charge et en particulier le partage d'informations nécessaire au sein des établissements. Or de façon générale mais de surcroît en détention, on n'a peu de peine à imaginer qu'un patient peut consentir à un accès par certains professionnels d'un service, sans pour autant consentir à l'accès par tout un service ou par une personne intervenant sous la responsabilité d'un professionnel autorisé, d'autant plus que la CNIL a précisé dans un référentiel quelles sont les personnes habilitées à accéder à des données personnelles[2208]. Cette question a par ailleurs fait l'objet d'une QPC devant le Conseil d'État, renvoyée devant le Conseil constitutionnel le 10 juin 2024[2209]. Dans ses conclusions, la rapporteuse rappelle la position du Conseil constitutionnel lorsqu'il a déclaré conforme le Dossier médical personnel en 2004[2210] ainsi que les objectifs derrière une telle ouverture à d'autres catégories de professionnels[2211]. Il est toutefois pointé plusieurs écueils à la rédaction actuelle, justifiant le renvoi devant le Conseil constitutionnel. D'abord, les modalités de recueil du consentement de l'article L.1111-17 laissent songeur. L'article dispose en effet que tout professionnel participant à la prise en charge peut accéder et alimenter le DMP après avoir

[2206] CSP, art. R. 1111-46 al. 7 : autorise aux personnes exerçant sous la responsabilité d'un professionnel autorisé l'alimentation et donc l'accès au dossier, « *au nom et pour le compte de ce professionnel* ».
[2207] CSP, art. L.1110-12.
[2208] CNIL, « Référentiel relatif aux traitements de données à caractère personnel destinés à la gestion des cabinets médicaux et paramédicaux » [en ligne], 2020, p. 6, consulté le 08 août 2024 : Par exemple, les personnes en charge du secrétariat ne doivent avoir accès, dans le respect des dispositions relatives au secret professionnel, qu'aux informations « *nécessaires à l'accomplissement de leurs missions, c'est-à-dire aux informations relatives à la gestion du cabinet et en particulier à la gestion des rendez-vous ainsi qu'à certaines informations à caractère médical dans des conditions strictement limitées à ce qui est nécessaire à l'exercice de leurs missions et sous le contrôle du professionnel de santé* ».
[2209] CE, 10 juin 2024, n° 490409.
[2210] V. not Cons. Const. 12 août 2004, n° 2004-504 DC sur la Loi relative à l'Assurance Maladie : le droit au respect de la vie privée « *requiert que soit observée une particulière vigilance dans la collecte et le traitement de données à caractère personnel de nature médicale* », mais doit être concilié avec « *les exigences de valeur constitutionnelle qui s'attachent (...) à la protection de la santé, qui implique la coordination des soins et la prévention des prescriptions inutiles ou dangereuses* »
[2211] V. extrait des débats de la séance de l'Assemblée nationale sur le projet de loi d'accélération et de simplification de l'action publique, XVe législature, Session ordinaire de 2020-2021, Deuxième séance du vendredi 2 octobre 2020 : « *favoriser une homogénéisation entre les outils pour casser les silos entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social et simplifier l'articulation des systèmes d'information en santé* »

recueilli le consentement de la personne préalablement informée, avant de préciser que « *l'alimentation ultérieure de son dossier médical partagé par ce même professionnel est soumise à une simple information de la personne prise en charge* ». Mais il ne dit rien des accès ultérieurs du même professionnel en mode « lecture ». Il se déduit tout de même deux choses de la combinaison des dispositions spécifiques au DMP et des dispositions générales quant au partage d'information : d'une part chaque professionnel ne peut avoir qu'un accès partiel au DMP pour les informations « *strictement nécessaires* »[2212], la matrice d'habilitation du DMP étant un premier pas vers une limitation du rôle de chacun conformément à la réalité de la prise en charge[2213] ; d'autre part, les informations ne pouvant être partagées que sur ce critère de stricte nécessité, l'accès au DMP doit prendre fin dès que la prise en charge de l'intéressé par le professionnel concerné cesse.

b) La restriction de la possibilité de masquage par le détenu

431. La mauvaise interprétation des dispositions légales. Il est regrettable que la faculté de masquage laissée au titulaire d'un DMP soit limitée en plusieurs points. D'abord, il doit indiquer dans son DMP l'identité des professionnels ou établissements auxquels il souhaite interdire l'accès. Cela est une limitation de fait de son droit dans la mesure où, si l'on demande au patient détenu d'anticiper les éventuels accès, on lui demande également de connaître à l'avance l'identité précise des professionnels qu'il souhaite limiter dans leur accès. Ainsi, il ne dispose pas d'un masquage général. Cela démontre une mise en œuvre bancale du DMP et une mauvaise lecture des dispositions relatives au partage d'informations en santé. Le partage au sein du DMP repose sur les dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1110-12 relatifs à tout partage d'information entre professionnels participant à la prise en charge d'un patient. Le renvoi qui est fait aux dispositions de L.1110-4 ne permet pas d'apporter un éclairage car « *à la lecture de cette disposition, nous peinons toutefois à comprendre si le consentement à l'accès d'un professionnel au DMP doit être donné pour chaque membre d'une même équipe de soins ou est donné à l'équipe de soins* »[2214]. Cependant, que le consentement soit tacite au sein de l'équipe de soins ou exprès et préalable en dehors de cette équipe, le consentement à la « mise en partage » d'information ne devrait pas être le même que pour l'accès à ces informations[2215].

[2212] CSP, art. L.1110-4.
[2213] Arrêté du 26 octobre 2023 portant approbation du référentiel de sécurité et d'interopérabilité relatif à l'accès des professionnels au dossier médical partagé (DMP).
[2214] Conclusions d'E. MOUSTIER, rapporteure publique, conclusions, à propos de la décision CE, 10 juin 2024, n°49049.
[2215] V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, Thèse dactyl, Université de Lorraine, 2019, p. 291.

Un patient peut tout à fait concéder qu'un professionnel social ou médico-social partage des informations à destination du reste des professionnels mais sans pouvoir accéder aux autres informations. Ainsi, le besoin de précision des articles réglementaires relatifs au DMP inquiètent sur la lecture initiale et la mise en œuvre de l'article L. 1110-4, et font reposer uniquement sur le patient le respect de ses droits.

c) La situation d'exception injustifiée pour le médecin traitant

432. Accès injustifié. Une exception à la règle est faite pour le médecin traitant qui peut en tout état de cause accéder aux données[2216]. Or en détention, le médecin traitant est celui de l'USMP. Il est donc impossible pour un détenu de masquer une information au personnel de l'USMP, le médecin traitant y ayant accès, toute son équipe[2217] aussi. Cela marque une difficulté quant au respect de sa vie privée d'une part, et dans le contrôle effectif des accès informatiques réalisé sur les données personnelles de l'individu détenu d'autre part.

[2216] CSP, art. R.1111-49.
[2217] Autres médecins, infirmiers, personnes travaillant sous la responsabilité du médecin donc secrétariat médical etc.

Section II : Des menaces pour la sécurité collective

433. Dans son rapport au Premier Ministre concernant la transposition de la directive de 95, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données[2218], Guy BRAIBANT affirmait que « *Les enjeux de l'automatisation du traitement de l'information en matière de santé sont considérables. Si la sensibilité des informations médicales impose que leur traitement soit soumis à une vigilance particulière, les progrès des technologies de l'information permettent de franchir de véritables sauts qualitatifs, aussi bien dans la garantie des droits individuels à la santé que dans une démarche globale de santé publique* »[2219]. Si l'on peut affirmer sans prendre de risques que ces enjeux sont bien à la hauteur des prévisions, il n'en est pas de même pour la vigilance particulière à laquelle doivent être affublés les traitements des données sensibles. La démocratisation de la télésanté en établissement pénitentiaire entraîne assurément un rapprochement des détenus du reste de la population, mais elle les exposera également aux mêmes risques spécifiques au numérique. Les traitements numériques de donnée soulèvent dans un premier temps plusieurs questions de sécurité (**§ I**), puis dans un second temps des problématiques liées à la souveraineté (**§ II**).

§ I – Des travaux inachevés et inachevables en matière de sécurité des données

434. L'utilisation de dispositifs médicaux connectés forme *de facto* une pluralité de risques liés à différentes caractéristiques de ces produits. La sécurité de l'objet ou du logiciel lui-même est sujette à questions, dès lors que le DMC peut rencontrer une défaillance et causer par conséquent un dommage[2220], voire être lui-même créateur d'un risque sanitaire[2221]. Dans la mesure où ces dispositifs sont à l'origine d'un « *maillage informationnel* »[2222], cela induit nécessairement un risque de sécurité pour les données à caractère personnel. La notion de

[2218] Directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil, du 24 octobre 1995, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.
[2219] G. BRAIBANT, Rapport au Premier ministre, « Données personnelles et société de l'informations », La Documentation française, 1998, p. 5.
[2220] « Le développement de cette technologie ne pourra dépendre que de l'adoption d'un cadre réglementaire permettant d'offrir aux utilisateurs de ces Objets Connectés la confiance dans la fiabilité du système et dans le respect de leurs droits et de leur vie privée » ; N. MARTIAL-BRAZ, « Objets Connectés et responsabilité », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 399.
[2221] ANSM, *Ballons gastriques Allurion : recommandations pour limiter la survenue de complications graves*, ansm.sante.fr, 18 juill. 2024, consulté le 28 septembre 2024.
[2222] M. LANNA, « Objets connectés et protection des données à caractère personnel : vers un changement de paradigme des modalités de protection ? », *Droits*, vol. 68, no. 2, 2018, pp. 223-235.

sécurité décrit une « *situation objective, reposant sur des conditions matérielles, économiques, politiques, qui entraîne l'absence de dangers pour les personnes ou de menaces pour les biens et qui détermine la confiance* »[2223]. On lui appose le préfixe « cyber »[2224] lorsque l'on veut désigner les règles de sécurité entourant les données informatiques[2225]. A l'aube d'un système de santé fondé sur la centralisation des données et sur leur ouverture, il apparaît que les personnes incarcérées ne bénéficient pas directement de ces nouvelles formes de traitement de la donnée de santé, alors même qu'elles sont exposées aux menaces qui en découlent. Les règles européennes et nationales relatives à la protection des données traitent bien sûr de leur sécurité, il est toutefois important de constater si et dans quelle mesure le principe de sécurité posé par le RGPD s'applique en pratique (**A**), avant de s'intéresser au cas particulier de l'*open data* en santé (**B**).

A. La responsabilisation des acteurs du traitement des données

435. Le domaine de la santé est particulièrement visé par des attaques[2226] de multiples natures, les cyberattaques visant le vol des données de santé constituent une véritable menace[2227]. En effet « *l'interconnexion croissante des réseaux et les besoins de dématérialisation exposent davantage les systèmes d'information à des cyberattaques par rançongiciels, et donc à des compromissions de données, en dépit des renforcements prévus* »[2228]. Or ces attaques ont des incidences graves en termes de santé publique, les services d'urgence pouvant être paralysés. La multiplication des outils utilisés dans la pratique médicale, et le développement de

[2223] TLFi, <http://www.atilf.fr/tlfi>, ATILF - CNRS & Université de Lorraine, v. « Sécurité ».

[2224] (du grec kubernân, gouverner), Préfixe servant à former de très nombreux mots relatifs à l'utilisation du réseau Internet, Éditions Larousse, « Définitions : cyber- - Dictionnaire de français Larousse [archive] », sur www.larousse.fr (consulté le 28 mai 2024)

[2225] La cybersécurité regroupe alors pêlemêle les problématiques liées aux fuites de données, au stockage sur un *Cloud* (ou « nuage de données ») etc.

[2226] Selon l'Agence des systèmes d'information partagés de santé 500 incidents ont été référencés depuis 2017. 88 % touchent les établissements de santé, 6 % les structures d'accueil (EHPAD), 4 % des laboratoires d'analyses médicales et 2 % des centres de radiothérapie, ANSSI, Rapport menaces et incidents du CERT-FR, janvier 2023 : Troisième place des cibles privilégiées des pirates; ANS, Plus de 500 établissements de santé ont désormais réalisé au moins un premier exercice de gestion de crise cyber, communiqué de presse, 27 juillet 2023 ; A. JANIN, Cybersécurité, le fléau : 422 établissements de santé ont déclaré au moins un incident en 2023, Le Quotidien du médecin, 13 mars 2024, en ligne, consulté le 11 août 2024.

[2227] O. DE MAISON ROUGE, « Le cadre réglementaire des nouveaux outils de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 293 ; B. BERTRAND, J. SIRINELLI, « L'affaire *Doctolib* devant le Conseil d'État : le secret de la Licorne », *Dalloz IP/IT*, 2021, p. 518 : « *cybersécurité, du piratage de données de Doctolib à l'été 2020 à la multiplication des actes de cybermalveillance alimentant un trafic important des données de santé : cyberattaques contre tous les laboratoires ayant développé un vaccin contre le covid-19, forte hausse des rançongiciels contre les hôpitaux profitant des vulnérabilités engendrées par la pandémie, divulgation des données de patients de laboratoires de santé, ont ainsi mis à jour des problèmes techniques de cybersécurité* » ; M. LANNA, Enjeux et perspectives d'un renforcement de la surveillance numérique *in* D. ANDOLFATTO (dir.). *Citoyens dans la crise sanitaire*, Classiques Garnier, Rencontres, Vol. 604, 2023, pp. 219-234.

[2228] M. QUÉMÉNER, « Cybersécurité et protection des données de santé », *Dalloz IP/IT*, mai 2020, p. 302.

traitements de données algorithmiques avec l'IA génère des interrogations d'une part à propos de l'intégrité et de la confidentialité des données numériques utilisées, et d'autre part à propos de la disponibilité des systèmes d'information. Tout dysfonctionnement se répercutera inévitablement sur la population carcérale, soit car l'organisation classique des soins telle qu'on la connait actuellement sera bouleversée ; soit, dans l'hypothèse où l'organisation des soins en milieu pénitentiaire repose dans le futur sur le numérique, la prise en charge sera rendue totalement impossible. L'importance de l'enjeu sécuritaire a entraîné la Cour des comptes à se prononcer à l'occasion de son rapport annuel en 2018. Dans la partie nommée « *Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser* », elle exprime alors que « *la condition sine qua non du développement des services numériques en santé réside dans la garantie d'une sécurité au plus haut niveau des systèmes d'informations qui en forment l'infrastructure afin d'assurer la confidentialité, l'intégrité, la disponibilité, la traçabilité des données dématérialisées* »[2229]. La Cour des comptes dans ce même rapport[2230] regrettait des avancées trop limitées en ce qui concerne les messageries sécurisées et spécifiquement la Messagerie sécurisée de Santé (MSSanté) pourtant élaborée en 2013[2231]. Malgré son appellation, ce service est un regroupement, une constellation de l'ensemble des services de messagerie électronique, publics et souvent privés, qui respectent les normes de sécurité qu'elle institue et garantit la confidentialité des échanges entre elles. Les professionnels décidant de maintenir l'utilisation de messageries grand public qui ne présentent pas les garanties suffisantes au maintien de la sécurité de données particulièrement sensibles[2232]. Le DMP doit permettre cette interopérabilité des différents services de messageries employés par les professionnels de santé, tout en imposant un certain nombre de normes de sécurité[2233]. De même, le recours à l'IA implique que des mesures de sécurité adéquates soient employées afin de maintenir la confiance dans le système de santé[2234]. Afin d'encadrer ces différents usages qui sont faits de nos données de santé, il est exigé par les textes une plus grande

[2229] Cour des comptes, Rapport public annuel, Tome II, février 2018, p. 215.
[2230] Cour des comptes, Rapport public annuel, Tome II, février 2018, p. 215.
[2231] Au total, fin novembre 2017, 78 % des médecins généralistes libéraux, mais seulement 42 % des médecins spécialistes, sont équipés d'une messagerie sécurisée.
[2232] France Info, *Covid-19*: "J'ai autorisé" des consultations par « FaceTime ou WhatsApp », annonce le ministre de la Santé, Olivier VÉRAN, 10 mars 2020, en ligne, https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/covid-19-j-ai-autorise-des-consultations-par-facetime-ou-whatsapp-annonce-le-ministre-de-la-sante-olivier-veran_3859955.html
[2233] O. de MAISON ROUGE, « La sécurisation du DMP sera donc un enjeu majeur des prochaines échéances », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 293.
[2234] P. HAVAS, *Le déploiement d'une intelligence artificielle de confiance dans les établissements de santé*, *op. cit.*, p. 70 et s.

responsabilisation des responsables de traitements (**1**) mais cette exigence devrait être étendue aux pouvoirs publics (**2**).

1) Une responsabilisation des responsables de traitement

436. En cumulant les textes européens et nationaux, les responsables de traitement de données se voient fixer plusieurs obligations à différents stades de la vie de la donnée : une obligation générale (**a**), des obligations préventives en amont (**c**), ou réactives en aval des incidents (**b**).

a) L'obligation générale de sécurité

437. Un manque de clarté des textes sur la question. La réforme européenne du droit de la protection des données à caractère personnel a renforcé l'obligation générale de sécurité prévue à l'article 32 du RGPD. Elle a également érigé la sécurité comme un principe auquel un traitement de données à caractère personnel doit se conformer[2235], la protection des données à caractère personnel devant être assurée contre « *l'accès par des personnes non autorisées* »[2236]. Cependant, et dans la droite ligne de compromis adoptée par ce Règlement ainsi que par la loi de 1978[2237], l'article 32 ne fait que présenter un principe de sécurité et l'on pourra regretter le caractère vague de la notion de « *mesures techniques et organisationnelles appropriées afin de garantir un niveau de sécurité adapté* ». L'article ajoute par la suite quels types de moyens doivent être mis en place, notamment *« des moyens permettant de garantir la confidentialité, l'intégrité, la disponibilité et la résilience constantes des systèmes et des services de traitement*[2238] ». Le CEPD a apporté de plus amples précisions lors de l'affaire du HDH[2239].

[2235] RGPD, art. 5, §1, f) les données à caractère personnel doivent être « *traitées de façon à garantir une sécurité appropriée des données à caractère personnel, y compris la protection contre le traitement non autorisé ou illicite et contre la perte, la destruction ou les dégâts d'origine accidentelle, à l'aide de mesures techniques ou organisationnelles appropriées* ».

[2236] LIL 78, art. 4, al. 6.

[2237] V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, Thèse dactyl, Université de Lorraine, 2019, p. 272.

[2238] P. NICOLAS, Les enjeux juridiques de la télémédecine : contribution à l'étude des liens entre les droits des patients et les innovations technologiques. Volume 16, Bordeaux, LEH Édition, 2023, coll. "Thèses numériques de la BNDS", p.525 : *L'intégrité implique que les données à caractère personnel ne soient ni modifiées ni incomplètes, alors que la confidentialité désigne, quant à elle, le fait qu'une information ne soit connue que par des tiers autorisés. Cette seconde dimension suppose que seules les personnes autorisées puissent avoir accès aux données à caractère personnel*.

[2239] CEPD, Recommandations 01/2020 sur les mesures qui complètent les instruments de transfert destinés à garantir le respect du niveau de protection des données à caractère personnel de l'UE, 2020, p. 26 : *les données doivent être traitées à l'aide d'une « technique de chiffrement renforcé avant leur transmission ; l'algorithme de chiffrement et son paramétrage (longueur de clé, mode opératoire) doivent être conformes à l' état de la technique et considérés comme résistants à une cryptanalyse réalisée par les autorités publiques, compte tenu des ressources et des capacités techniques (puissance de calcul) dont elles disposent ; la solidité du chiffrement doit tenir compte de la durée spécifique pendant laquelle la confidentialité des données personnelles chiffrées doit être préservée ; l'algorithme de chiffrement doit être parfaitement exécuté par un logiciel correctement mis à jour, dont la*

Néanmoins cela oblige à une lecture combinée des textes européens et du code de la santé publique auxquels il faut ajouter les instruments de droit souple prévus par la CNIL[2240], ce qui n'est pas gage de clarté. On peut toutefois préciser que cela s'applique également aux sous-traitants qui ne sont plus vus comme de simples exécutants techniques, mais comme de véritables partenaires du responsable du traitement[2241].

b) L'obligation de signalement des incidents en aval

438. Le Règlement a apporté un changement de paradigme quant au régime juridique applicable, en prônant une logique de responsabilisation, par une approche par la conformité[2242] et en visant à la mise en œuvre d'une doctrine de protection en amont des données personnelles avec le mécanisme de l'analyse d'impact[2243]. Ainsi, le système se fonde sur la capacité pour tout responsable de traitement à pouvoir démontrer à tout moment le respect de la réglementation. Ce mécanisme n'est pas nouveau mais son champ d'application a été élargi pour que sa mise en œuvre s'inscrive « *dans le cadre d'une approche par les risques ex ante* », dans une logique consistant à « *assurer la conformité aux règles et à pouvoir en apporter la preuve* »[2244]. Dès 2014, un rapport du Sénat affirmait que « *la protection la plus efficiente est celle conçue dès l'origine* »[2245]. Cela induit les règles relatives à l'*accountability*[2246] ou encore le principe de *privacy by design* »[2247].

439. L'article L. 1111-8-2 du code de la santé publique a créé l'obligation pour les établissements de santé et les organismes et services exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins de déclarer les incidents graves affectant la sécurité des systèmes

---

conformité par rapport à la spécification de l'algorithme choisi a été vérifiée (certification) ; les clés doivent être gérées (générées, administrées, stockées, le cas échéant, liées à l'identité d'un destinataire prévu, et effacées) de manière fiable ; les clés doivent être conservées sous le contrôle exclusif de l'exportateur de données »

[2240] J. BOSSI MALAFOSSE, « Le traitement des données de santé et le règlement européen sur la protection des données du 27 avril 2016 », *Comm. Com. Elctr*. 2018, dossier 12 ; L. CLUZEL-MÉTAYER, « Les données de santé, ou le défi d'un partage sous haute protection », *RDSS*, 2022, p. 149.

[2241] RGPD, art 28 ; *V.* B. BERTRAND, J. SIRINELLI, « L'affaire *Doctolib* devant le Conseil d'État : le secret de la Licorne », *Dalloz IP/IT*, 2021, p. 518.

[2242] Abandonnant l'obligation de déclaration des traitements, les nouvelles règles visent à assurer le respect par le responsable de traitement des règles relatives à la protection des données et ce, tout au long de la chaîne de traitement.

[2243] L'analyse d'impact sur la vie privée trouvait précédemment un fondement juridique dans l'article 34 de la loi de 1978 modifiée indiquant qu'un responsable de traitement était tenu de prendre « toutes précautions utiles » pour préserver notamment la sécurité des données.

[2244] M. LANNA, « Données publiques et protection des données personnelles : le cadre européen. » *Revue française d'administration publique* 167.3 (2018): 501–511. Web.

[2245] G. GORCE, F. PILLET, *La protection des données personnelles dans l'Open Data : une exigence et une opportunité*, Rapport d'information fait au nom de la commission des lois, n° 469 (2013-2014), 16 avril 2014.

[2246] G29, Lignes directrices du 4 avril 2017 concernant l'analyse d'impact relative à la protection des données.

[2247] Pour aller plus loin *V.* T. DOUVILLE, *Droit des données à caractère personnel*, LGDJ, 1ère éd., 2023.

d'information[2248]. Ces structures sont tenues d'avertir[2249] leur agence régionale de santé (ARS) des incidents de sécurité « *significatifs* » ou « *graves* » touchant leurs systèmes d'information de santé.

c) Les obligations renforcées en amont

440. Le recours à un délégué à la protection des données et à un hébergeur certifié. La désignation d'un délégué à la protection des données (DPO) est obligatoire dans la majorité des cas où un traitement de données de santé a lieu. Il est obligatoire pour les organismes publics[2250] et « *lorsque les activités de base du responsable de traitement ou du sous-traitant consistent en des opérations de traitement qui exigent un suivi régulier et systématique à grande échelle des personnes concernées* », ce qui englobe les établissements privés et les hébergeurs de données de santé[2251]. Les responsables de traitement de données personnelles de santé qui font appel à un hébergeur extérieur ont l'obligation de recourir à un hébergeur certifié pour les données de santé conformément aux dispositions de l'article L.1111-8 du CSP, et doivent respecter les exigences générales et principes fondamentaux de sécurité des systèmes d'information de santé définis par l'Agence du numérique en santé (ANS). L'ANS vérifie notamment par une procédure d'audit que l'organisme hébergeur remplit déjà les exigences de normes de sécurité informatiques[2252] et y ajoute des exigences de ses propres référentiels[2253]. Ces référentiels comportent des règles relatives à la sécurité des données d'un point de vue informatique mais également physique. L'audit sur site consiste alors à vérifier les normes de sécurité appliquées aux salles abritant les serveurs par exemple. Au sein des hôpitaux figurent les entrepôts de données de santé (EDS) qui sont des centres de stockage de données sensibles, servant à alimenter une base numérique de recherche médicale et scientifique. Ils sont soumis à des règles de cybersécurité renforcée selon le référentiel de la CNIL du 7 octobre 2021[2254].

[2248] CSP, L.1111-8-2.
[2249] La voie recommandée est le retour électronique mais « *En cas d'impossibilité de déclaration par voie électronique, celle-ci peut se faire par tout moyen en respectant la forme et le contenu figurant en annexe auprès de l'agence régionale de santé territorialement compétente* », v. Arrêté du 30 octobre 2017 relatif aux modalités de signalement et de traitement des incidents graves de sécurité des systèmes d'information.
[2250] RGPD, art., 37§1.
[2251] *Ibid.* ; Pour aller plus loin, *V.* T. DOUVILLE, *Droit des données à caractère personnel*, *op. cit.*, p. 284 et s.
[2252] *V.* not. les certifications ISO 27001 ou ISO 20000.
[2253] Arrêté du 26 avril 2024 modifiant l'arrêté du 11 juin 2018 portant approbation du référentiel d'accréditation des organismes de certification et du référentiel de certification pour l'hébergement de données de santé à caractère personnel
[2254] Commission nationale de l'informatique et des libertés, délibération, 7 octobre 2021, n° 2021-118 ; O. DE MAISON ROUGE, « L'entrepôt de données de santé, un lieu de stockage de données sensibles hautement sécurisé », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 154.

441. Disponibilité et résilience. L'article 32 du RGPD qui prévoit que « *le responsable du traitement et le sous-traitant mettent en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin de garantir un niveau de sécurité adapté au risque* » énumère parmi les moyens à mettre en œuvre ceux « *permettant de garantir la confidentialité, l'intégrité, la disponibilité et la résilience constantes des systèmes et des services de traitement* »[2255]. La disponibilité décrit simplement l'absence d'interruption des services numériques. Or, derrière toute faille numérique se cache également des failles physiques, car tout service repose sur une infrastructure, locale ou non. En santé, il est aisé de comprendre l'importance de telles obligations de sécurité, l'interruption des services pouvant entraîner des conséquences graves et immédiates. Si le protocole de soins de l'USMP est élaboré à l'aide de procédures de télémédecines pour certaines prises en charge, il faut que ces procédures soient disponibles au risque de priver les patients détenus de l'accès aux soins. Cela est d'autant plus vrai lorsque l'acte à distance permet de diagnostiquer des pathologies graves. La résilience n'est pas expressément définie par le texte mais peut être entendue dans ce cas comme la capacité à s'adapter et à se remettre rapidement d'une perturbation. Le RGPD ne mentionne aucun moyen spécifique pour respecter ces obligations. Or, « *le hasard ne favorise que les esprits préparés* »[2256], c'est pourquoi les établissements doivent se doter d'un plan de continuité d'activité et d'un plan de reprise d'activité. Le premier vise les méthodes préventives visant à éviter la discontinuité du service, le second des méthodes curatives afin de rétablir la continuité après la survenance du sinistre. Ce sont des outils essentiels dans le domaine de la santé[2257] permettant d'anticiper les incidents afin que le niveau de protection des données ne soit pas réduit en cas de recours à ces modes de fonctionnement prévus[2258]. Les établissements doivent en effet pouvoir fonctionner sans les outils informatiques et ou internet, tout comme en cas de panne d'électricité[2259], il y a un générateur de secours.

[2255] RGPD, art. 32 b).

[2256] Extrait du discours prononcé par Louis PASTEUR, à Douai, le 7 décembre 1854, à l'occasion de l'installation solennelle de la Faculté des lettres de Douai et de la Faculté des sciences de Lille (source : œuvres complètes – textes recueillis par Louis PASTEUR VALLERY-RADOT, petit-fils de Louis PASTEUR, tome VII)

[2257] CNIL, *Sécurité : Prévoir la continuité et la reprise d'activité*, 14 mars 2014, en ligne, (consulté le 10 oct. 2024)

[2258] *Ibid*.

[2259] A. LALEMANT, « Panne informatique à l'AP-HP : les systèmes redémarrent "progressivement", un retour à la normale attendu en fin de journée », *BFMTV*, 05 août 2024, disponible en ligne : https://www.bfmtv.com/paris/panne-informatique-a-l-ap-hp-les-systemes-redemarrent-progressivement-un-retour-a-la-normale-attendu-en-fin-de-journee_AN-202408050272.html (consulté le 05 oct. 2024)

442. La qualité d'opérateurs de service essentiels (OSE) des établissements[2260]. Il est prévu par décret[2261] que les OSE du secteur de la santé sont désignés parmi les prestataires de services essentiels dont la continuité pourrait être gravement affectée par des incidents touchant les réseaux et systèmes d'information nécessaires à la fourniture desdits services. Dans les faits, seront particulièrement visés les établissements de soins et de santé[2262]. Un service qualifié d'essentiel[2263] est soumis à plusieurs obligations devant permettre d'assurer son maintien et sa continuité en cas de crise[2264]. Il est fort probable qu'un établissement de santé de rattachement soit qualifié d'OSE pour son rôle de santé publique d'un bassin de population, les détenus seront donc indirectement protégés par les règles de sécurité renforcées imposées à ces établissements. Néanmoins, tous les établissements ne sont pas désignés OSE[2265], et dans l'hypothèse où de nouveaux établissements seraient créés au niveau national[2266], il faudra s'assurer qu'ils le soient.

443. Renforcement de la législation européenne sur les dispositifs médicaux. Le scandale des prothèses PIP a conduit à l'adoption de deux nouveaux règlements en 2017[2267] afin de renforcer les exigences de sécurité, de matériovigilance et de traçabilité des produits. Parmi les obligations qui s'imposent aux professionnels et établissements de santé se trouve une exigence de traçabilité spécifique, le système d'identification unique des dispositifs (IUD)[2268]. Ces dispositions ont pour

---

[2260] *V.* loi n° 2018-133 du 26 févr. 2018 portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la sécurité ; Pour approfondir ces notions, v. not. M. QUÉMÉNER, « Cybersécurité et protection des données de santé, » *Dalloz IP/IT*, mai 2020, p. 302. ; O. De MAISON ROUGE, « Transposition de la directive NIS - De la cybersécurité à la cyber-résilience », *Dalloz IP/IT* 2018, p. 374.

[2261] Décret n° 2018-384 du 23 mai 2018 relatif à la sécurité des réseaux et systèmes d'information des opérateurs de services essentiels et des fournisseurs de service numérique, article 3.

[2262] Ainsi que les grossistes assurant la distribution pharmaceutique et les mutuelles proposant des services d'assurance-vie, non-vie et de réassurance.

[2263] Un service essentiel répond à 3 critères : ce service est essentiel au maintien d'activités sociétales ou économiques critiques ; la fourniture de ce service est tributaire des réseaux et des systèmes d'information ; un incident sur ces réseaux et systèmes aurait un effet disruptif important sur la fourniture dudit service.

[2264] Ces obligations sont par exemple : désigner un représentant auprès de l'ANSSI ; déclarer les réseaux et systèmes d'information nécessaires à la fourniture des services essentiels ; déployer à leurs frais une politique de sécurité nécessaire à la protection des réseaux et des systèmes d'information déclarer à l'ANSSI les incidents susceptibles d'avoir un impact significatif sur la continuité des services essentiels ; se soumettre aux contrôles de l'ANSSI visant à vérifier le respect des obligations et le niveau de sécurité élevé des réseaux et systèmes d'information nécessaires à la fourniture des services essentiels.

[2265] Décret n° 2018-384 du 23 mai 2018 relatif à la sécurité des réseaux et systèmes d'information des opérateurs de services essentiels et des fournisseurs de service numérique

[2266] Cf. *supra* n°311.

[2267] Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 *relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) no 178/2002 et le règlement (CE) no 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE* et règlement (UE) 2017/746 *relatif aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et abrogeant la directive 98/79/CE et la décision 2010/227/UE de la Commission*.

[2268] Notamment pour les dispositifs implantables de classe III et ceux figurant sur une liste fixée par la Commission, *V.* C. DUMARTIN, M. AULOIS-GRIOT, « Traçabilité et vigilance : deux outils complémentaires au service de la sécurité du dispositif médical et du patient », *RDSS*, 2018, p. 60.

objectif l'identification des opérateurs impliqués dans la fabrication, la circulation et la délivrance des dispositifs médicaux[2269], et adoptant une forme de « *standardisation des processus, afin de renforcer la confiance des utilisateurs* »[2270].

444. Le devoir de responsabilisation des professionnels de santé. Le RGPD s'applique à l'ensemble des États membres de l'UE mais il s'impose aussi aux divers professionnels du monde de la santé. La menace informatique que représente le piratage de données, couplée aux règles protégeant la vie privée des patients, a imposé la création de nouvelles obligations à destination des professionnels de santé. Leur rôle dans la responsabilité de traitement lors du recours à l'IA ou aux DMC fait des médecins la cible de choix[2271] d'une forme de « *devoir de responsabilisation* »[2272]. Ces obligations sont assorties de contrôles, *a posteriori* plutôt qu'en amont de la mise en œuvre des traitements de données[2273]. C'est d'abord dans la partie réglementaire du CSP puis dans un nouveau titre dédié aux services numériques en santé[2274], que le législateur impose une conformité à des référentiels d'interopérabilité et de sécurité, afin de garantir « *l'échange, le partage, la sécurité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel* »[2275]. De plus, une certification « *hébergeur de données de santé* » a vu le jour pour les professionnels ou leurs sous-traitants le cas échéant[2276]. Les soignants[2277] initialement profanes[2278] doivent donc désormais s'assurer du respect de ces dispositions[2279], la vigilance technique se superposant à leurs obligations relatives au droit commun des patients.

[2269] Article 25, règlement 2017/745.

[2270] C. DUMARTIN, M. AULOIS-GRIOT, *op cit*.

[2271] F. EON-JAGUIN, « Le médecin, véritable décideur et non simple auxiliaire de l'algorithme », *Dalloz IP/IT* 2022, p.29.

[2272] O. DE MAISON ROUGE, « Les conséquences du RGPD pour les acteurs de la santé », *Dalloz IP/IT* 2020, p. 298 : Ils « collectent des données de santé dans le cadre de la prise en charge des patients, de la recherche ou à destination des ressources humaines (ne serait-ce que la prise en charge et le remboursement de pathologies par les mutuelles de santé) »

[2273] O. DE MAISON ROUGE, « Les conséquences du RGPD pour les acteurs de la santé », *op. cit.*, p. 298.

[2274] CSP, art. L.1470-1 : « Les services numériques en santé régis par le présent titre sont les systèmes d'information ou les services ou outils numériques mis en œuvre par des personnes physiques ou morales de droit public ou de droit privé, y compris les organismes d'Assurance Maladie, proposés par voie électronique, qui concourent à des activités de prévention, de diagnostic, de soin ou de suivi médical ou médico-social, ou à des interventions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces activités. »

[2275] CSP, art. L.1470-5 ; Ces référentiels sont précisés par arrêté ministériel, *V.* Arrêté du 22 février 2023 portant approbation du référentiel d'interopérabilité et de sécurité des dispositifs médicaux numériques

[2276] CSP, art. L.1111-8.

[2277] CSP, art. L.1470-1 : Les utilisateurs des services numériques en santé sont : 1° Les professionnels de santé et les personnes exerçant sous leur autorité, les établissements et services de santé, le service de santé des armées et tout organisme participant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code ; 2° Les professionnels des secteurs social et médico-social et les établissements ou services des secteurs social et médico-social mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

[2278] C. LANTERO, « Télémédecine et droits des patients », RDSS, 2020, p. 61.

[2279] Les organismes et les professionnels de santé utilisateurs des technologies de l'information et de la communication pour la pratique d'actes de télémédecine ou d'activités de télésoin s'assurent que l'usage de ces technologies est conforme aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité mentionnés à l'article L. 1110-4-1.

Comme le résume Aurélie BAYLE : « *boîtes de messagerie sécurisées, gestion des accès et habilitations, gestion des durées de conservation des données, les praticiens de santé 3.0 devront étendre leur champ de compétences techniques à l'informatique et la sécurité*[2280]*, ou faire appel à des prestataires et experts qualifiés en la matière* »[2281]. La création de structures de télémédecine dédiées aux établissements pénitentiaires permet dès lors une simplification administrative et organisationnelle pour les professionnels de santé. Sur le même principe que les GHT, les systèmes d'information communicants entre établissements peuvent être rattachés à un « *établissement support […] puissant outil d'harmonisation des systèmes* »[2282]. En dotant ces structures de services administratifs et juridiques spécialisés qui peuvent être mutualisés, les risques d'erreurs et d'atteintes aux droits des patients sont limités. Cette structuration permet alors de s'inscrire dans une forme d'« *éthique organisationnelle* »[2283], favorisant la télésanté et permettant aux professionnels du soin de se recentrer sur le principal : les tâches médicales.

2) <u>Un besoin de responsabilisation des pouvoirs publics</u>

445. Une minimisation du rôle de la CNIL. Selon B. BERTRAND et J. SIRINELLI, les vulnérabilités techniques de cybersécurité mises à jour pendant la pandémie ont parallèlement mis en lumière des problèmes juridiques comme l'insuffisante de l'articulation entre la CNIL et l'ANSSI. Bien que déjà critiquée depuis sa création, qualifiée de « *garde-fou sans moyens réels* »[2284] voire d'« *inutile* »[2285] notamment à cause de sa composition[2286], la CNIL a vu son rôle en matière de contrôle redéfini[2287], et dans le sens d'une minimisation[2288]. Même si ses pouvoirs de contrôle et de sanction ont été renforcés dans les textes[2289], le passage d'un agrément *a priori*

[2280] C. LEQUILLERIER, « L'« ubérisation » de la santé », *Dalloz IP/IT* 2017, p. 155, cité par A. BAYLE, « L'*habeas data* à l'ère de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 285.
[2281] A. BAYLE, « L'*habeas data* à l'ère de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 285.
[2282] X. BONNET, F. PONCHON. *L'usager et le monde hospitalier*. Presses de l'EHESP, 2018, pp. 229-234.
[2283] M. DUPUIS, *L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé : ressources et limites contextuelles des pratiques soignantes*, Paris, Editions Seli Arslan, 2014.
[2284] T. ROUSSELIN, F. DE BOLMAC, *Sous surveillance ! Démêler le mythe de la réalité*, Les Carnets de l'info, avril 2008, p. 200.
[2285] Manifestation en faveur de la dissolution de la CNIL le 14 décembre 2007 par des membres d'associations pour la défense des libertés
[2286] Pour aller plus loin, v. not. P. SÉGUR et al. Un monde sous surveillance ? Perpignan, Presses universitaires de Perpignan, 2011. Print.
[2287] T. BERGER, « L'accès aux données de santé : une recherche d'équilibre entre espérance de progrès et inquiétudes pour les libertés fondamentales », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 291.
[2288] M. LANNA, « Enjeux et perspectives d'un renforcement de la surveillance numérique » *in* D. ANDOLFATTO (dir.). *Citoyens dans la crise sanitaire*, Classiques Garnier, Rencontres, Vol. 604, 2023, p. 222.
[2289] Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ; *V.* ég. T. BERGER, « L'accès aux données de santé : une recherche d'équilibre entre espérance de progrès et inquiétudes pour les libertés fondamentales », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 291.

à un contrôle *a posteriori,* ainsi que la valeur de ses avis qui ne sont désormais que consultatifs et ne lient plus les pouvoirs publics, l'ont conduit à un rôle de conseil et de mise en garde[2290]. Ce constat se cumule à l'absence d'effectivité desdits contrôles malgré les différentes garanties apportées par le législateur dans les textes, à l'appauvrissement des rapports de la CNIL[2291] et aux sanctions limitées[2292]. Cela a semblé affecter le rapport des individus au numérique[2293], « c'*est dire combien la question de la sécurité et la protection des données de santé est encore loin d'être résolue* »[2294].

446. La prévention contre les défaillances humaines relatives aux données. Enfin il est nécessaire de rappeler ce qui est souvent résumé par les responsables de la sécurité des systèmes d'information (RSSI), à savoir que « *le problème est entre la chaise et le clavier* ». Autrement dit, les failles de sécurité sont le plus souvent dues à une origine humaine[2295]. Il convient alors de prévoir des dispositifs complémentaires en matière de formations dédiées sur la protection des données. Au-delà des professionnels de santé, l'ensemble des acteurs intervenant dans le système de santé doivent être sensibilisés et formés. Au sein de la détention, les agents pénitentiaires, d'insertion et de probation ou mêmes les intervenants extérieurs doivent être formés à ces nouvelles problématiques afin de limiter les risques.

[2290] M. LANNA, « Enjeux et perspectives d'un renforcement de la surveillance numérique » *in* D. ANDOLFATTO (dir.). *Citoyens dans la crise sanitaire*, Classiques Garnier, Rencontres, Vol. 604, 2023, p. 222.

[2291] V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, Thèse dactyl, Université de Lorraine, 2019, p. 285 : La CNIL était autrefois un moteur des évolutions législatives mais l'appauvrissement du contenu de ses rapports et la fébrilité de ses réactions lui font peu à peu perdre ce rôle officieux.

[2292] L'article 20 de la loi de 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés interdit de prononcer des amendes à l'Etat ; interdit « *la limitation temporaire ou définitive du traitement, son interdiction ou le retrait d'une autorisation accordée en application du même règlement ou de la présente loi* ; » lorsque le traitement intéresse la sûreté, la défense ou le Titre III de la même loi qui encadre le traitements de données relatifs « *à des fins de prévention et de détection des infractions pénales, d'enquêtes et de poursuites en la matière ou d'exécution de sanctions pénales, et à la libre circulation de ces données* » ce qui pourrait avoir une importance dans un contexte carcéral.

[2293] M. LANNA, « Enjeux et perspectives d'un renforcement de la surveillance numérique » *in* D. ANDOLFATTO (dir.). *Citoyens dans la crise sanitaire*, Classiques Garnier, Rencontres, Vol. 604, 2023, p. 222.

[2294] B. BERTRAND, J. SIRINELLI, « L'affaire *Doctolib* devant le Conseil d'État : le secret de la Licorne », *Dalloz IP/IT*, 2021, p. 518.

[2295] Exemple de failles de sécurité mise en lumière dans une étude en juillet 2019. Cette étude révèle des chiffres instructifs sur les pratiques irresponsables de certains professionnels de santé concernant les données de santé, avance l'absolue nécessité d'une réactivité des États en termes de législations incitatives destinées à renforcer la protection des données à l'instar du RGPD. Pour aller plus loin v. Kaspersky, « *Protection des données de santé : du préventif au curatif* », juillet 2019.

B. L'exposition des détenus à l'ouverture des données

447. Une politique récente d'ouverture des données. La sécurisation des données est d'autant plus délicate que l'État français adopte depuis quelques années une politique d'ouverture des données[2296], et particulièrement en santé. C'est un renouveau du régime d'accès aux données de santé. Introduit par la loi du 26 janvier 2016[2297], le système national des données de santé (SNDS) centralise[2298] et met à disposition *« les données de remboursement de l'Assurance Maladie (SNIIRAM[2299]), les données des établissements de santé (PMSI[2300]), les causes médicales de décès, les données relatives aux relatives au handicap en provenance des MDPH, un échantillon représentatif des données de remboursement des organismes d'Assurance Maladie complémentaire »*[2301]. Il a ensuite été élargi[2302] à la suite d'un rapport[2303] soulignant l'absence de données cliniques[2304] constituant un frein pour la recherche scientifique, notamment sur l'IA[2305]. Il rentre désormais dans un ensemble plus large, la Plateforme des données de santé (PDS), également connue sous le nom de « Health Data Hub » (HDH)[2306]. L'*open data* est le nom donné à la poursuite d'un processus d'ouverture et de réutilisation des données dites publiques[2307], marquant un rapprochement entre les citoyens et leur administration[2308].

[2296] De l'anglais « *open data* » ; *V.* not. C. THIÉRACHE, « L'agrégation des données ouvertes dans le cadre de plateformes : les objets connectés dans le domaine de la santé », *Légicom* 2016, p. 101 ; J. CATTAN, « La mise à disposition des données de santé », *Dr. adm.*, mai 2016, étude 9 ; T. DOUVILLE, *Droit des données à caractère personnel*, LGDJ, 1ère éd., 2023, p. 570.

[2297] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

[2298] L. MORLET-HAÏDARA, « Le système national des données de santé et le nouveau régime d'accès aux données », *RDSS* 2018, p. 91.

[2299] SNIIRAM : « Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie »

[2300] PMSI : « Programme de médicalisation des systèmes d'information ».

[2301] M. GIRARD, D. POLTON, « La nouvelle réglementation sur l'accès aux données de santé et sa mise en œuvre deux ans après la loi de modernisation de notre système de santé », *JDSAM*, n° 20, 2018, p. 25.

[2302] Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ; Décret n° 2021-848 du 29 juin 2021 relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé « système national des données de santé », J.O. 30 juin 2020, texte n° 63.

[2303] C. VILLANI, *Donner un sens à l'intelligence artificielle, pour une stratégie nationale et européenne*, mars 2018

[2304] Comptes rendus d'imagerie, résultats d'examens biologiques.

[2305] *V.* not B. BEVIERE-BOYER, « Droit intelligence artificielle et système de santé », *in* M. BOUTEILLE-BRIGANT (dir.), *La personne face à l'intelligence artificielle*, IFJD, LGDJ, 2021, p. 141-161.

[2306] Le tribunal administratif de Paris a enjoint au ministre de la santé de procéder au retrait de l'expression « *Health Data Hub* » et du sigle « HDH », s'appuyant sur l'article 14 de la Loi n° 94-665 du 4 août 1994 relative à l'emploi de la langue française, qui interdit l'emploi de termes étrangers « aux personnes morales de droit public dès lors qu'il existe une expression ou un terme français de même sens approuvés dans les conditions prévues par les dispositions réglementaires relatives à l'enrichissement de la langue française », Tribunal administratif de Paris, 3ème Chambre, 20 octobre 2022, 2006810

[2307] Directive 2003/98/CE du Parlement européen et du Conseil du 17 novembre 2003 concernant la réutilisation des informations du secteur public ; Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux

448. Les conséquences de l'*open data* en prison. La loi prévoit que l'ouverture des données doit se faire par des traitements présentant un caractère d'intérêt public[2309]. Les bénéfices attendus de cette « ouverture maîtrisée » des données de santé sont de trois ordres : « *démocratique d'abord, car la transparence des données participe au débat démocratique sur la santé ; sanitaire ensuite, car la connaissance des données permet d'améliorer la vigilance pharmaco-épidémiologique mais aussi les parcours de soins ; économique enfin, afin de mieux soigner au meilleur coût et accessoirement pour développer des services à valeur ajoutée en utilisant des données de santé* »[2310]. L'article 1461-1 III du CSP énumère les différentes finalités d'un tel système[2311]. Concentrée sur les données provenant de la patientèle détenue, cette nouvelle base informationnelle d'analyse et de recherche pourrait produire des résultats proches de l'électrochoc survenu dans l'opinion publique au début du siècle par la parution de l'ouvrage de Véronique VASSEUR. Mais l'exploitation des données publiques de santé du SNDS pourrait aussi et surtout former un formidable outil de pilotage pour l'État, qui aurait de meilleures armes pour lutter contre les problématiques sanitaires présentes en détention, car « *dès lors qu'on dispose des données nécessaires à la mise en évidence de tels dangers, il devient criminel de ne pas les utiliser* »[2312]. Lié à l'espace numérique de santé, c'est un formidable outil de prévention[2313], même si ces bases de données nécessitent d'être actualisées. Pour illustrer ce besoin d'actualisation, il faut constater qu'« *on ne trouve dans le SNIIRAM aucune donnée sur des facteurs de risque, comme par exemple le tabagisme, la consommation d'alcool ou le poids, ou sur la situation sociale des personnes (hormis le fait d'être bénéficiaire de la protection universelle maladie [PUMa], qui concerne des personnes ayant de faibles*

libertés ; Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public.

[2308] On entend ici par données publiques données produites ou reçues par l'administration au sens de l'article L. 300-2 du Code des relations entre le public et l'administration. : Les données publiques ne sont pas publiques au sens d'une opposition avec les informations personnelles relevant de la vie privée, *V.* not. V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, Thèse dactyl., Université de Lorraine, 2019.

[2309] L'article L. 1461-5 du Code de la santé publique prévoit ainsi un accès gratuit pour 1° Les traitements de données concernant la santé demandés par l'autorité publique ; 2° Les recherches réalisées exclusivement pour les besoins de services publics administratifs.

[2310] E. DEBIÈS, « l'ouverture et la réutilisation des données de santé : panorama et enjeux », *RDSS*, 2016, p. 697

[2311] III.- Le système national des données de santé a pour finalité la mise à disposition des données […] pour contribuer : 1° A l'information sur la santé ainsi que sur l'offre de soins, la prise en charge médico-sociale et leur qualité ; 2° A la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé et de protection sociale ; 3° A la connaissance des dépenses de santé, des dépenses d'Assurance Maladie et des dépenses médico-sociales ; 4° A l'information des professionnels, des structures et des établissements de santé ou médico-sociaux sur leur activité ; 5° A la surveillance, à la veille et à la sécurité sanitaires ; 6° A la recherche, aux études, à l'évaluation et à l'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale.

[2312] C. BOUCHOUX, *Refonder le droit à l'information publique à l'heure du numérique, un enjeu citoyen, une opportunité stratégique*, Rapport d'information, Sénat, 5 juin 2014.

[2313] L. MORLET-HAÏDARA, « Le futur espace numérique de santé : un formidable outil de prévention », *JDSAM*, 2021/1, n° 28, pp. 30-35.

revenus). »[2314]. Ces données ont toutefois un grand intérêt à la gestion individuelle de la santé en détention et au regard des politiques de santé publique à mener dans ces lieux particuliers. Il faudra toutefois noter que les détenus n'ont pas accès aux données ouvertes, car l'absence d'internet en détention empêche *de facto* à cette tranche de la population d'exercer leur droit comme tout citoyen. Les personnes incarcérées ne bénéficient donc pas directement de cette ouverture des données, alors qu'elles sont exposées aux menaces causées par le *big data*[2315]. Le déferlement de critiques frappant cette nouvelle infrastructure s'est avant tout concentré sur les questions de souveraineté, mais ne laissant pas en reste les problématiques liées à la sécurité technique et juridique des données. Les droits des personnes concernées sur leurs données sont ainsi limités (**1**) alors que ces données sont stockées dans cet écosystème qui présente de nombreux risques de sécurité (**2**).

1) Des données centralisées, des droits accessoirisés

449. Une recherche de transparence dans une dynamique de démocratie sanitaire. « *La centralisation des données, leur circulation entre les différentes administrations et leur recoupement prenaient brusquement la forme d'un immense maillage autour des individus* »[2316]. L'*open data* dépasse la simple « numérisation » de l'administration, il s'agit d'un mouvement qui s'inscrit parfaitement dans le mouvement de démocratie sanitaire, dont l'information des usagers est un des vecteurs principaux[2317]. La loi du 26 janvier 2016 institue un service public ayant pour mission « *la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé* » ainsi que l'accès des citoyens et des usagers du système de santé aux données de santé. Cet accès simplifié et renouvelé à l'information grâce à l'*open data* a favorisé la confiance, permettant de surmonter la défiance rencontrée à l'égard des pouvoirs publics[2318]. L'*open data* s'inscrit dans un objectif de transparence, principe devant encadrer la médecine « *pouvant permettre d'encadrer les nouvelles pratiques mêlant médecine*

[2314] M. ZINS, M. CUGGIA, M. GOLDBERG, « Les données de santé en France, Abondantes mais complexes », *Med Sci*, 2021 ; 37, p. 179–184.
[2315] Décrit les ensembles de « données massives » dont Monespacesanté ou la Plateforme des données de santé font partie ; Pour aller plus loin v. F. G'SELL et al., *Le Big Data et le droit*, Paris, Dalloz, 2020 ; A. MENDOZA-CAMINADE, « *Big data* et données de santé : quelles régulations juridiques ? », *RLDI*, 2016, n°127
[2316] A. GRUBER, « Le système français de protection des données personnelles », LPA 4 mai 2007, p. 4.
[2317] M. LANNA, « Enjeux et perspectives d'un renforcement de la surveillance numérique » *in* D. ANDOLFATTO (dir.). *Citoyens dans la crise sanitaire*, Classiques Garnier, Rencontres, Vol. 604, 2023, p. 230.
[2318] M. LANNA, « Enjeux et perspectives d'un renforcement de la surveillance numérique » *op. cit.* : Exemple de CovidTracker, VaccinTracker ou Vite Ma Dose, plateformes permettant à partir de données disponibles en open data et d'algorithmes de *scraping* de mieux suivre la progression de l'épidémie et faciliter campagne de vaccination.

***connectée**, recherche et Big data* »[2319]. Ainsi, de nombreuses procédures sont mises en place pour assurer une publication des autorisations ou des résultats obtenus[2320]. Cependant, le dispositif d'accès reste complexe[2321], poussant certains à parler de « *close data* »[2322]. Les patients sont exposés à des menaces indirectes pesant sur la réutilisation de leurs données (a) causée par des risques relatifs à la confidentialité des données ouvertes (b).

a) Réutilisation des données

450. Les risques de réutilisation des données issues de l'*open data*. D'une part, le risque de mésusage ou d'interprétation biaisée par les citoyens, doit appeler à une vigilance des pouvoirs publics et des professionnels pour qu'aucun patient ne soit « *jamais seul face aux données* »[2323]. D'autre part, le risque pour les personnes détenues est d'être soumises à une forme de « *télé-observance* », bien que la CNIL ait déjà dénoncé un système de bonus-malus lié au comportement santé d'un individu, le futur laisse entrevoir des possibilités d'un modèle fondé sur l'« *usage-based insurance* »[2324]. Ainsi, selon E. DEBIÈS, le meilleur pilotage apporté par cet outil « *ne doit pas conduire à une remise en cause du modèle solidaire de prise en compte du risque maladie qui constitue le fondement même de notre sécurité sociale* »[2325].

b) Confidentialité des données

451. Les risques d'atteinte à la confidentialité. « *La mise à disposition des données publiques, obligation des États créanciers d'un droit à l'information publique, se trouve en*

[2319] M. BERNELIN, « La médecine connectée : interrogations et renouveau pour le droit international de la santé », *RDSS* 2018, p. 1007.
[2320] v. M. GIRARD, D. POLTON, « La nouvelle réglementation sur l'accès aux données de santé et sa mise en œuvre deux ans après la loi de modernisation de notre système de santé », *JDSAM*, juill. 2018, n°20.
[2321] J. BOSSI-MALAFOSSE, « Les nouvelles règles d'accès aux bases médico-administratives », *Dalloz IP/IT* 2016, p. 205 cité par L. MORLET-HAÏDARA, « Le système national des données de santé et le nouveau régime d'accès aux données », *RDSS*, 2018, p. 91 ; F. JAULT-SESEKE, « Données de santé : point d'étape sur le *Health Data Hub* », *Dalloz Actualité*, 7 février 2024
[2322] L. MORLET-HAÏDARA, « Le système national des données de santé et le nouveau régime d'accès aux données », *RDSS*, 2018, p. 91 ;
[2323] M. ZINS, M. CUGGIA, M. GOLDBERG, « Les données de santé en France, Abondantes mais complexes », *op. cit.*
[2324] F. EWALD, « Les acteurs traditionnels de la santé, entre innovation et disparition ? », Cahier Innovation et Prospective CNIL, n° 2, 2014, cité par E. DEBIÈS, « L'ouverture et la réutilisation des données de santé : panorama et enjeux », *RDSS*, 2016, p. 697
[2325] E. DEBIÈS, « L'ouverture et la réutilisation des données de santé : panorama et enjeux », *RDSS*, 2016, p. 697 ; *V.* ég. L. CAMAJI, L. ISIDRO, « La dématérialisation des services publics : quels impacts sur les droits sociaux des salariés ? », *Rev. trav.* 2021, p. 569 ; L. HE, « La sécurité sociale à l'ère du numérique : quel renouveau de la solidarité ? », *RDSS*, 2023 ; Défenseur des droits, *Dématérialisation des services publics : trois ans après, où en est-on* ?, 2022, p. 20. ; V. GUILLOTIN, C. LAVARDE, R.-P. SAVARY, *Crises sanitaires et outils numériques : répondre avec efficacité pour retrouver nos libertés*, Rapport d'information n° 673 du Sénat, 3 juin 2021 ; O. VACCHINO, « La mutation digitale de la sécurité sociale », *in* D. ESPAGNO-ABADIE et al. (dir.), *Fonction(s) publique(s) : le défi du changement*, Presses de l'EHESP, 2018.

conflit avec d'autres intérêts, individuels »[2326]. L'article L.1460-1 du CSP rappelle que les accès aux données de santé ne « *peuvent avoir ni pour objet ni pour effet de porter atteinte à la vie privée des personnes concernées* », ce qui, pour Jean-Marc SAUVÉ « *porte témoignage à la fois du potentiel de progrès offert par le développement de l'informatique et des risques qu'elle peut faire peser sur les libertés fondamentales et, notamment, le respect de la vie privée* »[2327]. Or, pour protéger la vie privée des personnes dont les données sont mises à disposition, et donc éviter une dilution du secret professionnel[2328], la question principale est celle de l'identification : peut-on rattacher les données à la personne, peut-on la réidentifier ?

452. Une pseudonymisation contestable. Si la question de la différence entre l'anonymat et du pseudonymat est courante pour les internautes[2329], elle ne fait pas de doute pour les données présentes dans le SNDS, puisque seule la pseudonymisation[2330] est mentionnée dans les textes[2331]. La différence principale est que le processus d'anonymisation vise à rendre impossible[2332] la réidentification. Les données anonymisées ne sont par conséquent pas couvertes par le RGPD, puisqu'elles ne sont plus considérées comme des données à caractère personnel. La CNIL a procédé à un rappel de cette distinction dans sa condamnation du 5 septembre 2024 d'une société de logiciels médicaux qui réutilisaient des données sans les anonymiser[2333]. Le dispositif législatif et réglementaire du système national des données de santé a prévu qu'il dispose de son propre référentiel de sécurité. Les textes tout comme ce référentiel précisent que les données font l'objet d'une pseudonymisation[2334], rendant ainsi le

[2326] V. OLECH, *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, Thèse dactyl, Université de Lorraine, 2019, p. 198.
[2327] J. M. SAUVÉ, *Septièmes entretiens du Conseil d'État en droit social : Santé et protection des données*, Conseil d'État, 1er déc. 2017.
[2328] M.-C. PONTHOREAU, « La protection des personnes contre les abus de l'informatique », *RFDA* 1996. 796
[2329] A titre d'exemple : W. AUDUREAU, « Ligue du LOL : 3 questions sur l'anonymat et le pseudonymat sur Internet », *Le Monde*, 11 fév. 2019, disponible en ligne https://www.lemonde.fr/pixels/article/2019/02/11/trois-questions-sur-l-anonymat-et-le-pseudonymat-sur-internet_5422118_4408996.html ; Site vie publique, « Peut-on être anonyme sur internet et les réseaux sociaux ? » https://www.vie-publique.fr/questions-reponses/293520-peut-etre-anonyme-sur-internet-et-les-reseaux-sociaux (consulté le 10 oct. 2024).
[2330] RGPD, art. 4, 5) : « pseudonymisation », le traitement de données à caractère personnel de telle façon que celles-ci ne puissent plus être attribuées à une personne concernée précise sans avoir recours à des informations supplémentaires, pour autant que ces informations supplémentaires soient conservées séparément et soumises à des mesures techniques et organisationnelles afin de garantir que les données à caractère personnel ne sont pas attribuées à une personne physique identifiée ou identifiable.
[2331] CSP, art. L.1461-1 et s., art. R.1461-7.
[2332] Nous soulignons.
[2333] M. MUSSON, « Sanction par la CNIL d'un traitement de données de santé illicite et non autorisé : rappel utile sur la distinction entre pseudonymat et anonymat des données, Délib. CNIL, n° SAN-2024-013, 5 sept. 2024 », *Dalloz actualité*, 26 septembre 2024 ; CNIL, Délibération SAN-2024-013 du 5 septembre 2024.
[2334] CSP, art. R.1461-7 « Constitué d'un code non signifiant obtenu par un procédé cryptographique irréversible du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques »

dispositif irréversible[2335]. La nouvelle version de ce référentiel vient d'être publiée dans un arrêté du 6 mai 2024[2336], abrogeant la version de 2017. Ce nouveau référentiel a l'avantage de détailler un peu plus la pseudonymisation des données figurant dans le SNDS[2337]. Pourtant, la CNIL a déjà rappelé que la pseudonymisation n'est pas une technique permettant d'apporter une garantie contre toute réidentification des personnes concernées, en particulier pour les données de santé, et ce d'autant plus que la base de données est importante et les recoupements faciles[2338]. Il est même acquis « *qu'une anonymisation des données de santé est largement illusoire* »[2339]. Et pour preuve, la première version des textes prévoyait qu'à titre exceptionnel, la réidentification de ces données serait possible dans des conditions restreintes[2340] et seulement dans l'intérêt de la personne concernée afin de l'avertir « *d'un risque sanitaire grave auquel elle est exposée ou pour lui proposer de participer à une recherche* »[2341]. Une réidentification prévue devait alors être possible, supprimant les doutes sur une réelle anonymisation. Un accès est également possible, cette fois dans l'intérêt de la recherche, mais à condition de démontrer que « *le recours à ces données est nécessaire, sans solution alternative, à la finalité du traitement et proportionné aux résultats attendus* »[2342].

453. Les autres formes de sécurisation du SNDS. Parmi les autres garanties apportées figurent l'obligation pour le responsable de traitement de veiller au respect des référentiels de sécurité[2343], l'interdiction de certaines finalités pour les traitements de données, le droit

[2335] L. MORLET-HAÏDARA, « Le système national des données de santé et le nouveau régime d'accès aux données », *RDSS*, 2018, p. 91.
[2336] Arrêté du 6 mai 2024 relatif au référentiel de sécurité applicable au Système national des données de santé, JORF n°0107 du 8 mai 2024.
[2337] Ainsi, "*toute pseudonymisation [...] doit être fondée sur des fonctions cryptographiques robustes*" répondant à différents besoins listés, comme "*être irréversible*", "*être paramétrable*", "*être identifiable*", *V.* not. Géraldine TRIBAULT, « Le nouveau référentiel de sécurité du système national des données de santé est publié », *Hospimédia*, 10 mai 2024.
[2338] Conseil d'État 19 juin 2020, Transfert de données de santé : quand le Conseil d'État passe la main à la CNIL, AJDA 2020, p. 1262. ; CNIL, Mémoire en observation, 8 oct 2020, disponible sur https://cnll.fr/news/health-data-hub-memoire-cnil-rgpd/. ; *V.* ég. L'avis du G29 pour qui, dans la documentation relative à l'anonymisation « Aucune des techniques décrites [...] ne satisfait de façon certaine aux critères d'une anonymisation efficace (à savoir, empêcher l'individualisation d'une personne concernée, la corrélation entre les enregistrements se rapportant à un individu et l'obtention par inférence de données concernant un individu) » G29, avis 05/2014 du 10 avr. 2014
[2339] E. SUPIOT, « Du secret à médical à la mise à disposition des données de santé – le Health data hub », *RDC* déc. 2020, n° 117g2, p. 84.
[2340] Une autorisation préalable de la CNIL est nécessaire et les données concernées par ce régime dérogatoire de sécurisation sont déterminées par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Cnil.
[2341] CSP, art. L. 1461-4 III 1°.
[2342] CSP, art. L. 1461-4 III 2°.
[2343] CSP, art. L.1461-1 : « *l'accès aux données s'effectue dans des conditions assurant la confidentialité et l'intégrité des données et la traçabilité des accès conformément à un référentiel défini par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du numérique, pris après avis de la Commission nationale de*

d'opposition de la personne concernée, *etc*.[2344]. La sécurisation des données du SNDS provient également de l'application de régimes d'accès distincts selon la nature des données et l'identité du demandeur. Si le principe est celui de l'ouverture par défaut des données, il ne s'applique que lorsqu'il n'y a pas de risque de réidentification. Dès lors qu'un tel risque peut survenir, des régimes d'exception s'appliquent, que ce soit pour un accès permanent ou ponctuel[2345] à la base de données.

454. Une réidentification possible de patients en grand nombre. En raison de son exhaustivité quant à la couverture de la population, le SNIIRAM est potentiellement à risque pour ce qui est de la confidentialité. En effet, la simple pseudonymisation de ces données rend l'identification de la personne concernée aisée[2346]. C'est ce qui justifie un cadre législatif très contraignant. Le rapprochement des données nécessite un identifiant commun. Or, le pseudonyme utilisé dans le SNIIRAM est créé à partir du NIR[2347], numéro hautement sensible et signifiant puisqu'il correspond à une personne physique unique[2348]. L'utilisation du NIR dans le SNDS est donc inévitable pour apparier un jeu de données au SNIIRAM[2349]. En cas de traitement de données utilisant le NIR, un décret met en place un régime spécifique au traitement de ce dernier[2350]. La loi prévoit des exceptions pour certains traitements leur permettant d'échapper au décret du 19 avril 2019, tout en demeurant soumis aux dispositions générales assurant la protection des données à caractère personnel[2351]. Le SNDS en fait partie. Cependant, si un effort est réalisé « *pour diminuer la lourdeur des dispositifs d'autorisation*

l'informatique et des libertés » ; Arrêté du 6 mai 2024 relatif au référentiel de sécurité applicable au Système national des données de santé

[2344] Pour aller plus loin, *V.* L. MORLET-HAÏDARA, « Le système national des données de santé et le nouveau régime d'accès aux données », *RDSS*, 2018, p. 91 ; J. BOSSI MALAFOSSE, « Les nouvelles règles d'accès aux bases médico-administratives », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 205.

[2345] L'accès ponctuel étant celui concernant la recherche scientifique.

[2346] Par exemple, il est quasiment certain qu'il n'y ait, au sein du SNIIRAM, qu'une seule personne qui soit une femme ayant un certain âge, résidant dans telle commune, hospitalisée tel jour dans telle clinique, ayant consulté tel cardiologue tel jour et ayant eu telle délivrance de médicaments tel autre jour dans telle pharmacie.

[2347] Appelé NIR ou NIA et comprend les noms, prénoms, date de naissance, lieu de résidence, organisme d'affiliation au titre du régime obligatoire et organisme d'Assurance Maladie complémentaire du patient ; v. T. DOUVILLE, Droit des données à caractère personnel, LGDJ, 1ère éd., 2023, p. 557 et p. 566.

[2348] Pour aller plus loin sur enjeux juridiques rattachés au NIR, v. not. E. DEBIÈS, « vers plus de souplesse dans l'utilisation du numéro de sécurité sociale ? » JCP A 2015, n°21, 2140 ; J. BOSSI MALAFOSSE, « Les nouvelles règles d'accès aux bases médico-administratives », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 205.

[2349] M. ZINS, M. CUGGIA, M. GOLDBERG, « Les données de santé en France, Abondantes mais complexes », *op. cit.*

[2350] Loi du 6 janvier 1978, art 67 al. 2 et art. 30 ; Décret n° 2019-341 du 19 avril 2019 relatif à la mise en œuvre de traitements comportant l'usage du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ou nécessitant la consultation de ce répertoire

[2351] Loi 6 janvier 1978, art. 30, al. 2 : Il doit pour cela avoir fait l'objet d'une opération cryptographique lui substituant un code statistique non signifiant. Cette opération de traitement n'est pas soumise au régime du traitement du NIR.

d'utilisation de ce numéro hautement sensible, […] des limites doivent être maintenues pour contrôler les finalités lors de réutilisations successives »[2352]. De plus, si une réidentification ponctuelle est prévue dans certaines conditions, c'est bien qu'elle est possible lorsque le responsable de traitement le souhaite. Ensuite, l'article R.1461-3 du Code de la santé publique précise que la CNAM et la plateforme des données de santé ont chacun pour mission la pseudonymisation des données dont elles ont la charge. Comment ne pas s'interroger sur le risque de disparités dans les méthodes de pseudonymisation, ce qui cause d'une part un risque pour la sécurité des données, et d'autre part un risque pour la bonne exploitation des données. Dès lors, même si le Conseil d'État a considéré que ces opérations garantissent « *que l'identification, directe ou indirecte, des personnes concernées soit impossible* », et a donc déclaré le SNDS conforme au RGPD[2353], il apparaît « *difficile de concevoir l'effectivité des opérations réalisées par la CNAM et le HDH, notamment l'impossible réidentification* »[2354]. Le Conseil d'État s'est concentré sur l'anonymisation alors que la requérante mentionnait « des données directement nominatives », ce qui renvoie à la définition de pseudonymisation contenue dans le RGPD. A la question de savoir si les techniques de pseudonymisation employées sont obsolètes, le Conseil d'État a simplement répondu que le décret n'avait pas à définir les opérations de pseudonymisation à mettre en œuvre.

455. Enfin, si la position de la Commission nationale informatique et libertés a pu être que « *le principe de l'anonymisation des données est à la base de la conciliation entre les exigences de la vie privée et celles de la recherche* »[2355], ce n'est plus le cas aujourd'hui. Les règles relatives au secret professionnel sont applicables aux responsables de traitement ayant accès à des données à caractère personnel sur le SNDS selon le code de la santé publique[2356]. Cela est également rappelé dans le référentiel de sécurité[2357], qui ajoute, pour les utilisateurs et les

---

[2352] E. DEBIÈS, « vers plus de souplesse dans l'utilisation du numéro de sécurité sociale ? » *JCP A* 2015, n°21, 2140.

[2353] CE 23 nov. 2022, *InterHop*, n° 456162.

[2354] C. CRICHTON, « Le Système national des données de santé est déclaré conforme au RGPD », *Dalloz Actualité*, 13 décembre 2022.

[2355] CNIL, *5e Rapport d'activité*, 1983-1984, p. 127.

[2356] CSP, art L.1461-1 IV.- « Pour le système national des données de santé et pour les traitements utilisant des données à caractère personnel issues de ce système : 2° Les personnes responsables de ces traitements, ainsi que celles les mettant en œuvre ou autorisées à accéder aux données à caractère personnel qui en sont issues, sont soumises au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal ; 3° L'accès aux données s'effectue dans des conditions assurant la confidentialité et l'intégrité des données et la traçabilité des accès et des autres traitements, conformément à un référentiel défini par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du numérique, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés » ; CSP, art. L.6113-7.

[2357] Arrêté du 6 mai 2024 relatif au référentiel de sécurité applicable au Système national des données de santé : « Pour les traitements utilisant des données du SNDS, les personnes responsables de ces traitements, ainsi que

administrateurs, une obligation d'engagement par contrat ou un autre acte juridique à respecter les conditions générales d'utilisation du SNDS[2358]. Cette « *extension du secret d'un côté – pour l'utilisation des données – est censée compenser, de l'autre, sa levée* »[2359].

456. Une absence de consentement du patient pour le transfert vers le SNDS. Le DMP, voire l'ENS, ont vocation à plus ou moins long terme à alimenter le HDH[2360]. La question principale qui se posera pour le patient détenu sera celle du consentement : sera-t-il présumé ? Sera-t-il manifesté de l'*opt-out*[2361] ou de l'*opt-in*[2362] ? Pour certains, « *le dispositif retenu aura sans doute vocation à varier dans le temps en fonction de l'acceptabilité sociale d'un partage étendu et automatique des données de santé mais, quelle que soit l'option retenue, il est évident que la figure du secret médical absolu car indispensable à tous n'est plus au cœur du dispositif.* »[2363]. L'article R.1461-9 du CSP dispose que le droit d'opposition, prévu par l'article 21 du règlement et par l'article 74 de la loi du 6 janvier 1978 ne s'applique pas dans le cadre de la constitution du système national des données de santé, aux données de la base principale mentionnée au I de l'article R. 1461-2[2364]. Il est par conséquent possible de douter du fait qu'un consentement exprès au partage d'informations sera laissé aux patients concernés lors du transfert vers le SNDS.

457. Le SNDS a été déclaré conforme au RGPD par le Conseil d'État, en s'appuyant sur le respect de la confidentialité grâce aux processus de pseudonymisation existants dans le référentiel de sécurité[2365]. Pourtant, si la sécurité juridique est bien en place – pour les acteurs

---

celles les mettant en œuvre ou autorisées à accéder aux données non anonymes qui en sont issues, sont soumises au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal ».

[2358] Pour exemple : Engagement de confidentialité, notamment sur la non-diffusion des données non anonymes ; Absence d'actions visant la réidentification d'individu etc.

[2359] M.-C. PONTHOREAU, « La protection des personnes contre les abus de l'informatique », *RFDA* 1996. 796

[2360] C. ISAAC-SIBILLE, *Le dossier médical partagé et les données de santé, rapport d'information présenté par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale*, AN, n° 3231, déposé le 22 juillet 2020, p. 12 ; P. SIMON, « Un rapport parlementaire qui prépare le transfert des données de santé du DMP dans le *Health data Hub* », *Télémédaction*, 8 août 2020.

[2361] Dit « consentement par défaut ».

[2362] Consentement exprès et préalable au transfert des données.

[2363] E. SUPIOT, « Du secret à médical à la mise à disposition des données de santé – le Health data hub. » RIDC déc. 2020, n° 117g2, p. 84.

[2364] *La base principale réunit les données mentionnées aux 1° à 4° du I de l'article L. 1461-1, complétée progressivement de données mentionnées aux 5° à 11° au I de ce même article. Les bases de données du catalogue comprennent des données mentionnées aux 1° à 11° du I de l'article précité. Les données issues d'enquêtes dans le domaine de la santé visées par le 8° du I de l'article précité sont celles qui sont régies par les dispositions de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques.*

[2365] CE 23 nov. 2022, *InterHop*, n° 456162.

nationaux tout du moins[2366] – la question se pose de savoir si ces processus sont bien sécurisés techniquement.

2) Une concentration des défenses, une convergence des failles

458. La centralisation comme choix technique contestable. Que ce soit au titre de l'*open data* pour la recherche, ou du fonctionnement de notre système de santé avec le DMP, l'extrême centralisation des données pose question. Le HDH est un projet qui met en danger la confidentialité des données personnelles car la pertinence même d'une telle centralisation est discutée[2367]. Ainsi, selon Marcel GOLDBERG et Marie ZINS, les systèmes centralisés sont les plus sujets au risque des attaques car les « *les conséquences néfastes sont proportionnelles au nombre de personnes concernées, au caractère sensible et à l'abondance des données concernant les personnes dont les données sont enregistrées* »[2368]. Or, pour la plateforme des données de santé, c'est bien la totalité de la population qui y est enregistrée. A cette difficulté s'ajoute le risque causé par la pseudonymisation, qui permet une réidentification dès lors que l'on peut avoir accès aux données. Le HDH serait donc une infrastructure « monstrueuse » car inutile et potentiellement dangereuse. Inutile d'une part car la centralisation des bases de données diverses ne correspond à aucun besoin scientifique[2369], d'autant que le « *stockage permanent de données très diverses et hétéroclites au sein d'une même infrastructure informatique ne résout en rien les problèmes liés à la qualité des données et à leur interopérabilité* ». Dangereuse d'autre part, car l'objectif du HDH étant la possibilité de rapprocher les données, il sera impossible de garantir une étanchéité totale entre les différentes sources de données. Le HDH serait une fausse bonne idée, même si la dispersion des données nécessite qu'un outil soit mis en œuvre pour en faciliter l'accès et l'utilisation. Ainsi le stockage des informations dans une structure informatique unique, tant que la plateforme d'analyse centralisée est reliée à plusieurs bases de données décentralisées qui restent chacune sur leur propre support informatique. Il pourrait aussi réaliser des appariements de plusieurs sources de données[2370]. Ce système présente un risque tant individuel que collectif pour la société, du fait de la taille de la cohorte de données et de sa particulière sensibilité, d'autant plus lorsqu'il évolue dans un contexte critiquable de souveraineté, dans une période où les manœuvres de

[2366] Des questions de souveraineté se pose.
[2367] M. GOLDBERG, M. ZINS, « Le Health Data Hub (fin) – De multiples problèmes et des solutions alternatives ? », *Med Sci*, 2021 ; 37 : p. 277–281.
[2368] *Ibid*.
[2369] *Ibid*.
[2370] *Ibid*.

désinformation sont courantes[2371]. La difficulté première n'est pas celle de la facilitation du traitement des données mais bien leur recueil et leur gestion. Le véritable enjeu de l'agglomération des données réside dans la qualité des données produites et doit elle-même permettre la prise de décision[2372]. En résumé, pour exploiter les données, il faut qu'elles soient exploitables, « *Big data* n'est pas synonyme de *good data* »[2373]. Cette réalité est souvent résumée, en particulier en matière d'IA, par l'adage informatique « *Garbage in Garbage out* ». Enfin, la gratuité du système[2374] et donc l'absence de coûts pour les utilisateurs réduit toute forme d'incitation pour la bonne gestion des bases des données, ce qui pourrait s'interpréter comme une défaillance. On en revient alors aux risques de biais discriminatoires qui peuvent rendre l'analyse obsolète pour une patientèle dont la présence en milieu carcéral empêche l'analyse effective en amont ou en aval des données globales de la population. Une fois de plus, les personnes écrouées sont alors exposées aux risques de ces évolutions technologiques sans être concernées par leurs bénéfices.

459. Un hébergement certifié du SNDS. La certification n'est requise que pour les prestataires d'hébergement. L'article L.1111-8 du CSP prévoit en effet qu'elle concerne les personnes hébergeant des données de santé « pour le compte de » personnes physiques ou morales. Or, le Conseil d'État a déjà rappelé que le HDH ne peut être considéré comme un hébergeur de données au sens du code de la santé publique, seul son prestataire devant bénéficier de cette certification[2375].

460. Le SNDS doit conserver comme priorité l'intérêt public. Le CESREES[2376], l'organisme qui se prononce sur la pertinence scientifique d'un projet souhaitant avoir accès à des données concernant la santé, évalue également le caractère d'intérêt public dudit projet. On peut d'abord s'interroger sur la manière dont sera apprécié cet intérêt public. Ensuite, la présence d'acteur privés dans la liste des accédant au SNDS fait planer un « *risque d'abus dans*

[2371] V. not. V. COLLEN, « Désinformation russe : la France sonne l'alarme », *Les Echos*, 12 fév. 2024 ; J.-B. JEANGÈNE VILMER, « La lutte contre la désinformation russe : contrer la propagande sans faire de contre-propagande ? », *Revue Défense Nationale*, vol. 801, no. 6, 2017, pp. 93-105 ; M. KLEN, « La désinformation opérationnelle », *Revue Défense Nationale*, vol. 786, no. 1, 2016, pp. 114-118 ; France Culture, Information et désinformation : les Russes à la manœuvre, 9 sept. 2021

[2372] E. DAOUD, F. PLENACOSTE, « Cybersécurité et Objets Connectés », *Dalloz IP/IT* 2016, p. 409 *in* Dossier : « Les Objets Connectés : 4e révolution industrielle », *Dalloz IP/IT* 2016, p. 388.

[2373] M. GOLDBERG, M. ZINS, « Le Health Data Hub (suite) — Pourquoi ? Comment ? » *Med Sci*, 2021 ; 37 : p. 271–276.

[2374] CSP, art. L.1461-2 : « Ces données sont mises à disposition gratuitement ».

[2375] CE, Juge des référés, n°440916, 19 juin 2020.

[2376] Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé.

l'utilisation des données avec la perspective d'une éventuelle privatisation d'une partie de la richesse par l'intermédiaire des brevets ou du secret d'affaire et la question, classique, d'un certain partage des bénéfices en contrepartie de l'accès à une base de données constituée, alimentée et entretenue grâce à des deniers publics donc aux frais du contribuable »[2377].
Afin de nuancer ces craintes, le Conseil d'État a rendu récemment, en s'appuyant sur l'avis du CESREES, une décision de refus d'autorisation d'accès à la base de données nationale sur l'activité des établissements de santé[2378], fondée sur l'article 66 de la loi de 1978 relatif à l'intérêt public[2379].

461. Un besoin de simplification pour une nécessaire homogénéisation. Aujourd'hui, le cadre législatif du code de la santé publique[2380] renvoie, sauf exception prévue à l'article L.1461-2 CSP[2381], au décret d'application du 29 juin 2021[2382] pour dresser « *la liste des catégories de données réunies au sein du système national des données de santé* », et d'autre part « *les modalités d'alimentation du système national des données de santé, y compris par les organismes d'Assurance Maladie complémentaire* ». Le décret en question renvoie vers un arrêté du ministre chargé de la santé après avis de la CNIL pour la fixation des modalités d'alimentation de la base de données du SNDS[2383]. Enfin, par arrêté du 12 mai 2022[2384], il est précisé que les mesures de protection techniques et organisationnelles sont spécifiées par voie de convention entre l'organisme responsable de la base de données alimentant le catalogue et la Plateforme des données de santé. Cette convention définit les conditions de transmission des données ainsi que les droits et obligations des parties. Cet escalier juridique s'arrêtant au niveau conventionnel, on peut douter de l'homogénéisation des transmissions de données au sein du système national des données de santé.

[2377] E. SUPIOT, « Du secret à médical à la mise à disposition des données de santé – le Health data hub. » *RDC* déc. 2020, n° 117g2, p. 84.
[2378] Dite « base PMSI ».
[2379] Le journal *Le Point* souhaitait réaliser le « palmarès annuel des hôpitaux et des cliniques français », mais n'a pas apporté les garanties méthodologiques justifiant un intérêt public ; *V.* CE, 30 juin 2023, n°469964.
[2380] CSP, art. L.1461-7.
[2381] CSP, art. L.1461-2 « *Par dérogation au premier alinéa du présent article, les données relatives à l'activité des professionnels de santé publiées par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base d'Assurance Maladie, en application de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale, sont réutilisées dans les conditions mentionnées aux articles L. 322-1 et L. 322-2 du code des relations entre le public et l'administration* »
[2382] Décret n° 2021-848 du 29 juin 2021 relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé « système national des données de santé »
[2383] CSP, art. R.1461-2.
[2384] Arrêté du 12 mai 2022 relatif aux données alimentant la base principale et aux bases de données du catalogue du système national des données de santé, JORF n°0112 du 14 mai 2022

462. Un objectif atteignable par la labélisation. A l'instar de l'espace numérique de santé ou des dispositifs médicaux, le SNDS doit pouvoir faire l'objet d'une labélisation, notamment pour les cohortes de données entrant dans le système. Le label délivré par la CNIL par exemple, n'aurait pas pour fonction de garantir qu'un « *programme informatique offre toutes les garanties empêchant des pertes de données clients* »[2385] mais simplement de certifier que la totalité des données entrantes répondent aux standards de qualité nécessaires à l'exploitation de ces dernières dans le respect des règles de confidentialité propres au droit interne.

463. Cette logique d'équilibre vise à faciliter la mise en œuvre du mouvement d'ouverture, tout en permettant un meilleur encadrement des cas de réutilisation, afin d'être un vecteur de confiance pour les personnes concernées[2386]. Or, les tourments en matière de sécurité ou de cybersécurité impliquent presque systématiquement des questionnements relatifs à la souveraineté numérique de notre système.

[2385] P. SÉGUR et al. Un monde sous surveillance ? Presses universitaires de Perpignan, 2011. Print.
[2386] M. LANNA, « Données publiques et protection des données personnelles : le cadre européen. » *Revue française d'administration publique* 167.3 (2018): 501–511. Web.

§ II – Un risque d'ingérence étrangère sur les données de santé

464. Si la première génération de normes avait pour objectif la protection des données à caractère personnelle, la seconde génération vise à encourager leur réutilisation et donc leur circulation[2387]. Les détenus étant concernés comme tout usager par ces problématiques spécifiques à la réutilisation de données de santé, « *une plus grande implication étatique serait nécessaire dans l'objectif de protéger les usagers du système de santé contre les risques majeurs de manipulation des données personnelles* »[2388]. Les pouvoirs publics dont la mission est la valorisation de ces données dans le cadre de leur gouvernance (**A**), doivent s'attacher à maintenir une forme de souveraineté numérique (**B**).

A. La valorisation des données françaises par leur gouvernance

465. L'apparition de la gouvernance des données. La gouvernance[2389] a pour objectif d'encourager la valorisation ou l'exploitation des données afin de stimuler l'innovation[2390] en favorisant la mise à disposition et la réutilisation des données au niveau européen[2391]. Le cadre de gouvernance ne déroge pas au droit des données à caractère personnel, il se combine avec lui[2392]. En témoigne le règlement sur la gouvernance des données[2393] pour favoriser la mise à disposition volontaire des données[2394] par leurs détenteurs. Dans cette optique, les États se rassemblent au niveau européen autour de nouvelles initiatives publiques comme privées,

---

[2387] A.-S. HULIN, « La gouvernance des données de l'IA ou l'avènement d'une nouvelle ère normative en droit du numérique », *in* C. CASTETS-RENARD, J. EYNARD *Un droit de l'IA, entre règles sectorielles et régime général, Perspectives comparées*, Bruylant, 2022, p. 469 et s., spéc. p. 473.

[2388] B. BEVIERE-BOYER, « Droit intelligence artificielle et système de santé », *in* M. BOUTEILLE-BRIGANT (dir.), *La personne face à l'intelligence artificielle*, IFJD, LGDJ, 2021, p. 155.

[2389] V. not. T. DOUVILLE, *Droit des données à caractère personnel*, LGDJ, 1ère éd., 2023 ; J.-F. RENUCCI, *Droit et protection des données à caractère personnel : droit européen : RGPD, Convention européenne des droits de l'homme*, LGDJ, 2022. Print. ; O. TAMBOU, *Manuel de Droit Européen de la Protection des Données à Caractère Personnel*. 1ère éd., Namur, Bruylant, Editions juridiques, 2020. ; B. WARUSFEL, « Régulation du numérique et souveraineté dans le cyberespace », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 547 ; B. BERTRAND, « La gouvernance des données dans la régulation européenne de l'intelligence artificielle », *RTD eur*., 2022, p. 315 ; O. CACHARD C. FARDET, M. LANNA. *Présentation des séminaires de la Chaire "Régulation des plateformes numériques et souveraineté."* HAL CCSD, 2023 ; M. LANNA, *Plateformes et maîtrise des données : l'exemple de la santé*. HAL CCSD, 2024.

[2390] T. DOUVILLE, Droit des données à caractère personnel, LGDJ, 1ère éd., 2023, p. 74.

[2391] C. CASTETS-RENARD, A.-S. HULIN, « Quel cadre de gouvernance pour le marché européen des données », D. 2021, p. 848 ; J.-Y. OLLIER « La gouvernance européenne des données », *in* B. BERTRAND (dir.) *La politique européenne du numérique*, Bruylant, 2023, p. 735.

[2392] T. DOUVILLE, *Droit des données à caractère personnel*, LGDJ, 1ère éd., 2023, p. 74.

[2393] Règlement (UE) 2022/868 du Parlement européen et du Conseil du 30 mai 2022 portant sur la gouvernance européenne des données et modifiant le règlement (UE) 2018/1724 (règlement sur la gouvernance des données).

[2394] Dont le champ d'application a été élargi à « *toute représentation numérique d'actes, de faits ou d'informations et toute compilation de ces actes, faits ou informations, notamment sous la forme d'enregistrements sonores, visuels ou audiovisuels* ».

prévoyant la mise à disposition des utilisateurs des données des produits connectés, ce qui leur permettra de les partager[2395], potentiellement dans un cloud européen[2396] voire d'un espace européen des données de santé[2397] à savoir, un « *espace personnel de santé où seraient hébergées leurs données de santé, leur permettant de les partager avec des professionnels de santé de tous les États membres et créer un dispositif afin de faciliter le partage des données pour la recherche* »[2398]. Cela supposera de modifier nos infrastructures techniques[2399] , de mettre en œuvre de nouvelles conditions restrictives d'accès, des moyens effectifs de contrôle par la CNIL, ainsi que des dispositifs d'action renforcés au niveau européen. Ce dernier point fait d'ailleurs l'objet d'un règlement européen sur la gouvernance des données (DGA)[2400].

466. Le *Data act* harmonisant les règles concernant l'accès et le partage des données. Le 22 décembre 2023, le règlement (UE) 2023/2854 concernant des règles harmonisées portant sur l'équité de l'accès aux données et de l'utilisation des données, appelé le règlement sur les données ou *Data Act*[2401], a été publié au Journal officiel de l'Union européenne. Ce règlement

[2395] Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil fixant des règles harmonisées pour l'équité de l'accès aux données et de l'utilisation des données (règlement sur les données), COM/2022/68 final.
[2396] Portail de l'Économie, des Finances, de l'Action des Comptes publics français, Concrétisation du projet « GAIA-X », une infrastructure européenne de données, 04 juin 2020 (consulté le 11 août 2024) ; I. VERGARA, « Gaia-X: la France et l'Allemagne donnent le coup d'envoi au projet de « meta-cloud » européen », Le Figaro, 4 juin 2020 (consulté le 11 août 2024) ; V. FAGOT, « Cloud européen : l'alliance Gaia-X prend son envol », *LeMonde*.fr, 20 novembre 2020 (consulté le 10 oct. 2024).
[2397] Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil relatif à l'espace européen des données de santé, COM/2022/197 final. : « L'espace européen des données de santé a pour objectif affiché de faciliter l'accès aux données de santé et l'entraînement d'algorithmes d'intelligence artificielle à l'aide de ces jeux de données. Cet espace cherche à organiser un accès non discriminatoire aux données qui respecte la vie privée, les exigences de transparence, dans le cadre d'une gouvernance institutionnelle appropriée » ; v. B. BERTRAND, « La gouvernance des données dans la régulation européenne de l'intelligence artificielle », *RTD eur*., 2022, p. 315. ; A.-S. HULIN, C. CASTETS-RENARD, « Le règlement sur la gouvernance des données ou la promesse d'un marché des données à l'européenne », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 575 ; F. JAULT-SESEKE, « Données de santé : point d'étape sur le *Health Data Hub* », *Dalloz Actualités*, 7 février 2024 ; E. NALBANT, « Proposition de règlement relatif à l'espace européen des données de santé (EHDS) / EN », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 295 ; T. DOUVILLE, La construction d'un espace européen des données de santé », *Recueil Dalloz*, 2022, p. 1304 ; F. MEGERLIN, « Espace européen des données de santé : portée de la proposition de règlement », *Recueil Dalloz*, 2024, p. 119.
[2398] V. L. CLUZEL-MÉTAYER, « Les données de santé, ou le défi d'un partage sous haute protection », *RDSS*, 2022, p. 149 ; B. BERTRAND, « La gouvernance des données dans la régulation européenne de l'intelligence artificielle », *RTD eur*., 2022, p. 315.
[2399] Vers une architecture répartie notamment, ce type d'urbanisation reposant sur des standards définis au niveau européen et même international ; I. AZANCOT, P. HENRY, « Mon Espace Santé : un progrès remarquable par rapport au DMP précédant, mais une centralisation excessive », *op. cit.*
[2400] RÈGLEMENT (UE) 2022/868 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 30 mai 2022 portant sur la gouvernance européenne des données et modifiant le règlement (UE) 2018/1724 (règlement sur la gouvernance des données).
[2401] V. not. J. KELLER, « Le *Data Act* : de nouvelles règles de partage des données », *Dalloz actualité*, 8 mars 2022 ; C. SAILLANT, « Stratégie européenne pour les données : adoption du *Data Act* par le Conseil de l'Union européenne », *Dalloz Actualité*, 20 décembre 2023 ; E. RANÇON, « Publication du *Data Act* », *Dalloz IP/IT* 2024,

s'intègre dans la stratégie européenne du numérique afin d'harmoniser les règles d'accès et assurer une utilisation équitable des données et de la valeur issue de celles-ci et, *in fine*, créer un marché unique de la donnée[2402]. Il se concentre sur les objets connectés et les services de cloud, et complète le règlement sur la gouvernance des données[2403] qui traite pour sa part des processus et structures facilitant l'utilisation des données. En réaction aux défis que tout cet écosystème virtuel pose « *aux deux axes du constitutionnalisme moderne, la limitation du pouvoir et le respect des libertés* »[2404], certains œuvrent pour une « *constitution numérique européenne* »[2405].

467. Développement de la recherche et de l'innovation nationale et européenne. La question n'est pas de savoir si l'État doit associer des acteurs privés aux structures publiques existantes, en faveur d'un développement de la recherche de l'innovation, tant cela coule de source[2406]. Néanmoins, il serait préférable de prioriser des acteurs privés nationaux, puis européens et enfin internationaux en dernier recours et à certaines conditions. En toutes hypothèses, les objectifs doivent permettre de servir l'intérêt général, et des contrôles stricts doivent être opérés. Aujourd'hui, la limite principale à ces ambitions est l'état de fait de l'hébergement informatique, la majorité des hébergeurs étant américains ou chinois. Or, cela a posé, au-delà de l'aspect médiatique[2407], des conflits d'ordre juridique.

B. Le difficile maintien d'une souveraineté numérique

468. L'hégémonie étrangère du marché numérique en matière de stockage des données, est un obstacle de taille pour maintenir la souveraineté des données personnelles françaises (**1**).

p. 5 ; G. LASSERE, « Droit des bases de données, entre progressions et coups d'arrêt », *Dalloz IP/IT*, 15 janvier 2024.

[2402] C. SAILLANT, « Stratégie européenne pour les données : adoption du *Data Act* par le Conseil de l'Union européenne », *Dalloz Actualité*, 20 décembre 2023 ; G. LASSERE, « Droit des bases de données, entre progressions et coups d'arrêt », *Dalloz, IP/IT*, 15 janvier 2024.

[2403] Règl. [UE] 2022/868 du 30 mai 2022 portant sur la gouvernance européenne des données.

[2404] A. ILIOPOULOU-PENOT, « La Constitution numérique européenne », *RFDA* 2023, p. 945.

[2405] De l'anglais « *digital constitutionalism* », v. A. ILIOPOULOU-PENOT, « La Constitution numérique européenne », *RFDA* 2023, p. 945.

[2406] Enseignement supérieur & Recherche, Les coopérations public-privé pour l'innovation en France, Note d'information 17.04, en ligne, (consulté le 10 oct. 2024).

[2407] Survenu peu après la Crise Royaume-Uni 2019 avec Amazon et le NHS ; C. GALTIER, « Amazon a eu accès à des données de santé de millions de Britanniques », *Le Figaro*, 12 déc. 2019, en ligne (consulté le 10 oct. 2024) ; P. ANATON, « Le NHS partage les données de santé de millions de britanniques avec Amazon et fait scandale », *Medscape* 18 déc. 2019.

Diverses solutions techniques et juridiques sont toutefois à envisager afin d'appliquer une forme de patriotisme numérique (**2**).

1) La compétence technique des acteurs étrangers

469. Depuis 2022, le ministère de l'Économie, des Finances a ajouté « *et de la Souveraineté industrielle et numérique* » à son portefeuille. Preuve s'il en est de la prise en compte par les pouvoirs publics de cette nouvelle problématique[2408]. La souveraineté « sur le numérique » ou la souveraineté numérique[2409] est entendue comme « *les manifestations numériques de la souveraineté* », et est employée pour désigner la capacité des États à agir dans le cyberespace mais surtout pour « *exprimer leur difficulté à assumer leurs fonctions traditionnelles face à des acteurs transnationaux puissants et dotés d'une avance technologique indiscutable* »[2410]. La souveraineté numérique concernant les données[2411] est également un enjeu politique majeur car ces dernières circulent dans un environnement qui ne connait pas de frontières territoriales, « *la frontière est en réalité d'une autre nature, elle oppose le monde sensible et l'environnement numérique* »[2412]. La souveraineté numérique française est dès lors envisagée au niveau européen afin de retrouver une « capacité d'agir » en défendant une forme d'autonomie stratégique des États. Le RGPD représente un bouclier européen[2413] tenu de protéger la maîtrise des données face aux assauts des géants privés du numériques et la politique de surveillance

[2408] Problématique qui touche l'ensemble de la population française, soit individuellement avec les données personnelles, soit collectivement avec les conséquences que peuvent revêtir de telles fuites de données sur l'administration du pays.

[2409] Ou capacité à choisir de manière autonome comment et jusqu'où la technologie doit influer sur la société et sur nos existences, B. WARUSFEL, « Régulation du numérique et souveraineté dans le cyberespace », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 547 ; Sur cette notion v. ég. P. BELLANGER, *La souveraineté numérique*, 2014 ; A. BLANDIN (dir.), *Droits et souveraineté numérique en Europe*, Bruylant, 2016 ; P. TÜRK, C. VALLAR (dir.), *La souveraineté numérique, le concept, les enjeux*, Mare & Martin, 2018 ; J.-L. WARSMANN (président), P. LATOMBE (rapporteur), Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la mission d'information sur le thème « Bâtir et promouvoir une souveraineté numérique nationale et européenne », Assemblée nationale, 29 juin 2021, p. 44 ; G. LONGUET, *Le devoir de souveraineté numérique*, Rapport n°7 (2019-2020) fait au nom de la commission d'enquête, déposé le 1er octobre 2019.

[2410] F. G'SELL, « Remarques sur les aspects juridiques de la « souveraineté numérique ? », *Revue des juristes de Sciences Po*, 2020, n°19, p. 52, cité par T. DOUVILLE, *Droit des données à caractère personnel*, LGDJ, 1ère éd., 2023, p. 73**.**

[2411] M.-L. DENIS, « La protection des données personnelles un enjeu majeur », *Comprendre la souveraineté numérique*, Cahiers français, La Documentation française, n°415, mars-avr. 2020, p.40.

[2412] D. R JONHSON., D. POST, « Law and Borders – the Rise of Law *in* Cyberspace », *Stanford Law Review*, Vol. 48, 1996, p. 1367 cité par T. DOUVILLE, *Droit des données à caractère personnel*, LGDJ, 1ère éd., 2023, p. 72.

[2413] Les traitements de données à caractère personnel sont couverts par le RGPD, que l'industriel soit établi sur le territoire de l'Union européenne ou non (du fait que son activité concerne des patients européens) : HAS, Guide sur les spécificités d'évaluation clinique d'un dispositif médical connecté (DMC) en vue de son accès au remboursement, Janvier 2019, p. 11.

globale de certains États comme le *Cloud Act* américain et sa portée extraterritoriale. L'exemple des envois d'informations concernant la santé, comme la carte vitale ou les mutuelles, à destination des pharmacies d'officine, des cabinets de médecine libérale, voire des secrétariats d'hôpitaux publics, *via* des messageries Gmail[2414] non sécurisées montre le caractère répandu des transferts de données direct à des géants du numérique.

470. La CJUE au secours de la souveraineté numérique. Le fait d'entrer dans l'« *ère de la donnée* »[2415] n'est pas un blanc-seing pour que l'innovation puisse être mise en œuvre au détriment de la protection et de la sécurité des données, ce nouvel « *or virtuel* »[2416]. L'hébergement « à la hâte » du HDH sur le service Cloud Azure de Microsoft, justifié *a posteriori* par les besoins de « *vitesse de déploiement* » du projet[2417] pendant la crise sanitaire, a soulevé de nombreux débats[2418]. Certes, Microsoft était à l'époque le seul acteur de l'écosystème à détenir les certifications HDS sur les six activités couvertes par la réglementation, mais il a été reproché à l'État français l'absence de bonne volonté pour recourir à un acteur national. Selon le RGPD[2419], pour qu'un transfert de données hors UE soit possible, il doit soit faire l'objet d'une décision d'adéquation comme citée par l'article 45[2420], soit respecter les garanties appropriées prévues par l'article 46. Or, l'arrêt *Schrems II*[2421] a invalidé le *Privacy Shield*[2422] qui avait valeur de décision d'adéquation[2423] et mis un coup d'arrêt aux

[2414] Messagerie propriété de la société Google.
[2415] A. BAYLE, « L'*habeas data* à l'ère de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 285.
[2416] B. BEVIERE-BOYER, « Droit intelligence artificielle et système de santé », *in* M. BOUTEILLE-BRIGANT (dir.), La personne face à l'intelligence artificielle, IFJD, LGDJ, 2021, p. 145.
[2417] Le gouvernement a considéré que Microsoft était « le seul capable de répondre aux prérequis au moment où la consultation a été faite » *in* « Données de santé : Cédric O veut rapatrier le Heath Data Hub hébergé par Microsoft », AFP, FrenchWeb, 08/10/2020 ; v. ég. A. BAYLE, « L'*habeas data* à l'ère de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 285.
[2418] O. DE MAISON ROUGE, « L'affaire *Health Data Hub* : entre nécessité de recherche médicale et souveraineté numérique », *Dalloz IP/IT*, 2021, p. 103.
[2419] Les articles 44 à 50 du RGPD portent sur les transferts hors Union européenne de données.
[2420] RGPD, art. 45.
[2421] CJUE 16 juill. 2020, aff. C-311/18, *Dalloz actualité*, 22 juill. 2020, obs. C. Crichton ; *D.* 2020. 2432 , note C. Castets-Renard ; *ibid*. 2022. 2002, obs. W. Maxwell et C. Zolynski ; *AJ contrat* 2020. 436 , obs. T. Douville ; *Dalloz IP/IT* 2020. 640, obs. B. Bertrand et J. Sirinelli ; Rev. crit. DIP 2020. 874, Éclairages A. d'Ornano ; *ibid.* 2022. 287, étude U. Kohl ; *RTD eur*. 2021. 175, obs. B. Bertrand ; *ibid*. 973, obs. F. Benoît-Rohmer
[2422] Par l'arrêt Schrems I, la Cour de justice européenne (CJUE), le 6 octobre 2015, aff. C–362/14, avait invalidé le Safe Harbor, un accord conclu entre la Commission européenne et les États-Unis le 26 juillet 2000, par la décision 2000/520/CE, permettant aux entreprises américaines s'y soumettant de transférer les données personnelles des ressortissants de l'Union vers les États-Unis : D. IP/IT 2016. 26, étude C. Théard-Jallu, J-M. Job et S. Mintz ; D 2016, 111, note B. Haftel ; AJDA 2015. 2257, chron. E. Broussy, H. Cassagnabère, C. Gänser.
[2423] C. CRICHTON, « CNIL : mise en demeure pour l'utilisation de Google Analytics », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 119.

pratiques consistant à employer des moyens de stockages étrangers. Le *Cloud Act*[2424] représentait en effet une « épée de Damoclès » de par le risque de « captivité numérique » des données simplement pseudonymisées[2425]. Les transferts internationaux de données vers les États-Unis doivent donc impérativement être fondés sur l'article 46 du RGPD.

471. Un besoin de prudence accrue pour éviter les failles. Cet article exige que des garanties appropriées soient respectées pour tout transfert international de données[2426]. Le décret du 29 juin 2021, en plus de la tutelle de la CNIL[2427], apporte une garantie d'hébergement des données au sein de l'UE[2428]. Dont acte. Mais cela ne signifie pas que l'hébergement doit être réalisé par une entreprise européenne soumise au droit de l'UE. Il suffit que l'entreprise chargée de cet hébergement possède un serveur sur le sol européen. Cependant, au niveau de l'Union européenne, les lignes directrices adoptées par le Comité européen de la protection des données (CEPD)[2429] forment aujourd'hui un guide supplémentaire quant aux préconisations relatives aux transferts de données vers les pays tiers[2430]. Pour l'Union européenne, « *et accessoirement dans l'intérêt de la France, l'objectif est ainsi de garantir une souveraineté numérique totale et sécurisée* »[2431]. Dans la mesure où construire ses propres banques de données est un « *impératif de souveraineté* »[2432], le faux départ du HDH doit conduire le législateur à faire preuve de

[2424] *Clarifying Lawful Overseas Use of Data Act* ou, en français, la « loi clarifiant l'usage légal des données hébergées à l'étranger » : F. PLÉNACOSTE, E. DAOUD, « Cloud Act : des inquiétudes légitimes », *Dalloz IP/IT*, 2018, p. 680 ; A. DEROUDILLE, F. FATAH, « L'extraterritorialité du RGPD dans le contexte du " Cloud Act " », Rev. UE 2019, p. 442 ; C. THIERACHE, « RGPD vs Cloud Act : le nouveau cadre légal américain est-il anti-RGPD ? », *Dalloz IP/IT*, 2019, p. 367.

[2425] O. DE MAISON ROUGE, « Cloud Act et collecte des preuves numériques à l'étranger : la souveraineté judiciaire en balance », *AJ pénal*, 2019, p. 591.

[2426] Comme des clauses contractuelles type, qui ne suffisent pas et doivent être complétées par des garanties supplémentaires, v. C. CRICHTON, « CNIL : mise en demeure pour l'utilisation de Google Analytics », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 119.

[2427] O. DE MAISON ROUGE, « L'entrepôt de données de santé, un lieu de stockage de données sensibles hautement sécurisé », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 154.

[2428] CSP, art. R.1461-1 : « Les données du système national des données de santé sont hébergées au sein de l'Union européenne. Aucun transfert de données à caractère personnel ne peut être réalisé en dehors de l'Union européenne, sauf dans le cas d'accès ponctuels aux données par des personnes situées en dehors de l'Union européenne, pour une finalité relevant du 1° du I de l'article L. 1461-3 ».

[2429] Lignes directrices n° 04/2021 en date du 22 février 2022, venant compléter celles n° 01/2019 du 4 juin 2019

[2430] En ce sens, F. NAFTALSKI, « Les codes de conduite en tant qu'outils pour encadrer les transferts de données en dehors de l'Union européenne : mode d'emploi », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 499.

[2431] J. MARGUIN, « Quand intérêt public fait loi », *AJDA*, 2023, p. 568.

[2432] M. MATTELARD, *Histoire de la société de l'information*, La Découverte, 5ème éd., pp. 62-81. L'auteur fait référence à S. NORA et A. MINC, *L'informatisation de la société*, Rapport au Président de la République, janv. 1978, p. 13.

prudence, car « *il en va de la protection des usagers de santé mais aussi de l'ensemble du système de santé national qui doit rester pérenne dans le monde impitoyable de l'IA* »[2433].

2) Le nécessaire retour d'un patriotisme numérique

472. Des acteurs nationaux compétents mais encore trop dépendants Le souhait d'un niveau de sécurité élevé dans un environnement juridique aussi complexe[2434] laisse peu de marge de manœuvre au droit national. Certains estiment que « *de nouvelles garanties législatives doivent être formulées afin de canaliser la puissance des GAFAMI, contre les cyber-risques* »[2435]. Pour d'autres, « *malgré les efforts réalisés pour développer des accords de coopération et pour parvenir à une certaine entente sur le sujet de la protection des données à caractère personnel, l'instauration d'un cadre harmonisé de protection nécessitera que des compromis soient réalisés sur ces enjeux de souveraineté* »[2436]. La crainte principale demeure le transfert à l'étranger[2437] et la répétition du recours à une société américaine pour l'hébergement des données à caractère personnel, bien que validée par la CNIL[2438], ou par le Conseil d'État dans d'autre cas[2439]. Le transfert internationnal questionne toujours l'ambition d'une souveraineté numérique européenne[2440]. Au niveau national, d'autres solutions[2441]

[2433] B. BEVIERE-BOYER, « Droit intelligence artificielle et système de santé », *in* Magali BOUTEILLE-BRIGANT (dir.), *La personne face à l'intelligence artificielle*, IFJD, LGDJ, 2021, p. 141-161.

[2434] J. BOSSI MALAFOSSE, « Le traitement des données de santé et le règlement européen sur la protection des données du 27 avril 2016 », *Comm. Com. Elctr*. 2018, dossier 12.

[2435] B. BEVIERE-BOYER, « Droit intelligence artificielle et système de santé », *op. cit.* ; *V.* ég. T. DOUVILLE, « Les dangers de la collecte des données de santé par les tiers intéressés (GAFAM, assureurs…) », *JDSAM*, juill. 2018, n°20 ; T. BERGER, « L'accès aux données de santé : une recherche d'équilibre entre espérance de progrès et inquiétudes pour les libertés fondamentales », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 291.

[2436] Ceux-ci permettront *in fine* aux services d'automesure de se développer en tenant compte, à tout moment, des questions relatives à la protection des données des individus : *V.* M. LANNA, *La protection des données à caractère personnel à l'épreuve de l'automesure connectée*, *op. cit.*

[2437] T. DOUVILLE, Droit des données à caractère personnel, *op. cit.*, p. 573 ; N. MAXIMIN, « Transfert vers les USA : la Plateforme des données de santé doit fournir des garanties », *Dalloz IP/IT*, 2020 p. 590.

[2438] CNIL, Délib. n° 2023-146, 21 déc. 2023 autorisant le groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé » à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité la constitution d'un entrepôt de données dans le domaine de la santé, dénommé " EMC2 " ; Karima HAROUN, « Panorama rapide de l'actualité « santé » des semaines du 15 janvier au 31 janvier 2024 », *Dalloz Actualité*, 8 février 2024 ; F. JAULT-SESEKE « Données de santé : point d'étape sur le Health Data Hub », *Dalloz Actualité*, 7 février 2024.

[2439] Dans l'affaire du stockage de données de Doctolib sur les serveurs de la société Amazon, il incombait au CE d'apprécier si les garanties stipulées par les parties étaient de nature à assurer un niveau de protection équivalent à celui consacré par l'Union européenne. Comme il n'était pas prévu au contrat d'éventuels transferts de données aux États-Unis pour des raisons techniques et que les données litigieuses comprenaient « les données d'identification des personnes et les données relatives aux rendez-vous mais pas de données de santé sur les éventuels motifs médicaux d'éligibilité à la vaccination » ce stockage a été considéré licite ; v. C. CRICHTON, « Le stockage de données de Doctolib sur des serveurs Amazon est licite », *Dalloz Actualité*, 29 mars 2021.

[2440] J. MARGUIN, Quand intérêt public fait loi, AIJDA, 2023, p. 568.

[2441] OVHCloud ou SecNumCloud.

existent et semblent proposer les garanties nécessaires en matière de sécurité tout en assurant une meilleure souveraineté des données. Mais là encore, des nuances peuvent être apportées tant la mainmise des GAFAM sur le marché pousse les acteurs nationaux à des partenariats technologiques, les rendant dépendants de sociétés étrangères[2442].

473. Vers une souveraineté souple. Aujourd'hui, il semble que les États démocratiques européens comme la France optent, dans ce secteur clé, pour une stratégie de régulation orientée vers une « *souveraineté souple* »[2443] fondée sur l'influence et la négociation avec les grands acteurs du marché pour en faire des partenaires. Le pendant de cette stratégie est et demeurera le renforcement des contrôles, jusqu'alors jugés insuffisants. Les quelques sanctions symboliques prononcées par la CNIL[2444] n'ont pas d'effet sans une systématisation des contrôles et des réactions fermes. On peut saluer les évolutions prévues dans le nouveau référentiel des hébergeurs de données de santé qui renforce les exigences en matière de transparence et de souveraineté en obligeant la localisation au niveau européen[2445].

474. La loi visant à sécuriser et à réguler l'espace numérique. Une loi fraichement adoptée[2446] cherche à protéger les données de santé mais aussi les données sensibles de l'État contre tout risque d'ingérence. Elle s'intéresse aux fournisseurs de services informatiques en nuage[2447] pour « *prévenir tout accès non autorisé par des puissances étrangères aux données de santé, que ces données soient directement identifiables ou indirectement identifiables* »[2448]. Elle impose la bascule pour les administrations et les opérateurs de l'État, ainsi qu'à terme, l'entrepôt national des données de santé « *sur des solutions souveraines, certifiées*

[2442] « OVH s'associe à Google afin de co-construire un Cloud de confiance en Europe », *La Revue du Digital*, Brèves, 10 nov. 2020.
[2443] De « *softpower* » et en opposition à une souveraineté établie et maintenue par la violence (politique, économique ou technologique), pour aller plus loin, v. B. WARUSFEL, « Régulation du numérique et souveraineté dans le cyberespace », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 547.
[2444] CNIL, Délibération SAN-2019-001 du 21 janvier 2019 : sanction de 50 millions d'euros.
[2445] Arrêté du 26 avril 2024 modifiant l'arrêté du 11 juin 2018 portant approbation du référentiel d'accréditation des organismes de certification et du référentiel de certification pour l'hébergement de données de santé à caractère personnel.
[2446] Loi n° 2024-449 du 21 mai 2024 visant à sécuriser et à réguler l'espace numérique.
[2447] Cloud cumputing.
[2448] K. HAROUNN, « Panorama rapide de l'actualité « santé » des semaines du 29 avril au 27 mai 2024 », *Dalloz Actualité*, 3 juin 2024 ; *V.* ég. E. MAUPIN, « Adoption définitive de la loi Sécuriser et réguler l'espace numérique », *AJDA*, 2024, p. 702.

SecNumCloud »[2449]. Bien que tardive[2450], cette initiative est de bon ton, et doit être distinguée du référentiel hébergeur des données de santé qui poursuit des finalités spécifiques différentes. Enfin, ce texte prend également en compte les dispositions du règlement européen sur la gouvernance des données au regard des compétences de l'ARCEP et de la CNIL vis-à-vis du respect des critères posés par le DGA[2451].

475. La sauvegarde de notre système de santé en pleine transformation numérique découle des choix stratégiques que feront les décideurs publics vis-à-vis des acteurs privés. L'entrée dans cette « *nouvelle ère en santé* »[2452] est un risque de « *vassalisation* »[2453] aux entreprises internationales qui doit être éviter pour maintenir la confiance dans le numérique en santé, déjà émoussé par les discriminations introduites dans les systèmes d'IA, la dilution du secret et la transformation du colloque singulier. C'est en s'inscrivant dans une démarche d'éthique du numérique que la prise en charge sanitaire des personnes incarcérées pourra réellement subir une transformation, afin que la prison cesse d'être « *cette fleur noire de la société civilisée* »[2454].

[2449] Déclaration de M. FERRARI, secrétaire d'État chargée du numérique, sur le projet de loi visant à sécuriser et réguler l'espace numérique, à l'Assemblée nationale le 10 avril 2024.
[2450] Le secrétaire d'État Cédric O s'était engagé à lancer un véritable appel d'offres concernant l'hébergeur de la plateforme des données de santé post *Covid-19*, le 8 octobre 2020, v. O. DE MAISON ROUGE, « L'entrepôt de données de santé, un lieu de stockage de données sensibles hautement sécurisé », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 154.
[2451] G. TRIBAULT, « Le projet de loi régulant l'espace numérique renforce la protection des données de santé », *Hospimédia*, 11 avr. 2024, en ligne (consulté le 07 octobre 2024)
[2452] B. BEVIERE-BOYER, « Droit intelligence artificielle et système de santé », *op. cit.*, p. 155.
[2453] *Ibid*.
[2454] N. HAWTHORNE, *La lettre écarlate*, Ticknor, Reed & Fields, Boston, 1850.

Conclusion du Chapitre II

476. Après les incursions d'origine humaine, la relation de soins est la cible directe ou indirecte de menaces d'origines technologiques, poussant le juriste à s'interroger sur l'agencement entre les dispositions spécifiques du code de la santé publique et les dispositions plus générales du RGPD. Le Conseil d'État a opté pour une application cumulative de ces textes, qui correspond à la réalité du cumul pour une même information d'un caractère sensible au sens du RGPD et d'un caractère secret au sens du code pénal et du code de la santé publique. Le « besoin de connaissance de l'administration » trouve alors sur sa route la protection réglementaire relative aux données de santé, qui freine ses élans pour s'immiscer dans la relation de soin. Le rôle des données est la communication d'informations, leur réutilisation dans une multitude de fichiers est une offre alléchante pour des pouvoirs publics qui ont pour ambition de « connaître, contrôler et gérer », comme ils ont tenté de le faire par le passé avec le projet SAFARI. Le fichage des personnes incarcérées, associé à un accès judicaire et administratif de la CNIL, est un danger réel pour la confidentialité des patients. Ce panoptisme numérique interpelle alors que la relation de soins repose sur la confiance, dépendante de la confidentialité des échanges entre le patient et son médecin. Le principe de transparence s'inscrit en opposition à l'opacité de l'administration, notamment pour les algorithmes publics. L'effectivité des droits du patient sur les éléments contenus dans les différents dossiers médicaux rencontrent toutefois des restrictions, particulièrement à travers l'impossibilité que rencontre le patient de s'opposer à la collecte des données.

477. Enfin, la collecte massive de données sensibles, leur centralisation et leur réutilisation dans un but d'ouverture poussent à la vigilance en matière de souveraineté face aux acteurs internationaux, ceci afin d'éviter une forme de « vassalisation ». Les patients incarcérés sont concernés par la sécurité collective des données à caractère personnel des Français, exposés aux mêmes failles organisationnelles que leurs concitoyens, alors qu'ils bénéficient peu des retombées positives. La solution pourrait se trouver dans une coopération européenne et un aiguillage vers le privé national soumis à une réglementation stricte.

Conclusion du Titre II

« *Quand la science, par méthode nécessaire, évacue tout secret […] la médecine garde le seuil* »[2455].

Claude BRUAIRE.

478. Traditionnellement paternaliste, la relation de soins a évolué pour créer un statut d'« actient » au patient, véritable acteur de sa prise en charge. En ayant accès aux soins à distance, le patient détenu retrouve une forme de confidentialité de ses échanges avec les médecins, et peut tracer toute atteinte commise, notamment par l'administration, avide de connaître. Mais ce statut est vite dépassé par la technologie, qui crée une forme d'ambiguïté. Le partage des informations et donc des données à toujours plus de professionnels et la multiplication des fichiers informatiques contenant de la donnée de santé fragilisent les droits obtenus par le patient depuis la naissance de la démocratie sanitaire. Individu infantilisé par la détention, il est désormais exposé à une surveillance étendue de sa vie privée par des acteurs publics comme privés, donnant un autre sens au terme de « télésurveillance », qui ne serait alors plus seulement médicale mais totale en milieu carcéral.

479. Le cadre européen relatif aux données de santé n'est pas suffisant pour que la confidentialité du patient détenu soit protégée des incursions répétées des tiers à la relation de soins. L'ouverture des données de santé avec l'*open data* suscite de multiples espoirs en santé public, mais met parallèlement en péril les données de chacun. Cette ouverture bénéficie au plus grand monde, mais n'est pas directement accessible en milieu carcéral. Exposés aux risques, écartés des bénéfices, la réutilisation des données personnelles des détenus est moins bénéfique pour eux. Dans ce contexte particulièrement complexe de foisonnement technologique, la primauté des considérations sécuritaires est évidente, mais l'effectivité des droits des détenus est inconstante.

[2455] C. BRUAIRE, *Une éthique pour la médecine*, Fayard, 1978, p. 35.

Conclusion de la Partie II

« *Je crois que l'avenir de l'humanité est dans le progrès de la raison par la science* »[2456].

Émile ZOLA.

480. Au cœur des politiques de santé, la prise de pouvoir du patient dans sa relation avec le médecin, et de façon plus large dans sa santé, laisse entrevoir un espoir : celui d'un patient autonome, acteur de sa santé, expert, mieux informé et surtout plus respecté. La technologie est vue comme le moyen d'émancipation mettant fin à la hiérarchie paternaliste du médecin sur le patient. La place gagnée par le patient ne s'accompagne pas inévitablement d'une perte de terrain pour le professionnel de santé, la reconnaissance récente de son autonomie à l'usager « *n'annihile pas cette dépendance mais interroge la possibilité d'une autonomie dans la dépendance* »[2457]. Les pouvoirs publics, qui se sont empressés d'inciter au développement d'outils pour des raisons d'équilibre budgétaire plutôt que de gain sanitaire, sont à mettre en cause pour cette forme d'éclatement de la relation de soins en télésanté. A l'inverse, la télésanté pourrait marquer le départ d'une véritable médecine relationnelle, où le savoir-faire technique est laissé aux outils technologiques, pendant que le médecin se concentre sur un savoir-faire relationnel, un savoir-être médical.

481. Le maître-mot de la relation de soins est depuis toujours la confiance, le serment d'Hippocrate déjà imposait aux médecins de ne jamais la tromper [2458]. La confiance doit être étendue au numérique, aux technologies et à l'administration en général. L'administration pénitentiaire d'abord, qui doit assurer sa mission sans outrepasser les limites posées par le droit des patients. L'administration au sens de l'État ensuite, qui doit mener la politique de santé publique de manière sécurisée, et assurer une gouvernance éthique des données pour éviter une réutilisation de celles-ci contraires à l'intérêt du patient, comme une remise en cause du modèle solidaire de la sécurité sociale[2459]. En prison, le rapport de force permanent prédispose à la

[2456] É. ZOLA, Le Docteur Pascal, Le Livre de Poche, Jean-Louis Cabanès, coll. Classiques, 2004 (1893 Première éd.).
[2457] J.-P. PIERRON, « Une nouvelle figure du patient ? les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé*, 2007, n° 25-2, p. 43.
[2458] Hippocrate de Cos, Serment d'Hippocrate, IV[ème] siècle avant JC : « *je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences* ».
[2459] E. DEBIÈS, « L'ouverture et la réutilisation des données de santé : panorama et enjeux », *RDSS*, 2016, p. 697.

prudence relationnelle et à la méfiance[2460], aussi, la confiance a une importance particulière au sein de cette institution. Il s'agit de veiller à ce que le détenu ne se voit pas retirer tout pouvoir sur ses données, ce qui le conduirait à être réduit non seulement à un sous-patient, mais de manière tout aussi dangereuse, à un sous-citoyen.

[2460] A. CHAUVENET, F. ORLIC, « Sens de la peine et contraintes en milieu ouvert et en prison », *Déviance et Société*, n° 26, 2002, pp. 443-461.

Conclusion générale

« *Notre avenir dépend non de la science politique mais d'une politique de la science.* »
Marc GENDRON[2461].

482. Lorsque vient le moment de conclure cette étude, il faut en dresser les constats et les observations. Le détenu, qui dans les textes est un patient presque comme un autre, voit comme un mirage la réunion des deux composantes de l'accès aux soins, l'égalité et la liberté. D'abord et malgré un traitement textuel similaire, le parallélisme entre le patient détenu et le patient libre n'est pas concevable, l'organisation de la prise en charge sanitaire en détention supprimant toute liberté de choix au patient incarcéré. Ensuite, la dégradation du maillage territorial, causée par les choix des décideurs publics, entraîne des répercussions qui frappent sans détour les lieux privatifs de liberté. Les pouvoirs publics se sont saisis de la question de l'égalité, en rendant effectif le droit d'accès aux soins en détention grâce aux mécanismes de protection sociale. Le droit d'accès aux soins et son applicabilité jurisprudentielle sont particulièrement protecteurs des détenus, pour que leur vulnérabilité due à leur manque d'autonomie ne soit pas un fardeau supplémentaire les privant d'accéder à des prestations de santé. Le maillage territorial tel qu'il est tracé est un obstacle qui semble toutefois insurmontable, à l'heure où les professionnels délaissent des pans entiers du territoire français pour s'installer dans les zones déjà surchargées en offre de soins. Les prisons doivent alors être considérées comme des zones particulièrement sous-dotées, des déserts médicaux particuliers. C'est pourquoi la liberté d'installation doit être réinterrogée, si ce n'est dans son principe, au moins dans l'adaptation des politiques publiques de santé aux déterminants de cette installation. Le manque d'attractivité des postes en milieu carcéral peut être compensé par les nouvelles formes de prise en charge à distance, rapprochant les médecins des patients détenus, tout en les préservant de se rapprocher physiquement des prisons. Et si cet état de fait n'est pas suffisant, des politiques légèrement coercitives pourraient suffire pour alimenter le déficit actuel d'offre de soins. Imposer aux professionnels un temps d'intervention à distance expressément fléché vers les zones sous-dotées comme la détention est par exemple une solution envisageable qui ne remet pas en cause le principe même de la liberté d'installation.

[2461] M. GENDRON, *Louise ou la nouvelle Julie*, 1981.

483. La télésanté se présente alors comme une solution, une oasis dans ce désert particulier. Promue par les politiques récentes, cette nouvelle forme de prise en charge à distance grâce au développement technologique présente de nombreux avantages. L'accès aux soins est favorisé quantitativement par les connexions créées entre l'USMP et l'établissement sanitaire de rattachement. Davantage d'actes peuvent être réalisés, dans des spécialités multiples et pour tous les profils de patient, pour les soins somatiques comme psychiatriques, y compris en cas d'urgence. L'horizon technologique est prometteur, brillant d'intelligence artificielle et de dispositifs connectés, et les outils actuels comme le DMP ou la télésurveillance médicale présentent un intérêt immense et immédiat pour la coordination et le suivi des soins de la population détenue. L'encadrement juridique de ces outils n'est pas un frein à leur utilisation, la législation actuelle étant tout à fait pertinente pour un emploi sécurisé. Cependant, cette forme de médecine pose question dans son accessibilité en détention, l'accessibilité technique étant limitée en prison, les personnes incarcérées étant concernées par la fracture numérique et l'organisation limitant toujours la prise en charge à un nombre limité de professionnels, quand bien même ceux-ci interviendraient à distance.

484. Le cadre législatif et réglementaire des actes de télésanté est suffisant pour un développement accru de cette forme de médecine, mais la spécificité de l'organisation sanitaire en détention réclame pour sa part quelques modifications pour s'adapter au gain de liberté permis par la technologie. Si l'on souhaite que la file active sanitaire des USMP gagne en efficacité, il faut admettre que la dépendance actuelle d'un établissement unique n'est pas satisfaisante. Les changements seront essentiellement organisationnels pour que la législation gagne en effectivité, et en cela, la télésanté offre diverses solutions, comme l'élargissement des prises en charge à davantage d'établissement ou aux professionnels libéraux, ou encore la création d'établissements spécialisés dans la prise en charge à distance. Et si « *Camus écrivit un jour qu'"une société se juge à l'état de ses prisons", peut-être pourrait-on ajouter, aujourd'hui, qu'elle se juge aussi à l'état de santé des détenus*. »[2462]. Néanmoins, l'état de santé ne peut se résumer à l'accès matériel à des actes médicaux, quand bien même celui-ci serait favorisé.

[2462] F. VIALLA, V. MIJUSKOVIC, « Santé des personnes sous main de justice », *adsp* n° 104, septembre 2018, p. 2.

485. Si l'acte de soin est favorisé, la relation de soin s'en trouve fragilisée. La télésanté se présente comme un moyen pour le patient de faire fructifier ce gain d'autonomie né il y a une vingtaine d'année et qui ne cesse de se développer avec la démocratie sanitaire. Dans son droit à l'information ou dans la prise de décision concernant sa santé, l'« actient » ou patient acteur s'émancipe de l'influence paternaliste du médecin, et le professionnel peut délaisser aux outils le savoir-faire technique pour se concentrer sur le savoir-être médical. Toutefois ce gain d'autonomie n'est qu'apparent, son *empowerment* n'est que partiel en télésanté. La distance géographique qui sépare le patient du professionnel, comblée par des prouesses technologiques aux intérêts médicaux certains, est une menace pour l'intégrité relationnelle qui subsistait jusqu'alors. On ne parle pourtant ni de télépatients ni de télémédecins, pour éviter toute confusion menant à envisager un statut différent pour le patient pris en charge à distance. Il faut veiller à ce que ce dernier soit traité dans les mêmes conditions et que tous ses droits soient respectés, de surcroît en détention. Aux conséquences néfastes d'une prise en charge par télésanté s'ajoutent les déboires dont elle est la cause. Cette pratique, instituée dans certains cas pour des considérations gestionnaires, se concentre sur la maladie plutôt que sur le malade tout en exposant au monde les données à caractère personnel des patients. Certains parlent d'une *« erreur stratégique fondamentale de pouvoirs publics aveuglés par la prétendue toute puissance de la technologie et le mirage du patrimoine des données de santé* »[2463]. Une plus grande implication étatique est donc souhaitée pour protéger les usagers du système de santé, et donc les personnes incarcérées, contre les risques de manipulation des données personnelles. En milieu carcéral, les risques de manipulation sont pléthores, et si une fois de plus le cadre juridique existant est suffisant au regard de la confidentialité des données ou au secret professionnel, l'« *institution totale* »[2464] qu'est la prison dans sa dimension sécuritaire conduit à des atteintes récurrentes à la vie privée des personnes détenues. Le paradoxe de la e-santé est qu'elle promeut des modes de soins innovants mais réclame davantage de protection pour les

[2463] M. GOLDBERG, M. ZINS, « Le Health Data Hub (suite) — Pourquoi ? Comment ? » *Med Sci*, 2021 ; 37 : p. 271–276.
[2464] E. GOFFMAN, *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Minuit, Paris, 1998 (1968 Première éd.).

droits des patients[2465]. Le droit et l'éthique peuvent alors être utilisés comme « *des accompagnateurs du progrès plutôt que comme des limitateurs de l'innovation* »[2466].

486. En définitive, à l'heure où tous les décideurs semblent se tourner vers cette forme de médecine, il faut rappeler que la prison n'est pas un lieu de soins mais un lieu où l'on soigne[2467]. Sa fonction première n'est pas de prendre en charge en ses murs tous les maux des personnes dont elle a la garde car il ne s'agit pas de médicaliser la prison[2468]. La prise en charge à distance est une chance d'amélioration de la prise en charge, mais également un risque d'être tenu à distance, à distance des soignants, à distance de la société, et ce constat s'applique à tous les lieux privatifs de liberté. La complaisance affichée des décideurs publics dans le développement de la télésanté se justifie avant tout par le caractère économique qu'elle représente, et par les apports sécuritaires qu'elle offre. La menace principale est alors que l'USMP et *a fortiori* l'hôpital, deviennent pour les détenus une véritable « *machine à guérir* »[2469], les gains d'autonomisation offerts aux détenus menant alors à une automatisation de cette forme de prise en charge, synonyme de rupture de la relation particulière unissant le patient et le médecin, transformant la personne en « *automate* »[2470] et la prise en charge sanitaire en « médecine carcérale ». Cette étude a débuté, littéralement, par prévenir que « *sciences sans conscience n'est que ruine de l'âme* »[2471], elle s'achèvera en insistant sur ce point.

« *Science sans conscience égale science de l'inconscience*. »[2472]

Mc Solaar.

[2465] N. EL BIAD Le paradoxe de la e-santé : entre promotion d'un mode de soins innovant et protection des droits des patients, *in* I. POIROT-MAZÈRES (dir.), Santé, numérique et droit-s, Presses de l'Université Toulouse Capitole, Toulouse 2019, p. 177-196.

[2466] L. WILLIATTE, A. LOUTE, « La télémédecine : entre rappel du cadre de l'acte médical et déstabilisation de celui-ci », *adsp* n° 101, décembre 2017, p. 45.

[2467] A. LÉCU, « La prison, un lieu de soin ? », *PSN*, vol. 11, no. 1, 2013, pp. 7-23.

[2468] P. GIROLAMI, *Médecine et prison. Entre éthique et droit*. LEH, 2013, p. 14.

[2469] M. FOUCAULT (dir.), *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Institut de l'environnement, Paris, 1976.

[2470] B. AUROY, « Les paradoxes de la prison dans l'œuvre de Michel Foucault », *Amplitude du droit*, 2023, n°2, pp. 1-31 ; A. SFORZINI, *Michel Foucault : une pensée du corps*, Presses Universitaires de France, 2014.

[2471] Cf. Supra, introduction générale.

[2472] MC Solaar, « La concubine de l'hémoglobine », *Prose combat*, 1995.

Bibliographie

I - OUVRAGE GÉNÉRAUX, TRAITÉS, MANUELS

Ouvrages et manuels

- **BOUTEILLE-BRIGANT** M., *Indispensables du droit médical*, Ellipses, coll. « Plein droit », 2ème éd., 2023.
- **CARBASSE** J.-M., *Histoire du droit pénal et de la justice criminelle*, PUF, 3ème éd., 2014.
- **DREYER** E., *Droit pénal général*, LexisNexis, 6ème éd., 2021.
- **DUROCHE** J.-P., **PEDRON** P., *Droit pénitentiaire*, Vuibert, coll. « Vuibert droit », 4ème éd., 2019.
- **DUROCHE** J.-P., **PEDRON** P., **FÉVRIER** F., **WAGNER** M., *Droit Pénitentiaire*, Vuibert, coll. « Vuibert droit », 5ème éd., 2024.
- **MEMETEAU** G., **GIRER** M., *Cours de droit médical*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, 5ème éd., 2016.
- **TAMBOU** O., *Manuel de Droit Européen de la Protection des Données à Caractère Personnel*, Bruylant, coll. « Droit administratif », 1ère éd., 2020.
- **TERRÉ** F., *Introduction générale au droit*, Dalloz, coll. « Précis », 2009.

Traités

- **BECCARIA** C, *Traité des délits et des peines*, préf. BADINTER R., Flammarion, 2023.
- **NEVEJANS** N., *Traité de droit et d'éthique de la robotique civile*, LEDH, 2017.
- **TABUTEAU** D., **BOURDILLON** F., **BRUCKER** G., *Traité de santé publique*, Flammarion, 2007.

II - OUVRAGES SPÉCIAUX, MONOGRAPHIES ET THÈSES

Ouvrages spéciaux et monographies

- **AÏM** O., *Les théories de la surveillance, Du panoptique aux Surveillance Studies*, Armand Colin, 2020.
- **ANDOLFATTO** D. (dir.) et al., *Citoyens dans la crise sanitaire*, Classiques Garnier, coll. « Rencontres », 2023.
- **APPOLIS** B., **TRUCHET** D., *Droit de la santé publique*, Dalloz, 11ème éd., 2022.
- **BABINET** O., **ISNARD BAGNIS** C., *Les déserts médicaux en question(s)*, Presses de l'EHESP, 2021.
- **BATIFOULIER** P., **DA SILVA** N., **DOMIN** J.-P., *Économie de la santé*, Armand Colin, coll. « Cursus », 2018.
- **BELMAS** É. (dir.), **NONNIS-VIGILANTE** S. (dir.), *Les relations médecin-malade des temps modernes à l'époque contemporaine*, Presses universitaires du Septentrion, coll. « Histoire et civilisations », 2013.
- **BENSAMOUN** A., **LOISEAU** G. (dir), *Droit de l'intelligence artificielle*, LGDJ, 2ème éd., 2022.
- **BERESNIAK** A., **DURU** G., *Économie de la santé*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2020.

- **BERGEL** J.-L., *Théorie générale du droit,* Dalloz, coll. « Méthodes du droit », 3ème éd., 1999.
- **BERNARD** C., *Principes de médecine expérimentales,* PUF, 1878.
- **BESNIER** J.-M. (dir.) et al. *Santé connectée,* CNRS Éditions, 2021.
- **BINET** J.-R., *Droit médical*, Montchrestien, coll. « Cours », 2010.
- **BIOY** X., **LAUDE** A., **TABUTEAU** D., *Droit de la santé,* PUF, coll. « Thémis », 4ème éd., 2020.
- **BLANDIN** A. (dir), *Droits et souveraineté numérique en Europe,* Bruylant, coll. « Les Intégrales ». 2016.
- **BLOCH** L., **CASTAING** C., *Les enjeux du numérique en santé*, LEH, coll. « Actes et séminaires », 2024.
- **BOILEAU** N. *L'Art poétique*, Chant I, Hachette, 1881.
- **BONNET** X., **PONCHON** F., *L'usager et le monde hospitalier. 50 fiches pour comprendre le fonctionnement hospitalier*, Presses de l'EHESP, 2018.
- **BOUSSARD** V., *Sociologie de la gestion. Les faiseurs de performance,* Belin, coll. « Perspectives sociologiques », 2008.
- **BRIN** D., *The Transparent Society (La société transparente*), Perseus Press, 1998.
- **BRUAIRE** C., *Une éthique pour la médecine,* Fayard, 1978.
- **CADIET** L., **CHAUVAUD** F. et al., (dir.), *Figures de femmes criminelles, de l'Antiquité à nos jours*, Paris : publications de la Sorbonne, coll. « Hommes et société », 2010.
- **CARBONNIER** J., *Droit civil : Introduction,* Presses universitaires de France, coll. « Thémis droit privé », 26ème éd., 1999.
- **CARBONNIER** J., *Flexible droit*, LGDJ, 9ème éd., 1998.
- **CARLIER** C., *La balance et la clef, Histoire du rattachement de l'administration pénitentiaire au ministère de la Justice*, coll. « Archives pénitentiaires », n° 7, 1986.
- **CARNEROLI** S., *Le droit à l'oubli,* Larcier, 2016.
- **CARTON** B. (dir.), **LÉCU** A. (dir), *Les soins en prison. Quelle réalité derrière les murs ?*, Hygée éditions, coll. « Débats santé social ». 2024.
- **CASTANET** V., *Les Fossoyeurs : Révélations sur le système qui maltraite nos aînés,* Fayard, 2022.
- **CHASSAGNE** A., *Soins et prison Enquête auprès de détenus gravement malades,* Érès, 2019.
- **CHASSANG** C., *Procédure pénale,* Ellipses, 2023.
- **CHAUVENET** A., **ORLIC** F., **ROSTAING** C., *La violence carcérale en question,* Presses universitaires de France, coll. « Le lien social ». 2008.
- **COCTEAU** J., *Le Rappel à l'ordre,* Stock, 1926.
- **Commission nationale consultative des droits de l'homme**, *Sanctionner dans le respect des droits de l'homme. Volume I : Les droits de l'homme dans les prisons*, La documentation française, 2007.
- **COTON** C. (dir.), **PROTEAU** L. (dir.), *Les paradoxes de l'écriture : Sociologie des écrits professionnels dans les institutions d'encadrement,* Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social », 2012.
- **De LA ROCHEFOUCAULD** F., Réflexions ou Sentences et Maximes morales, 1664.
- **De TOCQUEVILLE** A., **De BEAUMONT** G., *Système pénitentiaire aux États-Unis et de son application en France,* 1833.
- **DEBET** A., **MASSOT** J., **METALLINOS** N., *Informatique et libertés : la protection des données à caractère personnel en droit français et européen,* LGDJ, coll. « Les Intégrales », 2015.

- **DOSTOÏEVSKI** F., *Souvenirs de la maison des morts, 1862 / The House of the Dead*, 1862, as translated by Constance Garnett; as cited in SHAPIRO R.The Yale Book of Quotations, 2006.
- **DOUVILLE** T., *Droit des données à caractère personnel*, LGDJ, 1ère éd., 2023.
- **DREYER** E., *Droit pénal spécial*, LGDJ, coll. « Manuels », 2020.
- **DUPUIS** M., *L'éthique organisationnelle dans le secteur de la santé : ressources et limites contextuelles des pratiques soignantes*, Seli Arslan, 2014.
- **DUROCHÉ** J.-P., **PÉDRON** P., *Droit pénitentiaire*, Vuibert, 2019.
- **DUSSART** C. (dir.), **SIRANYAN** V., **NGO** M.-A., **SOMMER** P., *De la démocratie sanitaire à la démocratie en santé*, LEH, coll. "Actes et séminaires", vol. 2, 2020.
- **DUVAL-ARNOULD** D., *Droit de la santé, Prise en charge des patients et réparation des dommages liés aux soins*, Dalloz, coll. « Dalloz référence », 2ème éd., 2024.
- **DUVAL-ARNOULD** D., *Droit de la santé. Prise en charge des patients et réparation des dommages consécutifs*, Dalloz, 2019.
- **EYNARD** J., *Les données personnelles. Quelles définitions pour un régime de protection efficace ?*, Michalon, 2013.
- **FASSIN** D., *L'ombre du monde. Une anthropologie de la condition carcérale,* Seuil, coll. « La couleur des idées », 2015.
- **FÉRAL-SCHUHL** C., *La protection des données personnelles*, Dalloz, coll. « À savoir », 2019.
- **FILIPPI** I., **DUGUET** A.-M., *Le secret professionnel*, LEH, coll. « Séminaire d'actualité de droit médical », 2011.
- **FOUCAULT** M., *Histoire de la folie*, Gallimard, 1972.
- **FOUCAULT** M., *Surveiller et punir*, Gallimard, coll. « Tel », 1975.
- **FRISON-ROCHE** M.-A. (dir.), *Internet, espace d'interrégulation*, Dalloz, coll. « Thèmes et commentaires », 2016.
- **G'SELL** F. (dir.) et al., *Le Big Data et le droit*, Dalloz, 2020.
- **GANASCIA** J.-G., *Le Mythe de la Singularité – Faut-il craindre l'intelligence artificielle* ?, Seuil, 2017.
- **GASSIN** R., *Criminologie*, Dalloz, 6ème éd., 2007.
- **GRELLIÈRE** P. et al. *Historique de la santé du détenu : point de vue législatif, point de vue humain*, Les éditions Ovadia, 2017.
- **GRELLIÈRE** P. et al., *Historique de la santé du détenu : point de vue législatif, point de vue humain*, Les éditions Ovadia, 2017.
- **GUCHET** X., *Philosophie des nanotechnologies*, Hermann, 2014.
- **GUÉNO** J.-P., *Paroles de détenus*, Librio, coll. « France Bleu », 2012.
- **GUINCHARD** S., *Procédure pénale*, LexisNexis, 16ème éd., 2023.
- **GUYOT** J.-N., *Répertoire universel et raisonné de jurisprudence civile, criminelle, canonique et bénéficiale*, t. 13, Visse, 1784, p. 661.
- **HASCHAR-NOÉ** N., *Réduire les inégalités sociales de santé : une approche interdisciplinaire de l'évaluation,* Presses universitaires du Midi, 2017.
- **HAWTHORNE** N., *La lettre écarlate*, Ticknor, Reed & Fields, Boston, 1850.
- **HERZOG-EVANS** M., *Droit de l'exécution des peines*, Dalloz, coll. « Dalloz Action », 6ème éd., 2022.
- **HERZOG-EVANS** M., *Droit pénitentiaire*, Dalloz, 2ème éd., 2012.
- **HERZOG-EVANS** M., *Droit pénitentiaire*, Dalloz, 3ème éd., 2020

- **HOCHMANN** J., *L'histoire de la psychiatrie*, PUF, 2004.
- **HOERNI** B., *Éthique et déontologie médicale*, Elsevier Masson, 2ème éd., 2000.
- **IMBERT** J., *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, Privat, 1982
- **IMBERT** J., *Les hôpitaux de France*, PUF, coll. « que sais-je ? », 4ème éd., 1981.
- **ISTEPANIAN** R. S. H., **WOORDWARD** B., *m-Health : Fundamentals and Applications*, Wiley-IEEE Press, 2003.
- **JANICOT** L., **VERPEAUX** M., *Droit des collectivités territoriales*, PUF, 4ème éd., 2017.
- **JULIA** G., **FAUCHON** A., **KANAWATI** R., *Intelligence artificielle, santé et droit*, ISTE éditions, coll. « Sciences société et nouvelles technologies », 2023.
- **LAFONTAINE** C., *Le corps-marché. La marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bioéconomie*, éd. Seuil, coll. « La couleur des idées », 2014.
- **LANTERO** C., *Les droits des patients*, LGDJ, coll. « Systèmes », 2018.
- **LAUDE** A., **MATHIEU** B., **TABUTEAU** D., *Droit de la santé*, PUF, coll. « Thémis », 2009.
- **LAUDE** A., **TABUTEAU** D. (dir), *De l'observance à la gouvernance de sa santé,* PUF, 2007.
- **LECLERC** A. et al., *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, INSERM, 2000.
- **LEGROS** V.-B., *Le paternalisme médical en droit français. Entre maintien et transformation,* LEH, coll. « Collection Mélanges », 2022.
- **LEMOINE** P., **CYRULNIK** B. (dir), *Pour une nouvelle psychiatrie, Propositions*, Odile Jacob, 2023.
- **LEONARD** A., *Bots: The Origin of New Species*, Penguin Books Limited, 1998.
- **LOMBÉ** L., *Histoires de femmes : écrits de prison*, Robert Laffont, 2022.
- **LONDRES** A., *Au bagne*, Albin Michel, Paris, 1923.
- **LONGÉPÉ** C, *Le projet d'urbanisation du SI : cas concret d'architecture d'entreprise*, Dunod, 4ème éd., 2009.
- **MARCHETTI** A.-M., **COMBESSIE** P., *La prison dans la cité, Desclée de Brouwer, coll. « Société », 1996.*
- **MARTIAL-BRAZ** N., **ROCHFELD** J. (dir.), *Droit des données personnelles*, Dalloz, coll. « Décryptage », 2019.
- **MARTINELLE** M., **MÉNABÉ** C., *L'enfant en prison*, L'Harmattan, coll. « Bibliothèques de droit », 2017.
- **MILHAUD** O., *Séparer et punir, Une géographie des prisons françaises*, CNRS Éditions, 2017.
- **MILLY** B., *Soigner en prison*, PUF, 2001.
- **MISTRETTA** P., *Droit pénal médical*, LGDJ, coll. « Les Intégrales », 2ème éd., 2022.
- **MISTRETTA** P., *Droit pénal médical*, LGDJ, coll. « Les Intégrales », 2019.
- **MISTRETTA** P., *Droit pénal médical. Contentieux médical, responsabilité pénale, droits du patient*, LGDJ, coll. « Les Intégrales », 2ème éd., 2022.
- **MOQUET-ANGER** M.-L. (dir.), *De l'hôpital à l'établissement public de santé*, L'Harmattan, 1998.
- **MOROZOV** E., *Pour tout résoudre, cliquez ici : l'aberration du solutionnisme technologique,* Fyp éditions, 2014.
- **MORVAN** P., *Criminologie*, LexisNexis, 4ème éd. 2022.
- **OECD**, *Measuring the information economy 2002*, OECD Publishing, 2003.
- **OST** F., **VAN DE KERCHOVE** M., *De la pyramide au réseau. Pour une théorie dialectique du droit*, Publications des Facultés universitaires Saint-Louis, 2002.
- **PEQUIGNOT** H., *La déontologie médicale*, Litec, 1996.

- **PÉQUIGNOT** H., *Médecine et monde moderne,* Les éditions de minuit, coll. « L'homme et la machine », 1953.
- **PETIT** J.-G., **FAUGERON** C., **PIERRE** M., *Histoire des prisons en France*, Privat, 2002.
- **PICKOVER** C. A., *La fabuleuse histoire de l'intelligence artificielle : des automates aux robots humanoïdes*, Malakoff, Dunod, 2021.
- **PY** B. (dir.) et al., *Relations hôpital-prison*, LEH, 2023.
- **PY** B., *Le secret professionnel,* L'Harmattan, coll. « La Justice au quotidien », 2005.
- **RABELAIS** F., *Pantagruel,* Gallimard, 1973.
- **RENAULT-BRAHINSKY** C., *Justice pénale des mineurs*, Gualino, coll. « Droit en poche », 2024.
- **RENUCCI** A., **RENUCCI** J.-F., *Droit et protection des données à caractère personnel. Droit européen : RGPD, Convention européenne des droits de l'Homme.* LGDJ, coll. « Manuels », 2022.
- **RICŒUR** P., *Lectures 1. Autour du politique*, Seuil, 1991
- **RICOT** J. (dir.), *Penser la fin de vie*, Presses de l'EHESP, 2019.
- **ROTACH** C., *Directrice de prison : terrorisme, surpopulation, suicides… : tout ce qu'on ne peut pas dire*, Plon, 2019.
- **ROUSSEAU** J.-J., *Du contrat social ou Principes du droit politique*, 1762.
- **RULE** J.-B., *Private Lives and Public Surveillance,* Allen Lane, 1973.
- **RUSS** J., C. **LEGUIL**, *La Pensée éthique contemporaine*, PUF, coll. « Que sais-je ? », 4ème éd., 2012.
- **RUSS** J., **LEGUIL** C., *La Pensée éthique contemporaine,* Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », 4ème éd., 2012.
- **SCHNAPPER** D., *La communauté des citoyens*, Gallimard, 1994.
- **SEBBAN** É. et al., *Santé connectée : demain, tous médecins ? une révolution avec les professionnels de santé, pour les patients*, Hermann, 2015.
- **SÉGUR** P. et al., *Un monde sous surveillance ?* Presses universitaires de Perpignan, 2011.
- **SERPILLON** F., *Code criminel, ou commentaire sur l'Ordonnance de 1670*, Lyon, Chez les frères Perisse, 1784, vol. 1, p. 581-623, Titre XIII.
- **STEFANI** G., *Procédure pénale*, Dalloz, 29ème éd., 2023.
- **TRINQUIER** C., *Femmes en prison*, le Cherche-midi éditeur, 1997.
- **TÜRK** P., **VALLAR** C. (dir.), *La souveraineté numérique, le concept, les enjeux*, Mare & Martin, 2018.
- **VALLANCIEN** G., *La médecine sans médecin ?, Le numérique au service du malade,* Gallimard, coll. « Le débat », 2015.
- **VAN ZYL SMIT** D., **SNACKEN** S., *Principles of européen Prison Law and Penology*, Oxford University Press, 2009.
- **VITALIS** A., *Informatique, Pouvoir et Liberté*, Economica, coll. « Politique comparée », 1981.
- **ZORN** C., *Données de santé et secret partagé : pour un droit de la personne à la protection de ses données de santé partagées*, Presses universitaires de Nancy, coll. « Santé, qualité de vie et handicap », 2010.

Ouvrages collectifs

- **BOUTEILLE-BRIGANT** M. (dir.), *La personne face à l'intelligence artificielle* , LGDJ, IFJD, n°131, coll. « Colloques & Essais », 2021.
- **Défenseur des droits**, Actes du colloque, *L'accès aux droits : construire l'égalité*, 2013.

- **EDDAZI** F., **MAUCLAIR** S. (dir.), *Le fichier*, LGDJ, coll. « Grands colloques », 2017.
- **LANNA** M. (dir.), *Plateformes numériques et souveraineté,* 7 mars 2024.
- **POIROT-MAZERES** I. (dir.), *L'accès aux soins. Principes et réalités*, Actes de colloque n°8, Toulouse, Presses de l'université Toulouse 1 Capitole, 2011.
- **POIROT-MAZÈRES** I. (dir.), *Santé, numérique et droit-s,* Actes de colloques de l'IFR, 2019.
- **PY B.** (dir.) *Relations hôpital-prison*, LEH, coll. « À la croisée des regards », novembre 2023.
- **REBECQ** G., *La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale*, Bordeaux, LEH, coll. "Colloques du CDSA", 2012.
- **ROUSSET** G., « « Déserts médicaux », accès aux soins et liberté d'installation : le territoire au cœur des préoccupations de santé ». **CIST2016**, *En quête de territoire(s) ?*, mars 2016, Grenoble. Actes du 3e colloque international du CIST, p. 415-420, 2016.
- **SCHMITZ** J. (dir.), *Le droit à la réinsertion des personnes détenues*, Toulouse, Actes du colloque des 28 et 29 janvier 2016.
- **SLAMA** S., « Les robots-androïdes, de quels droits fondamentaux ? », *in* : *Le droit des libertés en question(s)* , colloque n°2 de la RDLF, 2019.
- **THIBIERGE** C., « La droit souple. Rapport de synthèse », *in* : *Actes du colloque de l'Association Henri Capitant,* à Boulogne-sur-Mer, Dalloz, coll. « Thèmes et commentaires », 2009.

Thèses et mémoires

- **BONNE-HARBIL** A., *Les droits de la personne détenue en matière de santé,* thèse, Université de Lorraine, LEH, coll. « Thèses », 2016.
- **BRASSELET** R., *La circulation de la donnée à caractère personnel relative à la santé : disponibilité de l'information et protection des droits de la personne*, thèse, Université de Lorraine, 2018.
- **BRASSET** M., *Démocratie sanitaire et e-santé, Le droit à l'information du patient : effectivité en e-santé*, mémoire, Université de Lorraine, 2022.
- **BRÉCHAT** P.-H., *Territoires et égalité d'accès aux soins et à la santé*, thèse, Université Paris 2, 2012.
- **BUCKI** E., *La dématérialisation en établissement de santé : analyses juridiques*, thèse, Université de Lorraine, 2022.
- **CHARLENT** F., *Le statut des personnes détenues*, thèse, Université d'Aix-Marseille, 2021.
- **COLLET** C., *La liberté d'installation des professionnels de santé à l'épreuve de la régulation de l'offre de soins*, thèse, Université de Lorraine, 2022.
- **COLLET** V., Grossesse et maternité en milieu carcéral, thèse, Université de Versailles, 2007.
- **COUSIN** C., *Vers une redéfinition de l'acte médical*, thèse, Université de Rennes, 2016.
- **DECORDE** A., *Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin*, thèse, Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble, 2011.
- **DELAIRE** E., *Le droit à la santé des détenus*, thèse, Université d'Aix-Marseille, 2018.
- **DENIS** C., *De la médecine de ville à l'hôpital,* volume 18, thèse, Université de Bordeaux, LEH, coll. « Thèses numériques de la BNDS », 2024.
- **DEVILLE** C., *Les chemins du droit. Dématérialisation du RSA et distance à l'État des classes populaires rurale,* Université de Picardie, 2019.

- **FAUGERE** G., *L'accès des personnes détenues aux recours. Étude de droit administratif*, thèse, Université de Toulouse, 2015.
- **GIROLAMI** P., *Médecine et prison. Entre éthique et droit*. LEH, coll. « Thèse du CDSA », 2013.
- **GONÇALVES** B., *Le détenu : du statut d'assujetti au service public au statut d'usager du service public*, thèse, Université Clermont Auvergne, 2019.
- **GUILLOTTE** M., *La violence en milieu carcéral : étude des facteurs de risque de passage à l'acte dans une population d'hommes détenus en maison d'arrêt*, thèse, Université de Montpellier, 2018.
- **HAVAS** P., *Le déploiement d'une intelligence artificielle de confiance dans les établissements de santé*, mémoire, Université de Bordeaux, LEH, coll. « Mémoires numériques de la BNDS », 2023.
- **HENNEBELLE** A., *Le droit face à l'ère de l'intelligence artificielle et de la robotisation dans le secteur médical*, mémoire, Université de Bordeaux, LEH, coll. « Mémoires numériques de la BNDS », 2023.
- **HURES** S., *L'accès aux recours des personnes détenues à l'encontre des mesures prises par l'administration pénitentiaire*, mémoire, Institut de Droit et Économie d'Agen, 2021.
- **LANNA** M., *Les objets connectés et la protection des données personnelles*, thèse, Université de Paris 2, 2019.
- **LAUGIER** S., *La médecine générale en milieu pénitentiaire : enquête de satisfaction auprès de patients-détenus du centre pénitentiaire d'Aix-Luynes*, thèse, Université d'Aix-Marseille, 2020.
- **LAVERGNE** B., *Recherche sur la soft law en droit public français*, thèse, Université Toulouse 1, Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2017.
- **LE GALL** A., *La certification européenne du logiciel comme dispositif médical à l'aune du règlement (UE) 2017/745*, LEH, coll. "Mémoires numériques de la BNDS", 2020.
- **LEMOINE** P., *Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinion sur les mesures incitatives : enquête auprès des diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008)*, thèse, Université de Lille, 2014.
- **LEPOIX** L., *Psychiatrie, technologies, droit : entre soins et sécurités*, thèse, Université de Lorraine, 2024.
- **MALLE** P., *Le processus de labellisation des sortants de prison, les courtes peines désavantagées*, Université de Bordeaux, 2018.
- **MAURER** B., *Le principe de respect de la dignité humaine et la Convention européenne des droits de l'homme*, thèse, Université de Montpellier, 1998.
- **MENABÉ** C, *Réflexions critiques sur la criminalité féminine*, thèse, Université de Lorraine, 2013.
- **MERCIER** E., *Le parcours de soins du patient : du processus global à l'émergence de la e-santé, mémoire*, Université de Bordeaux, LEH, coll. "Mémoires numériques de la BNDS", 2023.
- **MIJUSKOVIC** V., *Droit de la santé en détention : approches juridiques et budgétaires*, thèse, Université de Montpellier, 2023,
- **MORGANTE** V., *Le droit à la protection de la santé des personnes détenues*, thèse, Université de Pau, 2020.
- **OLECH** V., *Le secret médical et les technologies de l'information et de la communication*, thèse, Université de Lorraine, 2019.
- **PAILLISSÉ** É., *Le droit à la santé dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme*, Thèse dact., Université de Perpignan, 2018, 658 p.
- **SAUVAT** C., *Réflexions sur le droit à la santé*, PUAM, Thèse, Université d'Aix-en-Provence, 2004.
- **SLIMANI** S., *L'accès aux soins des personnes incarcérées*, thèse, Université de Paris 8, 2022.

- **TILMAN** L., *L'utilisation des technologies de l'information et de la communication à l'hôpital face au droit*, thèse, Université de Lille 2, 2017.
- **VAUTHIER** J.-P., *Le psychiatre et la sanction pénale*, thèse, Université de Lorraine, 2013.
- **VERON** P., *La décision médicale*, thèse, université de Montpellier, 2015.
- **VOILLEMET** A., *L'usage de la donnée médicale : Contribution à l'étude du droit des données*, thèse, Université Polytechnique Hauts-de-France, Valenciennes, 2022.
- **ZORN** C., *Données de santé et secret partagé : pour un droit de la personne à la protection de ses données de santé partagées,* thèse, Université de Lorraine, 2009.

III - ARTICLES, CHRONIQUES

Articles dans ouvrage collectif

- **ABAD** S., « Déshumanisation programmée (?) », *in* : *Journée régionale éthique du numérique en santé*, Quimper, 8 décembre 2022.
- **ABOUT** I., **DENIS** V., « V. Régime de surveillance et technologies informatiques (milieu du XXe siècle-début du XXIe) », *in* : ABOUT I., DENIS V., *Histoire de l'identification des personnes*, La Découverte, 2010.
- **AMADO** A., « Un régime spécifique pour l'enfant en détention ou la conciliation des best interests of the child : l'exemple anglais dans le paysage européen », *in :* MARTINELLE M., MÉNABÉ C., *L'enfant en prison*, L'Harmattan, coll. « Bibliothèques de droit », 2017.
- **BABINET** O., **ISNARD BAGNIS** C., « Pourquoi la télémédecine est-elle enfin possible ? », *in* : BABINET O., ISNARD BAGNIS C. (dir.), *La e-santé en question(s)*, Presses de l'EHESP, 2020.
- **BABINET** O., **ISNARD BAGNIS** C., « 1. Qu'est-ce qu'un désert médical géographique ? », *in* : BABINET O., ISNARD BAGNIS C., *Les déserts médicaux en question(s*), Presses de l'EHESP, 2021.
- **BABINET** O., **ISNARD BAGNIS** C., « Et si la télésanté était une réponse aux déserts médicaux ? », *in* : BABINET O., ISNARD BAGNIS C., *Les déserts médicaux en question(s*), Presses de l'EHESP, 2021, p. 147-148.
- **BABINET** O., **ISNARD BAGNIS** C., « La e-santé : nouvel outil de prévention et d'éducation à la santé ? », *in* : BABINET O., ISNARD BAGNIS C. (dir.), *La e-santé en question(s),* Presses de l'EHESP, 2020.
- **BELLANGER** P., « Retranscription d'allocution », *in* : *La souveraineté numérique*, Paris, 2014.
- **BENSOUSSAN** M., « Comment les nouvelles technologies bouleversent-elles le colloque singulier ? », *in* : POIROT-MAZÈRES I. (dir.), *Santé, numérique et droit-s*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2018.
- **BERTRAND** D. et **BERARD** A., "Dépenses de santé et économie de santé", *in* : TABUTEAU D., BOURDILLON F., BRUCKER G., *Traité de santé publique*, Flammarion, 2007.
- **BEVIERE-BOYER** B., « Droit intelligence artificielle et système de santé », *in* : BOUTEILLE-BRIGANT M. (dir.), *La personne face à l'intelligence artificielle*, IFJD, LGDJ, 2021.
- **BEVIERE-BOYER** B., « Droit intelligence artificielle et système de santé », *in* : BOUTEILLE-BRIGANT M. (dir.), *La personne face à l'intelligence artificielle*, IFJD, LGDJ, 2021, p. 155.**BIOY** X., « L'IA en santé : quel statut juridique pour l'IA ? Quels enjeux éthiques ? », *in* : DE GROVE-VALDEYRON N., POIROT-MAZÈRES I. (dir.), *Télémédecine et intelligence artificielle en santé : quels enjeux pour l'Union européenne et les États membres ?*, Presses de l'Université de Toulouse 1 Capitole, Lextenso, 2020.

- **BIOY** X., « Le droit d'accès aux soins : un droit fondamental ? », *in* : POIROT-MAZÈRES I. (dir.), *L'accès aux soins*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, LGDJ, 2010.
- **BOUREGBA** A., « L'enfant de moins de trois ans et son parent incarcéré », *in* : BASTARD B. (éd.) et al., *L'enfant et son parent incarcéré*, Érès, 2003.
- **BOUTON** J., « Le code de déontologie médicale, un code singulier pour un « colloque singulier » », *in* : BOUTON J., *Mélanges en l'honneur du doyen Georges Wiederkehr*, Dalloz, 2009.
- **CACHARD** O., **FARDET** C., **LANNA** M., « Présentation des séminaires de la Chaire « Régulation des plateformes numériques et souveraineté » », *in* : LANNA M. (dir.), *Séminaire de recherche « Droit du numérique, administration de la preuve et renseignement »*, HAL CCSD, 2023.
- **CAPPELLARI** A., « La prise en charge financière de la santé connectée en France », *in* : BROSSET E., GAMBARDELLA S., NICOLAS G., *La santé connectée et « son » droit : approches de droit européen et de droit français*, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2017.
- **CHEVALLIER J., «** Ficher, c'est encore administrer », *in* : EDDAZI F., MAUCLAIR S. (dir.), *Le fichier*, LGDJ, 2017.
- **COMBESSIE P.,** « Ambivalences des sociétés démocratiques vis-à-vis de la prison comme dispositif d'aide à la réinsertion : évolutions récentes (internet, téléphone mobile, radicalisation) », *in* : SCHMITZ J. (dir.), *Le droit à la réinsertion des personnes détenues*, Toulouse, Actes du colloque des 28 et 29 janvier 2016.
- **CROUZATIER-DURAND** F., « Les collectivités territoriales dans les politiques d'accès aux soins. Quels remèdes aux inégalités territoriales ? » *in* : POIROT-MAZÈRES I. (dir.), *L'accès aux soins. Principes et réalités*, Presses de l'université Toulouse 1 Capitole, Actes de colloque n°8, 2011.
- **DANIEL** C.-E., « Chapitre 7 : Quelle(s) forme(s) de gouvernance juridique pour l'encadrement de l'IA et de la robotique interactive ? », *in* : BÉLAND J.-P., DANIEL C.-É., *La personne transformée. Nouveaux enjeux éthiques et juridiques*, Presses de l'Université Laval, 2019.
- **DANIEL** C.-É., « Quelle(s) forme(s) de gouvernance juridique pour l'encadrement de l'IA et de la robotique interactive ? », *in* : BELAND J.-P., DANIEL C.-É. (dir.), *La personne transformée. Nouveaux enjeux éthiques et juridiques*, Presses de l'Université Laval, 2019.
- **DE FORGES** J.-M., « Introduction », *in* : *Le droit de la santé*, Presses Universitaires de France, *Que sais-je ?*, 2009, pp. 3-12.
- **DELPIERRE** C., « Les nouvelles pratiques liées au big data en santé : enjeux sociétaux et impact au regard des inégalités sociales de santé », *in* : POIROT-MAZÈRES I. (dir.), *Santé, numérique et droit-s*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2018.
- **DONIER** V., « Quelle place pour les collectivités territoriales dans les politiques de santé publique ? », *in* : BRIMO S., RENAUDIE O. (dir.), *Santé et territoire(s)*, Paris, LexisNexis, 2022, p. 43-54.
- **DUBOUIS** L., « Santé (droit à la -) », *in :* ANDRIANTSIMBAZOVINA J. et al., *Dictionnaire des droits de l'homme*, PUF, Paris, 2008, p. 698.
- **DUCLOS** A., **PRÉVOT-HUILLE** H., « Chapitre 8. Des usages à l'organisation de la domomédecine : l'exemple de la chronochimiothérapie à domicile », *in* : MICHEL H., PRÉVOT-HUILLE H., PICARD R., *L'avenir des Silver Tech. Conception, usage, évaluation*. Presses de l'EHESP, 2018.
- **DUGUET** A.-M., « L'accès aux soins en détention », *in :* POIROT-MAZÈRES I. (dir.), *L'accès aux soins, principes et réalités*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2011, p. 129-140.
- **EL BIAD** N., « Le paradoxe de la e-santé : entre promotion d'un mode de soins innovant et protection des droits des patients », *in* : POIROT-MAZÈRES I. (dir.), *Santé, numérique et droit–s,* Actes de colloques de l'IFR, 2019.

- **FAGOT-LARGEAULT** A., « Table ronde consacrée aux problèmes moraux, religieux, juridiques posés par la décision d'abstention ou d'arrêt thérapeutique en réanimation », *in* : *Les décisions d'arrêt thérapeutique en réanimation (adultes et nouveau-nés) : Journées d'éthique médicale*, Pont-à-Mousson, abbaye des Prémontrés, 21 et 22 juin 1991, Annales médicales de Nancy et de l'Est, 1992, n° 31, b4.
- **FOUQUET** M., « Chapitre 4. De la *soft law* à la *hard law* : la transformation du rôle de la RSE », *in* : MEIER O., VALARCHER P., (coordonnée par), *Innovation publique. Regards croisés sur les transformations juridiques, sociales et sociétales,* EMS Éditions, 2021.
- **FOURNERET** É., « Les enjeux éthiques de l'intelligence artificielle en santé », *in* : DE GROVE-VALDEYRON N., POIROT-MAZERES I. (dir.), *Télémédecine et intelligence artificielle en santé : quels enjeux pour l'Union européenne et les Etats membres ?*, Presses de l'Université de Toulouse 1 Capitole, Lextenso, 2020.
- **GAUTRON** V., « Soigner, moraliser et contrôler », *in* : ROUSSEAU F., GRUNVALD S. et **ROUSSEL** G. (coordonné par), *Mélanges en l'honneur de Jean Danet,* Dalloz, 2020.
- **GILARDEAU** A., « La télémédecine en milieu carcéral. Entre application et protection des droits fondamentaux des détenus », *in* : CASILE-HUGUES G. (dir.), *Santé et prison, Cahier de droit de la santé*, n°21, 2015.
- **GONIN** A., **QUÉVA** C., « Chapitre 2. Habiter les espaces ruraux », *in* : GONIN A., QUÉVA C., *Géographie des espaces ruraux,* Armand Colin, coll. « Portail », 2018.
- **GRABIAS** F., « Retour sur 20 ans de démocratie sanitaire », *in* : PY B., CONTET S. (dir), *20 ans de la loi du 4 mars 2002. Droit des patients - quid novi ?*, LEH, coll. "À la croisée des regards", 2023, p.107-122.
- **GRIMALDI** M., « Le testament et le cyber-notaire », *in : Études en l'honneur du professeur J. Huet*, LGDJ, 2017, n° 3, p. 213.
- **GROS** J., « Santé et nouvelles technologies de l'information », *in* : ISRAËL L. (dir), *Santé, médecine, société*, Presses Universitaires de France, 2010.
- **HARDY** A.-C., « Du colloque singulier à l'éthique médicale », *in* : HARDY A.-C. (dir.) *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical,* Presses de l'EHESP, 2013.
- **HAZAN** A., « Les conditions matérielles d'accueil des enfants aux côtés de leur mère détenue », *in* : MARTINELLE M., MÉNABÉ C., *L'enfant en prison*, L'Harmattan, coll. « Bibliothèques de droit », 2017.
- **HERVE C.**, **MOUTEL** G., « La médecine ne peut se réduire à une recomposition du corps », *in* : HERVE C. (dir.), *Visions éthiques de la personne*, L'Harmattan, 2001.
- **HERZOG-EVANS** M., « Le séjour du petit enfant avec sa mère en détention », *in* : L. CADIET, F. CHAUVAUD, C. GAUVARD, P. Schmitt PANTEL, M. TSIKOUNAS (éds.), *Figures de femmes criminelles*, Éditions de la Sorbonne, coll. « Homme et société », 2010.
- **HULIN** A.-S., « La gouvernance des données de l'IA ou l'avènement d'une nouvelle ère normative en droit du numérique », *in* : CASTETS-RENARD C., EYNARD J., *Un droit de l'IA, entre règles sectorielles et régime général, Perspectives comparées,* Bruylant, 2022.
- **JANICAUD** É., **LANCELEVÉE** C., « Production des écrits administratifs en prison : dispositif de droit ou de contrôle ? L'exemple des unités de visite familiale et des extractions médicales », *in* : COTON C., PROTEAU L., Les *paradoxes de l'écriture*, Presses universitaires de Rennes, 2012.
- **JOHANET** G., « L'échec de la régulation », *in* : BRAS P.-L., DE POUVOURVILLE G., TABUTEAU D. (dir.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po, 2009.

- **JOHANET** G., « L'égalité d'accès aux soins », *in : Rapport public du Conseil d'État 1998*, La Documentation française, 1999.
- **LANNA** M., **«** Enjeux et perspectives d'un renforcement de la surveillance numérique », *in* : ANDOLFATTO (dir.) D., *Citoyens dans la crise sanitaire,* Classiques Garnier, coll. « Rencontres », 2023.
- **LANNA** M., « Plateformes et maîtrise des données : l'exemple de la santé », *in* : LANNA M. (dir.), colloque *« Plateformes numériques et souveraineté »*, 7 mars 2024.
- **LAPOINTE** J., « Contribution à l'étude historique des relations hôpital-prison », *in :* PY B. (dir.) Relations hôpital-prison, LEH, coll. « À la croisée des regards », novembre 2023.
- **LARCAN**, « L'aide médicale urgente. Évolution et perspectives », *in* : ISRAËL L. (dir), *Santé, médecine, société*, Presses Universitaires de France, 2010.
- **LEGROS** B., « Le paternalisme médical en droit français. Entre maintien et transformation », *in* : CASTAING C., GAUMONT-PRAT H., LECA A., *Mélanges en l'honneur de J.-M. CLÉMENT*, LEH, coll. « Mélanges », 2014.
- **MANTZ** J.-M., « Paternalisme du médecin ou autonomie du patient », *in* : MANTZ J.-M., GRANDMOTTET P., QUENEAU P., *Éthique et thérapeutique : témoignages européens, Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique (APNET) et Réseau européen des enseignants de thérapeutique (REET),* Presses universitaires de Strasbourg, 1998.
- **MATTELARD** M., « V. Les politiques publiques à l'épreuve du libre-échange », *in* : MATTELARD M., *Histoire de la société de l'information,* La Découverte, 5ème éd., 2018.
- **MESA** R., « L'étrange régime répressif de l'anormal mental », gaz. Pal. Généraliste 2014, n°309-310, *in* : **PIN** X., *Droit pénal général,* 14ème éd., Dalloz, 2023.
- **MISTRETTA** P., « La santé de la personne détenue », *in :* MARTINEZ É., VIALLA F. (dir.), *Les Grands Avis du Comité consultatif national d'éthique, LGDJ*, 2013, p. 651.
- **MISTRETTA** P., « Intelligence artificielle et droit de la santé », *in* : BENSAMOUN A., LOISEAU G. (dir.), *Droit de l'intelligence artificielle*, 2022.
- **MONOT-FOULETIER** M., « Chapitre 5 : Personne transformée par l'intelligence artificielle et droit de la responsabilité », *in* : BELAND J.-P., DANIEL C.-É. (dir.), *La personne transformée. Nouveaux enjeux éthiques et juridiques*, Presses de l'Université Laval, 2019.
- **MOQUET-ANGER** M.-L., « Égal accès aux soins et déserts médicaux », *in* : BRIMO S., RENAUDIE O. (dir.), *Santé et territoire(s),* LexisNexis, 2022.
- **NEVEJANS** N., « Les robots : tentative de définition », *in* : BENSAMOUN A. (dir.), *Les robots. Objets scientifiques, objets de droits*, Mare & Martin, coll. « Presses Universitaires de Sceaux », 2016.
- **NICOLAS** G., « Les répercussions de la santé connectée sur le droit des patients », *in* : GAMBARDELLA S., NICOLAS G., BROSSET E., *La santé connectée et « son » droit : approches de droit européen et de droit français,* Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2017.
- **OLLIER** J.-Y., « La gouvernance européenne des données », *in* : BERTRAND B. (dir.), *La politique européenne du numérique*, Bruylant, 2023.
- **PASTEUR** L., « Extrait du discours prononcé par Louis PASTEUR », 7 décembre 1854, *in* : PASTEUR VALLERY-RADOT L., *Œuvres complètes,* tome VII, Masson, 1922-1939.
- **PORTES** L., « Du consentement du malade à l'acte médical », *in* : PORTES L., *À la recherche d'une éthique médicale*, Masson et PUF, 1954.

- **PORTES** L., « Du consentement du malade à l'acte médical, communication à l'Académie des sciences morales et politiques », 30 janvier1950, *in* : PORTES L., *À la recherche d'une éthique médicale*, Masson et PUF, 1964.
- **PORTES** L., « Préface », *in* : PORTES L., *À la recherche d'une éthique médicale*, Masson et PUF, 1954.
- **POULET** F., « Que reste-t-il de la compétence communale en matière d'aides économiques locales ? », *in* : RENAUDIE O. (dir.), *Les aides économiques locales, de quel droit ?*, L'Harmattan, coll. « Logiques juridiques », 2020.
- **PY** B., « Secret et confidentialité des informations », *in* : VIALLA F. (dir.), *Jurisprudences du secteur social et médico-social*, Dunod, 2012.
- **PY** B., « Secret professionnel », *in* : VIALLA F. (dir.), *Les grandes décisions du droit médical*, LGDJ, 2ème éd., 2014.
- **PY** U., « La télémédecine en prison », *in* : PY B. (dir.) et al., *Relations hôpital-prison*, LEH, 2023.
- **RENAUDIE** O., « La télésanté, vers un autre rapport(x) territoire(s) ? », *in* : BRIMO S., **RENAUDIE** O. (dir.), *Santé et territoire(s)*, LexisNexis, 2022.
- **ROTACH** C., « Les enfants auprès de leur mère incarcérée », *in* : BASTARD B. (éd.) et al., *L'enfant et son parent incarcéré*, Érès, 2003.
- **SOLOVE** D., « *The Digital Person. Technology and Privacy in the Information Age* » *in* : AÏM O., *Les théories de la surveillance, Du panoptique aux Surveillance Studies*, Armand Colin, 2020.
- **TABUTEAU** D., « Évolution des politiques de santé : médecine publique, médecine privée, médecine réglementée », *in* : LAUDE A., MOURALIS J.-L., PONTIER J.-M. (dir.), *Le Lamy Droit de la santé*, Saint-Ouen-sur-Seine : Wolters Kluwer France, Tome 1, étude 105, n° 105-16, 2018.
- **TABUTEAU** D., « La place de l'usager. Vers une vraie démocratie sanitaire ? », *in* : *Les Actes des Universités d'été de l'ANAP,* Tours, 2015.
- **THIERRY** J.-B, « Les conditions juridiques d'accueil des enfants aux côtés de leur mère détenue », *in* : MARTINELLE M., MÉNABÉ C., *L'enfant en prison*, Paris : L'Harmattan, coll. « Bibliothèques de droit », 2017.
- **VACCHINO** O., La mutation digitale de la sécurité sociale, *in* : ESPAGNO-ABADIE D. et al. (dir.), *Fonction(s) publique(s) : le défi du changement*, Presses de l'EHESP, 2018.
- **VERON** P., « Responsabilité des professionnels et ES pour le défaut du matériel utilisé : Esprit de la loi Kouchner, es-tu (encore) là ? », *in* : PY B. (dir.), *20 ans de la loi du 4 mars 2002, droits des patients, quid novi ?*, LEH, 2022.
- **VERUGGIO** G., **OPERTO** F., « Roboethics : Social and Ethical Implications of Robotics », *in* : SICILLIANO B., KHATIB O. (dir.), *Springer Handbook of Robotic*, éd. Springer, 2008.
- **VIALLA** F., « *Non progredi est regredi* », *in* : GAMBARDELLA S., NICOLAS G., BROSSET E., *La santé connectée et « son » droit : approches de droit européen et de droit français*, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2017 p. 47-56.
- **VIALLARD** L., « Les technologies de l'information dans la santé. Cadre de réflexion sur leur portée et leur impact », *in* : POIROT-MAZÈRES I. (dir.), *Santé, numérique et droit-s*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2018.
- **VIALLARD** L., « Les technologies de l'information dans la santé. Cadre de réflexion sur leur portée et leur impact », *in* : POIROT-MAZÈRES I. (dir.), *Santé, numérique et droit-s*, Presses de l'Université Toulouse Capitole, 2018, p. 197-207.
- **VIOUJAS** V., « La réglementation française de la pratique de la télémédecine : des exigences excessives ? », *in* : GAMBARDELLA S., NICOLAS G., BROSSET E., *La santé connectée et*

« son » droit : approches de droit européen et de droit français, Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2017.
- **WILLIATTE** L., **«** Télémédecine et E-santé », *in :* BÉRANGER J., RIZOULIÈRES R., *La révolution digitale dans le système de santé*, ISTE Éditions, 2020.
- **LECA** A., **BERLAND-BENHAIM** C., **AGRESTI** J.-P., « Déserts médicaux : réflexions sur un maillage sanitaire irrationnel et incohérent », *in* AGRESTI J-P., BERLAND Y., BERLAND-BENHAIM C., GILARDEAU A., LECA A., MAUREY H., NGAMPIO U., NICOLAS G., « Les déserts médicaux », *CDSA*, n°19, LEH, 2014

Articles de revue

- **AGRESTI** J-P., **BERLAND** Y., **BERLAND-BENHAIM** C., **GILARDEAU** A., **LECA** A., **MAUREY** H., **NGAMPIO** U., **NICOLAS** G., « Les déserts médicaux », *CDSA*, n°19, LEH, 2014.
- **ALAOUI SOULIMANI** M., « Les Nouvelles Technologies de l'information et de La Communication (NTIC) Au Service de l'éducation, de La Communication, de La Langue et de La Culture », *Ziglôbitha* 2.10, 2024, p. 321–334.
- **AMADO** A., « Vers la fin de la séparation systématique des mères et des enfants en prison lors de leur prise en charge médicale en urgence ? », *AJ pénal*, 2023, p. 524.
- **AMET-ROZE** J.-H., « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote* 2011, n°143, p.13-32.
- **AMSELLEM-MAINGUY** Y., **COQUARD** B., **VUATTOUX** A., « Les surveillants pénitentiaires face à la sexualité des jeunes en détention », *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, n°46, 2019, p. 1-8.
- **ANATON** P., « Le NHS partage les données de santé de millions de britanniques avec Amazon et fait scandale », *Medscape*, 18 décembre 2019.
- **ANDRACA** R., « Combien de personnes âgées sont en prison en France ? », *Libération*, 24 octobre 2019.
- **ANDRIEU** B., « Traquer son bien-être et propriété des données : quel droit des sportifs 3.0 sur leur corps vivant ? » *JS*, n°162, 2016, p. 36.
- **ANELLI** L., « Baby-blues carcéral », *OIP*, 14 mars 2020.
- **ANGUIS** M. et al., « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Constat et projections démographiques », *Les dossiers de la DREES*, n°76, mars 2021.
- **ARTIÈRES** P., « La prison en procès. Les mutins de Nancy (1972) », *Vingtième Siècle*, 2001.
- **ASTRUC** A., **SARFATI** S., **HALIOUA** B., « Télémédecine : les débuts de l'histoire », *La Presse Médicale Formation*, vol. 1, novembre 2020, p. 551-557.
- **AUDRAS** R., « SANTÉ : vers le e-consentement », *Ordoclic*, 15 juillet 2020.
- **AUTER M., «** Fin de vie en prison : autopsie d'une anomalie », *OIP*, 24 janvier 2017.
- **AWAD** E., **DSOUZA** S., **KIM** R., **SCHULZ** J., **HENRICH** J., **SHARIFF** A., **BONNEFON** J.-F., **RAHWAN** I., "The Moral Machine Experiment", *Nature*, 2018, p. 59-64.
- **AZANCOT** I., **HENRY** P., « Mon Espace Santé : un progrès remarquable par rapport au DMP précédant, mais une centralisation excessive », *Hospitalia.fr*, 20 février 2023.
- **BABEL** M, « Liberté et système de santé », *RDSS*, 2005, nº 6, p. 28.
- **Ban public**, « Fichage sauvage des détenus : l'OIP saisit la CNIL et le Conseil d'État », décembre 2009.

- **BARBIER** H., « Specialia generalibus derogant (1) : le droit spécial moins protecteur doit-il évincer le droit commun qui l'est davantage ? », *RTDCiv.*, n°4, 2023, p. 859.
- **BARCELLINI** C., **MILHAUD** O., « La France des prisons, une France des marges ? », *Compte rendu Café Géographique de Saint-Brieuc*, 24 novembre 2016.
- **BAROUK** L., « Téléconsultation, territorialité et parcours de soins : le CNOM, les plateformes et le droit », *Village justice*, 29 juin 2022.
- **BASZANGER** I., « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, n° 27-1, 1986, p. 3-27.
- **BAYLE** A., « L'habeas data à l'ère de l'e-santé », *Dalloz IP/IT, n°5*, 2020, p. 285-291.
- **BCG GAMMA**, « Are You Overestimating Your Responsible AI Maturity ? », *Étude*, 30 mars 2021.
- **BECKER** C., « Dentiste, kiné, ophtalmo… En prison, les soins spécialisés à la peine », *Dedans Dehors*, n°115, juin 2022.
- **BELANGER** M., « Origine et histoire du concept de santé en tant que droit de la personne », *Journal international de bioéthique*, 1998, vol. 9, n°3, p. 59.
- **BELMAS** É. (dir.), **NONNIS-VIGILANTE** S. (dir.), *Les relations médecin-malade des temps modernes à l'époque contemporaine,* Presses universitaires du Septentrion, coll. « Histoire et civilisations », 2013.
- **BENSAMOUN** A. et **LOISEAU** G., « L'intelligence artificielle : faut-il légiférer ? », *Recueil Dalloz*, 2017, p. 581-582.
- **BENSAMOUN** A., « Des robots et du droit », dossier : « Robots, intelligence artificielle et droit », *Dalloz IP/IT*, 2016, p.280.
- **BENSAMOUN** A., **LOISEAU** G., « L'intégration de l'intelligence artificielle en droit commun », *Dalloz IP/IT*, n°4, 2017, p. 239.
- **BERGER** T., « L'accès aux données de santé : une recherche d'équilibre entre espérance de progrès et inquiétudes pour les libertés fondamentales », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 291.
- **BERGOIGNAN ESPER C**., « La confidentialité des informations de santé peut-elle tenir face à la protection d'autres intérêts légitimes ? », *Recueil Dalloz*, 2008.
- **BERLAND-BENHAÏM** C., « Le dossier pharmaceutique », *RGDM*, n°37, 2010, p. 247-250.
- **BERNELIN** M., « La médecine connectée : interrogations et renouveau pour le droit international de la santé », *RDSS* 2018, p. 1007
- **BERT** J.-F., « « Ce qui résiste, c'est la prison. » Surveiller et punir, de Michel Foucault », *Revue du MAUSS*, 2012/2, n° 40, 2012, p.161-172.
- **BERTRAND** B., « La gouvernance des données dans la régulation européenne de l'intelligence artificielle », *RTD eur*., 2022, p. 315.
- **BERTRAND** B., **SIRINELLI** J., « L'affaire Doctolib devant le Conseil d'État : le secret de la Licorne », *Dalloz IP/IT*, 2021, p. 518.
- **BEVIÈRE-BOYER** B., « De la responsabilité de la personne à l'égard de sa santé prédictive au risque de développement progressif de sa responsabilité en santé », *RGDM*, n° 74, 2020, p. 187-206.
- **BEZIZ-AYACHE** A., « Les nouvelles Règles pénitentiaires européennes », *AJ pénal*, 2006, p. 400.
- **BINOIS** F., « De la simplification du formalisme du testament notarié au e-testament », *Dalloz IP/IT*, n°5, 2023, p. 295.
- **BIOY** X., « Vers un statut juridique des androïdes ? », *Journal international de bioéthique*, vol. 33, 2013/4, p. 85.

- **BISTONDI** C., « Les dispositifs d'aide à l'accès aux complémentaires santé : retour sur la CMU-C et l'AC », *RDSS*, 2017, p. 403.
- **BOITEUX** C., **CLOSTRE** M., **QUEREL** C., **GALLARDA** T., « Urgence psychiatrique », *EMC-*psychiatrie, vol.1, 2004, p. 87.
- **BONFILS** P., « Première approche du code de la justice pénale des mineurs », *AJ pénal* 2019, p.476.
- **BONNEME** R. **CRÉTENOT** M., « Genesis ou la mise en péril du secret médical en prison », *OIP*, 27 décembre 2016, disponible en ligne.
- **BORGETTO** M., « La Sécurité sociale à l'épreuve du principe d'universalité », *RDSS*, 2016, p. 11.
- **BOSSI** J., « Il faut tendre aujourd'hui vers une homogénéité des règles applicables au partage des informations entre les secteurs médical et médico-social », *JA*, n°474, 2013, p. 34.
- **BOSSI MALAFOSSE** J., « Le traitement des données de santé et le règlement européen sur la protection des données du 27 avril 2016 », *Communication Commerce Électronique*, 2018, p. 12-16.
- **BOSSI MALAFOSSE** J., « Les nouvelles règles d'accès aux bases médico-administratives », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 205-210.
- **BOSSI-MALAFOSSE** J., « À partir de quand peut-on qualifier un logiciel de dispositif médical ? », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 82.
- **BOUQUET** B., **JAEGER** M., « L'e-inclusion, un levier ? », *Vie sociale*, vol. 11, n° 3, 2015, p. 185-192.
- **BOURDAIRE-MIGNOT** C. et coll. « Éthique et droit du vivant – Actualités – À ne pas manquer ». *Revue générale de droit médical*, n°91, juin 2024, p. 142-162**.**
- **BOURGAULT** L., « E-consentement : quels enjeux hospitaliers ? », *Nouveal*, 20 octobre 2022.
- **BOURRET** C., « La santé en réseaux », *Études*, 2003/9, t. 399, p. 175-189.
- **BOURRET** R., **CAZALÈDES** D., **MARTINEZ** É., **VIALLA** F., « Détenus et droit à l'information », *RDS*, n°59, 2014.
- **BOUTEILLE-BRIGANT** M., « La prescription électronique est sur le pas de tir ! », *RDS*, n° 118, mars 2024, p. 248.
- **BOUTEILLE-BRIGANT** M., « Les enjeux de la e-santé au sein de la relation médicale », *Dalloz IP/IT*, 2019, p. 593.
- **BOUTEILLE-BRIGANT** M., « Téléconsultation et téléexpertise : on ne payera pas deux fois ! », *RDS*, n°104, 2022, p. 947-949.
- **BRILLE** E., « Vieillesse(s) carcérales(s) », *Cahier D'études Pénitentiaires Criminologiques*, octobre 2013.
- **BRILLET** F., « Les arrêts de travail en téléconsultation sont désormais sous surveillance », *Le Monde*, 06 octobre 2023.
- **BROSSET** E., « Le droit à l'épreuve de la e-santé : quelle « connexion » du droit de l'Union européenne ? », *RDSS*, n°5, 2016, p. 869.
- **BROSSET** E., « Le droit à l'épreuve de la e-santé : quelle « connexion » du droit de l'Union européenne ? », *RDSS*, 2016, p. 869.
- **BROSSET** E., « Le droit à l'épreuve de la e-santé : quelle « connexion » du droit de l'Union européenne ? », *RDSS*, 2016, p. 869.
- **BROYELLE** C., « Itinérance en matière de téléphone mobile : les non-dits de la régulation sectorielle », *AJDA*, 2022, p. 814.

- **BUREAU** E., **HERMANN-MESFEN** J., « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Revue internationale d'anthropologie de la santé*, n°8, 2014.
- **CALLU** M.-F., « État des lieux juridique et pratique », *JA*, n°474, 2013, p.19.
- **CAMAJI** L., **ISIDRO** L., « La dématérialisation des services publics : quels impacts sur les droits sociaux des salariés ? », *Revue de droit du travail,* 2021, p. 569.
- **CAMUS** N., « Contre une télémédecine Fast Food », *Medaviz*, 8 février 2023.
- **CAPODANO** J., « Dossier médical partagé (DMP) et secret professionnel : les nouveaux enjeux », *RDS*, n°76, 2017, p. 233-235.
- **CARAYON** L., « Personnes étrangères : dématérialisation des procédures, dissolution du droit ! », *Le club des juristes*, 2021.
- **CARBONNIER** J., « Effectivité et ineffectivité de la règle de droit », *L'Année sociologique*, LVIII, 1958.
- **CARDI** C., « Les ambivalences du traitement carcéral des femmes criminalisées », dossier : « Les femmes criminelles – Dossier », *AJ pénal*, 2010, p. 17.
- **CARDI** C., « Les ambivalences du traitement carcéral des femmes criminalisées », *AJ Pénal*, 2010.
- **CARLIOZ** P., « La fausse notion de "désert médical"... Mais il existe une solution innovante contribuant à la résolution de la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins », *RGDM*, n°58, 2016, p. 61-76.
- **CASES** A.-S., « L'e-santé : l'empowerment du patient connecté », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 35, n°4, 2017, p. 137-158.
- **CASILE-HUGUES** G., « L'expert judiciaire et le secret médical », *CDSA*, n°15, 2012, p. 83-99
- **CASTAING** C., « Les droits des patients détenus à l'épreuve des exigences sécuritaires : la question des extractions médicales », *RDSS*, 2020, p. 107.
- **CASTETS-RENARD** C., **HULIN** A.-S., « Quel cadre de gouvernance pour le marché européen des données », *Dalloz*, 2021.
- **CATTAN** J., « La mise à disposition des données de santé », *Droit administratif*, étude 9, n°5, mai 2016.
- **CAYLA** J.-S., « L'injonction de soins dans le suivi socio-judiciaire », *RDSS*, 1998, p. 751.
- **CECCHI** C., « La place de l'information dans la décision en santé publique », *Santé Publiq*ue, vol. 20, n°4, 2008, p. 387-394.
- **CÉRÉ** J.-P., « La loi du 24 novembre 2009 : aspects de procédure pénale et de droit pénitentiaire », *Droit pénal,* étude 2, 2010.
- **CHAN-CHEE** C., **VERDOT** C., « État de santé des personnes sous main de justice », *ADSP* n° 104, septembre 2018, p. 13.
- **CHANTRAINE** G., « Prison, désaffiliation, stigmates. L'engrenage carcéral de l'« inutile au monde » contemporain », *Déviance et Société*, vol. 27, n° 4, 2003, p. 363-387.
- **CHARIDI** T., « La conclusion des smart contracts : révolution ou simple adaptation », *Revue Lamy droit des* affaires, n°138, 2018, p. 28.
- **CHASSANG** M., « Brèves réflexions sur l'avenir de la médecine libérale », *RDSS*, Hors-série, 2011, p. 7.
- **CHATILA** R. « Intelligence artificielle et robotique : un état des lieux en perspective avec le droit », *Dalloz IP/IT*, n° 6, 2016, p. 284.
- **CHATILA** R., « Intelligence artificielle et robotique : un état des lieux en perspective avec le droit », *Dalloz IP/IT*, 2016, p.284.

- **CHAUVENET** A., **ORLIC** F., 2002, « Sens de la peine et contraintes en milieu ouvert et en prison », *Déviance et Société*, n° 26, p. 443-461.
- **CHAUVET** C., « La nature juridique de l'agence régionale de santé », *RDSS*, n°3, 2016, p. 405-414.
- **CHENILLET** P., **PRETOT** X., « La loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires : une consolidation législative ? », *RDSS*, 1986.
- **CHENILLET** P., **PRETOT** X., « Le secours médical d'urgence. Éléments pour une clarification », *RTD soc.*, 1983, p. 669.
- **CHEVILLARD** G., **LUCAS-GABRIELLI** V., **MOUSQUES** J., « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'Espace géographique*, vol. 47, n°4, 2018, p. 362-380.
- **CIPRUT** M., « Carte bleue en ligne : des paiements à sécuriser », *Tourisme et Droit*, n°16, 2000, p. 24.
- **CLAVERIE** V. B., **LE BLANC** B., **FOUILLAT** P., *« La Cobotique », Presses universitaires de Bordeaux « Communication & Organisation »*, 2013, p. 203-214.
- **CLUZEL-MÉTAYER** L., « Le droit au consentement dans les lois des 2 janvier et 4 mars 2002 », *RDSS*, n°3, 2012, p. 442-453.
- **CLUZEL-MÉTAYER** L., « Les données de santé, ou le défi d'un partage sous haute protection », hors-série, *RDSS*, 2022, p. 149.
- **CLUZEL-MÉTAYER** L., **FRANÇOIS** A., « La protection des données personnelles à l'épreuve de la télémédecine », *RDSS*, n°1, 2020, p. 51-61.
- **CLUZEL-MÉTAYER** V. L., « Les données de santé, ou le défi d'un partage sous haute protection », *RDSS*, 2022.
- **CNIL**, « Le corps, nouvel objet connecté. Du quantified self à la M-santé : les nouveaux territoires de la mise en données du monde », *Cahiers Innovation & Prospective*, n°2, mai 2014, p. 14
- **CNIL**, « *Vie privée à l'horizon 2020, Paroles d'experts* », *Cahiers Innovation & Prospective*, n° 1, 2012.
- **C**OGNARD F., « Les nouveaux habitants dans les régions rurales de moyennes montagnes en France : de la recomposition sociale au développement territorial ? », *dossier :* « L'arrivée des néo-ruraux dans les campagnes : impacts et défis », *Canadian Journal of Regional Science*, n° spécial, 2012, p.177-188
- **COMBES** C., « « Revue de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé », *Kinésithérapie, la Revue*, Université Toulouse 1 Capitole, vol. 23, n°256, avril 2023, p. 51-53.
- **COMBES** C., « Revue de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé », *Kinésithérapie, la Revue*, vol. 23, 2023, p. 51-53.
- **CONAC** G., **PRÉTOT** X., **TEBOUL** G. (dir.), « Le préambule de la Constitution de 1946, histoire, analyse et commentaire », *Dalloz*, coll. « Thèmes et commentaires », 2001.
- **CONSEIL D'ÉTAT**, « Transfert de données de santé : quand le Conseil d'État passe la main à la CNIL », *AJDA*, 2020, p. 1262.
- **CONTIS** M., « Le secret médical en crise », Droit public : la veille permanente, *Éditions législatives Lefebvre-Dalloz*, 2020.
- **CONTIS** M., « Le secret médical en crise », *Éditions législatives Lefebvre-Dalloz*, Droit public, 2020.

- **COURT** C., « L'usage du numérique en milieu carcéral », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé,* n°3, 2015, p. 693-703.
- **COURTOIS** G., « Robots intelligents et responsabilité : quels régimes, quelles perspectives ? », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 287.
- **COUVRAT** P., « Les règles pénitentiaires du Conseil de l'Europe », *RSC,* 1988, p. 132.
- **CRENN** J.-P., « Les objets connectés décryptés pour les juristes », *Dalloz IP/IT*, 2016, p. 389-394.
- **CRICHTON** C., « CNIL : mise en demeure pour l'utilisation de Google Analytics », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 119.
- **CRICHTON** C., « Le stockage de données de Doctolib sur des serveurs Amazon est licite », *Dalloz Actualité*, 29 mars 2021.
- **CRICHTON** C., « Le Système national des données de santé est déclaré conforme au RGPD », *Dalloz Actualité*, 13 décembre 2022.
- **CRISTOL** D., « L'usager dans la stratégie nationale de santé : la démocratie en santé en quête d'un nouveau souffle », *RDSS*, n°3, 2018, p. 413-428.
- **DAGNET** A.-L., « Sous-médecine ou vraie solution, les cabinets de télémédecine fleurissent dans les déserts médicaux », *France Info*, 7 décembre 2021.
- **DAOUD** E., **PLÉNACOSTE** F., « Cybersécurité et Objets Connectés », *Dalloz IP/IT*, n°9, 2016, p. 409-415.
- **DARBEDA** P., « L'injonction de soins et le suivi socio-judiciaire », *RSC*, 2001, p. 625.
- **DAUBECH** L., « Dossier médical personnel et établissements de santé », *RGDM*, n°20, 2006, p. 147.
- **DAUCHY** Y., « Les normes supérieures du droit de la sécurité sociale », *RDP*, 1996.
- **DAUDELIN** G., **LEHOUX** P., **SICOTTE** C., "La recomposition des patients et des pratiques médicales en télénéphrologie. Les présences décalées." *Sciences Sociales Et Santé*, vol. 26, n°3, 2008, p. 98.
- **DAUDELIN** G., **LEHOUX** P., **SICOTTE** C., « La recomposition des patients et des pratiques médicales en télénéphrologie. Les présences décalées » *Sciences Sociales Et Santé*, Université de Montréal, vol. 26, n°3, 2008, p. 81-104.
- **DE LAMBERTERIE** I., « Qu'est-ce qu'une donnée de santé ? », *RGDM*, n°4, 2004, p. 11-26.
- **DE MAISON ROUGE** O., « Cloud Act et collecte des preuves numériques à l'étranger : la souveraineté judiciaire en balance », *AJ pénal*, 2019, p. 591.
- **DE MAISON ROUGE** O., « E-santé, les nouveaux supports dématérialisés », *Dalloz IP/IT*, 2021, p. 573.
- **DE MAISON ROUGE** O., « La sécurisation du DMP sera donc un enjeu majeur des prochaines échéances. », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 293.
- **DE MAISON ROUGE** O., « L'affaire Health Data Hub : entre nécessité de recherche médicale et souveraineté numérique », *Dalloz IP/IT*, 2021, p. 103.
- **DE MAISON ROUGE** O., « Le cadre réglementaire des nouveaux outils de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 293
- **DE MAISON ROUGE** O., « Le cadre réglementaire des nouveaux outils de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 293.
- **DE MAISON ROUGE** O., « Le cadre réglementaire des nouveaux outils de l'e-santé », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 293.
- **DE MAISON ROUGE** O., « L'entrepôt de données de santé, un lieu de stockage de données sensibles hautement sécurisé », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 154.

- **DE MAISON ROUGE** O., « Les conséquences du RGPD pour les acteurs de la santé », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 298-301.
- **DE MAISON ROUGE** O., « Transposition de la directive NIS - De la cybersécurité à la cyber-résilience », *Dalloz IP/IT*, 2018, p. 374.
- **DE MONTECLER** M.-C., « Un budget de la sécurité sociale guéri de la covid-19 ? », *AJDA*, 2022, p. 1816.
- **DE MONTVALON** L., **ENJOLRAS**, L., « Régulation de la charge de travail et droit à la déconnexion, entre prévention des risques et promotion de la santé mentale des travailleurs », *Revue de droit du travail*, 2023, p. 606.
- **DEBACKER** P., « La télésurveillance à domicile après une chirurgie digestive est testée au CHU de Nantes », *Hospimédia*, 22 juillet 2024.
- **DEBIÈS** E., « L'ouverture et la réutilisation des données de santé : panorama et enjeux », *RDSS*, 2016, p. 697-709.
- **DEBIÈS** E., « Vers plus de souplesse dans l'utilisation du numéro de sécurité sociale ? » *La Semaine juridique - Administrations et collectivités territoriales*, n°21, 2015, p. 22-26.
- **DEBUT** M., **JOIRE** T., « Déserts médicaux : des petites communes réussissent à attirer de nouveaux médecins », *TF1 info*, 23 novembre 2023.
- **DECLERCQ** J.-B., « Les algorithmes en procès », *RFDA*, 2018, p. 131.
- **DECOUT-PAOLINI** R., « Précisions sur le cadre juridique applicable à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires », *RDSS*, 2017, p. 469.
- **DEL RIO CARRAL** M., **ROUX** P., **BRUCHEZ** C., et al., « Santé digitale : promesses, défis et craintes. Une revue de la littérature », *Pratiques Psychologiques*, 2016.
- **DEL SOL** M., « Médecine libérale et permanence des soins de ville », *RDSS*, n° 2, 2004.
- **DEL SOL** M., » Médecine libérale et permanence des soins de ville », *RDSS*, 2004, p. 261.
- **DELPECH** X., « Soft law vs hard law », *AJ contrat*, 2020, p. 253.
- **DENIS** M.-L., « La protection des données personnelles un enjeu majeur », dossier : Comprendre la souveraineté numérique, *Cahiers français*, La Documentation française, n°415, mars-avril, 2020, p.40.
- **DEROUDILLE** A., « Le secret professionnel dans le règlement général sur la protection des données », *RFDA*, n°6, 2018, p. 1112-1120.
- **DEROUDILLE** A., **FATAH** F., « L'extraterritorialité du RGPD dans le contexte du « Cloud Act» », *Revue de l'Union Européenne*, 2019, p. 442.
- **DESMARAIS** P., « Et l'UE tordit le cou à la (pseudo) notion de donnée bien-être ! », https://www.desmarais-avocats.fr/, 26 mars 2015.
- **DESMARAIS** P., « Les protocoles de coopération entre PDS : un dispositif à peaufiner », *RDSS*, 2012, p. 513.
- **DESPLANQUES** G., « Géographie de la population âgée en France », *Retraite et société*, n°45, 2005.
- **DEVERS** A., « L'usager du système de santé », *Gérontologie et société*, vol. 28/115, n° 4, 2005, p. 39-48.
- **DINECHIN** O., « « Éthique et professions de Santé » : pour une pédagogie organisée », *Laennec*, vol. 51, n°4, 2003, p. 4-8.
- **DOMIN** J.-P., « De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire : une évolution paradigmatique ? », *Les tribunes de la santé*, hors-série, 2014.

- **DOMINATI** M., « Conditions de détention indignes : la France encore condamnée par la CEDH », 12 juillet 2023.
- **DORIAN** M., « Les proches des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool : Un angle mort de la surveillance du médecin généraliste ? Exploration des pratiques des médecins généralistes de L'Île de La Réunion », *Sciences du Vivant [q-bio],* 2022.
- Dossier : « Enjeux et légitimité du développement de la responsabilité numérique », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 150.
- **DOURIS** M., « Être parent en prison, une incarcération de la parentalité », *Dialogue*, vol. 211, n°1, 2016, p. 27-40.
- **DOUVILLE** T., « Droit des données à caractère personnel », *LGDJ*, 1ère éd., 2023, p. 113.
- **DOUVILLE** T., « Important arrêt sur le traitement ultérieur de données à caractère personnel », *RTD com*, 2023, p. 137.
- **DOUVILLE** T., « La construction d'un espace européen des données de santé », *Recueil Dalloz*, 2022, p. 1304.
- **DOUVILLE** T., « Les dangers de la collecte des données de santé par les tiers intéressés (GAFAM, assureurs…) », *JDSAM*, juillet 2018, n°20, p. 12.
- **DROMARD** T., « Les effets secondaires du numerus clausus gangrènent toujours la médecine », *Challenges*, 29 septembre 2023.
- **DUFOUR** J.-B., « Le dossier pharmaceutique : du DP patient au DP rupture, un formidable outil de santé publique créé par les pharmaciens », *RGDM*, n°67, 2018, p.19-26.
- **DUGUÉ** M., « La responsabilité médicale à l'ère de la robotique », *GPL*, 21 mai 2024.
- **DUMARTIN** C., **AULOIS-GRIOT** M., « Traçabilité et vigilance : deux outils complémentaires au service de la sécurité du dispositif médical et du patient », *RDSS*, 2018, p. 60.
- **DUMAS PRIMBAULT** M., « Cinq millions de DMP ouverts : la CNAM se félicite, faible implication des médecins », *Le Quotidien du médecin*, 16 avril 2019.
- **DUMEZ** H., **MINVIELLE** É., « L'e-santé rend-elle la démocratie sanitaire pleinement performative ? », *Systèmes d'information & management*, vol. 22, n° 1, 2017, p. 9-37.
- **DUPONT** M., « Le libre choix du médecin : son évolution depuis la loi du 4 mars 2002 », *RDSS* 2007.
- **DURAND** M., « Le soignant en ville et le DMP », *RGDM*, n° 20, 2006, p. 155.
- **EISENSTAT** Y., « the real reason tech struggles with algorithmic bias », *Wired*, 12 février 2019.
- **ELBAZ** M., « Prendre soin de son sommeil avec les technologies », Hospitech : la technologie et le numérique dans le secteur hospitalier, podcast, *Ausha*, 18 novembre 2021.
- **EON-JAGUIN** F., « Le médecin, véritable décideur et non simple auxiliaire de l'algorithme », *Dalloz IP/IT*, n°1, 2022, p. 29-35.
- **EON-JAGUIN** F., « Le médecin, véritable décideur et non simple auxiliaire de l'algorithme », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 29.
- **ESKENAZY** D., « Le juge des référés ordonne la fermeture des sites « arretmaladie » et « docteursecu » », *Dalloz IP/IT*, n°5, 2021, p. 286-289.
- **EVIN** C., « Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence », *RDSS*, 2017, p. 107.
- **EVIN** C., « Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence », *RDSS*, n°1, 2017, p. 107.
- **EWALD** F., « Les acteurs traditionnels de la santé, entre innovation et disparition ? », *Cahiers Innovation & Prospective*, n° 2, 2014.

- **FABRE** C., « Le recours aux urgences hospitalières : un mode d'accès aux soins spécifiques des populations défavorisées », *Prévenir*, n° 28, 1995.
- **FALXA** J., « Refus d'autorisation d'accès à internet en détention et violation du droit à recevoir des informations, Cour européenne des droits de l'homme », *AJ pénal*, 2017, p.146.
- **FERRAN** N., « La personne détenue encore à la recherche de son juge en France », *Déviance et Société*, vol. 38, n°4, 2014, p. 469-489.
- **FEUILLET** B., « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008.
- **FEUILLET** B., « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008, p. 713.
- **FEUILLET** B., « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008.
- **FILIPPI** L., « La prescription électronique », *BJPH*, n°269, juin 2024, p. 14.
- **FISCHER** F., « L'éthique *by design* du numérique : généalogie d'un concept », *Sciences du Design*, vol. 10, n°2, 2019, p. 61-67.
- **FLICHY** P., « L'individualisme connecté entre la technique numérique et la société », *Réseaux* n°124, FT R&D / Lavoisier, 2004, pp. 17-51.
- **FOSSIER** T., « Démocratie sanitaire et personnes vulnérables », *JCP*, 21 mai 2003, I, p. 135, cité par : FEUILLET B., « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008, p. 713.
- **FOVET** T., **PLANCKE** L., **AMARIEI** A., **BENRADIA** I., **CARTON** F., **SY** A., et al., « Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France », *European Psychiatry*, 2020.
- **FRAGKOU** R., « Entre paternalisme médical et autonomie absolue, une autonomie du patient à géométrie variable », *RGDM*, n°42, 2012, p.167-212.
- **France Assos Santé**, « Sociétés de téléconsultation : un pas décisif pour mettre fin au far-west » tarifaire », *France-assos-sante.org*, 7 mars 2024
- **FULCHIRON** H., « La constitutionnalisation de l'intérêt supérieur de l'enfant », *Recueil Dalloz*, 2019, p.709.
- **G'SELL** F., « Remarques sur les aspects juridiques de la « souveraineté numérique ? », *Revue des juristes de Sciences Po*, n°19, 2020, p. 52.
- **GALLOIS** J.-B., **«** Les médecins ne sont pas prêts à alimenter le dossier médical partagé », *Acteurs publics*, 10 juillet 2023.
- **GARCIA-GATHRIGHT** J., **SPRINGER** A., **CRAMER** H., « Assessing and Addressing Algorithmic Bias – But Before We Get There », *AAAI Spring Symposium Series*, 2019.
- **GARRAUD** A., « Le lien maternel bouleversé par l'incarcération », *AJ fam*, 2014, p. 551.
- **GAUCHE** S., « À la recherche du recours effectif : responsabilité et référés en droit pénitentiaire », *AJDA*, 2017.
- **GAUTHIER M.**, « Les objets connectés - Faits et chiffres », Statista, 13 décembre 2023.
- **GAUTRAIS** V., « Différences culturelles en matière de vie privée : point de vue canadien », *Dalloz IP/IT* 2016, p. 128
- **GENTRIC** B., « Le défi de l'autonomisation des patients dans les maladies chroniques », *Après-demain*, vol. 42, n° 2, 2017, p. 42-44.
- **GIRARD** M., **POLTON** D., « La nouvelle réglementation sur l'accès aux données de santé et sa mise en œuvre deux ans après la loi de modernisation de notre système de santé », *JDSAM*, n° 20, 2018, p. 25.
- **GIRER** M., **ROUSSET** G., « Représentants légaux et ayants droit : accès restreint », *JA*, 2013, n°474, p. 26

- **GIROLAMI** P., « La médecine en milieu carcéral et la construction de l'homme nouveau - Enjeux éthiques et juridiques », *RGDM*, n°40, 2011, p. 119.
- **GOLDBERG** M., **ZINS** M., « Le Health Data Hub (fin) – De multiples problèmes et des solutions alternatives ? », *Med Sci (Paris)*, n°37, 2021, p. 277–281.
- **GOLDBERG** M., **ZINS** M., « Le Health Data Hub (suite) - Pourquoi ? Comment ? », *Med Sci (Paris)*, n°37, 2021, p. 271–276.
- **GRANET** F., « Les fichiers sanitaires automatisés », *Recueil Dalloz*, 1995, p. 10.
- **GRANIER** T., « L'avenir de la médecine libérale à la lumière de l'évolution des structures sociétales accueillant l'activité », *RDSS*, Hors-série, 2011, p. 21.
- **GRIT** M., « Le financement de la télémédecine : un top départ tant attendu », *RDS*, n°86, 2022, p. 947-950.
- **GRUBER** A., « Le système français de protection des données personnelles », *LPA*, 4 mai 2007, p. 4.
- **GRÜNDLER** T., « Une Europe protectrice ? », *Plein droit*, vol. 94, n°3, 2012, p. 22-25.
- **GRUSON** D., « IA et éthique », *Doctogeek*, 29 août 2019.
- **GRUSON** D., « Régulation positive de l'intelligence artificielle en santé : les avancées de la garantie humaine algorithmique », *Dalloz IP/IT*, n°3, 2020, p. 165-170.
- **GRUSON** D., **KIRCHNER** C. « " La « garantie humaine ", levier majeur de régulation des enjeux éthiques associés au numérique et à l'intelligence artificielle en santé », *ADSP* n° 108, septembre 2019, p. 42.
- **GRYNBAUM** L., « La responsabilité des acteurs de la télémédecine », *RDSS* 2011, p. 996.
- GUAGLIARDO M. F., « Spatial accessibility of primary care : concepts, methods and challenges »., *International Journal of Health Geographics*, vol. 3, n°3, 2004 p. 13, cité par CHEVILLARD G., LUCAS-GABRIELLI V., MOUSQUES J., « « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'Espace géographique*, vol. 47, n°4, 2018, p. 362-380.
- **GUÉRIN** G., « La prise en charge sanitaire », *ADSP* n° 44, septembre 2003.
- **GUÉRIN** G., « La santé en prison », *ADSP* n° 44, septembre 2003, p. 28.
- **GUY** C., « Du patient à l'actient, de la prise en charge thérapeutique individuelle à l'approche préventive pluridisciplinaire. Comment allier pluridisciplinarité et prévention en milieu libérale », *Kinésithérapie, la Revue*, vol. 18, n° 194, février 2018, p. 38.
- **HAAS** G., **DUBARRY** A., **D'AUVERGNE** M., **RUIMY** R., « Enjeux et réalités juridiques des Objets Connectés », *Dalloz IP/IT*, n°9, 2016, p. 394-399.
- **HAAS** G., **DUBARRY** A., **D'AUVERGNE** M., **RUIMY** R., « Enjeux et réalités juridiques des Objets Connectés », *Dalloz IP/IT*, n°9, 2016.
- **HALIDAY** H., "La parole et la folie, une affaire purement politique ? Une analyse clinique des difficultés relationnelles en psychiatrie", *Sciences sociales et Santé*, vol. 41, n° 2, juin 2023.
- **HALLEY DES FONTAINES** V., **CZERNICHOW** P., « Santé des personnes sous main de justice », *ADSP* n° 44, septembre 2003, p. 40.
- **HAO** K., "This is how AI bias really happens », *MIT Technology Review*, 4 février 2019.
- **HARDY** A.-C., « La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté », *RDSS*, n°4, 2013.
- **HARDY** A.-C., « La médecine libérale face aux principes de justice, d'égalité et de liberté », *RDSS*, n°4, 2013, p. 631.
- **HARICHAUX** M., « Vers un tournant de la médecine libérale en France ? », *RDSS*, 1994, p. 226

- **HAROUN** K., « Panorama rapide de l'actualité « santé » des semaines du 15 janvier au 31 janvier 2024 », *Dalloz Actualité*, 8 février 2024.
- **HAROUNN** K., « Panorama rapide de l'actualité « santé » des semaines du 29 avril au 27 mai 2024 », *Dalloz actualité*, 3 juin 2024.
- **HAUGER** I., **GARAY** A., « Télémédecine gériatrique, enjeux et défis », *RGDM*, 2016, n°60, p. 89.
- **HAUGER** I., **GARAY** A., « télémédecine gériatrique, enjeux et défis », *RGDM*, 2016, n°60, p. 227.
- **Haut conseil de la santé publique (HCSP)**, « Vieillissement et prise en charge des maladies chroniques », *ADSP* n° 72, septembre 2010, p. 33.
- **HAYEK** J., « E-signature et e-consentement : le virage réussi du CHU de Reims », *Hospitalia*, 15 mars 2023.
- **HAZAN** A., « Qualité et continuité des soins aux personnes détenues : des droits reconnus mais non effectifs », *ADSP* n°104, septembre 2018.
- **HE** L., « La sécurité sociale à l'ère du numérique : quel renouveau de la solidarité ? », *RDSS*, n°2, 2023, p. 301-317.
- **HÉMERY** P., « Le nouveau segment de marché des dispositifs médicaux numériques s'organise », *Hospimédia*, 20 septembre 2023.
- **HENNION** S., « Le partage du secret professionnel à l'ère du numérique », *RDSS*, 2020, p. 129
- **HENRION** R. « Assistance médicale à la procréation en prison », *Bulletin de l'Académie nationale médicale*, 196, n°7 1397- 1421, séance du 23 octobre 2012, 2012.
- **HERZOG-EVANS** M., « Feu le DAVC annulé par le Conseil d'État – Conseil d'État 11 avril 2014 », *AJ pénal*, 2014, p. 255
- **HERZOG-EVANS** M., « Le CEL, annulé mais GIDE demeure – Conseil d'État 4 juin 2012 », *AJ pénal*, n°4, 2014, p. 197-198.
- **HERZOG-EVANS** M., « Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 : changement de paradigme pénologique et toute puissance administrative », *Dalloz actualité*, 22 janvier 2010, p. 32.
- **HULIN** A.-S., **CASTETS-RENARD** C., « Le règlement sur la gouvernance des données ou la promesse d'un marché des données à l'européenne », *Dalloz IP/IT*, 2022.
- **ILIOPOULOU-PENOT** A., La Constitution numérique européenne » », *RFDA*, 2023, p. 945.
- **JAAFAR** D., « Les sociétés de téléconsultation : un cadre juridique pour quel modèle économique », *JDSAM*, n° 40, 2024, p. 114
- **JACQMIN-GADDA** H., **ALPEROVITCH** A., **MONTLAHUC** C., **COMMENGES** D., **LEFFONDRE** K., **DUFOUIL** C., et al., « 20-Year prevalence projections for dementia and impact of preventive policy about risk factors », *European Journal of Epidemiology*, vol. 28, n°6, 2013, p. 493-502.
- **JANIN** A., « Cybersécurité, le fléau : 422 établissements de santé ont déclaré au moins un incident en 2023 », *Le Quotidien du médecin*, 13 mars 2024.
- **JANUEL** P., « Encellulement individuel : le Parlement acte 150 ans d'échec », *Dalloz*, 10 novembre 2022.
- **JANUEL** P., « Encellulement individuel : le Parlement acte 150 ans d'échec », *Dalloz Actualité*, 10 novembre 2022.
- **JAULIN** P., **BERRUT** G., « Apport de la télémédecine en pratique conjointe : gériatrique et psychiatrique dans le cadre d'un centre mémoire », *L'information psychiatrique*, n°96, 2020.
- **JAULT-SESEKE** F. « Données de santé : point d'étape sur le Health Data Hub », *Dalloz Actualité*, 7 février 2024.

- **JEANGÈNE VILMER** J.-B., « La lutte contre la désinformation russe : contrer la propagande sans faire de contre-propagande ? », *Revue Défense Nationale*, vol. 801, n°6, 2017, p. 93-105.
- **JEDAT** V., **DESNOUHES** A., **ANDRIEUX** M. et al., « État des lieux des actions favorisant l'installation des médecins généralistes en France métropolitaine », *Santé Publique*, vol. 34, n°2, p. 231-241.
- **JORNET** F., « Le droit applicable à l'installation des professionnels de santé libéraux sur un territoire », *RDSS*, Hors-série, 2009, p. 108.
- **JOUANNET** P., « PMA pour toutes… sauf pour les détenues ? », *OIP*, mars 2020.
- **JUAN** S., « L'objectif à valeur constitutionnelle du droit à la Protection de la santé : droit individuel ou collectif ? », *RDP*, 2006, p. 439 ;
- **JULIENNE** M., « Pratique notariale et numérique : état des lieux », *Dalloz IP/IT*, 2019, p. 96.
- **KAMINSKI** D., « Violence et emprisonnement », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n°2, 2013/2, p. 461-474.
- **Kaspersky**, « Protection des données de santé : du préventif au curatif », *Manifesto*, 2019.
- **KELLER** J., « « Le *Data Act* : de nouvelles règles de partage des données », *Dalloz actualité*, 8 mars 2022.
- **KENSEY** A., « Vieillir en prison. », *Cahiers de démographie pénitentiaire*, n°10, 2001, p. 1-4.
- **KLEN** M., « La désinformation opérationnelle », *Revue Défense Nationale*, vol. 786, n°1, 2016, p. 114-118.
- **KOLLER** F., « Bernard Stiegler : "Toute technologie est porteuse du pire autant que du meilleur" », *Le Temps*, 22 mars 2018.
- **KRKAC** M., « Une prise de conscience en cours concernant le sort des proches aidants », *RDS*, n°93, 2020, p. 107-109.
- **LABAYLE** H., « Droit souple et droits européens, de la nécessité à l'instrumentalisation ? », *Justice et Cassation*, 2023, p. 155.
- **LALAU** J.-D., « Le *cure* et le *care* », *Médecine des Maladies Métaboliques*, vol. 15, issue 1, février 2021, p. 99-103
- **LAMBERT-FAIVRE** Y. « La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Partie II : Les droits des malades, usagers du système de santé », *Recueil Dalloz*, 2002.
- **LAMBERT-GARREL** L., « L'IVG médicamenteuse (confinée) en période d'état d'urgence sanitaire », *RDS*, n°101, 2021, p.453-456.
- **LANNA** M., « Données publiques et protection des données personnelles : le cadre européen. » *Revue française d'administration publique,* n°167, 2018, p. 501 à 511.
- **LANTERO** C., « Télémédecine et droits des patients », *RDSS*, 2020, p. 61.
- **LASSERE** G., « Droit des bases de données, entre progressions et coups d'arrêt », *Dalloz actualité*, 15 janvier 2024.
- **LATOUR** B., « Les "vues" de l'esprit », *Réseaux*, n° 27, 1987, p. 79-96.
- **LAUDE** A., « Le patient, nouvel acteur de santé ? », *Dalloz Actualité*, 16 mai 2007.
- **LAUNAY** C., « Les différents dispositifs d'accueil des urgences psychiatriques », dossier « Psychiatrie et Urgences », *Cahier de la société médico-psychologique*, vol. 160, Elsevier, 2002, p.187-190.
- **LAVAL** C., « Surveiller et prévenir. La nouvelle société panoptique », *Revue du MAUSS*, vol. 40, n° 2, 2012, p. 47-72.
- **LAVRIC** S., « Code de la justice pénale des mineurs : les grandes lignes », *Dalloz*, 20 mars 2009.

- **LAZERUS** J., « Code de la justice pénale des mineurs : 2 ans après », *Dalloz*, 13 octobre 2023.
- **LDH Toulon**, « BIOAP : la biométrie en prison », 17 juin 2010 et complété le 22 juin 2010.
- **LE DEUFF** O., « Utopies documentaires : de l'indexation des connaissances à l'indexation des existences », *Communication & Organisation*, n°48, 2015, p. 93-106 :
- **LE GAL** C., « Le dossier pharmaceutique : un outil technique de santé publique », *RDSS*, 2009, p. 301.
- **LE GOFFIC** C., « Consentement et confidentialité à l'épreuve de la télémédecine », *RDSS*, 2011, p. 987.
- **LE GUEN** J.-M., « L'État, au cœur de la régulation des comportements et des soins », *Regards croisés sur l'économie*, 2009/1, n° 5, p. 194-200.
- **LECHENET** A., « Déserts médicaux : la fin du numérus clausus, un impact à long terme sur les territoires », *La Gazette*, 2 décembre 2021.
- **LECLERCQ** B., « La prison déconnectée », *OWNI*, 1er mai 2012, cité par COURT C., « L'usage du numérique en milieu carcéral », *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n°3, 2015, p. 693-703.
- **LÉCU** A., « La prison, un lieu de soin ? », *PSN*, vol. 11, n° 1, 2013, p. 7-23.
- **LEFEBVRE** A., « Impossibilité pour une personne transgenre d'accéder à un traitement hormonal en détention et droit au respect de la vie privée », *Dalloz Actualité*, 16 septembre 2024.
- **LEGRÈVE** C., **LADAVID** C., **MARIAGE** O., **PRÉVOST** M., « quelle place ont les maisons médicales dans le projet de réforme des soins de santé mentale ? », *Santé Conjuguée*, n°68, juillet 2014.
- **LEGRÈVE** C., **LADAVID** C., **MARIAGE** O., **PRÉVOST** M., « Quelle place ont les maisons médicales dans le projet de réforme des soins de santé mentale ? », *Santé Conjuguée*, n°68, juillet 2014.
- **LEHMANN** J.-P., « Ce que " prendre soin " peut signifier », *Coq-Héron*, n°180, 2005, p. 50-54.
- **LÉNA** M., « La prise en charge des personnes détenues en établissements de santé », *AJ pénal*, 2015, p. 392.
- **LÉNA**, M., La prise en charge des personnes détenues en établissements de santé, *AJ pénal*, 2015, p. 392.
- **LEPETIT** A., **JOMARD** N., « Vieillir en milieu carcéral : problématiques gériatriques et psychiatriques des personnes âgées incarcérées », *French Journal of Psychiatry*, vol. 1, supplément 2 décembre 2019, p. 52-53.
- **LEQUILLERIER** C., « L'impact de l'IA sur la relation de soin », *JDSAM*, n°25, 2020/1, p. 91.
- **LEQUILLERIER** C., « L' « ubérisation » de la santé », *Dalloz IP/IT*, n°3, 2017, p. 155.
- **LERNOUT** T., **LEBRUN** L., **BRECHAT** P.-H., « Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire », *Santé publique* 2007/6 Vol. 19, p.499-512, 2007.
- **LEROUX I., RIGAMONTI É.**, « Les nouvelles prisons françaises, objets de développement économique local ? Socio-économie des impacts sur la commune d'accueil et nouveaux enjeux de territorialité », *Criminocorpus*, n°15, 2020.
- **LEROY** Y., « La notion d'effectivité du droit » *Droit et société*, vol. 3, n°79, 2011.
- **LESAULNIER** F., « La définition des données à caractère personnel dans le règlement général relatif à la protection des données personnelles », *Dalloz IP/IT*, n°12, 2016, p. 573-581.
- **LEU** Y., « Les mutinueries de l'été 1974 et la réforme de 1975 », *CriminoCorpus*, 15 avril 2009.
- **LILA DAMJI** M., « La télémédecine, par-delà les cloisons », *La Gazette Santé-Social*, n°106, avril 2014, p. 34.

- **LILA DAMJI** M., « La télémédecine, par-delà les cloisons », *La Gazette Santé-Social*, n°106, avril 2014, p. 34
- **LOISEAU** G., « Responsabilité », *JDSAM*, n°17, 2017.
- **LOISEAU** G., « Responsabilité ». *JDSAM*, n°17, 2023, p. 21-24.
- **LOISEAU** G., **BOURGEOIS** M., « Du robot en droit à un droit des robots », *JCPG*, 2014, p. 1231.
- **MACRON** A., « Loi de modernisation de notre système de santé et partage d'informations de données de santé : consécration du secret partagé tous azimuts », *RDS*, n°74, 2016, p. 919-922.
- **MAGENDIE** J.-C., « Un devoir de compliance », *Revue Sociétés*, 2023, p. 559.
- **MALAFOSSE** V., « Le patient au cœur du parcours de santé », *Kinésithérapie, la revue*, vol. 18, n° 194, février 2018, p. 43.
- **MALATERRE** M., Le télétravail à l'hôpital, un outil déterminant pour l'attractivité du secteur, *Acteurs Publics*, 21 septembre 2023.
- **MANANGA** F., « Le secret professionnel après la « loi Santé » », *JA*, n°545, 2016, p.34-37.
- **MANAOUIL** C., « Le secret partagé entre professionnels depuis la loi santé du 26 janvier 2016 », *RGDM*, n°61, 2016, p. 53-63.
- **MARCHAND** M., **PESTIEAU** P., « Le numerus clausus en médecine : pourquoi et comment ? », *Reflets et perspectives de la vie économique*, tome XLII, 1, 2003, p. 59-70.
- **MARGUIN** J., « Quand intérêt public fait loi », *AJDA*, 2023, p. 568-579.
- **MARTIAL-BRAZ** N., « Objets Connectés et responsabilité », *Dalloz IP/IT*, n°9, 2016, p. 399-404.
- **MARTIN** J., « Les collectivités territoriales et la vaccination : une compétence sous tension contradictoire », *Revue Droit et gestions des collectivités territoriales*, dossier consacré à « l'administration locale face à la crise sanitaire », 2012, p. 227.
- **MARTINACHE** I., **VEZINAT** N., « La santé est-elle l'affaire des municipalités ? », *La vie des idées*, 15 février 2002.
- **MASCRET** C., « Des précisions sur la qualification d'un produit en dispositif médical », *RDS*, n°95, 2020, p. 514-515.
- **MATHIEU** B., « La protection du droit à la santé par le juge constitutionnel A propos et à partir de la décision de la Cour constitutionnelle italienne n° 185 du 20 mai 1998 », *Cah. Cons. const*., n° 6, 1999, p. 59.
- **MATHIEU** C., **PÉRETIÉ** M.-M., **PICAULT** A., « Le droit à la déconnexion : une chimère ? », *Revue de droit du travail.*, 2016, p. 592.
- **MAUPIN** E., « État d'urgence sanitaire et modalités de réalisation d'une interruption volontaire de grossesse », *Dalloz actualité*, 24 décembre 2020.
- **MAUPIN** E., « Adoption définitive de la loi Sécuriser et réguler l'espace numérique », *AJDA*, n°13, 2024, p. 702.
- **MAUPIN** E., « Améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels », *AJDA*, 2023, p. 1149.
- **MAUREL** A., « Comment les collectivités locales peuvent-elles être partenaires de la 5G ? », *AJCT* 2021, p. 129.
- **MAXIMIN** N., « Transfert vers les USA : la Plateforme des données de santé doit fournir des garanties », *Dalloz IP/IT*, 2020 p. 590.
- **MAYER MCKINNEY** S et al., « Évaluation internationale d'un système d'IA pour le dépistage du cancer du sein », *Nature*, vol. 577, 2020, p. 89-94.

- MCGRAIL M.-R., RUSSELL D.-J., CAMPBELL D.-G., « Vocational training of general practitioners in rural locations is critical for the Australian rural medical workforce », *The Medical Journal of Australia*, vol. 205, nº 5, 2016, p. 216-221.
- **MEGERLIN** F., « Espace européen des données de santé : portée de la proposition de règlement », *Recueil Dalloz*, n°3, 2024, p. 119.
- **MÉMETEAU** G., « Éloge du paternalisme médical », *RGDM*, n°62, 2017, p. 117-132.
- **MENDOZA-CAMINADE** A., « Big data et données de santé : quelles régulations juridiques ? », *RLDI*, n°127, 2016.
- **MENDOZA-CAMINADE** A., « La santé et la robotique, », *RLDI*, octobre 2014, suppl. au n° 108, n° 3603, p. 19.
- **MENDOZA-CAMINADE** A., « Le droit confronté à l'intelligence artificielle des robots : vers l'émergence de nouveaux concepts juridiques ? », *Recueil Dalloz*, 2016, p.445.
- **MEYER-MEURET** C., « Les enjeux économiques de la télémédecine », *RDSS*, 2011, p. 1013-2020.
- **MICHEL** D., « Le secret médical en prison et ailleurs. Un concept dépassé et ringard ou un désordre des esprits ? », *L'information psychiatrique*, vol. 91, n°8, 2015, p. 662-670.
- **MIJUSKOVIC** V., **PECHILLON** E., Le secret professionnel à l'épreuve du milieu carcéral, *RDS*, n°89, 2019, p.428-431.
- **MINVIELLE E.**, « Conditions de travail à l'hôpital : quelles pistes d'amélioration ? », *Les Tribunes de la santé*, 2021, n°69, p. 59-68.
- **MINVIELLE** É., « Conditions de travail à l'hôpital : quelles pistes d'amélioration ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 69, n°3, 2021, p. 59-68.
- **MINVIELLE** E., **KIMBERLY** J.-R., « Rémunération à la qualité : récompenser les efforts organisationnels le long du parcours du patient », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol. 38, n°4, 2020, p. 242-252.
- **MINVIELLE** L., « Innovation santé : enjeux et perspectives avec France 2030 », *Forbes*, 05 mai 2024.
- **MISTRETTA** P., « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *Revue internationale de droit pénal*, vol. 82, n° 1-2, 2011, p. 19-39.
- **MISTRETTA** P., « Violation du secret professionnel : protéger les patients, tous les patients, rien que les patients », *RSC*, 2021, p. 427.
- **MOLINARI** P.-A., « La prestation des soins de santé et le respect des droits fondamentaux : esquisse d'une problématique », Études offertes à J.-M. AUBY, *Dalloz*, 1992, p. 771, cité par : **FEUILLET** B., « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », *RDSS*, 2008, p. 713.
- **MONÉGAT** M., **SERMET** C., **PERRONNIN** M., **ROCOCO** E., « La polymédication : définitions, mesures et enjeux, Revue de la littérature et tests de mesure », *Questions d'économie de la Santé* n° 204, IRDES, décembre 2014.
- **MONTECLERC** M.-C., « Conditions de détention indignes, le Conseil d'État répond à la CEDH », *Dalloz actualité*, 22 octobre 2020.
- **MONTET** L., « Les services d'urgence hospitaliers : victimes de leur place dans l'organisation des soins », *RDS*, n°80, 2017, p. 866-869.
- **MOQUET-ANGER** M.-L. et coll. « Chronique de droit de la santé – Responsabilité médicale et hospitalière », *La Semaine juridique*, n°29, éd. Administrations et collectivités territoriales, 22 juillet 2024.
- **MOQUET-ANGER** M.-L., « Télémédecine et égal accès aux soins », *RDSS*, n°1, 2020.

- **MOQUET-ANGER** M.-L., « Territoires de santé et égalité des citoyens », *RDSS*, Hors-série, 2009.
- **MOQUET-ANGER** M.-L., « La continuité et l'accès aux services de santé », *RDSS*, 2013, p. 21.
- **MOQUET-ANGER** M.-L., « Le droit des personnes hospitalisées », *RDSS*, 2002, p. 657.
- **MOQUET-ANGER** M.-L., « Parcours et droits du patient », *RDSS*, 2021, p. 435.
- **MOQUET-ANGER** M.-L., « Territoires de santé et égalité des citoyens », *Revue de droit sanitaire et social*, 2009, p. 116-125.
- **MOREAU** F., « La santé dans les prisons française », *Pouvoirs*, n° 135, 2010/4.
- **MOREAU** J., « Le droit à la santé », *AJDA*, numéro spécial « Les droits fondamentaux. Une nouvelle catégorie juridique ? », 1998, p. 185.
- **MOREAU** J., « La prise en charge de l'urgence médicale : le dispositif d'aide médicale urgente », *RDSS*, 2007, p. 426.
- **MORLET-HAÏDARA** L., « Le système national des données de santé et le nouveau régime d'accès aux données », *RDSS*, n°1, 2018, p. 91-106.
- **MORLET-HAÏDARA** L., « Le futur espace numérique de santé : un formidable outil de prévention », L'Institut Droit et Santé, de l'université de Paris, *JDSAM*, n°28, 2021, p. 30-35.
- **MORLET-HAÏDARA** L., « Le nouveau cadre légal de l'équipe de soins et du partage des données du patient », *RDSS*, n°6, 2016, p. 1103-1116.
- **MORLET-HAÏDARA** L., « L'impact de la loi santé sur les usagers du système de santé », *RDSS*, n°4, 2016, p. 658-673.
- **MORLET-HAÏDARA** L., « L'utilisation de l'intelligence artificielle en santé : contexte et focus sur l'engagement des responsabilités », *JDSAM*, 2018, p.107.
- **MORVILLERS** J.-M., « Le *care*, le *caring*, le *cure* et le soignant ». *Recherche en soins infirmiers*, 2015/3, n° 122, 2015, p.77-81.
- **MOULIN** T., **SIMON** P., « E-santé – Objets connectés et télémédecine », *Correspondances en Oncohématologie*, vol. XI, n° 2, mars-avril 2016, p. 116.
- **MUSSON** M., « Sanction par la CNIL d'un traitement de données de santé illicite et non autorisé : rappel utile sur la distinction entre pseudonymat et anonymat des données, Délib. CNIL, n° SAN-2024-013, 5 sept. 2024 », *Dalloz actualité*, 26 septembre 2024.
- **NABET** N., « La médecine libérale : mythe ou réalité juridique ? », *RDSS*, Hors-série, 2011, p. 15.
- **NAFTALSKI** F., « Les codes de conduite en tant qu'outils pour encadrer les transferts de données en dehors de l'Union européenne : mode d'emploi », *Dalloz IP/IT*, n°10, 2022, p. 499-506.
- **NALBANT** E., « Proposition de règlement relatif à l'espace européen des données de santé (EHDS) / EN », *Dalloz IP/IT*, n°6, 2022, p. 294-295.
- **NAYRAC** C., « La prise en compte de la parole du patient en psychiatrie est un objet d'étude particulier » *Hospimédia*, août 2023.
- **NGAMPIO-OBÉLÉ-BÉLÉ** U., « Les collectivités territoriales face aux déserts médicaux », *CDSA*, n°19, 2014, p. 55- 65.
- **Observatoire des territoires**, « Géographie de la structure par âge en France et son évolution récente », *Cahier n°1 - Territoires et transitions : enjeux démographiques*, 2021.
- **Observatoire International des Prisons (OIP),** « Annulations, indignité… Les extractions, un obstacle au soin », 20 août 2022.
- **Observatoire International des Prisons (OIP),** « En prison, les soins spécialisés à la peine », *Dedans Dehors* n°115, juin 2022.

- **Observatoire International des Prisons (OIP),** « Faute d'interprètes, des droits au rabais », 12 février 2021.
- **Observatoire International des Prisons (OIP)**, « Femmes détenues : les oubliées », *Dedans Dehors*, n°106, 2019.
- **Observatoire International des Prisons (OIP)**, « Les soins spécialisés à la peine », *Dedans Dehors*, n°115, juillet 2022.
- **Observatoire International des Prisons (OIP)**, *Cri d'alarme de plus de cent soignants pour la santé des personnes détenues*, Lettre ouverte, 5 octobre 2023.
- **OLECH** V., « Ficher, surveiller et punir », *RDS*, n°70, 2016, p. 251-254.
- **OLECH** V., « Quand le Conseil d'État fragilise le secret professionnel médical au nom de la sécurité carcérale…», *RDS*, n°60, 2014, p. 1455-1458.
- **OLIVERO** A., **PALAZZOLO** J., « Informer le patient en psychiatrie : ente pratique clinique et réflexion anthropologique », *Annales Médico Psychologiques*, vol.166, 2008.
- **ONNO** J., "L'amélioration de soi en régime numérique : les ambiguïtés du Quantified Self, entre discours et pratiques", *Socio-anthropologie*, n°46, p. 81-108
- **OUARAD** G., « Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers : de l'appel au SAMU a l'hospitalisation » *L'Encéphale*, vol. 48, n°3, juin 2022, p.273-279.
- **PAILLISSÉ** É., « L'égalité devant le service public des personnes détenues : potentialités indirectes de l'arrêt du Conseil d'État du 3 juin 2022 », *Dalloz Actualité*, 30 juin 2022.
- **PARIZEL** É., **MARREL** P., **WALLSTEIN** R., « La télémédecine en question », *Études*, tome 419, 2013/11, p. 461-472.
- **PASTOR** J.-M., « L'IVG médicamenteuse à domicile durant l'état d'urgence sanitaire », *Dalloz actualité*, 27 mai 2020.
- **PASTOR** J.-M., « Déserts médicaux, une situation dramatique en milieu rural », *AJDA*, 2021, p. 1891.
- **PASTOR** J.-M., « Les détenus sont pourtant des patients comme les autres », *Dalloz actualité*, 16 juillet 2015.
- **PASTOR** J.-M., « Présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 », *AJDA*, 2013, p. 1949.
- **PASTOR** J.-M., « Rapport sur la prise en charge de l'urgence médicale », *Dalloz actualité*, 17 juin 2008.
- **PASTOR** J.-M., « Rapport sur la situation des femmes en détention », *AJDA*, 2009, p. 1636.
- **PÉDROT** P., « Le dossier de suivi médical et le carnet médical », *RDSS*, 1995, p. 610.
- **PEIGNÉ** J., « Prescription électronique : les conditions de mise en œuvre et d'entrée en vigueur précisées », *Dalloz Actualité*, 30 janvier 2024.
- **PEIGNE** J., « La notion de dispositif médical issue du règlement (UE) 2017/745 du 5 avril 2017 », *RDSS*, 2018, p. 5.
- **PEIGNÉ** J., « Le nouveau cadre juridique des dispositifs médicaux », *RDSS*, 2018, p. 3.
- **PESHKIN** M., **COLGATE** J. E., « Cobots », *Industrial Robot*, vol. 26, n°5, 1999, p. 335-334.
- **PLÉNACOSTE** F., **DAOUD** E., « Cloud Act : des inquiétudes légitimes », *Dalloz IP/IT*, n°12, 2018, p. 680-684.
- **PONCELA** P., « L'harmonisation des normes pénitentiaires européennes », *RSC*, 2007, p. 126.
- **PONTHOREAU** M.-C., « La protection des personnes contre les abus de l'informatique », *RFDA*, 1996, p. 796.

- **PONTIER** J.-M., « La santé entre centralisation et décentralisation », *Revue de droit sanitaire et social*, 2019, p. 669-679.
- **PONTIER** J.-M., « Lutte contre l'illectronisme ? », *AJDA*, 2020, 39, p. 2225.
- **PORTE** N., « Les sociétés de téléconsultation : une espèce en voie de normalisation », *Houdart & Associés*, 18 octobre 2022.
- **PORTELLI** S., « Les alternatives à la prison », *Pouvoirs*, 2010/4, Le Seuil, p. 15.
- **POSTEL-VINAY N.,** « Smartphones et santé : juger de la pertinence médicale du quantified self nécessite des évaluations », *JDSAM*, n° spécial, 2014, p. 37
- **POULAIN** C., « Le projet SAFARI (1970-1974) », *Terminal*, 134-135, 2022.
- **PricewaterhouseCoopers**, "What's the real value of AI for your business and how can you capitalize ?", *Sizing the prize*, 2017.
- **PRIOU-ALIBERT** L., « Refus d'accès à des sites internet en prison : une clarification européenne », *Dalloz actualité*, 3 février 2016.
- **PROUST** B., « Les atteintes à la confidentialité et les convoitises que suscitent les informations contenues dans le dossier médical », *Lettre de l'Espace éthique*, APHP, n°15-16-17-18, 2003, p. 60.
- **PY** B., « Que n'avons-nous pas retenu de l'expérience du SIDA », *Dalloz Actualité*, 2020.
- **PY** B., « Cent ans de secret professionnel », *RDS*, n°100, 2021, p. 230-250.
- **PY** B., « De la surveillance des maladies à la surveillance des malades », *Dalloz Actualité*, 27 mai 2020.
- **PY** B., « Le secret professionnel est-il un droit du patient ? », *RDSS*, n°2, 2022, p.225.
- **PY** B., « Le secret professionnel, dont le médecin est le gardien, est le secret du patient, et non du médecin », *RDS*, n°99, 2021, p. 46-49.
- **PY** B., « Réquisitoire contre l'expression de secret médical : plaidoyer pour l'expression de secret professionnel », *RDS* hors-série n°50, 2013, p. 161-166.
- **PY** B., « Urgence médicale, état de nécessité, et personne en péril », *AJ pénal*, 2012, p. 384.
- **QUÉMÉNER** M., « Cybersécurité et protection des données de santé », *Dalloz IP/IT*, 2020, p. 302.
- **RAMEIX** S., « Information et consentement des patients : du paternalisme à l'autonomie ? », *Actualités JuriSanté*, n° 37, 2002, p. 14.
- **RANÇON** E., « Publication du Data Act », *Dalloz IP/IT*, n°1, 2024, p. 4-5.
- **RAUFER** X., « Criminologie, faits et données », *Sécurité globale* 25.1, 2021, p. 125-134.
- **RAZON** B., « L'ère des machines invisibles », *Philosophie magazine*, n° 119, 2018.
- **RÉGIS** C., « Comment l'IA va transformer le système de santé », *The Conversation*, janvier 2019.
- **RÉGIS** C., « Comment l'IA va transformer le système de santé », *The Conversation*, janvier 2019.
- **RÉGIS** C., « Comment l'IA va transformer le système de santé », *The Conversation*, janvier 2019.
- **RENAUDIE** O., « Le système de santé est-il centralisé ? », *Revue générale du droit*, n°51926, 2020.
- **RENAUDIE** O., « Le système de santé est-il centralisé ? », *Revue générale du droit*, n°51926, 2020.
- **RENAUDIE** O., « Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ? », *Revue française d'administration publique,* n°176, 2020, p. 901-912.
- **RENAUDIE** O., « Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ? », *Revue française d'administration publique*, vol. 176, n°4, 2020, p. 901-912.
- **RENAUDIE** O., « Éloge de la centralisation sanitaire », *AJDA*, 6 juillet 2020, p. 1313.
- **RENAUDIE** O., « La police administrative aux temps du coronavirus », *ADJA*, p. 1704.
- **RISSEL** A., « Les autotests : état des lieux et enjeux », *RDSS*, 2014.

- **RISSER** L., R. **PONS**, « Biais et discriminations dans les systèmes d'intelligence artificielle », *Dalloz IP/IT*, 2022, p.75.
- **RIZOULIERES** R., « Confiance dans le numérique en santé. Quelles priorités pour l'action ? », *I2D – Information, données & documents*, vol. 53, 2016, p. 60.
- **ROCHER** A., « La clause de signature électronique, » *Dalloz IP/IT*, 2022.
- **ROMANENS** J.-L., « Le DMP : un dossier médical personnel encore mal partagé », *RD&S*, n°47, mai 2012, p. 358-363, cité par : NICOLAS G. : *Les répercussions de la santé connectée sur le droit des patients, La santé connectée et "son" droit, Approches de droit européen et de droit français*, PUAM, 2017.
- **ROUSSELIN** T., **DE BOLMAC** F., « Sous surveillance ! Démêler le mythe de la réalité », *Les Carnets de l'info*, avril 2008, p. 200.
- **ROUSSET** G., « Vers une régulation coercitive de l'installation des médecins ? À propos de la proposition de loi n° 2597 *visant à lutter contre les déserts médicaux », JCPA,* 2015.
- **ROUSSET** G., « La promotion de l'accès aux soins dans le plan « Ma santé 2022 » : entre innovation et timidité », *RDSS*, 2019, p. 5.
- **ROUSSET** G., « Le droit à l'information de l'usager et du patient depuis les lois des 2 janvier et 4 mars 2002 », *RDSS*, 2012, p. 431.
- **ROUSSET** G., « Les maisons de santé, un mode d'exercice favorisant l'accès aux soins ? », *RDSS*, 2014, p. 450.
- **ROUSSET** G., « Lutter contre les déserts médicaux, encore et toujours… Proposition de loi n° 646 visant à favoriser l'accès aux soins dans les déserts médicaux », 3 juin 2022, *RDS*, n° 109, 2022, p. 612-614.
- **ROUSSET** G., « Patients : droits et rôles nouveaux », *RDSS*, 2022.
- **ROUSSET** G., « Patients : droits et rôles nouveaux », *RDSS*, hors-série, 2022, p. 87.
- **ROUSSET** G., « Un premier bilan mitigé pour le « pacte territoire santé » », *RDS*, n°59, mai 2014.
- **ROUVIERE** F. « Le raisonnement par algorithme : le fantasme du juge-robot », *RTD civ.*, 2018, p. 530.
- **ROUVROY** A., **EHRENBERG** A., « Des machines et des hommes : quelles convergences ? Débat entre Antoinette Rouvroy et Alain Ehrenberg », *L'information psychiatrique*, vol. 97, n°2, 2021, p. 116-124.
- **ROY** D., « Qu'est-ce qu'un « proche aidant » ? », *ADSP* n° 109, 2019, p. 11-14.
- **SAILLANT** C., « Stratégie européenne pour les données : adoption du Data Act par le Conseil de l'Union européenne », *Dalloz Actualité*, 20 décembre 2023.
- **SAINT-JAMES** V., « Le droit à la santé dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel », Revue du droit public 1997, p. 457.
- **SAISON** J., « Démocratie sanitaire et fonctionnement de l'hôpital », *RDSS*, n°2, 2022, p. 197-206.
- **SAISON** J., **BOUGHRIET** N., « Les notes personnelles des médecins : un point d'incertitude dans la détermination du contenu transmissible du dossier », *RGDM*, n° 53, 2014, p. 43.
- **SALAS** D., « vingt ans après, le grand silence », *Esprit*, octobre 1995, p. 105.
- **SALLE** G., « De la prison dans la ville à la prison-ville. Métamorphoses et contradictions d'une assimilation », *Politix*, vol. 97, n°1, 2012, p. 75-98.
- **SANDBERG** A. et al., « La voiture autonome et ses implications morales », *Multitudes*, n° 58, 2015/1, p. 62-68.
- **SANNIER** O., **MANAOUIL** C, « Est-ce que le secret médical est la clé de voûte du respect de l'éthique médical en prison ? ». *Éthique et santé*, 2008, vol. 5, n°4, p. 201-207.

- **SAUVAT** C., « Précision normative sur le droit à la santé », *Revue Lamy droit civil*, n°24, février 2006, p. 54.
- **SCHWARTZ** R., « La jurisprudence du Conseil d'État et les droits de l'enfant », *Journal du droit des jeunes*, vol. 296, n°6, 2010, p. 37-41.
- **SEBAI** J., « La e-santé et le patient 2.0 : la colonisation démocratique ! », *Marché et organisations*, vol. 38, n° 2, 2020, p. 123-144.
- **SELETTI** B., « Situations psychiatriques dans un secteur d'urgence », dossier : « Psychiatrie et Urgences », *Cahier de la société médico-psychologique*, 2002, vol. 160, p. 187-190.
- **SENON** J.-L., **MANZENERA** C., « Psychiatrie et justice : de nécessaire clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté », *AJ Pénal*, n°4, 2008, p. 178.
- **SEUVIC** J.-F., « Droit pénal des mineurs ». *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, n°4, 2002, p. 867.
- **SFERLAZZO-BOUBLI** K., « Le juge et l'urgence psychiatrique », *RDS*, n°85, 2018, p. 835-836.
- **SICARD** D., « Quelles limites au secret médical partagé ? » *Dalloz*, 2009 ; cité dans : « L'information en santé », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences,* vol. 26, 2015, p. 263.
- **SICARD** D., « Quelles limites au secret médical partagé ? », *Recueil Dalloz*, 2009, p. 2634.
- **SIMON** P., « A l'ère du numérique en santé, faut-il considérer que la médecine à distance est complémentaire de la médecine en présentiel ? », *Santé connectée, télémédecine et télésoin*, 25 juin 2023.
- **SIMON** P., « Ce que dit l'arrêté du 6 décembre 2016 sur le programme national de télésurveillance des patients atteints de maladies chroniques (ETAPES) », *Télémedaction*, décembre 2016.
- **SIMON** P., « Comment interpréter la régulation de l'activité de télésanté par l'Assurance Maladie dans le post-Covid ? » *Télémedaction*, 25 janvier 2023.
- **SIMON** P., « Définitions et apports de la télémédecine pour la santé publique », *ADSP* n° 101 décembre 2017, p. 10.
- **SIMON** P., « La télémédecine clinique : un modèle français », *Revue Hospitalière de France*, 2014.
- **SIMON** P., « La télémédecine soignera-t-elle l'hôpital public ? », *Télémedaction*, 16 janvier 2022.
- **SIMON** P., « Le quota de 20% d'activité en télémédecine, imposé par le CNOM à l'Assurance maladie, est-il soutenable sur le plan de l'Éthique médicale ? », *Télémédaction*, 18 mai 2022.
- **SIMON** P., « Qu'apporte Mon Espace Santé (MES) dans le développement de la télésurveillance médicale ? », *Télémedaction*, 10 septembre 2021.
- **SIMON** P., « Quelles pourraient-être les organisations professionnelles innovantes de télésanté ? », *Télémedaction*, 10 décembre 2020.
- **SIMON** P., « Un rapport parlementaire qui prépare le transfert des données de santé du DMP dans le Health data Hub », *Télémédaction*, 8 août 2020.
- **SOUFFIR** V., **GAUTHIER** S., **HAYAT** M., « Internet s'invite dans la consultation psychiatrique », *L'Information psychiatrique*, vol. 96, 2020, p. 355-362.
- **STEFANI** F., « Le secret médical à l'épreuve des nouvelles technologies », *Recueil Dalloz*, 2009, p. 2636.
- **SUDRE** F., « Le droit à la protection de la santé, droit diffus dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *Revue trimestrielle des droits de l'Homme* 125, 2021, p. 50.
- **SUPIOT** E., « Du secret à médical à la mise à disposition des données de santé – le Health data hub », *RDC*, n°4, 2020, p.84.
- **SURBLED** M., « Prisons : Le secret médical mis à mal », *ActuSoins* n°17, 2015.

- **TABUTEAU** D., « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary », *Droit social*, n°4, 2009, p. 383.
- **TABUTEAU** D., « Le secret médical et l'évolution du système de santé », *Dalloz*, 2009, p. 2629.
- **TABUTEAU** D., « Santé et liberté », *Pouvoirs*, n°130, 2009, p. 111.
- **TABUTEAU** D., « Assurance maladie : les standards de la réforme », *Droit Social*, 2004.
- **TABUTEAU** D., « Le droit de l'assurance maladie, composant du droit de la santé », *La Gazette du Palais*, n° 97, 7 avril 2007.
- **TABUTEAU** D., « Santé et liberté », *Pouvoirs*, n°130, 2009.
- **TABUTEAU** D., « Solidarité et santé », *Droit social*, 2007, p. 136
- **THÉRON** S. « Les urgences psychiatriques en établissement », *RDSS*, 2014, p. 707.
- **THÉRON** S., « Les urgences psychiatriques en établissement », *RDSS* 2014, p.707 Dalloz
- **THIEFFRY** B., « L'accessibilité aux nouvelles technologies de l'information et de la communication et l'accessibilité en termes d'aménagement du territoire, *Populations, handicaps et aménagements durables : perspectives internationales*, tome 2, Hommes et Terres du Nord, 2003, p. 54-60.
- **THIÉRACHE** C., « L'agrégation des données ouvertes dans le cadre de plateformes : les objets connectés dans le domaine de la santé », *Légicom*, 2016, p. 101-109.
- **THIÉRACHE** C., « RGPD vs Cloud Act : le nouveau cadre légal américain est-il anti-RGPD ? », *Dalloz IP/IT*, n°6, 2019, p. 367.
- **TIELEMAN** D., « Criminologie, architecture et territoire : Liens durables et parfois invisibles entre la criminalité et l'espace construit », *Revue nouvelle*, n° 2, 2022, p. 54-61.
- **TILMAN** L., « De l'information au consentement : quel processus décisionnel ? », *RGDM*, n°57, 2015, p.17-24.
- **TORODOV** L., **GOUREVITCH** R. « La dépression aux urgences psychiatriques : une expérience quotidienne », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, vol.180, n°8, octobre 2022, p.808-814.
- **TOURAUT** C., « Aux frontières des prisons : les familles de détenus », *Cultures & Conflits*, n°90, 2013.
- **TRIBAULT** G., « Le nouveau référentiel de sécurité du système national des données de santé est publié », *Hospimédia*, 10 mai 2024.
- **TRIBAULT** G., « Le projet de loi régulant l'espace numérique renforce la protection des données de santé », *Hospimédia*, 11 avril 2024
- **TRIBAULT** G., « Trois établissements de santé sont mis en demeure sur leurs accès aux dossiers informatisés », *Hospimédia*, 12 février 2024.
- **TRUCHET** D., « Que dit la loi ? Séance plénière 1 : Les enjeux du DMP », *RGDM*, n° 20, 2006, p. 67-74.
- **TRUCHET** D., « Quelques problèmes juridiques posés par le carnet de santé », *Droit social*, 1997, p. 56
- **TRUCHET** D., « Télémédecine et déontologie », *RDSS*, 2020, p. 44.
- **VAILLANT** C., « Partager le secret : une nécessité... strictement encadrée », *JA*, n°386, 2008, p.19.
- **VAN DEN BRINK** H., « La répartition des officines de pharmacie, quelle évolution ? », *RGDM*, n°20, 2006.
- **VAN HOUT** A., **WILLEMS** D., **HETTINGA** M.et al., « Pourquoi les attentes suscitées par la télésurveillance sont souvent déçues. Étude ethnographique d'un dispositif de télésuivi infirmier en soins palliatifs », *Réseaux*, n° 207, 2018, p. 95-121.

- **VERGÈS** C., « Intelligence artificielle et relation clinique : l'importance de la technocratie dans le nouveau modèle médical », *Droit, Santé et Société*, n°3, 2021/3, p. 64-72.
- **VERGÈS** C., « Intelligence artificielle et relation clinique : l'importance de la technocratie dans le nouveau modèle médical », *Droit, Santé et Société*, n° 3, 2021/3, p. 64-72.
- **VERGIER** N., **CHAPUT** H., **LEFEVRE-HOANG** I., « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », *Les dossiers de la DREES*, n°17, mai 2017.
- **VERKINDT** P.-Y., « La santé des personnes les plus démunies et le rôle des organismes sociaux », *RDSS*, 1999.
- **VÉRON** P. « La responsabilité médicale et hospitalière à l'épreuve des systèmes automatisés d'aide à la décision », *RDSS*, n°5, 2023, p. 899.
- **VERPEAUX** M., « De la e-psychiatrie à la m-psychiatrie ? », *L'information psychiatrique* 2016, vol. 92, n°6, p. 438.
- **VIALLA** F., « L'évolution de la notion de secret partagé », *Les cahiers de la fonction publique*, n° 369, 2016, p. 41.
- **VIALLA** F., « La communication des informations "personnelles" au regard des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la santé publique », *RGDM*, n°16, 2005, p. 195.
- **VIALLA** F., « Ce que soigner veut dire Le peintre, le patient et le bon samaritain », *Médecine & Droit*, n°181, 2023.
- **VIALLA** F., « Droit, intelligence artificielle et actes médicaux. Non nova, sed nove ? », Entretiens Jacques Cartier *"Enjeux éthiques et juridiques de l'innovation numérique en santé"*, Université de Montréal - Université de Saint Etienne, octobre 2017, Montréal, Canada.
- **VIALLA** F., « Le secret partagé », *RDS*, n°2, 2016, p. 52-64
- **VIALLA** F., « Perspectives pour une culture commune du secret et de l'information partagée », *JA*, n°474, 2013, p. 30.
- **VIALLA** F., « Vingt ans, et plus, de secret, plus ou moins partagé », *RGDM*, n°82, 2022, p. 65-90.
- **VIALLA** F., **MIJUSKOVIC** V., « Santé des personnes détenues », *ADSP* n° 104, septembre 2018.
- **VIALLA** F., Perspectives pour une culture commune du secret et de l'information partagée, *JA*, 2013, n°474, p. 30.
- **VIAU** B., **PERRAY** R., « Vers le retour du fichage des personnes atteintes de troubles mentaux ? », *Gaz. Pal.*, n°13, 13-15 janvier 2008, p. 7.
- **VILLENEUVE** P., « Les compétences sanitaires des collectivités territoriales », *RDSS*, Hors-série, 2009, p. 87-94
- **VILLENEUVE** P., « La loi de modernisation de notre système de santé et les collectivités territoriales », *AJCT*, 2016, p. 64.
- **VIOUJAS** V., « Parcours du patient et relation médicale », *RDSS*, 2021, p. 445.
- **VIOUJAS** V., « Parcours du patient et relation médicale », *RDSS*, 2021, p. 445.
- **VIRIOT-BARRIAL** D., « Consentement et injonction de soins », *RPDP*, 2010.
- **WALKER** M., "Healthcare in 2030: goodbye hospital, hello home-spital", *World Economic Forum*, 11 novembre 2016.
- **WARUSFEL** B., « Régulation du numérique et souveraineté dans le cyberespace », *Dalloz IP/IT*, 2022, p. 547-551.
- **WEILL** P.-E., « Savoir faire valoir son droit. Compétence statutaire et obtention d'un statut de « prioritaire » », *Sociologies pratiques*, 2012, n°24, p. 93-105.

- **WILLIATTE** L., « L'impact du numérique dans la relation de soin : De considérations générales à l'application concrète de la télémédecine », *Bulletin Académie Nationale de Médecine*, vol. 204, issue 8, Elsevier, octobre 2020.
- **WILLIATTE** L., « Regard juridique sur l'avènement de la télé santé lors de la crise sanitaire », *RDS*, n°96, juillet, 2020, pp. 821-828.
- **WILLIATTE** L., **LOUTE** A., « La télémédecine : entre rappel du cadre de l'acte médical et déstabilisation de celui-ci », *ADSP* n° 101, décembre 2017, p. 44.
- **WILLIATTE** L., **LOUTE** A., « La télémédecine : entre rappel du cadre de l'acte médical et déstabilisation de celui-ci », *ADSP* n° 101, décembre 2017, p. 44.
- **WILLIATTE** L., **SALLES** N., **«** La Télémédecine », Dossier E-Santé : Actualité de santé publique, *Haut Conseil de la Santé publique*, *ADSP* n°108, septembre 2019, pp. 16-19.
- **ZELCEVIC-DUHAMEL** A., « La santé en prison – vue par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) », *JDSAM*, n°37, 2023.
- **ZINS** M., **CUGGIA** M., **GOLDBERG** M., « Les données de santé en France, Abondantes mais complexes », *Med Sci (Paris)*,n°37, 2021, p. 179–184.
- **ZORN** C., « État d'urgence pour les données de santé (II) : sidep et contact-covid », *Dalloz Actualité*, 26 mai 2020.
- **ZORN-MACREZ** C., « Les « notes personnelles » du médecin ? Les conséquences d'un décret d'arrière-garde », *Revue Droit et Santé*, n° 49, p. 579-586.
- « Vieillir et mourir en prison », *Les Cahiers de la Justice*, vol. 3, n° 3, 2017, p. 377-378.
- Dossier : Actes de la journée d'étude « consentement et refus de soins : mythe ou réalité de l'autonomie du patient ? » », *RGDM*, n°57, 2015.
- Dossier : La loi du 4 mars 2002 : vingt ans après », *RDSS*, n°2, 2022 p. 195-271.
- Dossier : La mise en œuvre de la « Démocratie sanitaire », *RGDM*, n°82, 2022, p. 57-122

Articles, communiqués, conférences et dossiers de presse

- **AFP**, « Données de santé : Cédric O veut rapatrier le Heath Data Hub hébergé par Microsoft », *FrenchWeb*, 08/10/2020.
- **Agence du numérique en santé (ANS)**, « Plus de 500 établissements de santé ont désormais réalisé au moins un premier exercice de gestion de crise cyber », communiqué de presse, 27 juillet 2023.
- **Amnesty International**, *Prison en France : alerte sur les conditions de détention*, 16 juin 2022.
- **ANS**, *Un accès facilité pour les professionnels aux services socles du numérique en santé en 2023 avec Pro Santé Connect*, Communiqué de presse, 19 janvier 2023.
- **AUDUREAU** W., « Ligue du LOL : 3 questions sur l'anonymat et le pseudonymat sur Internet », *Le Monde*, 11 février 2019.
- **BADINTER** R., « L'ultime victoire », *Le Monde*, 23 janvier 2001.
- **BERDUGO** P., « La nouvelle ère du consentement numérique », *Les Échos*, 29 mai 2018.
- **BIZARD** F., « Les déserts médicaux, ou 30 ans d'échec des politiques publiques », *Huffington post*, 26 octobre 2016.
- **BOUCHER** P., « « Safari » ou la chasse aux français », *Le Monde*, 21 mars 1974.
- **BPI France**, « E-santé : vers un marché de 234,5 milliards de dollars », 08 novembre 2019.
- **BUZYN** A., « Dossier médical partagé », conférence de presse, 6 novembre 2018.
- **Capital**, « Partage de données médicales, Que Choisir demande à l'UE de revoir sa copie », *Capital*, 3 mai 2023.

- **CARDI** C. « Femmes en prison : en finir avec la double peine », *France Culture*, 18 septembre 2020.
- CÉNAC C., **«** La téléconsultation : oui mais pas n'importe comment ! », *MACSF*, 1er avril 2022.
- **CERISEY** C., **MARSICO** G., **KLEIN** E., **MIGNON** L., « À la recherche du ePatient », Les Français et l'Internet Santé Maladie chronique et Numérique Attitude, LauMa communication, Patients & Web, avril 2013.
- **CHOMEIL** B., « Désertification médicale : la nouvelle formule "all inclusive" du Lot-et-Garonne pour attirer les médecins », *La Dépêche*, 12 octobre 2023.
- **CNOM**, A Périgueux, pompiers et infirmiers s'associent pour les urgences, initiatives territoriales, 01 octobre 2018
- **CNRS** « Voitures autonomes et choix moraux : qu'en pensent les internautes », CNRS, 24 octobre 2018.
- **COLLEN** V., « Désinformation russe : la France sonne l'alarme », *Les Échos*, 12 février 2024.
- **Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE),** Communiqué de presse de l'avis commun n° 141, 2023.
- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM),** « Prisons : menace sur le secret médical. *Bulletin d'information n° 18* de juillet-août 2011 », 2011.
- de la Santé, Olivier VÉRAN », *France Info*, 10 mars 2020.
- **DUMEZ** H., **MINVIELLE** É., « La santé numérique : entre fantasme et réalité », *Le Point*, 03 juin 2017.
- **EGGRICKX** L., « E-consentement : Docaposte répond aux grands enjeux des hôpitaux », *Docaposte*, 07 octobre 2021
- **FAGOT** V., « Cloud européen : l'alliance Gaia-X prend son envol », *Le Monde*, 20 novembre 2020.
- **FAVEREAU** E., « La démocratie sanitaire, un concept flou mais indispensable », *Liberation.fr*, 7 juillet 2015.
- **Fédération Française des diabétiques**, « Des montres pour mesurer le taux de glucose : attention aux arnaques ! », 13 mars 2024.
- **FORBES INSIGHTS,** « AI And Healthcare: A Giant Opportunity », *Forbes*, 11 février 2019.
- **FOUCAULT** M., « Les lundis de l'Histoire », *France Culture*, 23 mai 1977.
- **France Assos Santé**, « Sociétés de téléconsultation : un pas décisif pour mettre fin au far-west » tarifaire », *France-assos-sante.org*, 7 mars 2024.
- **France Info, N.C.**, « Médecin : enquête sur des téléconsultations express », 25 mai 2023.
- **France Info, N.C.**, « Covid-19 : « "J'ai autorisé" des consultations par FaceTime ou WhatsApp », annonce le ministre
- **GALANOPOULO** L., « L'URPS Île-de-France pointe les dérives des plateformes de téléconsultation », *Le quotidien du médecin*, 07 avril 2023.
- **GALTIER** C., « Amazon a eu accès à des données de santé de millions de Britannique », *LeFigaro web*, 12 décembre 2019.
- **GARCIA** V., « Discours antivax covid 19 ; Tribune l'express suite à l'affaire Booba », *L'Express*, 30 janvier2024.
- **GODELUCK** S., « Santé : accroître les téléconsultations permettrait d'économiser au moins 1 milliard d'euros », *Les Échos*, 17 janvier 2022.
- **GOUGEON** D., « Manche. Le maire promet logement et bateau pour attirer un médecin », *Ouest-France*, 1er août 2018.

- **GUIHO** A, « Diabète : du capteur de glycémie à la pompe connectée... les nouvelles technologies au secours des patients », *France 3 Corse*, 14 novembre 2021.
- **HIAULT** R., « Les systèmes de santé des pays riches de plus en plus en situation d'urgence », *Les Échos*, 15 janvier 2024.
- **JOSPIN** L., Déclaration sur la mise en œuvre et les orientations de développement du Programme d'action gouvernementale pour la société de l'information (PAGSI), 20ème Université d'été de la communication, Hourtin, 26 août 1999.
- **La Cimade**, « Dématérialisation des demandes de titre de séjour : les pouvoirs publics font l'autruche », *La Cimade*, 28 juin 2023.
- **La Revue du Digital,** « OVH s'associe à Google afin de co-construire un Cloud de confiance en Europe », *La Revue du Digital*, 10 novembre 2020.
- **Le DOURNEUF** R., « Dans l'Essonne, une cabine de télémédecine dans une mairie pour éviter le désert médical », *20 minutes*, 20 février 2022.
- **Le Figaro**, « La téléconsultation séduit un nombre toujours plus important de français », *Le Figaro*, 25 novembre 2021.
- **Le Monde avec AFP,** « Attentat à la Préfecture de police : Macron appelle la nation à se mobiliser face à " l'hydre islamiste " », 8 octobre 2019.
- **Le Monde,** « M. Perben ouvre une enquête sur un accouchement en menottes », 11 février 2004.
- **LECHENET** A., « Déserts médicaux : la fin du numérus clausus, un impact à long terme sur les territoires », *La Gazette*, 2 décembre 2021.
- **LEEM**, « Intelligence artificielle et données de santé : le mariage du futur », *leem*, mis à jour le 15écembre 2022.
- **MANACH** J.-M., « Safari et la (nouvelle) chasse aux Français », *Le Monde*, 23 décembre 2010.
- **Mc CLENATHAN** K., **RAHMAN** T., « *Power Augmentation in Rehabilitation Robots* », *Proceedings of the Sixth International Conference on Rehabilitation Robotics*, Californie, USA, juillet 1999.
- **Ministère de la justice**, Programme pénitentiaire 15 000 places, Dossier de Presse, APIJ, 2022.
- **Ministère de la Santé et de la Prévention**, **ANS**, **HAS**, *Prise en charge du droit commun de la télésurveillance*, Webinaire, 22 février 2023.
- **Ministère de la santé**, *Colloque national soins en prison, 30 ans après la loi de 1994 : Avancées, Limites, Perspectives*, 18-19 janvier 2024.
- **MOUSSI** N, « Il faut engager un plan national d'action en faveur de l'amélioration de la prise en charge de détenus âgés », *Le Monde*, 07 août 2022.
- **MUCKENSTURM B.**, « Information et désinformation : les Russes à la manœuvre », *France Culture*, 9 septembre 2021.
- **OIP,** « Quelles sont les conditions de détention des femmes ? », *OIP section française*, 3 février 2021.
- **RANDALL** P., « L'e-santé, un marché mondial en ébullition », *Les Numériques*, 01 décembre 2021.
- **RENAULT** M.-C., « Télémédecine : les plateformes commerciales de santé rappelées à l'ordre », *Le Figaro*, 10 décembre 2018.
- **ROSIER** F., « Covid-19 : l'essor fulgurant de la télémédecine », *Le Monde*, 20 octobre 2020.
- **ROYAN** P., « Les images médicales désormais contenues dans le DMP des patients », *Thema radiologie*, 03 mai 2023.
- **SAUVÉ** J.-M., « Septièmes entretiens du Conseil d'État en droit social : Santé et protection des données », Conseil d'État en droit social, 1er décembre 2017.

- **Science&Vie**, « Peut-on devenir accro au quantified self ? », *Science&Vie*, septembre 2017.
- **THOMAS** S., « Une détenue de Fleury accouche menottée à l'hôpital », *Le Parisien*, 10 février 2004.
- **TISSERON** S., **NEVEJANS** N., « Le " droit " des robots, réalité ou abus de langage ? », *Matière à penser,* France culture, 22 août 2018.
- **TROUVÉ** P., « Les voitures autonomes doivent-elles tuer un vieillard pour sauver un enfant ? », *Le Monde*, 26 octobre 2018.
- **UFC-Que Choisir**, « Enquête auprès des médecins généralistes », 21 novembre 2019.
- **VAN HAUWAERT D.**, « Au mieux, la prison infantilise... », *Ouest-France*, 2014.
- **VÉRAN** O., Discours prononcé à l'occasion du lancement de « Mon espace santé » à la conférence de presse de lancement de Mon espace santé, 03 février 2022.
- **VERGARA** I., « Gaia-X : la France et l'Allemagne donnent le coup d'envoi au projet de « meta-cloud » européen », *Le Figaro*, 4 juin 2020.
- **VERMANDE** A. « REPORTAGE. Comment cette commune de la Creuse a-t-elle attiré 45 médecins ? », *Ouest-France*, 24 novembre 2023.
- **VILLIERS** C., « E-santé : un marché gigantesque », *Statista*, 31 août 2022.
- **WOOLSTON** B., « L'échec des logiciels de prévention des risques de récidive aux Etats-Unis », *Le Monde*, 24 mai 2016.
- **ZUBOFF** S., « Un capitalisme de surveillance », *Le Monde diplomatique*, janvier 2019.

IV - NOTES DE JURISPRUDENCE

Jurisprudence française

Conseil constitutionnel

- Cons. Const., décision n° 2004-504 DC, 12 août 2004.
- Cons. Const., décision n° 2010-9, QPC du 02 juillet 2010.
- Cons. Const., décision n° 74-54 DC du 15 janvier 1975.
- Cons. Const., décision n° 77-92 DC, 18 janvier 1978.
- Cons. Const., décision n° 80-117 DC du 22 juillet 1980.
- Cons. Const., décision n° 90-297 DC du 16 janvier 1991.
- Cons. Const., décision n° 90-283 DC 8 janvier 1991.
- Cons. Const., décision n° 91-296 DC du 29 juillet 1991.
- Cons. Const., décision n° 93-325 DC du 13 août 1993.
- Cons. Const., décision n° 2018-768, QPC du 21 mars 2019.
    - *V.* D. 2019. 584, et 742, note P. PARINET, AJDA 2019, p. 662
- Cons. Const., décision n° 89-269 DC, 22 janvier 1990.
    - *V. RDSS,* 1990, p. 637, note L. DUBOUIS. ; B. FEUILLET
- Cons. Const., décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971 dite « Liberté d'association ».
- Cons. Const., décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004 sur la Loi relative à l'assurance maladie

Cour de cassation

- Comp Crim. 31 mai 1949, Bull. crim. n° 202.
- Crim. 13 janvier 1955, Bull. crim. n° 37.
  - JCP 1955. II. 8560, note Pageaud
- Crim., 12 juin 1978, n°77-93.769.
- Civ. 1ère, 25 février 1997, n° 94-19.685, Bull. civ. I, n° 75
- Civ. 1ère, 14 octobre 1997, n° 95-19.609.
- Civ. 1ère, 6 décembre 2023, n°22-12.176
  - obs. BOUTEILLE-BRIGANT M., *RDS* n°119, mai 2024 p.452-455 ; obs. DUGUÉ M., Gaz. Pal. n°17, 21 mai 2024, p. 11-12.
- Civ. 1ère 23 mai 2000, n° 98-18.513.
- Civ. 1ère, 20 juin 2000, n°98-23046, Jurisprudence *Hedreul*
- Civ. 1ère, 6 mai 2003.
- Civ. 1ère 26 octobre 2004, n° 03-15.120 ;
- Crim., 28 septembre 2005, 05-81.010, Bull. crim.
- Crim., 13 février 2007, n° 06-81089
- Civ. 1ère, 17 décembre 2009, n° 08-21.206.
- Crim., 8 juillet 2015, n° 13-86.267 Bull. crim.
  - RSC 2015. 651, obs. MAYAUD Y.
- Civ. 1ère, 13 décembre 2017, n° 17-18.437.

Conseil d'État

- CE, 1ère et 6ème chambres réunies, 17 novembre 2017, n° 401212.
- CE, Section, 5 janvier 2000, n°181899.
- CE, 10ème et 9ème sous-sections réunies, 19 juillet 2010, n° 334014, *Fristot et Mme Charpy*.
- CE, 10ème et 9ème chambres réunies, 27 novembre 2019, n° 422516, *La CIMADE*,
  - Lebon T., AJDA, 2019, p. 2461
- CE, 10ème et 7ème sous-sections réunies, 18 février 1998, n° 171815, *Section locale du Pacifique sud de l'Ordre des médecins*.
- CE, 5ème et 4ème sous-sections réunies14 novembre 2011, n°337715.
- CE, 10ème et 9ème sous-sections réunies, 11 avril 2014, n°352473.
- CE, 6ème et 1ère sous-sections réunies, 26 novembre 2010, n°329564, *Jean-Paul A. et section française de l'OIP.*
- CE, 10ème et 9ème chambres réunies, 19 octobre 2020, n° 439372
- CE, Section du contentieux, 27 juillet 2005, n°261899, *Sopena et autres*,
  - RDSS 2005, p. 927, note P. LOKIEC ;
- CE, juge des réf., 29 mai 2019, n° 429188
- CE, 10ème et 9ème chambres réunies, 30 juin 2023, n°469964.
- CE, Section, 3 juin 2022, n° 452798.
- CE, 10ème et 9ème sous-sections réunies, 30 mars 2005, n° 276017, *Observatoire international des prisons (Section française).*
- CE, 10ème et 9ème sous-sections réunies, 15 octobre 2007, n° 281131.

    - AJDA 2007. 1957, AJ pénal 2008. 49, obs. E. PÉCHILLON
- CE, 10e chambre, 18 novembre 2021, n°4487299,
    - Gaz. Pal. n°12, 12 avril 2022, obs. T. DOUVILLE
- CE, Juge des référés coll., 26 juillet 2017, n° 412618
- CE 10ème et 9ème chambres réunies, 10 juin 2024, n° 490409
- CE, Juge des référés, 18 janvier 2005, n°276018
- CE, 1ère sous-section, 29 octobre 2007, n° 301362.
- CE, 6ème et 5ème chambres réunies, 16 mars 2018, n° 407857.

Juridictions de fond

- TJ, Paris, 6 novembre 2020, n° 20/54799.
- TA Nantes, 15 janvier 2019, n° 1610714.
- TC, Rouen, 9 juillet 1975 :
    - D. 1976. 531, note Roujou de Boubée ; JCP 1976. II. 18258, note Savatier ; Gaz. Pal. 1975. 2. 798, note Magi Sami Zaki ; RSC 1976. 726, obs. Levasseur – Sur l'imminence et du péril : Crim. 13 janvier 1955, n°2-32.2 P : JCP 1955. II. 8560, note Pageaud ; TGI Rennes, 18 mai 2015 : D. actu 21 mai 2015, obs. Fucini. ; Crim. 4 nov3 1999 JCP 2000. IV. 1263. ; Crim. 18 juin 2003.D. 2005. 195, note Prothais ; JCP 2003. II. 10121, note Rassat.
- CA Paris, 18 février 2022, n° 20/16331.
- CAA, Douai, 1ère chambre 29 mars 2007.
- CAA Paris, 5ème chambre, 30 septembre 2004, Mme Ulla X.

Jurisprudence internationale

CEDH

- CEDH, gr. ch., 4 décembre 2007, *Dickson c. Royaume-Uni*, req. n°44362/04.
- CEDH, 13 juin 1979, *Marckx c. Belgique*, req. n° 6833/74.
- CEDH 14 novembre 2002, *Mouisel c. France*, req. n° 67263/01.
- CEDH, 29 avril 2003, *Aliev c. Ukraine*, req. n° 41220/98.
- CEDH, 11 décembre 2003, *Yankov c. Bulgarie*, req. n° 70728/01.
- CEDH, 2 juin 2009, *Szuluk c. Royaume-Uni*, req. n° 36936/05.
- CEDH 29 octobre 2009, *Paradysz c. France*, req. n° 17020/05.
- CEDH 26 mai 2011, *Duval c. France*, req. n°19868/08.
- CEDH, 7 mars 2013, *Raw c. France*, req. n° 10131/11.
- CEDH 25 avr. 2013, *Canali c. France*, req. n° 40119/09.
- CEDH 19 février 2015, *Kelhal c. France*, req. n° 10401/12.
- CEDH 21 mai 2015, *Yengo c. France*, req. n° 50494/12
- CEDH, 19 janvier 2016, *Kadla c. Estonie*, req. n°17429/10
- CEDH 30 janvier 2020, *J.M.B. et autres c. France*, req. n° 9671/15.
- CEDH, 9 février 2021, *Ramazan Demir c. Turquie*, req. n° 68550/17.
- CEDH 6 juillet 2023, *B.M. et autres c. France*, req. n° 84187/17.

CJUE

- CJUE, 3 septembre 2015, *Colena*, aff. C-321/14.
- CJCE, 16 mai 2004, *Watts*, aff. C-372-04.
    - RDSS 2006. 843, note Loïc AZOULAI.
- CJCE, 6 novembre 2003, *Lindqvist*, aff. C-101/01.
- CJUE, 16 juillet 2020, *Data Protection Commissioner contre Facebook Ireland Ltd et Maximillian Schrems*. aff. C-311/18.
    - Dalloz IP/IT 2020. 640, obs. BRUNESSEN BERTRAND, J. SIRINELLI ; D. actu. 22 juillet 2020, nos obs. ; D. 2020. 2432, note C. CASTETS-RENARD ; AJ contrat 2020. 436, obs. T. DOUVILLE ; Rev. crit. DIP 2020. 874, Eclairages A. D'ORNANO ; RTD eur. 2021. 175, obs. BRUNESSEN BERTRAND ; ibid. 973, obs. F. BENOIT-ROHMER. Dalloz actualité, 22 juillet 2020, obs. C. CRICHTON.
- CJUE, 22 novembre 2012, *Brain Products Gmbh c/ BioSemi VOF et a*., aff. C/219-11.
- CJUE, 1er août 2022, n° C-184/20, pt. 124-127.
- CJUE, 24 septembre 2019, *GC, AF, BH, ED c/ CNIL*, n° C-136/17.
- CJUE, 4 juillet 2023, *Meta Platforms Inc c/Bunderskartellamt*, aff. C-252/21.
- CJUE, 26 oct. 2023, n° C-307/22
    - *Gaz. Pal*. n°12, avril 2024, p. 3-4 obs. T. DOUVILLE ; *Dalloz IP/IT*, 2024, p. 365 obs. G. PÉRONNE ; *JCP* 2023. Actu. obs. D. BOUVIER
- CJUE, 6 octobre 2015, *Maximillian Schrems c. Data protection Commissioner*, aff. C–362/14.
    - D. IP/IT 2016. 26, étude C. THEARD-JALLU, J-M. JOB et S. MINTZ ; D 2016, 111, note B. HAFTEL ; AJDA 2015. 2257, chron. E. BROUSSY, H. CASSAGNABERE, C. GÄNSER.
- CJCE 12 septembre 2000, aff. C-180/988, Pavlov, *AJDA*, 2000, p. 307.

V - RÉPERTOIRES, ENCYCLOPEDIE ET DICTIONNAIRES

- **Association Henri CAPITANT**, *Vocabulaire juridique Gérard CORNU*, 14ème éd., 2022.
- **CALLU** M.-F., **GIRER** M., **ROUSSET** G., *Dictionnaire de droit de la santé*, 2ème éd., LexisNexis, 2021.
- **CNRS & Université de Lorraine,** Le trésor de la langue française informatisé (TLFi), en ligne.
- **CORNU** G., *Linguistique juridique*, Montchrestien, coll. « Domat – droit privé », 3ème éd., 2005.
- **CORNU** G., *Vocabulaire juridique*, Presses universitaires de France, coll. « Quadriges », 9ème éd., 2011.
- **GUINCHARD** S., **DEBARD** T., *Lexique des termes juridiques*, Dalloz, coll. « Lexiques », 28ème éd., 2020.
- **REY** A., **REY-DEBOVE** J., *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Le Robert, coll. « Le Petit Robert », 2023.

VI - RAPPORTS, PROJETS, ÉTUDES, AVIS, RECOMMANDATIONS

Sénat

- **BARBIER** G., **DEMONTÈS** C., **LECERF** J.-R., **MICHEL** J.-P., *Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ?*, Rapport d'information n° 434, Sénat, 2010.

- **BOUCHOUX** C., *Refonder le droit à l'information publique à l'heure du numérique, un enjeu citoyen, une opportunité stratégique,* Rapport d'information n°589, Sénat, 2014.
- **CARDOUX** J.-N., **DAUDIGNY** Y., *Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires,* Rapport d'information n° 686, Sénat, commission des affaires sociales, 2017.
- **COHEN** L., **GÉNISSON** C., **SAVARY** R.-P., *Les urgences hospitalières miroir des dysfonctionnements de notre système de santé*, Rapport d'information n°685, Sénat, 2017.
- **COLLOMBAT** P.-Y., **TROENDLÉ** C., *Secours à personne : propositions pour une réforme en souffrance,* Rapport d'information n° 24, Sénat, 2016.
- **DÉTRAIGNE** Y., *Absence de soins spécialisés en prison,* Question écrite n°01328 - 16e législature, JO Sénat, 14 juillet 2022, p. 3634.
- **GATTOLIN A., MORIN-DESAILLY C., PELLEVAT C., SCHALCK E.,** *Rapport relatif à la proposition de législation européenne sur l'intelligence artificielle,* Rapport d'information n°484, Sénat, 2023.
- **GUILLOTIN** V., **LAVARDE** C., et **SAVARY** R.-P., C*rises sanitaires et outils numériques : répondre avec efficacité pour retrouver nos libertés*, Rapport d'information n° 673, Sénat, 2021.
- **LONGUET** G., *Le devoir de souveraineté numérique*, Rapport de commission d'enquête n°7, Sénat, 2019.
- **MAUREY** H., **CHAIZE** P., Couverture numérique des territoires : veiller au respect des engagements pour éviter de nouvelles désillusions, Rapport d'information n° 193, Sénat, 2015.
- **MAUREY** H., **LONGEOT** J.-F., *Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses !,* Rapport d'information n° 282, Sénat, Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, 2020.
- **MILON** A., *Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé*, Rapport législatif n° 524, Sénat, 2019.
- **MOUILLER** P., **SCHILLINGER** P., *Les collectivités à l'épreuve des déserts médicaux : l'innovation territoriale en action***,** Rapport d'information n°63, Sénat, 2021.
- **ROJOUAN** B., *Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard*, Rapport d'information n°589, Sénat, commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, 2022.
- **Sénat**, *La libération des détenus âgés*, Études de législation comparée n° 98, novembre 2001.
- **VALL** R., *Mission d'information « Lutte contre l'illectronisme et pour l'inclusion numérique »* Rapport d'information n° 711, Sénat, 2020.

CGLPL

- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)**, *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé*, 16 juillet 2015
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)**, *Avis du 12 décembre 2019 relatif à l'accès à internet dans les lieux de privation de liberté.*
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)**, *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé*.
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)**, *Avis du 20 juin 2011 relatif à l'accès à l'informatique des personnes détenues*.

- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé.*
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Avis du 30 juin 2010 relatif à la prise en charge des personnes transsexuelles incarcérées*.
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Avis du 8 août 2013 relatif aux jeunes enfants en prison et à leurs mères détenues.*
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux*.
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Avis du 17 septembre 2018 relatif à la prise en compte des situations de perte d'autonomie dues à l'âge et aux handicaps physiques dans les établissements pénitentiaires*.
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Avis du 17 janvier 2013 relatif aux séjours injustifiés en unités pour malades difficiles*.
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Enquêtes sur les extractions et la prise en charge médicale en détention, Maison d'arrêt de Bayonne,* 2013.
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Enquêtes sur les extractions et la prise en charge médicale en détention, Centre de détention d'Argentan,* 2011.
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Les droits fondamentaux des mineurs enfermés*, Rapport thématique, 2021.
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Rapport d'activité 2010.*
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Rapport d'activité 2011.*
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Rapport d'activité 2012.*
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Rapport d'activité 2014.*
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Rapport d'activité 2015.*
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Rapport d'activité 2020.*
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Rapport d'activité 2021*.
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL),** *Rapport d'activité 2022*

CNIL

- **Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**, *Comment permettre à l'homme de garder la main : Les enjeux éthiques des algorithmes et de l'intelligence artificielle*, décembre 2017.
- **Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**, *Délibération n° 2021-118*, 7 octobre 2021.
- **Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**, *Délibération n° 2023-146*, 21 décembre 2023,
- **Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**, *Délibération n° 2013-282*, 10 octobre 2013,
- **Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**, *Délibération n° 2006-167*,13 juin 2006.
- **Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**, *Délibération SAN-2019-001 du 21 janvier 2019 : sanction de 50 millions d'euros,* 2019.

- **Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**, *Fiche pratique. Conformité RGPD : comment recueillir le consentement des personnes ?,* 2018,
- **Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**, *Fiche pratique. La mission d'intérêt public : dans quels cas fonder un traitement sur cette base légale ?,* 2019.
- **Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**, *Les durées de conservation des données*, juillet 2020.
- **Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**, *Qu'est-ce qu'une donnée de santé ?,* 08 janvier 2018.
- **Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**, *Sécurité : prévoir la continuité et la reprise d'activité*, 14 mars 2014.
- **Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**, *Vérification de l'âge en ligne : trouver l'équilibre entre protection des mineurs et respect de la vie privée*, 26 juillet 2022.

Cour des comptes

- **Cour des comptes**, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2011.
- **Cour des comptes**, *La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre*, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2017, septembre 2017.
- **Cour des comptes,** *Une surpopulation carcérale persistante, une politique d'exécution des peines en question,* Rapport, 05 octobre 2023.
- **Cour des Comptes**, *Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place*, communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale, Juillet 2012.
- **Cour des comptes**, Rapport public annuel, 2014, p. 270.
- **Cour des comptes**, La politique de prévention en santé, Rapport, décembre 2021.
- **Cour des comptes**, *Rapport sécurité sociale*, 2007.
- **Cour des comptes**, *Rapport sécurité sociale*, 2017.
- **Cour des comptes**, R*apport public annuel*, 2014.
- **Cour des comptes**, *Rapport public annuel*, 2020.
- **Cour des comptes**, *Rapport public annuel*, 2018.

DREES

- **BARLET** M. et al., *L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux*, DREES, Études et Résultats, n°795, mars 2012.
- **BAUBEAU** D., **CARRASCO** V., *Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale*, DREES, Études et résultats, n° 212, janvier 2003.
- **BAUBEAU** D., **CARRASCO** V., *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières*, DREES, Études et résultats, n° 215, janvier 2003.
- **CARRIER** H., **ZAYTSEVA** A., **BOCCQUIER** A. et al., *Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes*, DREES, Études et résultats n° 1036, octobre 2017.
- **COFFEY** M., *La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux*, DREES, Études et résultats, n° 181, juillet 2022.

- **COLDEFY** M., **COM-RUELLE** L., **LUCAS-GABRIELLI** V., *Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine*, DREES, Études et résultats, n° 764, juin 2011.
- **DREES**, *Accessibilité aux soins de premier recours : dégradation de la situation pour les médecins généralistes, amélioration pour les sages-femmes, les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes*, Jeux de données, décembre 2022.
- **DREES**, Les établissements de santé, Panorama de la DREES, 2015.
- **FOURCADE N., VON LENNEP F., GRÉMY et al.**, *État de santé de la population*, DREES, 2017.
- **KAMIONKA** J., **BERGEAT** M., *Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains*, DREES, Études et résultats, n° 1249 décembre 2022.
- **LEGENDRE** B., *En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population*, DREES, Études et Résultats, n° 1144, février 2020.
- **LEROUX I.,** *L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion*, Édition 2022, DREES, Panoramas de la DREES, 23 décembre 2022.
- **TOUTLEMONDE F.**, *Les établissements de santé*, éd. 2021, DREES, Les dossiers de la DREES, n° 111, juillet 2023.

Autres

- **Académie nationale de médecine**, *Systèmes d'IA générative (SIAGEN) en santé : enjeux et perspectives*, Rapport, 5 mars 2024.
- **ACKER** V. D., **SIMON** P., *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*, Rapport à la diction générale de l'offre de soins, ministère de la Santé, 2008, p. 14-16.
- **Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSS)**, *Rapport menaces et incidents du CERT-FR*, janvier 2023.
- **ALIEV**, *Etude sur les usages du DMP par différentes catégories de professionnels de santé*, 10 mai 2019
- **ALLARD** F., **JUNG** P., Plus de 40 % des peines de prison ferme aménagées ou converties avant incarcération, Infos rapides justice n°17, 24 septembre 2024.
- **ALLONIER** C., **DOURGNON** P., **ROCHEREAU** T., *Enquête sur la santé et la protection sociale* 2006, Rapport IRDES, n° 1701, avril 2008.
- **Amnesty International**, **Access Now**, *The Toronto Declaration: Protecting the rights to equality and non-discrimination in machine learning systems*, 16 May 2018.
- **Amnesty International**, *L'intérêt supérieur de l'enfant : les droits humains et l'administration de la justice pour mineurs*, EFAI, 1998.
- **ANS**, *Le service « e-CPS »*, esante.gouv.fr.
- **ANS**, *Stratégie d'accélération « Santé numérique » France 2030*, Dossier de presse, 18 janvier 2024.
- **ARCEP**, *Tableau de bord du New Deal mobile*, mis à jour le 24 septembre 2024.
- **ARS Grand Est**, *Projet régional de santé 2018-2028*, Cadre d'orientation stratégique 2018-2028, COS, SRS & PRAPS, Objectifs quantifiés de l'offre de soins, juin 2018, p. 71.
- **ARS Île-de-France**, *NATA : solution numérique pour le suivi de grossesse*, Politique régionale, Innovation, 14 juin 2023.

- **ASIP santé**, *Échange et partage de données de santé, Retours d'expérience des bonnes pratiques sur l'échange et le partage de données de santé,* novembre 2018.
- **ASIP SANTÉ**, La e-santé : une opportunité de croissance économique, 26 novembre 2013.
- **Assemblée Nationale**, *Extrait des débats de la séance de l'Assemblée nationale sur le projet de loi d'accélération et de simplification de l'action publique, XVe législature,* session ordinaire de 2020-2021, deuxième séance du vendredi 2 octobre 2020.
- **Assemblée nationale**, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociales sur le dossier médical partagé et les données de santé*, juillet 2020.
- **Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP) et Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP),** *Communiqué*, 10 octobre 2016.
- **Assurance Maladie**, *Charte des bonnes pratiques de la téléconsultation*, 6 avril 2022.
- **Assurance Maladie**, *Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie*, signée le 25 aout 2016.
- **Assurance Maladie**, *Le déploiement de l'appli carte Vitale se généralisera progressivement en 2024*, publié le 27 septembre 2023, mis à jour le 04 juin 2024.
- **AUGROS** S., *Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins*, Rapport pour le ministère de la Santé et des Solidarités, 2019.
- **BENDEKKICHE** H., L. **VIARD-GUILLOT** L., *15 % de la population est en situation d'illectronisme en 2021*, INSEE, 22 juin 2023.
- **BENTATA** P., **MARQUES** N., *Le recours à la téléconsultation et à la téléexpertise : quel impact économique attendre en France ?*, Institut économique Molinari, janvier 2022.
- **BRAIBANT** G., *Rapport au Premier ministre : données personnelles et société de l'information*, La Documentation française, 1998.
- **BURGGRAEVE** D., *Hommages au professeur Marcel ARNAUD*, Conseil d'Action pour la Prévention des Accidents et les Secours d'Urgence, 15 juin 2000.
- **CABANEL** G.-P., *Prisons : une humiliation pour la République*, Rapport de la commission d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France, tome 1, 29 juin 2000
- **CANIVET** G., *Amélioration du contrôle extérieur des établissements pénitentiaires, rapport au ministre de la Justice*, La documentation française, 2000.
- **CARDET** C., **COURTINE** F., **RENNEVILLE** M., *Violences en prison, Rapport de recherche,* Agen, ENAP, octobre 2005.
- **CARLI** P., *Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences*, septembre 2013.
- **CASTAIGNE** S., **LASNIER** Y., *Les déserts médicaux*, Conseil économique, social et environnemental, 2017.
- **CAYOL** A., **BATTEUR** A., **BOCENO** L., **CALHEIROS** C., **CATHERINE** A., et al., *Livre blanc, Les enjeux juridiques et éthiques du développement de la télémédecine à destination des personnes âgées en Normandie, Projet de recherche EDeTeN*, Université de Caen Normandie, 2023.
- **CCNE**, **CERNA**, *Numérique & santé, quels enjeux éthiques pour quelles régulations ?*, Rapport, 19 novembre 2018.
- **CCNE**, *Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi de bioéthique 2018-2019*, Avis n° 129, septembre 2018.

- **CCNE**, *Diagnostic Médical et Intelligence Artificielle : Enjeux Éthiques*, Avis n° 141, 23 novembre 2022.
- **CCNE**, La santé et la médecine en prison, Avis n° 94, 2006, p. 15.
- **CERETTI** A.-M., **ALBERTINI** L., *Bilan et propositions de réforme de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011.
- **CERNA**, *Éthique de la recherche en apprentissage machine*, Avis, juin 2017.
- **CERNA**, *Numérique et santé : quels enjeux éthiques pour quelles régulations ?* Rapport commandé par le CCNE, 19 novembre 2018.
- **CHODORGE** G., **NICOLAS** G., *Santé en milieu carcéral*, Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus, Haut comité de la santé publique, janvier 1993.
- **CIGREF**, *Intelligence Artificielle dans les grandes entreprises : enjeux de mise en œuvre opérationnelle*, octobre 2017.
- **CLARIS** O., *La gouvernance et la simplification hospitalière*, Rapport au ministre des Solidarités et de la Santé, juin 2020.
- **CNAM**, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 », juillet 2020.
- **CNIL** « Création d'un service de l'intelligence artificielle à la CNIL et lancement des travaux sur les bases de données d'apprentissage », 23 janvier 2023
- **CNIL**, *Comment permettre à l'homme de garder la main : Les enjeux éthiques des algorithmes et de l'intelligence artificielle*, Rapport, décembre 2017.
- **CNIL**, L'espace numérique de santé (ENS ou Mon espace santé) et le dossier médical partagé : questions-réponses, 12 avril 2022
- **CNIL**, Le rôle des données et des algorithmes dans l'accès aux contenus, janvier 2017.
- **CNOM**, Chambre disciplinaire nationale, 15 décembre 2011, n° 10997.
- **Comité consultatif national d'éthique (CCNE) avec la contribution du Comité national pilote d'éthique du numérique (CNPEN),** Avis *n° 141, diagnostic Médical et Intelligence Artificielle : Enjeux Éthiques,* novembre 2022.
- **Comité consultatif national d'éthique (CCNE)**, *Avis n° 58 sur le Consentement éclairé et information des personnes qui se prêtent à des actes de soin ou de recherche*, Les Cahiers du CCNE, 1998, n° 17, 12 juin 1998.
- **Comité consultatif national d'éthique (CCNE)**, *Avis n°4, Diagnostic Médical et Intelligence Artificielle : Enjeux Éthiques,* 10 janvier 2023,
- **Comité consultatif national d'éthique (CCNE)**, *Rapport de synthèse sur les États généraux de la bioéthique,* juin 2018.
- **Comité consultatif national d'éthique (CCNE)**, *Rapport du groupe de travail commandé par le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) avec le concours de la commission de réflexion sur l'éthique de la recherche en sciences et technologies du numérique d'Allistene (CERNA),* 19 novembre 2018.
- **Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale**, *Évaluation des politiques publiques en faveur de l'accès aux droits sociaux, Rapport d'information*, La documentation française, 2016.
- **Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants**, *Rapport au gouvernement de la RF relatif à la visite effectuée en France du 27 octobre Au 8 novembre 1991*, 19 janvier 1993.

- **Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions**, *Passage au numérique des entreprises européennes — Tirer tous les avantages du marché unique numérique*, 2016.
- **Commission d'accès aux documents administratifs**, *Avis - caractère communicable, à une mère, du dossier médical de son fils majeur, décédé*, n° 20084024, 23 octobre 2008.
- **Commission de l'intelligence artificielle**, *IA : notre ambition pour la France*, Rapport, 15 mars 2024.
- **Commission Éthique et Professions de Santé**, *Rapport au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées*, mai 2003.
- **Commission européenne** ; Commission, Livre blanc sur l'intelligence artificielle, une approche axée sur la confiance et l'excellence, COM(2020)65
- **Commission européenne**, *La télémédecine au service des patients*, COM (2008) 699, novembre 2008.
- **Conseil d'État**, *Intelligence artificielle et action publique : construire la confiance, servir la performance*, Étude à la demande du Premier ministre, 31 mars 2022.
- **Conseil d'État**, *Le droit souple*, Étude annuelle, La Documentation française, 2013.
- **Conseil d'État, section du rapport et des études,** *Révision de la loi de bioéthique : quelles options pour demain ?*, 28 juin 2018
- **Conseil d'orientation pour l'Emploi**, *Automatisation, numérisation et emploi : tome 1 : les impacts sur le volume, la structure et la localisation de l'emploi*, janvier 2017.
- **Conseil d'Orientation pour l'Emploi**, *Automatisation, numérisation et emploi : tome 2 : l'impact sur les compétences*, septembre 2017.
- **Conseil de l'Europe**, *L'intérêt supérieur de l'enfant – Un dialogue entre théorie et pratique*, 2017.
- **Conseil de l'Europe**, *Prévention des effets discriminatoires potentiels de l'utilisation de l'intelligence artificielle dans les services locaux*, Note d'orientation politique, Octobre 2020.
- **Conseil de l'Europe**, *Recommandation n°1469*, 30 juin 2000.
- **Conseil de l'Europe**, Recommandation Rec (2006)2 du Comité des ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes, 11 janvier 2006.
- **Conseil de l'Europe**, Recommandation Rec(2006)2-rev du Comité des Ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes, rév. 01 juillet 2020.
- **Conseil de l'Union Européenne**, *Les principes européens pour l'éthique du numérique en santé*, janvier 2022.
- **Conseil économique social et environnemental**, *Santé et nouvelles technologies de l'information*, Avis rédigé à la demande du premier ministre, Section des affaires sociales n°98, avril 2002.
- **Conseil général de l'économie, de l'industrie, de l'énergie et des technologies (CGEIET),** *Bien vivre grâce au numérique*, Rapport, février 2012.
- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM**), « Télémédecine, Les préconisations du Conseil national de l'ordre des médecins », janvier 2009.
- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)**, **Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**, *Guide pratique sur la protection des données personnelles*, juin 2018.
- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)**, *De la e-santé à la santé connectée, Le livre blanc du CNOM*, janvier 2015.
- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)**, *Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés*, 11 avril 2019.

- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)**, *Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle*, Groupe numérique du Conseil National de l'Ordre des médecins, janvier 2018.
- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)**, *Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle*, Analyses et recommandations du CNOM, janvier 2018.
- **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)**, *Rapport sur le Mésusage de la télémédecine,* 2020.
- **CORDIER** A. (dir.) *Un projet global pour la stratégie nationale de santé. 19 recommandations du comité des « sages »,* juin 2013.
- **CORIAT** P., *Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins*, mai 2008.
- **CORNUAU** F., **JUILLARD** M., *Mesurer et comprendre les déterminants de la récidive des sortants de prison*, SDSE, Infostat Justice, n° 183.
- **DE GANAY** C., **GILLOT** D., Pour une Intelligence Artificielle maîtrisée, utile et démystifiée, Rapport n° 464, tome I, Sénat, mars 2017.
- **Défenseur des droits,** *Avis n°2004-6 du 7 juillet 2004 relatif aux conditions d'un accouchement dans une maison d'arrêt*, 2004.
- **Défenseur des droits**, *Décision n°MDS 2014-37 du 18 mars 2014 relative au décès d'une jeune femme à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis*, 2 novembre 2012
- **Défenseur des droits,** *Dématérialisation des services publics : trois ans après, où en est-on ?*, février 2022.
- **Défenseur des droits**, *Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics*, Rapport, 14 janvier 2019.
- **Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)**, *Séries statistiques des personnes placées sous main de justice 1980 – 2014*, 2014.
- **Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)**, Statistique mensuelle de la population détenue et écrouée, situation au 1er septembre 2023, septembre 2023.
- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**, *Circulaire n°DGOS/PF3/2011/451 du 1er décembre 2011 relative au guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine*, 1er décembre 2011.
- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**, *Évaluation des expérimentations de télésurveillance du programme national étapes*, Rapport au parlement, novembre 2020.
- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**, *Plan national de déploiement de la télémédecine*, mars 2012.
- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**, *Rapport d'activité,* 2014
- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**, *Télémédecine et responsabilités juridiques engagées*, 18 mai 2012.
- **DNS**, *Feuille de route du numérique en santé 2023-2027*, mai 2023.
- **DOINEAU** É, **MESNIER** T., **AUGROS** S., *Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins », ministère des Solidarités et de la Santé,* 2018.
- **DSIH**, *Un cadre éthique européen pour le numérique en santé*, 15 février 2022.
- **European Data Protection Supervisor**, *Recommandations 01/2020 sur les mesures qui complètent les instruments de transfert destinés à garantir le respect du niveau de protection des données à caractère personnel de l'UE*, 2020.

- **EVIN** C., **CHARLES** B., **DENIS** J.-J., *Rapport n°3263 fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé n°3258,* Assemblée Nationale, vol. I, titre 1er : Démocratie sanitaire, 26 septembre 2001.
- **ÉVIN** C., **DENIS** J.-J., *Rapport n° 3263, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé (n° 3258),* 2001.
- **F2RSM Psy**, *La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale*, décembre 2022.
- **FASSIN** D., *Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins*, *rapport*, CRESP, 2001.
- **FATOME T., VERNEREY M., LALANDE F., VALDES-BOULOUQUE M., FROMENT B.,** *L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation*, Inspection générale des affaires sociales, 2001.
- **Fondation APRIL, BVA**, *Baromètre des aidants*, 2022.
- **Fondation travail-université Asbl** (ftu), *Propositions pour un plan national e-inclusion horizon 2020*, commande du spp Intégration sociale, Namur, Belgique, décembre 2013
- **FOVET** T., **LANCELEVÉE** C., **WATHELET** M., **EL QAOUBII** O., **THOMAS** P., *La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale,* février 2023
- **France IA**, *France Intelligence Artificielle, la stratégie IA en France*, Rapport de synthèse, mars 2017.
- **France Stratégie**, *Intelligence artificielle et travail*, mars 2018.
- **France Stratégie**, *Les bénéfices d'une meilleure autonomie numérique*, Rapport au secrétaire d'État auprès du Premier ministre, chargé du Numérique, juillet 2018.
- **G29**, *Avis 05/2014*, 10 avril 2014.
- **G29**, *Lignes directrices du 4 avril 2017 concernant l'analyse d'impact relative à la protection des données*, 2017.
- **G29**, *Opinion 8/2014 on the recent developments on the Internet of Things*, WP223, 16 septembre 2014.
- **GAGNEUX** M. et al., *Recommandations pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé*, Recommandations à la ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.
- **GIRAUD** J. et al., *Les mobilités internationales des professionnels de santé : flux entrants et sortants des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens,* Étude, ONDPS, *2016.*
- **GORCE** G., **PILLET** F., *La protection des données personnelles dans l'Open Data : une exigence et une opportunité, rapport d'information fait au nom de la commission des lois*, nº 469, 16 avril 2014.
- **GRALL** J.-Y., *Rapport sur la territorialisation des activités d'urgence*, ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, juillet 2015.
- **Haut conseil de la santé publique (HCSP)**, *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité, rapport,* décembre 2009.
- **Haut conseil de la santé publique (HCSP)**, *Pour une meilleure intégration de la santé dans les documents de planification territoriale,* coll. « Avis et Rapports », avril 2018.
- **Haute autorité de santé (HAS)**, *Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation*, Rapport d'évaluation médico-économique, juillet 2013.

- **Haute autorité de santé (HAS)**, *Évaluation économique de la télésurveillance pour éclairer la décision publique, Rapport d'évaluation,* 10 décembre 2020.
- **Haute autorité de santé (HAS)**, Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine, Études et rapports, septembre 2016.
- **Haute autorité de santé (HAS)**, Guide sur les spécificités d'évaluation clinique d'un dispositif médical connecté (DMC) en vue de son accès au remboursement, Janvier 2019, p. 10.
- **Haute autorité de santé (HAS)**, Hospitalisations potentiellement évitables – Quel apport dans un diagnostic territorial ?, décembre 2015
- **Haute autorité de santé (HAS)**, *La e-santé, des avantages concrets pour vos patients*, L'essentiel, mai 2023.
- **Haute autorité de santé (HAS)**, *Parcours de soins, Maladie chronique Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique,* février 2014.
- **Haute autorité de santé (HAS)**, *Rapport d'évaluation économique de la télésurveillance pour éclairer la décision publique*, 10 décembre 2020.
- **Haute autorité de santé (HAS)**, *Recommandation de bonne pratique : « Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse »*, mise à jour le 14 avril 2021.
- **Haute autorité de santé (HAS)**, *Recommandation de bonnes pratiques, Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, principes généraux, méthode, recommandations pour la pratique clinique*, mai 2012.
- **Haute autorité de santé (HAS)**, *Référentiel de bonnes pratiques sur les applications et les objets connectés en santé*, octobre 2016.
- **Haute autorité de santé (HAS)**, *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques, Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*, octobre 2017.
- **Haute autorité de santé (HAS)**, *Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge du transsexualisme*, 18 février 2010.
- **HETZEL** P., *La planification de la construction des prisons : une inexorable procrastination*, Rapport d'information n°1283, Assemblée nationale, 2023.
- **HUBERT** J., **MARTINEAU** F., *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, Rapport de fin de mission*, ministère des affaires sociales et de la santé, février 2016.
- **HURIET** C., *Rapport numéro 49, fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi relatif à la santé publique et à la protection sociale*, 21 octobre 1993.
- **IGAS IGSJ**, *Évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé des personnes placées sous main de justice*, novembre 2015.
- **INRIA**, *Intelligence Artificielle : les défis actuels et l'action d'INRIA, Livre blanc*, septembre 2016
- **Inspection générale des affaires sociales (IGAS)**, *Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé*, 2019.
- **Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des services judiciaires**. *L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation*, 2001.
- **Inspection générale des finances (IGF), Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Conseil Général des Technologies de l'Information (CGTI),** *Mission interministérielle de revue de projet sur le DMP, rapport sur le dossier médical personnalisé (DMP)*, novembre 2007.
- **Institut Montaigne**, *E-santé : augmentons la dose !*, Rapport, juin 2020.
- **Institut Montaigne**, *Investir l'IA sûre et digne de confiance : un impératif européen, une opportunité française*, Note d'action, avril 2023.

- **Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE),** *Sécurité et société*, Insee références, 2021.
- **Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)**, *L'usage des technologies de l'information et de la communication par les ménages entre 2009 et 2021*, février 2022.
- **IPSOS**, *Les Français et l'information santé sur le Web*, mai 2016.
- **IQVIA**, **LAJAPF**, *Télémédecine, des économies en trois actes*, Leem, Communiqué Télémédecine.
- **ISAAC-SIBILLE** C., *Le dossier médical partagé et les données de santé, rapport d'information présenté par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale*, AN, n° 3231, 22 juillet 2020.
- **JOHANET** G., "L'égalité d'accès aux soins", *Rapport public du Conseil d'État 1998*, La Documentation française, 1999.
- **JONAS** N., *Pour les générations les plus récentes, les difficultés des adultes diminuent à l'écrit, mais augmentent en calcul*, INSEE, enquête division Emploi, décembre 2012.
- **KENSEY** A., **TIMBART** O., « La population des prisons a augmenté de 60% en vingt ans », *Infostat Justice*, n°25, octobre 1991.
- **LEMAIRE** P., *Groupe de réflexion sur les violences à l'encontre des personnels pénitentiaires*, Direction de l'Administration Pénitentiaire, mai 2010.
- **LEMORTON** C., *Rapport d'information en conclusion des travaux sur la mission sur l'organisation de la permanence des soins*, Assemblée Nationale Commission des affaires sociales.
- **LONGUET** G., *Le devoir de souveraineté numérique, rapport n°7 (2019-2020) fait au nom de la commission d'enquête,* 1er octobre 2019.
- **MARRAULD** L., **DUMEZ** H., **MINVIELLE** E., *État des lieux de la santé numérique, Rapport remis à la Fondation de l'avenir*, Mutualité française, novembre 2015.
- **MELAS** L., **MENARD** F., *Production et régulation de la violence en prison : avancées et contradictions*, Mission de recherche droit et justice, coll. « Arrêt sur recherches, » 2002.
- **Ministère de la justice, ministère des solidarités et de la santé**, *Feuille de route Santé des PPSMJ 2019-2022*, Action n°28, 2022.
- **Ministère de la justice, ministère des solidarités et de la santé**, *Guide méthodologique de prise en charge sanitaire des PPSMJ*, 2019.
- **Ministère de la justice**, *Moins d'1% des personnes écrouées étaient mineurs au 1er décembre 2023 : statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée*, décembre 2023.
- **Ministère de la santé et des sports, ministère de la justice et des libertés**, *Plan d'actions stratégiques 2010-2014.* Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice, 2010.
- **Ministère de la Santé**, « Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014 », dossier de presse, 10 février 2014, 15 p.
- **Ministère des affaires sociales et de la santé, ministère de la justice**, *Axe 4 de la Stratégie Santé des PPSMJ*, 2017.
- **Ministère des solidarités et de la santé**, *Pacte de Refondation des urgences*, 9 septembre 2019.
- **NORA** S., **MINC** A., *L'informatisation de la société, Rapport au Président de la République,* janvier 1978.
- **NORDLINGER** B., **KIRCHNER** C., **de FRESNOYE** O., *Rapport 24-03. Systèmes d'IA générative en santé : enjeux et perspectives, Groupe de travail de l'Académie nationale de médecine*, 05 mars 2024.
- **Observatoire français des drogues et de la toxicomanie**, *Rapport d'activité*, 2011.

- **Observatoire International des Prisons (OIP)**, *Dignité en prison, quelle situation deux ans après la condamnation de la France par la cour européenne des droits de l'homme ?,* Rapport, juin 2022.
- **Observatoire International des Prisons (OIP),** *La santé incarcérée, Enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison*, Rapport, juillet 2022.
- **OCDE**, *Perspectives de l'économie numérique de l'OCDE*, Rapport, 2015.
- **ONDPS**, *Les conditions d'installation des médecins en ville en France et dans cinq pays européens*, vol. 1, mars 2015.
- **Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE),** *Perspectives de l'économie numérique de l'OCDE*, éd. OCDE, n° 269, Paris, 2015.
- **Organisation mondiale de la santé (OMS)**, *Cinquante-huitième assemblée mondiale de la santé*, Résolutions et décisions, mai 2005.
- **Organisation mondiale de la santé (OMS)**, Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, 1946.
- **Organisation mondiale de la santé (OMS)**, *Constitution de l'OMS : L'OMS demeure fermement attachée aux principes énoncés dans le préambule de sa Constitution*, s.d.
- **Organisation mondiale de la santé (OMS)**, *Des systèmes de santé renforcés sauvent plus de vies*, Un aperçu de la stratégie européenne de l'OMS en matière de systèmes de santé, 2005, disponible en ligne.
- **Organisation mondiale de la santé (OMS)**, *L'éthique et la gouvernance de l'intelligence artificielle dans le domaine de la santé*, Rapport, juin 2021.
- **Organisation mondiale de la santé (OMS)**, *L'OMS lance une nouvelle initiative mondiale sur la santé numérique avec le soutien de la présidence du G20*, Communiqué de presse, 19 août 2023.
- **Organisation mondiale de la santé (OMS)**, *mHealth: New horizons for health through mobile technologies*, Global Observatory for eHealth series, vol. 3, 2011.
- **Organisation mondiale de la santé (OMS)**, *Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, cinquante-troisième assemblée mondiale de la santé*, mars 2000
- **Parlement européen**, 4 septembre 2007, Implications juridiques et institutionnelles du recours aux instruments juridiques non contraignants (soft law), P6_TA(2007)0366
- **Parlement Européen**, *Recommandation du Parlement européen à l'intention du Conseil sur les droits des personnes détenues au sein de l'Union Européenne*, 2003/2188 (INI), 2004.
- **Parlement européen**, Résolution 2020/2012(INL) du 20 octobre 2020 contenant des recommandations à la Commission concernant un cadre pour les aspects éthiques de l'intelligence artificielle, de la robotique et des technologies connexes
- **PON** D., **COURY** A., *Stratégie de transformation du système de santé, Rapport final, Accélérer le virage numérique*, juin 2018.
- **Pulsy**, *Le réseau télé-AVC du Grand Est s'étend !*, Communiqué, 2019.
- **RAIMBOURG** D., *Encellulement Individuel : Faire de la prison un outil de justice*, 2 décembre 2014.
- **RIDEL** L., *Administration pénitentiaire, Programme 107, Bilan stratégique, Rapports annuels de performance*, 05 octobre 2022.
- **SAMU-Urgences de France**, *La situation des SMUR et des urgences continue de se dégrader inexorablement ! Enquête : quel bilan pour les urgences et les SMUR ?,* septembre 2023.
- **Santé Publique France**, *Enjeux sanitaires de l'avancée en âge,* novembre 2022
- **Sénat**, *Conditions de transfert des détenus vers des centres médicaux ou hospitaliers*, question écrite n°01648, 12ème législature, 2003.

- **Sénat**, *Respect du droit à la dignité des détenus*, question écrite n°11323, 12ème législature, 11 mars 2004.
- **SIRUGUE** C., *Rapport au Premier ministre : repenser les minimas sociaux : vers une couverture socle commune*, Paris, La Documentation Française, 2016.
- **STEG** A., « La *médicalisation* des urgences » *rapport* de la Commission nationale de restructuration des *urgences*, 1993
- **STEG** A., *L'urgence à l'hôpital*, Rapport présenté au Conseil économique et social, avril 1989.
- **TOURAUT** C., **DESESQUELLES** A., *La prison face au vieillissement Expériences individuelles et prise en charge institutionnelle des détenus « âgés »*, INED, mai 2015.
- **UNESCO**, *Recommandation sur l'éthique de l'intelligence artificielle*, 23 novembre 2021.
- **Université de Montréal**, Déclaration de Montréal pour un développement responsable de l'intelligence artificielle, 2018.
- **URVOAS** J.-J., *En finir avec la surpopulation carcérale*, Rapport au Parlement sur l'encellulement individuel, 20 septembre 2016.
- **Viepublique.fr**, Du dossier médical partagé à Mon espace santé, 5 juillet 2023.
- **Viepublique.fr**, Peut-on être anonyme sur internet et les réseaux sociaux ?, 02 avril 2023.
- **VIGIER** P., *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire*, Assemblée nationale, 16 novembre 2016.
- **VILLANI** C., *Donner un sens à l'intelligence artificielle. Pour une stratégie nationale et européenne*, Rapport, Mission parlementaire, 28 mars 2018.
- **WARSMANN** J.-L. (président), **LATOMBE** P. (rapporteur), *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la mission d'information sur le thème « Bâtir et promouvoir une souveraineté numérique nationale et européenne »*, Assemblée nationale, 29 juin 2021.

INDEX ALPHABETIQUE

(Les nombres renvoient aux numéros de paragraphes)

- A -

Accès
- Notion d'accès aux soins, 25 et s.
- technique, 91 et s.
- à des professionnels, 95 et s.

Accessibilité,
- Numérique, 106 et s.
- Potentielle localisée (APL), 53 et s.

- B -

Big data, 448 et s.

- C -

Centralisation
- Politique, 75 et s.
- Des données, 212, 450 et s.

Confidentialité
- Documents, 338
- Obligation déontologique, 349
- RGPD, 386 et s.
- Violation de la —, 350 et s.

Consentement
- au traitement, 418 et s.
- à la décision, 266 et s.
- Portée du —, 271 et s., 276 et s.

Cybersécurité, 441

- D -

Data act, 467 et s.
Déconcentration, 84 et s.
Déserts
- médicaux, 38 et s., 48 et s., 102.
- numériques, 56, 94, 95.

Données
- à caractère personnel, 387 et s.
- sensibles, 388
- de santé (définition), 388

Dossier
- Médical (accès par le patient), 409 et s.
- Médical partagé, 208, 300, 429 et s.
- Pharmaceutique, 301

- E -

Égalité d'accès aux soins, 24 et s.

Empowerment,
- Définition, 242 et s.
- Limites, 276 et s.

Enfant, 141,

- F -

Fracture numérique, 114, 183, 248,
Fichage, 361, 396 et s.
Finalités,
- Du traitement, 406, 427, 453.

- G -

GENESIS, 361, 399,

- H -

Hébergeur de données de santé, 441, 459, 475

- I -

Information

- forme, 256,
- obligation, 245, 285,
Intelligence artificielle, 186 et s., 283 et s.,

- L -
Liberté
- d'installation, 44, 69, 483.
- de choix, 39, 44, 337
- d'accès, 26, 39, 58 et s.,

- N -
NIR, 389
Normes
- Droit souple, 200 et s., 229.

- O -
Ouverture des données, 448, 480
Opposabilité du secret, 341 et s.

- P –
Plateforme des données de santé, 455 et s., 475.
Planification régionale de l'offre de soins, 15, 59, 64, 85
Pseudonymisation, 453, 471
Protocoles
- de coopération, 225
- de soins, 161
- de sécurité, 184

Permanence de soins, 157

- R -
Répartition,
- des professionnels de santé, 50 et s.
- des établissement pénitentiaires, 55 et s.

Régulation, 157,

- S -
Secret partagé, 297, 365 et s.
Souveraineté numérique, 465 et s.
Sécurité
- des données, 435, 441
- des produits sur le marché, 192 et s.
Surveillance, 338, 351, 396 et s.

- T -
Technologies de l'information et de la communication, 9, 15, 111

Table des matières

Introduction générale 1

Section I– Les modalités d'interaction complexes entre Santé et Justice 1

Section II –La réponse thérapeutique en milieu clos grâce à la technologie 5

§ I – La recherche d'un diagnostic 5

1) Les contours de la notion de milieu carcéral 5

2) Les contours de la notion de e-santé 8

§ II – La prescription, la télésanté en milieu carcéral 13

1) Les symptômes, les enjeux sanitaires du milieu carcéral 13

2) Le traitement, la télésanté 17

3) Problématique 19

Partie I : Un accès aux soins rénové 21

Titre I : Un accès aux soins facilité 23

Chapitre I : L'intégration complexe du détenu dans le système de soins 25

Section I – Une similarité de statut 26

§ I – Une recherche d'égalité dans l'accès aux soins 26

A. Une effectivité du droit d'accès aux soins des détenus assurée par la protection sociale 27

B. Une effectivité du droit d'accès aux soins des détenus renforcée par la protection juridictionnelle 30

§ II – Un système fondé sur la liberté d'accès aux soins 35

A. Le libre accès aux soins du patient conditionné par la liberté de choix 36

B. Le libre accès aux soins du patient limité par la liberté d'installation du médecin 40

Section II : Une divergence de régimes 43

§ I – L'inégal accès au système de soins pour les détenus 43

A. L'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire 44
B. L'inégale répartition des établissements pénitentiaires sur le territoire 47
§ II – Des établissements privatifs de liberté d'accès aux soins 52
A. Une restriction organisationnelle de la liberté de choix en milieu pénitentiaire 52
B. Une nouvelle planification de l'offre de soins en milieu pénitentiaire 55
Conclusion du chapitre I 61
Chapitre II : Une télé-accessibilité du détenu au système de soins 63
Section I – Une politique de santé publique orientée vers une télé-accessibilité 63
§ I – La définition de la politique de santé à l'échelon central 64
§ II – La territorialisation de la politique de santé à l'échelon local 66
A. Une faible décentralisation aux collectivités 66
B. Une déconcentration privilégiée aux agences régionales de santé 70
Section II - Des soins en prison facilités par une télé-accessibilité 74
§ I – L'amélioration indispensable de l'accès des détenus à cette forme de médecine 74
A. Un accès pratique à développer 74
1) L'accès pénitentiaire 74
2) L'accès à la technologie 75
3) L'accès à des professionnels de santé 76
B. Une régulation de la présence sanitaire à amplifier 78
1) Une ineffectivité constatée des mécanismes incitatifs 78
2) Un gain d'effectivité envisageable à travers la télésanté 82
§ II – L'amélioration indispensable de l'accessibilité des détenus à cette forme de médecine 84
A. Un accès à la télésanté subordonné à l'accessibilité technologique 85
B. La population écrouée, exclue du numérique 87
Conclusion du Chapitre II 93

Conclusion du Titre 1 95
Titre II : Un accès aux soins optimisé 97
Chapitre I : La technologie au service du perfectionnement des prises en charge 99
Section I : La télésanté comme outil de spécialisation des soins 99
§ I – Un accès à des soins plus diversifiés par la télésanté 99
A. Un recours accru aux soins spécialisés en prison 100
B. Un recours insuffisant à la télémédecine en prison 103
§ II – Un accès plus inclusif aux soins par la télésanté 108
A. Un accès aux soins lors des situations minoritaires en détention 109
1) La prise en compte de la femme détenue 109
2) La prise en compte de la transidentité 112
3) La prise en compte du mineur 113
a) L'enfant en détention 113
b) Le mineur détenu 117
B. Un accès aux soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux en détention 118
Section II : La télésanté comme palliatif en cas d'urgence 124
§ I – La défaillance de la prise en charge en urgence des détenus 125
A. L'urgence médicale 125
B. L'urgence médicale en détention 126
§ II – Le renforcement de la prise en charge à distance en cas d'urgence 129
A. Organisation de la télémédecine d'urgence 129
B. Responsabilité en cas de télémédecine d'urgence 133
C. Perspectives de la télémédecine d'urgence 135
Conclusion du chapitre I 141
Chapitre II : La technologie au service d'un accroissement de la télésanté 143

Section I : Des outils technologiques en voie de développement 143
§ I – L'avènement des dispositifs médicaux connectés 143
A. La prolifération des objets connectés 144
B. Les enjeux de l'utilisation des dispositifs médicaux connectés en détention. 150
§ II – La future prééminence de l'intelligence artificielle en santé 155
A. L'encadrement inutile de l'outil 155
1) L'intelligence limitée de l'outil 157
2) L'inutile responsabilité de l'outil 159
B. L'encadrement nécessaire des concepteurs et fabricants 163
1) Un besoin de transparence facilitant le repérage de biais discriminatoires 163
2) L'encadrement juridique entre *hard law* et *soft law* 167
a) L'importance de l'éthique et de la soft law 167
b) La logique de responsabilisation européenne 170
Section II : Des outils technologiques en voie de renforcement 174
§ I – Le dossier médical partagé en milieu carcéral 175
A. Un moyen d'améliorer la santé individuelle et publique 175
B. Un échec technique 179
§ II – La télésurveillance médicale en milieu carcéral 183
A. Un besoin médical actuel en détention 183
B. Un besoin gestionnaire indispensable 189
1) Une adaptabilité optimale théorique à l'univers carcéral 189
2) Un besoin d'ajustement en pratique 193
Conclusion Chapitre II 199
Conclusion Titre II 201
Conclusion partie I 203

Partie II : Une relation de soins fragilisée 205

Titre I : Une relation de soins métamorphosée 207

Chapitre I : Une autonomie illusoire en milieu carcéral 209

Section I – L'information révolutionnée 209

§ I – La transformation du droit à l'information médicale grâce à la technologie 209

A. La technologie, vecteur du droit à l'information 209

B. La technologie, vecteur de transmission des informations 213

1) Une ouverture de l'information aux détenus par la télésanté 213

2) Les barrières de l'information en e-santé pour les détenus 216

a) Internet en détention 217

b) Le quantified-self en détention 218

§ II - La dégradation du droit à l'information médicale par la technologie 220

A. Les caractéristiques de l'information en santé 220

1) Le caractère complet de l'information 221

2) Le caractère intelligible de l'information 222

3) Le caractère loyal de l'information 223

B. Le mode de délivrance de l'information. 223

1) Les limites à l'obligation d'information 225

2) La charge de la preuve de l'information 229

Section II – Le consentement bouleversé 231

§ I – Le détenu acteur dans la prise de décision 231

A. Le droit au consentement du patient en télésanté 232

B. Le droit au non-consentement du patient en télésanté 233

§ II – Le détenu figurant dans la prise de décision 234

A. Une prise de décision partielle en télésanté 235

B. Les exceptions au patient acteur de sa santé 239

Conclusion du Chapitre I 243
Chapitre II : Une relation de soins dissipée en milieu carcéral 245
Section I : Une relation de soins distendue 245
§I – Un remaniement du colloque singulier 245
§ II – Une rupture du colloque singulier 253
Section II : Une relation de soins subsidiaire 262
§ I – Les dossiers informatiques, des outils majeurs de gestion 262
A. Le dossier médical partagé 262
B. Le dossier pharmaceutique 264
§ II - Les sociétés de téléconsultation, un régime inadapté à la détention 265
1) L'obtention d'un agrément 267
2) Le respect des textes conventionnels 268
a) Le principe d'alternance des soins à distance 268
b) Le respect du parcours de soins coordonné 268
c) Le principe de territorialité 269
3) La limitation du volume d'activité 271
4) Les conséquences disciplinaires 272
Conclusion du Chapitre II 275
Conclusion du Titre I 277
Titre 2 : Une relation de soins infiltrée 279
Chapitre 1 : Des risques d'origine humaine 281
Section I : La télésanté face aux incursions de l'administration pénitentiaire 281
§ I – Des intérêts sanitaires et sécuritaires contradictoires en détention 282
A. La mainmise de l'administration sur l'accès aux soins à l'intérieur des murs 282
B. La mainmise de l'administration sur l'accès aux soins à l'extérieur des murs 284

§ II – Des intérêts sanitaires et sécuritaires conciliables avec la télémédecine 289
A. La télémédecine, limite numérique à des incursions physiques 289
B. La télémédecine, extension de la liberté des patients détenus 292
Section II : L'ambiguïté de la télésanté face à la confidentialité en détention 293
§ I – Des atteintes existantes à la vie privée des détenus 294
A. Des atteintes récurrentes à la vie privée des détenus 294
1) L'opposabilité du secret professionnel face à l'administration pénitentiaire 295
a) L'absence d'accès aux informations par l'administration sur le fondement du secret 295
b) Le partage d'information souhaité par l'administration mais contraire au secret 298
2) Les exceptions au secret professionnel en détention 301
a) La présence de l'administration pénitentiaire durant les escortes 301
b) Le risque pour la sécurité des personnes 302
c) Les patients au profil dangereux 303
B. Des atteintes subsistantes à la vie privée en détention 304
1) Un secret davantage respecté grâce à la e-santé 304
a) Davantage de confidentialité 304
b) Davantage de traçabilité 306
2) Une dilution inéluctable du secret en e-santé 307
§ II – Un affaiblissement progressif du secret professionnel en milieu carcéral 311
A. L'expansion du secret au sein de l'équipe soignante 311
1) L'équipe de soins et la fin du colloque singulier 311
2) Les limites au partage d'information par les professionnels de santé 313
a) La transmission d'informations entre professionnels de santé 313
b) La transmission entre le médecin et le personnel de l'administration 315

B. La propagation du secret aux proches et « proches aidants » 317
1) Les proches 317
a) Concernant le détenu mort 318
b) Concernant le détenu vivant 318
2) Les proches aidants 320
Conclusion du chapitre I 323
Chapitre 2 : Des risques d'origine technologique 325
Section I : Des menaces pour les droits individuels 325
§ I – Un droit à la vie privée à nouveau éprouvé en détention 325
A. Le droit de la protection des données au service de la confidentialité 326
1) Le cadre juridique de protection des données de santé 326
2) Le secret professionnel mentionné par le RGPD 330
B. L'utilisation des données au service d'une surveillance généralisée 334
1) Une surveillance active des détenus par les pouvoirs publics 334
2) Le risque d'une surutilisation des applications privées par les détenus 341
§ II – Un droit à la protection des données émoussé en détention 345
A. Une restriction des droits du patient face à la production de données 345
1) L'alimentation obligatoire des dossiers médicaux des détenus 345
a) La formalisation de données de santé des détenus dans les dossiers médicaux 346
b) La formalisation des données collectées lors d'un acte de télésanté 348
2) L'alimentation obligatoire du dossier médical partagé des détenus 349
B. Une restriction des autres droits du patient sur ses données 350
1) L'acte de télémédecine fondé sur le consentement 351
a) Le consentement comme cause de licéité 351
b) Information et consentement du mineur 352

2) La conservation des données dans le dossier médical 354
a) L'obligation d'effacement des données périmées 354
b) L'obligation d'effacement des données non minimisées 355
3) La modification ou l'effacement des données présentes dans le dossier médical partagé 356
4) L'accès aux données dans le dossier médical partagé 357
a) Des dispositions inadaptées au contexte carcéral 358
b) La restriction de la possibilité de masquage par le détenu 359
c) La situation d'exception injustifiée pour le médecin traitant 360
Section II : Des menaces pour la sécurité collective 361
§ I – Des travaux inachevés et inachevables en matière de sécurité des données 361
A. La responsabilisation des acteurs du traitement des données 362
1) Une responsabilisation des responsables de traitement 364
a) L'obligation générale de sécurité 364
b) L'obligation de signalement des incidents en aval 365
c) Les obligations renforcées en amont 366
2) Un besoin de responsabilisation des pouvoirs publics 370
B. L'exposition des détenus à l'ouverture des données 372
1) Des données centralisées, des droits accessoirisés 374
a) Réutilisation des données 375
b) Confidentialité des données 375
2) Une concentration des défenses, une convergence des failles 381
§ II – Un risque d'ingérence étrangère sur les données de santé 385
A. La valorisation des données françaises par leur gouvernance 385
B. Le difficile maintien d'une souveraineté numérique 387
1) La compétence technique des acteurs étrangers 388

2) Le nécessaire retour d'un patriotisme numérique 391
Conclusion du Chapitre II 395
Conclusion du Titre II 397
Conclusion de la Partie II 399
Conclusion générale 401
Bibliographie 407
I - OUVRAGE GÉNÉRAUX, TRAITÉS, MANUELS 407
Ouvrages et manuels 407
Traités 407
II - OUVRAGES SPÉCIAUX, MONOGRAPHIES ET THÈSES 407
Ouvrages spéciaux et monographies 407
Ouvrages collectifs 411
Thèses et mémoires 412
III - ARTICLES, CHRONIQUES 414
Articles dans ouvrage collectif 414
Articles de revue 419
Articles, communiqués, conférences et dossiers de presse 441
IV - NOTES DE JURISPRUDENCE 444
Jurisprudence française 444
Conseil constitutionnel 444
Cour de cassation 445
Conseil d'État 445
Juridictions de fond 446
Jurisprudence internationale 446
CEDH 446
CJUE 447
V - RÉPERTOIRES, ENCYCLOPEDIE ET DICTIONNAIRES 447
VI - RAPPORTS, PROJETS, ÉTUDES, AVIS, RECOMMANDATIONS 447
Sénat 447
CGLPL 448
CNIL 449

Cour des comptes 450
DREES 450
Autres 451
INDEX ALPHABETIQUE 461
Table des matières 463