

N° 362681

Section française de l'observatoire international des prisons

1^{ère} et 6^{ème} sous-sections réunies

Séance du 29 septembre 2014

Lecture du 22 octobre 2014

CONCLUSIONS

M. Alexandre LALLET, rapporteur public

« *Est-il possible de respecter le secret médical en prison ?* ». C'est le titre choisi par notre estimé collègue et ancien Contrôleur général des lieux de privation de liberté Jean-Marie Delarue pour la tribune qu'il a publiée dans la Revue des praticiens en septembre 2012. Le seul fait qu'il pose la question témoigne de la tension qui peut exister, sur le terrain, entre le souci d'assurer le respect du secret médical des détenus et les nécessités inhérentes à leur situation de détention, dans leur intérêt et dans celui des tiers. D'un côté, le secret médical du détenu est – nous le citons - « *l'une des rares manifestations indiscutables de sa dignité d'homme en prison* », « *dans une maison où presque tout se sait déjà sur tous* ». De l'autre, on recense dans l'histoire récente plusieurs faits divers dans lesquels une circulation plus fluide de l'information entre médecins et personnels pénitentiaires aurait peut-être pu permettre d'éviter le pire. Cette affaire vous conduit à éclairer les acteurs de terrain sur l'emplacement légal du curseur.

Rappelons que ce n'est que depuis 1994 que les professionnels de santé intervenant dans les établissements pénitentiaires ne relèvent plus de la prison, mais d'un établissement de santé. Ce dernier y dispose d'antennes appelées unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), pour les soins somatiques, et, le cas échéant, d'un service médico-psychologique régional pour les soins psychiatriques, sans préjudice, bien sûr, des hospitalisations extérieures qui s'avèreraient nécessaires. Les informations que les professionnels de santé collectent dans le cadre de leurs fonctions peuvent fournir aux responsables de l'établissement pénitentiaire un éclairage précieux sur la situation d'un détenu, et vice-versa. C'est pour encadrer et sécuriser ce « partage d'informations opérationnelles » qu'une circulaire interministérielle a été élaborée le 21 juin 2012, à l'attention des directeurs interrégionaux des services pénitentiaires, des directeurs interrégionaux de la protection judiciaire de la jeunesse, et des directeurs généraux des agences régionales de santé.

1

Ces conclusions ne sont pas libres de droits. Leur citation et leur exploitation commerciale éventuelles doivent respecter les règles fixées par le code de la propriété intellectuelle. Par ailleurs, toute rediffusion, commerciale ou non, est subordonnée à l'accord du rapporteur public qui en est l'auteur.

Salué par le Contrôleur général, qui l'a même estimé un peu timide à certains égards, ce document n'a pas satisfait la Section française de l'OIP, qui vous en demande régulièrement l'annulation.

Vous pourrez écarter sans difficulté les moyens d'incompétence. Nous en venons sans tarder au fond¹. La circulaire définit sous la forme d'un tableau la consistance des informations susceptibles d'être transmises au personnel pénitentiaire et, le cas échéant, à faire l'objet d'un partage. Elle en précise le cadre : il s'agit des commissions comme la commission pluridisciplinaire unique – CPU et l'équipe pluridisciplinaire pour les mineurs². A dire vrai, la conception de la circulaire souffre de quelques déficiences. Elle distingue par exemple la liste des informations « pouvant être communiquées » de celle des « informations nécessaires à l'exercice des missions », sans que, à l'examen, ces rubriques recourent la distinction entre obligation et faculté de divulgation pour le personnel soignant. Nous comprenons de sa lecture et des explicitations ministérielles que, hors le cas où la loi elle-même a prévu une obligation de divulgation, il appartient toujours au personnel soignant d'en apprécier la nécessité.

1

□ Les signataires de la circulaire étaient habilités pour ce faire par le décret du 27 juillet 2005. Et il ne peut être utilement soutenu que les ministres auraient adressé des instructions aux personnels soignants alors que ces derniers ne sont pas placés sous leur autorité hiérarchique. D'une part, ils ne figurent pas au nombre des destinataires de la circulaire ; d'autre part, celle-ci ne prétend nullement édicter des dispositions réglementaires opposables à ces personnels, qui s'appliqueraient en lieu et place des dispositions législatives et réglementaires existantes. Elle se borne, sur le fondement de la jurisprudence Jamart, à décrire à l'attention des chefs de service concernés les modalités souhaitables du partage d'informations entre intervenants. En ce qui concerne la partie de la circulaire consacrée à la participation des professionnels de santé à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) et à l'équipe pluridisciplinaire, les instructions s'adressent clairement aux ARS, qui s'assurent du respect des textes en la matière. Précisons qu'ils pouvaient adresser des instructions aux DG ARS, qui agissent en la matière au nom de l'Etat en vertu du i du 2° de l'article L. 1431-2 et l'article L. 1432-2.

2

□ Précisons en outre qu'une autre circulaire, en date du 30 octobre 2012, prévoit la mise en place d'une « commission santé » au sein de laquelle personnels soignants et pénitentiaires discutent précisément de leurs rôles et prérogatives respectifs (v. p. 28 du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues).

2

Ces conclusions ne sont pas libres de droits. Leur citation et leur exploitation commerciale éventuelles doivent respecter les règles fixées par le code de la propriété intellectuelle. Par ailleurs, toute rediffusion, commerciale ou non, est subordonnée à l'accord du rapporteur public qui en est l'auteur.

Le cœur de l'argumentation de l'OIP est tiré, vous vous en doutez, de la violation du secret médical.

Comme tout citoyen, les détenus ont le droit au respect du secret médical, en vertu de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique (CE, 30 mars 2005, Section française de l'OIP, n° 276017, au Rec.). L'article 45 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 fait expressément obligation à l'administration pénitentiaire de respecter ce droit, dont la violation est par ailleurs sanctionnée par l'article 226-13 du code pénal.

Comme le relève la requérante, le champ du secret médical est extrêmement large, puisqu'il couvre « *l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé* », selon l'article L. 1110-4³. L'article R. 4127-4 du code de la santé publique, issu du code de déontologie médicale, précise qu'il s'agit non seulement des informations confiées au professionnel, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris⁴. En fait de secret médical, on devrait parler de secret professionnel du médecin ou, plus largement, du professionnel de santé⁵.

3

□ Les informations peuvent venir de tiers (Cass. Crim., 27 avril 2011, n° 10-82200). Tout au plus la jurisprudence pénale semble-t-elle en exclure des appréciations subjectives ne présentant pas un caractère secret ou confidentiel (Cass. Crim., 21 mars 2000, n° 99-84557).

4

□ Logiquement, vous en avez déduit que le secret médical n'était pas circonscrit au diagnostic médical, mais incluait l'ensemble des informations relatives à l'état de santé du patient (CE, 15 décembre 2010, C..., n° 330314, aux T.). Dans ses conclusions sur cette affaire, R. Keller proposait le périmètre suivant : « *toutes les informations d'ordre privé venues à la connaissance du médecin dans l'exercice de ses fonctions, que ces informations soient ou non d'ordre médical, qu'elles concernent un patient ou une autre personne* [NB : la Cour de cassation ayant une approche plus restrictive sur ce point, en jugeant que le secret médical ne joue que dans la relation avec le patient : Cass. Crim., 23 janvier 1996, n° 94-81232, au Bull.], *dès lors que leur divulgation pourrait de quelque façon que ce soit être préjudiciable à la personne concernée* » [NB : cette dernière restriction nous paraissant devoir être présumée].

5

▫ V. en ce sens : B. Py, *Le secret professionnel*, L'Harmattan.

3

Ces conclusions ne sont pas libres de droits. Leur citation et leur exploitation commerciale éventuelles doivent respecter les règles fixées par le code de la propriété intellectuelle. Par ailleurs, toute rediffusion, commerciale ou non, est subordonnée à l'accord du rapporteur public qui en est l'auteur.

Pour autant, le colloque singulier du médecin et du patient n'est pas et ne peut être une boîte noire. Des informations couvertes par ce secret peuvent voire doivent être transmises à un tiers lorsque la loi l'autorise ou l'impose – c'est ce que précise l'article 226-14 du code pénal - ou qu'une telle divulgation en est la conséquence nécessaire – c'est ce qu'a précisé votre jurisprudence (CE, 8 février 1999, Conseil national de l'ordre des médecins et autres, n° 54494, aux T. ; CE, 12 juin 1998, Conseil national de l'ordre des médecins et autres, n° 183528, aux T.). Vous examinez donc au cas par cas si le respect d'une obligation législative requiert impérativement la transmission d'informations couvertes par le secret médical, ou si l'objectif poursuivi par le législateur peut être atteint sans qu'il soit nécessaire de le transgresser.

En l'occurrence, l'une de ces exceptions est expressément prévue par l'article 45 de la loi pénitentiaire, qui renvoie à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique. Lorsqu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein de la prison, les personnels soignants qui en ont connaissance sont tenus de le signaler 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 des mesures de protection* ». L'incise relative au secret médical peut sembler malheureuse car, à l'évidence, les données à transmettre entrent dans le champ du secret médical tel que nous l'avons délimité précédemment⁶. Elle nous paraît surtout révélatrice de la conception que le législateur et, à sa suite, l'administration a du secret médical en prison. A la lecture des travaux préparatoires de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté, qui a introduit ces dispositions⁷, comme de la loi pénitentiaire⁸, on comprend que le législateur a ici

6

□ Il est tout à fait évident qu'un médecin qui informerait un tiers de la dangerosité d'un de ses patients violerait le secret médical.

7

□ Rapport en première lecture à l'Assemblée nationale, sous l'article 8. V. aussi le rapport devant le Sénat : « *La mesure proposée par le Gouvernement apparaît équilibrée. D'abord, elle respecte pleinement le secret médical. Le personnel soignant n'aurait en effet à divulguer aucun élément à caractère médical. Il serait seulement tenu de signaler un risque. Il impliquerait évidemment l'identification de la personne* ». Or le seul fait de divulguer l'identité d'un patient constitue une violation du secret médical (CE, 28 mai 1999, T... n° 189057, au Rec.).

8

□ V. l'exposé des motifs et l'intervention du sénateur About sur l'amendement dont l'article 45 de la loi pénitentiaire est issu. Ce dernier opposait le secret médical, circonscrit,

4

Ces conclusions ne sont pas libres de droits. Leur citation et leur exploitation commerciale éventuelles doivent respecter les règles fixées par le code de la propriété intellectuelle. Par ailleurs, toute rediffusion, commerciale ou non, est subordonnée à l'accord du rapporteur public qui en est l'auteur.

entendu viser une acception plus étroite de ce secret que ce qui résulte de l'article L. 1110-4, circonscrit peu ou prou aux informations proprement médicales, à savoir le diagnostic et la thérapeutique prescrite. C'est en quelque sorte le « cœur du secret médical » qui fait l'objet d'une protection absolue⁹. Concrètement, le médecin doit, par exemple, informer le responsable des risques qu'un détenu peut faire courir aux tiers, sa « dangerosité » en quelque sorte, mais il ne peut préciser la pathologie qui en est à l'origine ou la thérapeutique mise en œuvre pour la combattre. Cette interprétation est la seule qui permette de conférer un effet utile à ces dispositions.

La loi comporte d'autres dispositions qui impliquent nécessairement la possibilité d'un transfert d'informations relatives à la santé des détenus à l'administration pénitentiaire. Elle précise ainsi que les restrictions aux droits des détenus rendues nécessaires pour la sécurité, le bon ordre de l'établissement ou encore la prévention de la récidive tiennent compte de leur état de santé (art. 22 de la loi pénitentiaire) ; que l'état psychologique des détenus est pris en compte pendant leur détention (art. 46) ; et que la répartition des condamnés dans les prisons et la détermination de leur régime de détention s'effectuent compte tenu de leur état de santé (art. 717-1 du code de procédure pénale)¹⁰.

De ces dispositions et de leur économie générale, nous tirons l'idée que le législateur a entendu faire obstacle, en principe, à la divulgation des informations relatives au diagnostic et au traitement des détenus, mais permettre voire, dans certains cas, prescrire celle des autres informations normalement couvertes par le

semble-t-il, au diagnostic et au traitement, et le « secret professionnel du médecin » (alors que le commentaire du code de déontologie médicale par le CNOM indique que les deux termes sont employés indifféremment).

9

□ On retrouve la même logique dans certaines de vos décisions (V. par exemple CE, 29 juillet 2002, Préfet de police c/ A..., n° 241912, aux T., où vous indiquez que le préfet doit « donner au préfet les éléments relatifs à la gravité de la pathologie présentée par l'étranger intéressé et à la nature des traitements qu'il doit suivre, nécessaires pour éclairer sa décision », « tout en respectant le secret médical » !

10

▣ L'article D. 382 du même code précise que les médecins délivrent aux autorités pénitentiaires des attestations écrites contenant les renseignements strictement nécessaires à cette fin.

secret médical si et dans la mesure où elles sont strictement nécessaires pour garantir la sécurité des personnes ou pour assurer la compatibilité de la détention avec l'état de santé du détenu. C'est à cette réalité que renvoie la notion d'« informations opérationnelles », c'est-à-dire celles qui touchent aux conséquences de l'état de santé du détenu.

Vous constaterez que les informations dont la circulaire attaquée prévoit la communication par les professionnels de santé aux professionnels de l'administration pénitentiaire et, pour les mineurs, de la protection judiciaire de la jeunesse, n'excèdent pas le cadre ainsi défini. Relèvent de la première finalité : l'énoncé du risque sérieux pour le détenu ou pour autrui et les principaux signes d'alerte à surveiller en vue d'obtenir une demande de surveillance renforcée ponctuelle, le tout sans précision du diagnostic ; les situations susceptibles de présenter un risque pour les tiers ; le risque suicidaire ; et le risque de dangerosité au sens psychiatrique du terme en vue de prévenir des agressions. Relèvent de la seconde finalité : la réalisation des visites médicales obligatoires ; les handicaps et incapacités nécessitant une adaptation des conditions de détention ; l'identité des personnes détenues auxquelles doivent impérativement être remis des médicaments et documents médicaux avant la libération et l'existence d'une ordonnance justifiant la présence de médicaments en cellule ; les matériels médicaux nécessaires à la vie quotidienne en cas de pathologies chroniques ; la nécessité et la nature de l'hébergement dans le cadre de l'instruction des demandes de suspension de peine pour raison médicale ; et enfin l'existence d'un projet de soins élaboré avec le patient détenu en vue de le mettre en cohérence avec le projet de sortie ou d'aménagement de peine. La transmission anonyme de la découverte de cas de maladies contagieuses ou à déclaration obligatoire en vue de mettre en place un protocole adapté, quant à elle, ne met pas en jeu le secret médical.

S'agissant de l'identité des personnes détenues victimes de maltraitance, il convient de distinguer deux hypothèses :

- Pour les mineurs et les personnes majeures qui ne sont pas en état de se protéger, le 2° de l'article 226-14 du code pénal délie le médecin du secret médical dans ses relations avec l'administration ;
- Dans les autres cas, tant cet article 226-14 que l'article R. 4127-10 du code de la santé publique prévoit une information de l'autorité judiciaire, avec l'accord de l'intéressé, mais non des autorités administratives. La circulaire rappelle la nécessité d'un accord du détenu. Compte tenu des incertitudes jurisprudentielles qui entourent la question de savoir si un tel accord suffit à délier le médecin du secret médical¹¹, nous vous invitons à juger qu'en tout état de

cause, les dispositions législatives précédemment mentionnées imposent nécessairement que l'administration pénitentiaire puisse être informée d'une telle situation afin de prendre toutes mesures utiles de protection du détenu. Et si l'OIP fait valoir que le risque de représailles qui en résulte heurte l'article R. 4127-10, en ce qu'il interdit au médecin de favoriser ou de cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de son patient, une telle conséquence n'a rien d'inéluctable, et elle dépend seulement de l'usage que les destinataires de l'information en font¹².

On peut hésiter un instant en ce qui concerne les informations nominatives relatives aux maladies contagieuses nécessitant des mesures préventives. On touche en effet ici au diagnostic médical, dont on a dit qu'il était particulièrement protégé. Et l'article D. 384-1 du code de procédure pénale prévoit, au moins pour ce qui concerne la tuberculose, que le médecin propose la mise à l'isolement et « *prescrit les mesures appropriées pour éviter toute contamination du personnel et des personnes détenues* ». Dans l'absolu, il n'a pas nécessairement à révéler la nature de la pathologie. Il résulte toutefois de l'article 46 de la loi pénitentiaire que l'administration pénitentiaire doit assurer un hébergement et une cohabitation propices à la prévention des affections. De cette responsabilité découle nécessairement la possibilité pour elle de recevoir les informations médicales, notamment sur les symptômes d'une maladie contagieuse, lui permettant de détecter sa survenance ou sa propagation. En outre, en vertu de l'article L.

□ Votre jurisprudence, imprégnée de la théorie « relative » du secret médical, semble considérer qu'un tel accord suffit à délier le professionnel du secret, dès lors qu'il agit dans l'intérêt direct du patient (CE, Section, 11 février 1972, C..., n° 76799, au Rec. ; V. sol. contr. : CE, 28 mai 1999, T... n° 189057, au Rec., éclairée par les conclusions d'A. Roul). Mais tant l'existence du 2° de l'article 226-14 que la jurisprudence judiciaire (Cass. Crim., 8 avril 1998, n° 97-83656, au Bull. ; V. aussi les conclusions de R. Schwartz sur la décision du 29 décembre 2000, G... n° 211240, au Rec. ; et P. Mistretta, *Droit pénal médical*, § 543, p. 311), qui repose sur une vision plus absolutiste du secret médical, incitent à la prudence. Pour notre part, il nous semble qu'il se déduit de ce que le secret médical est institué dans l'intérêt du patient que ce dernier peut tout à fait en délier le professionnel, dès lors qu'il exprime un consentement libre et éclairé.

12

▣ Au demeurant, la circulaire n'oblige nullement le professionnel de santé à procéder à cette information, et elle n'évoque aucune autre information que l'identité des personnes maltraitées, ce qui laisse au personnel soignant toute latitude pour donner ou non des précisions au personnel pénitentiaire.

7

Ces conclusions ne sont pas libres de droits. Leur citation et leur exploitation commerciale éventuelles doivent respecter les règles fixées par le code de la propriété intellectuelle. Par ailleurs, toute rediffusion, commerciale ou non, est subordonnée à l'accord du rapporteur public qui en est l'auteur.

3113-1 du code de la santé publique, les médecins doivent transmettre à l'autorité sanitaire, dans les conditions prévues aux articles R. 3113-1 du code de la santé publique, des données individuelles relatives à certaines maladies nécessitant une intervention urgente ou dont la surveillance est nécessaire à la conduite de la politique de santé publique. Il serait tout à fait paradoxal, sinon absurde, que les responsables de l'établissement pénitentiaire eux-mêmes n'en soient pas informés. Précisons, en réponse à un moyen soulevé en réplique, que l'échange d'informations prévu par la circulaire s'applique sans préjudice de cette procédure de signalement instituée par le code de la santé publique, laquelle, à l'inverse, n'exclut en rien la mise en œuvre des règles propres au fonctionnement des établissements pénitentiaires. Chaque procédure a son objet propre.

La nature des informations transmissibles ne nous paraît donc pas discutable, et l'argumentation de l'association est d'ailleurs légère sur ce point. Son principal grief porte sur le périmètre des destinataires des informations. C'est assurément le point le plus délicat.

Comme on l'a dit, la circulaire prévoit que l'information est partagée, notamment, au sein de la commission pluridisciplinaire unique, qui suit le parcours d'exécution de la peine de chaque détenu. Selon l'article D. 90 du code de procédure pénale, celle-ci comprend, outre le directeur de l'établissement ou son représentant qui la préside, et un responsable du secteur de détention de l'intéressé, le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), un représentant du service du travail, un représentant du service de la formation professionnelle et un représentant du service d'enseignement. La composition de l'équipe pluridisciplinaire, pour les mineurs, est comparable (V. art. D. 514 CPP).

L'article L. 6141-5 du code de la santé publique prévoit que les informations sur la dangerosité des détenus sont transmises au directeur de l'établissement. Il va de soi qu'il peut, et même doit, les partager avec les personnels chargés de mettre en œuvre les mesures de protection. Il en va de même pour les autres exceptions. On peut, en revanche, sérieusement douter que l'ensemble des membres de la CPU ou de l'EP aient vocation à tirer des conséquences de la divulgation des données figurant dans le tableau joint à la circulaire. Ainsi, on ne voit pas pourquoi les services du travail ou de la formation professionnelle devraient être destinataires d'informations sur des détenus qui ne les fréquentent pas. De même, il n'est pas utile pour ces services de savoir qu'un détenu s'est vu délivrer une ordonnance justifiant la présence en cellules de médicaments, ou qu'il doit se voir remettre des médicaments avant sa libération.

Il nous semble toutefois que vous pouvez donner une interprétation neutralisante de la circulaire. Certes, sauf exceptions, il est prévu un partage dit « systématique » de l'information. Mais nous comprenons cette expression comme visant les professionnels

de santé, qui sont censés, sous réserve de leur propre appréciation, livrer les renseignements en cause à l'administration pénitentiaire. Il n'en résulte pas qu'en toutes circonstances, tous les membres de la CPU ou de l'EP auraient vocation à les connaître. Nous vous proposons donc de préciser qu'en toute hypothèse, il appartient au directeur de l'établissement ou à son représentant de veiller à ce que l'information ne soit accessible qu'aux personnels ayant besoin d'en connaître. C'est ainsi qu'a été conçue, par exemple, la base de données dite GIDE (gestion informatisée des détenus en établissement), qui prévoit un « cahier de liaison électronique » comportant des informations couvertes par le secret médical, au sens large du terme. Le décret créant cette base précise que les membres de la CPU peuvent y accéder « *dans la limite du besoin d'en connaître* ». Vous avez validé cette construction dans votre décision du 11 avril dernier, Ligue des droits de l'homme et autres (n°s 352473-352527). Nous vous invitons à en reprendre la logique.

En l'occurrence, même si la mise en œuvre de cette obligation ne sera pas aisée sur le terrain, le président de la CPU devra organiser l'ordre du jour et les débats de telle sorte que des informations couvertes par le secret médical, au sens large, ne soient pas divulguées à des personnes qui ne seraient pas susceptibles d'en avoir besoin dans l'exercice de leur mission¹³. Il pourra y être aidé par le membre du personnel soignant amené à assister aux réunions de la CPU ou de l'EP, en fonction de l'ordre du jour, conformément aux dispositions des articles D. 90 et D. 514 du CPP, que rappelle la circulaire.

L'association requérante conteste toutefois la légalité d'une telle participation, en excipant de l'illégalité des articles réglementaires du CPP qui la prévoient. Elle invoque l'article 48 de la loi pénitentiaire, qui interdit de demander aux médecins et personnels soignants intervenant en milieu carcéral un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues, ou une expertise médicale. A l'évidence, le terme d'« actes » doit s'interpréter de manière plus large que celui d'« actes médicaux », puisqu'un acte médical n'est, par définition, pas dénué de tout lien avec les soins. Il vise donc l'ensemble des agissements du personnel soignant de la prison. Les travaux préparatoires de la loi pénitentiaire révèlent que, dans l'esprit du Gouvernement, qui s'était opposé à l'amendement dont ces dispositions sont issues, celles-ci risquaient de remettre en cause la démarche pluridisciplinaire qu'incarne la CPU. De fait, le rapport

13

¹³ Précisons, même si cela ne peut justifier un partage du secret médical, que l'article D. 90 du CPP rappelle que les membres de la CPU sont astreints à une obligation de discrétion professionnelle.

public 2014 de la Cour des comptes a révélé que des praticiens se retranchaient derrière le secret médical pour refuser d'y prendre part (V. p. 266).

Mais nous vous proposons d'écarter le grief. D'une part, cette disposition législative doit se combiner avec l'article L. 6141-5 du code de la santé publique, dont il résulte une obligation d'information à la charge du personnel soignant. Peu importe alors que cette transmission d'informations prenne la forme d'un écrit ou d'une intervention orale à la CPU. D'autre part, la délivrance des informations que nous avons mentionnées, en particulier celles qui relèvent de la seconde finalité, n'est pas dénué de lien, voire a pour objet même de préserver la santé des personnes détenues, qu'il s'agisse de l'intéressé dont la situation est examinée ou de ses co-détenus. La rédaction de l'article 48 a précisément été modifiée en commission mixte paritaire pour faire ressortir que le médecin en milieu carcéral n'est pas seulement le médecin traitant d'un détenu, mais un acteur de la politique de santé publique au sein de l'établissement. Et de même que l'avis du médecin intervenant en prison sur la compatibilité d'un régime de détention avec l'état de santé d'un détenu n'a pas le caractère d'une expertise (CE, 31 octobre 2008, Section française de l'OIP, n° 293785), vous pourrez juger que la simple délivrance des informations litigieuses n'en relève pas davantage.

Vous pourrez écarter sans difficulté le dernier moyen tiré de la méconnaissance de la loi dite CNIL (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). La Section française de l'OIP soutient que la circulaire prévoit la création de fichiers qui devraient être autorisés par décret en Conseil d'Etat, et dont la finalité aurait dû être explicitée. Mais la circulaire ne prévoit rien de tel lorsqu'elle énonce que « *le partage d'informations est organisé dans le cadre de procédures et outils formalisés au sein des commissions* ».

PCMNC au rejet de la requête.