

Attribuer une décision n'est pas organiser son contrôle

Ce qu'une garantie de contrôle humain doit préciser, et que le nom du signataire laisse indéterminé

Trois régimes de revue

Un accord de mitigation réglementaire conclu entre le Utah Department of Commerce et la société Doctronic, rendu public le 6 janvier 2026, autorise le renouvellement d'ordonnances par un système d'intelligence artificielle. Le périmètre est étroit : renouvellements de 30, 60 ou 90 jours sur des médicaments déjà prescrits, pathologies chroniques et santé mentale, hors substances contrôlées, à l'intérieur d'une liste approuvée, sans prescription nouvelle ni modification de plan de traitement.

La page publique du programme énonce la garantie ainsi : les renouvellements sont signés et approuvés par un médecin autorisé à exercer, « *either directly or vicariously through the AI system's protocol* ».

L'accord est plus instructif que la formule. Il organise trois régimes de revue successifs. D'abord une revue de chaque décision *avant transmission à la pharmacie*. Ensuite une revue de chaque décision, mais *rétrospective*. Enfin une revue périodique portant sur un échantillon mensuel de 5 à 10 % des renouvellements traités, complétée d'une analyse trimestrielle des cas escaladés et d'une revue annuelle des indicateurs.

Deux précisions de statut. Le document initial fixait des seuils de progression en nombre de patients ; ces critères ont été amendés depuis, la page officielle décrivant désormais une éligibilité par groupe de médicaments. L'analyse porte sur l'architecture de revue, non sur les seuils applicables aujourd'hui. Et rien n'établit publiquement, dans les sources consultées au 15 septembre 2026, qu'une transition de régime ait eu lieu : il s'agit de régimes prévus, pas de pratiques observées.

Ce qui change, ce qui ne change pas

Entre le premier et le deuxième régime, la revue ne disparaît pas. Elle porte toujours sur la totalité des décisions. Ce qui change est sa *temporalité* : elle passe d'avant la transmission à la pharmacie à après. Entre le deuxième et le troisième, deux choses changent ensemble. La *couverture* tombe de la totalité à un échantillon. Et la cadence

programmée devient mensuelle, ce qui doit conduire, sauf effet des autres canaux, à une détection plus tardive que dans un examen conduit peu après l'émission.

Le taux de 5 à 10 % caractérise une modalité de revue programmée, pas l'ensemble de l'intervention humaine. Trois canaux d'escalade subsistent dans les trois régimes : le pharmacien conserve autorité pour saisir un médecin, le patient peut demander une revue à tout moment, et le système renvoie automatiquement les cas dont la complexité dépasse des seuils prédéfinis. Toute lecture du chiffre exige donc son dénominateur, et le cumul des canaux suppose de ne pas compter deux fois les mêmes décisions.

Pendant ces variations, un terme ne bouge pas : le nom du médecin reste attaché à l'ordonnance dans les trois régimes. Que les obligations et la responsabilité attachées à ce nom soient identiques d'un régime à l'autre est une autre question, que le contrat ne tranche pas.

De là suit la proposition centrale. *Deux dispositifs peuvent afficher la même attribution, et même la même couverture de revue, en offrant des capacités de prévention différentes.* Le nom du signataire n'indexe ni la temporalité, ni la couverture, ni l'efficacité du contrôle.

Ce qu'une garantie doit dire

Le vocabulaire courant dit qu'un dispositif comporte ou ne comporte pas un contrôle humain. C'est un vocabulaire binaire pour un objet qui ne l'est pas. Décrire l'organisation d'un contrôle demande au minimum trois dimensions, auxquelles s'ajoutent deux caractéristiques qu'elles ne capturent pas.

La *temporalité* : position de l'intervention par rapport à l'exposition de la personne, et délais associés. La *couverture* : décisions examinées, mode de sélection de l'échantillon, canaux complémentaires. La *capacité d'action* : autorité pour imposer une correction, moyens techniques de l'appliquer, exécution et vérification de cette correction.

S'y ajoute la *qualité de l'examen* : compétence du professionnel, information dont il dispose, capacité effective à détecter l'erreur, indépendance de son jugement. Elle n'est pas séparable des trois premières, puisqu'un temps d'examen contraint en dégrade la profondeur et qu'une couverture élevée en augmente la charge, mais elle ne s'en déduit pas. Deux dispositifs peuvent partager la même temporalité, la même couverture et les mêmes moyens d'action en détectant des proportions très différentes d'erreurs.

S'y ajoutent enfin les *finalités poursuivies*, et la manière dont leur réalisation est mesurée. La section suivante y revient, car elles décident de la lecture du troisième régime.

Ensemble, ces éléments forment une description minimale de l'organisation du contrôle, pas une caractérisation complète de sa garantie. C'est un plancher de spécification, et c'est déjà davantage que ce que fournit un nom.

Domaine de validité. La thèse porte sur ce qu'une attribution permet d'établir, pas sur la sécurité du pilote de l'Utah. Elle ne disqualifie pas la supervision par échantillonnage : une surveillance par exceptions dotée d'une capacité d'arrêt peut être substantielle, et un contrôle substantiel n'exige pas une revue universelle.

L'antériorité

Distinguer le contrôle exercé avant l'effet de celui exercé après n'a rien de neuf. La comptabilité publique française sépare le contrôle financier a priori du contrôle a posteriori. L'audit interne oppose contrôles préventifs et contrôles détectifs. Les marchés financiers distinguent de longue date conformité *pre-trade* et *post-trade*, précisément parce qu'un même taux de couverture ne protège pas de la même manière des deux côtés de l'exécution.

Sur ce pilote, la distinction est déjà nommée. Michelle M. Mello, dans JAMA Health Forum du 19 mars 2026, décrit une revue médicale intervenant avant action pour les premiers patients, puis rétrospective pour la cohorte suivante, et relève l'absence d'évaluation indépendante prévue après déploiement.

La médecine connaissait par ailleurs des dispositifs où un professionnel répond d'actes qu'il n'examine pas un par un, l'ordonnance permanente ou le protocole de coopération, le délégataire restant un professionnel qui peut refuser et dont l'appréciation est elle-même un examen. Ce que l'automatisation élargit n'est pas l'idée de placer l'intervention humaine à tel ou tel point du circuit, qui était déjà un choix d'organisation. C'est la possibilité de déplacer ce point, ou de supprimer certaines interventions individuelles, sans que le circuit s'y oppose.

Spécifier, mesurer, évaluer

Une objection sérieuse attend ici : ce qui compte n'est pas combien de dossiers un médecin regarde, mais le solde. Erreurs évitées ou introduites, qualité de l'orientation, interruptions de traitement épargnées, charge transférée aux pharmaciens et aux patients. Le nombre de dossiers examinés est une mesure de processus, et une mesure de processus n'est pas une mesure de bénéfice clinique.

L'objection est juste et elle réduit la portée de ce qui précède. Elle ne rend pas le solde souverain pour autant : un bénéfice net moyen favorable peut recouvrir un préjudice concentré sur un sous-groupe ou une dégradation de l'accès au recours.

Trois opérations se confondent dans ce débat, et les distinguer le clarifie sans trancher les arbitrages. *Spécifier* le contrôle prévu, *mesurer* son exécution réelle, *évaluer* ses conséquences. Les dimensions décrites plus haut servent les deux premières. Elles ne rendent pas la garantie clinique évaluable avant toute donnée, et une déclaration

contractuelle de délais n'établit pas les délais réels. On peut d'ailleurs mesurer des pratiques, des délais et des erreurs sans spécification préalable ; ce qui manque alors est une référence déclarée permettant de juger la conformité des pratiques à la promesse.

Qui est protégé

Corriger le dossier examiné et prévenir les erreurs sur les dossiers suivants ne sont pas la même opération.

Une revue tardive perd en capacité d'interception sur le cas examiné. Elle conserve, et parfois augmente, une autre valeur : limiter des conséquences encore évolutives, détecter une erreur systématique plutôt qu'isolée, déclencher la suspension du dispositif, prévenir les erreurs à venir. Un échantillonnage mensuel ne constitue pas une barrière préalable pour l'ensemble des décisions ; il peut être un bon instrument de surveillance du système.

Deux populations bénéficient donc d'une protection, le patient dont le dossier est examiné et les patients suivants, tandis que le dispositif lui-même est l'objet surveillé. Un contrôle peut servir plusieurs de ces finalités à la fois. Une spécification utile ne choisit pas entre elles : elle dit lesquelles elle poursuit et comment leur réalisation est mesurée.

Ce que le règlement prescrit, ce qu'il laisse à traduire

L'article 14 du règlement (UE) 2024/1689 impose que les systèmes à haut risque puissent être supervisés par des personnes physiques pendant leur période d'utilisation. Son paragraphe 3 exige que les mesures de supervision soient proportionnées aux risques, au degré d'autonomie et au contexte d'usage. Son paragraphe 4 énumère des capacités : comprendre, interpréter, décider de ne pas utiliser le système, en écarter, annuler ou inverser la sortie.

C'est une exigence générale et proportionnée, non une exigence purement déclarative. L'absence de taux universel ne signifie pas l'absence de spécification opérationnelle : elle signifie que la spécification est renvoyée au concepteur et au déployeur, en fonction du risque et du contexte.

Le paragraphe 5 offre, dans cet article, la prescription de vérification préalable la plus explicite. Pour les systèmes d'identification biométrique à distance visés au point 1 a) de l'annexe III, aucune action ni décision ne peut être prise par le déployeur sur la base d'une identification tant que celle-ci n'a pas été vérifiée et confirmée séparément par au moins deux personnes physiques. Le texte y fixe le moment, la couverture et la redondance, et assortit la règle d'une exception lorsque le droit de l'Union ou national juge cette double vérification disproportionnée dans certains usages répressifs, migratoires, frontaliers ou d'asile.

Partout ailleurs, traduire l'obligation générale en modalités vérifiables revient au concepteur et au déployeur. Les dimensions décrites plus haut en fournissent une traduction partielle, centrée sur l'organisation de l'intervention. Elles n'épuisent pas les exigences du règlement.

La conséquence contractuelle

Une clause, une attestation ou une réponse à appel d'offres promettant un contrôle humain devient exploitable si elle décline les éléments ci-dessus au lieu de se contenter d'un responsable désigné. À défaut, la promesse ne permet pas d'apprécier une capacité préventive. Un audit peut toujours en constater l'insuffisance de spécification, rechercher les pratiques effectives, examiner d'autres dimensions ; il travaillera sans point de comparaison déclaré.

Une relation conditionnelle oriente l'arbitrage : plus les conséquences d'une erreur sont irréversibles, plus la prévention avant exposition devient déterminante, et moins une surveillance rétrospective peut en tenir lieu. C'est la seule règle générale que ce dossier autorise.

Limites

Le dossier documente ce qu'un contrat prévoit et ce qu'un opérateur déclare. Il ne documente ni l'exécution réelle, ni ce que les contrôleurs vérifient, ni ce que les juridictions sanctionnent.

La capacité d'action est posée comme dimension et non mesurée. L'établir exigerait les délais réels de transmission, de délivrance et de première prise, mais aussi l'autorité effective de l'examineur, ses moyens et la vérification des corrections décidées. Rien de cela ne figure dans les sources consultées.

L'accord initial énonce ses déclencheurs de progression en nombres et liste ses indicateurs de performance, concordance entre médecin et système, taux d'approbation, taux d'escalade par le patient et par le pharmacien, sans énoncer de seuil chiffré sur ces indicateurs. C'est une observation sur ce document dans sa version initiale, et non une conclusion sur le protocole ni sur les critères en vigueur.

Clôture

Onze des quatorze membres du conseil médical de l'Utah ont demandé la suspension du pilote, en insistant sur la réévaluation clinique, le risque d'interactions et l'absence de consultation préalable du conseil. La réponse de l'État, elle, explicite les régimes de revue et le taux du premier d'entre eux. L'échange rend donc visibles la temporalité et la couverture, ce qui montre assez que ces termes sont disponibles quand la garantie est discutée.

C'est le nom du signataire qui ne les porte pas. L'horodatage d'une signature n'établit pas, à lui seul, quand ni comment le dossier a été examiné.

Bibliographie

- Doctronic Regulatory Mitigation Agreement, Utah Department of Commerce, version initiale. <https://commerce.utah.gov/wp-content/uploads/2026/01/Doctronic-Final-Agreement.pdf>
- Office of Artificial Intelligence Policy, page du pilote Doctronic, incluant les critères de transition amendés. <https://commerce.utah.gov/ai/regulatory-relief/authorized-ai-pilots/doctronic/>
- Lettre du Utah Medical Licensing Board. <https://commerce.utah.gov/wp-content/uploads/2026/04/doctronic-letter-from-medical-board.pdf>
- Réponse du Utah Department of Commerce au Medical Board, 21 avril 2026. <https://commerce.utah.gov/wp-content/uploads/2026/04/Medical-Board-Doctronic-Response.pdf>
- Règlement (UE) 2024/1689, article 14, dans la reproduction publique consultée, qui indique reprendre le texte de juin 2024 ; l'existence d'une consolidation ultérieure n'est pas établie ici.
- Michelle M. Mello, « Utah's Experiment With AI-Driven Prescription Renewals », JAMA Health Forum, 19 mars 2026. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2026.1001>