

---

URGENCES  
□□□□□ 2011



## Chapitre 26

# Responsabilité médicale et télémédecine

*J.M. COURBET*

---

### Points essentiels

- La télémédecine est devenue récemment un acte reconnu par le législateur.
- Les obligations de la télémédecine sont proches de celles de la médecine classique :
  - information du patient et obtention de son consentement,
  - maintien du secret médical,
  - respect d'un protocole,
  - vérification de la compétence des intervenants,
  - archivage sécurisé et confidentialité du dossier.
- La régulation médicale est un acte médical qui repose sur un entretien singulier entre le médecin et l'appelant ou une personne de l'environnement de la personne en détresse.
- La régulation médicale ressort de la responsabilité médicale pour faute.
- L'éloignement entre le médecin et le patient augmentent les risques de commettre une faute.

---

*Correspondance* : Jean-Maxime Courbet, Avocat, Les marches du palais, 4, avenue Pierre Sémard, 84000 Avignon. Tél. : 04 32 74 30 90. Fax : 04 32 74 01 44. E-mail : courbet@themajuris.com

C'est au terme d'un long processus itératif que la loi du 21 juillet 2009 a établi la définition de la télémédecine en droit français :

L'article L 6316-1 dispose « 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. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer pour un patient à risque un suivi à visée préventive ou un suivi à visée postthérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. La définition des actes de télémédecine ainsi que leur condition de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique » (1).

On ne peut imaginer plus large champ... opératoire !

Mais on a acquis des certitudes : c'est un acte médical et nous reviendrons sans cesse au cours de l'analyse à cette idée que nous sommes en matière de pratique médicale, fût-elle distanciée...

Le décret du 19 octobre 2010 vient préciser les données de la loi : la régulation médicale des urgences est définitivement incluse dans la télémédecine. Le décret devra être interprété car il laisse des zones d'ombre en utilisant un langage « ouvert » : « un professionnel de santé peut être présent... », « le cas échéant »,...

Le décret confirme la nécessité d'appliquer les principes généraux appliqués aux actes médicaux et notamment l'information du patient... sauf urgence... (2).

L'article **L 1142-1** du Code de la Santé fige le principe de responsabilité régissant les relations entre le médecin et son patient : « Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé... ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute » (3).

Le principe posé par le législateur est celui d'une responsabilité pour faute, la loi venant rejoindre l'élaboration prétorienne de la responsabilité médicale. Ce principe est général et l'acte de télémédecine étant un acte de pratique médicale, il s'applique à la télémédecine.

Un arrêt de la Cour de cassation du 17 janvier 2008, précise que seule la faute du patient peut exonérer totalement ou partiellement le médecin, cette faute devant au surplus et selon une jurisprudence constante, avoir un caractère imprévisible (4).

La responsabilité civile générale du médecin ainsi définie viendra souvent au soutien de la responsabilité administrative disciplinaire gérée par l'ordre des médecins ayant en charge l'application des règles déontologiques.

## 1. Le cadre déontologique et juridique des responsabilités engagées au cours des actes de télé médecine

Jusqu'en 2004, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) « interdit l'exercice de l'acte médical à distance », position confirmée par les juridictions administratives. La loi du 13 août 2004 marque une étape importante en mettant un terme à l'interdiction de la médecine à distance (5). Mais c'est la loi du 21 juillet 2009 qui est venue libérer la pratique puisqu'elle reconnaît la Télé médecine comme médecine à distance. L'article L 6316-1 du Code de Santé Publique qui donne un statut à la télé médecine, est inclus dans le titre réservé à la médecine d'urgence. C'est une information importante sur l'état d'esprit du législateur (1). Cette situation est certainement due au fait que la médecine d'urgence est largement antérieure à la reconnaissance de la télé médecine dont elle est nécessairement la tête de pont du fait d'une pratique largement éprouvée. Il est sûr que si la télé médecine ne se réduit pas à l'urgence, le traitement des urgences est une majeure de la télé médecine.

En matière déontologique, on peut résumer la situation aux préconisations émises par le CNOM en janvier 2009 pour pratiquer un acte médical par télé médecine (6). Ces principes peuvent se résumer à :

- l'information du patient et l'obtention de son consentement restent la base essentielle de la relation médecin-patient ;
- le maintien du secret médical ;
- le respect d'un protocole ;
- le partage des responsabilités entre le médecin prescripteur et le médecin réalisateur ;
- la nécessité de clarté ;
- la bonne connaissance des techniques utilisées ;
- la vérification de la compétence des intervenants ;
- l'archivage sécurisé et la confidentialité du dossier.

Ces prescriptions restent proches des obligations de la médecine classique et on peut d'ores et déjà constater qu'antérieures à la loi, elles sont restrictives. D'une manière générale, on constatera que le Conseil National de l'Ordre des Médecins est généralement très prudent, voire réservé sur les innovations au regard des implications juridiques pouvant en découler tant pour les praticiens que pour les patients.

### 1.1. Le fondement juridique de la responsabilité dans le cadre de la téléconsultation

#### 1.1.1. Les principes généraux

Depuis l'arrêt Mercier du 20 mai 1936, le droit positif reconnaît à la responsabilité médicale un caractère contractuel (7). Cependant, en matière de télé médecine,

- le patient ne choisit pas le médecin requis, et donc, le lien de confiance qui préside généralement à la relation médecin/patient n'existe pas ;
- il peut y avoir un tiers intermédiaire non professionnel ;
- il y a utilisation d'une technologie de communication.

En effet, l'application de la théorie contractuelle à la téléconsultation sans intermédiaire entre le médecin dit « requis » et le patient, devient très aléatoire dans la mesure où le contrat médical est la matérialisation du lien existant entre le médecin et son patient au long de l'acte médical (diagnostic, prescription, traitement, surveillance). La seconde possibilité est de reconnaître à la responsabilité médicale un caractère délictuel ou quasi-délictuel qui repose sur trois éléments fondamentaux : une faute, un dommage et un lien de causalité entre la faute et le dommage (article 1382 du Code Civil), la charge de la preuve incombant au demandeur, c'est-à-dire à la victime du dommage, le patient, qui devra également prouver le préjudice subi (8). Il s'avère qu'en matière de télémedecine, seule la seconde option se justifie. De toute manière, le caractère « technique » du contrat liant le patient au médecin va exiger des moyens de preuve inhabituels en matière contractuelle puisqu'il va être nécessaire de recourir de façon systématique à une expertise pour définir l'impact réel de l'acte prétendument litigieux sur la santé du patient (et donc le préjudice) et le lien de causalité, comme en matière quasi-délictuelle.

C'est également à l'occasion de l'expertise que seront examinés les antécédents ou les causes extérieures susceptibles d'alléger ou annuler la responsabilité du médecin distant. Sur ce sujet, la jurisprudence française développe la théorie dite de l'équivalence des causes : « lorsque plusieurs fautes successives ont concouru à la réalisation du dommage, la faute « sine qua non », en l'absence de laquelle il n'aurait pas résulté de préjudice doit être réputée causale » (9).

Ces principes posés, il convient de rappeler que l'appréciation de la faute comme celle des causes d'exonération est un élément de fait relevant du pouvoir souverain des juges du fond. À ce stade, nous pouvons dire que la télémedecine, acte médical est traitée à l'identique de la médecine classique même si en télémedecine, la faute médicale peut revêtir des aspects un peu différents... puisqu'en matière de téléconsultation, le geste maladroit est exclu !

Les causes d'exonération de responsabilité devraient être les causes classiques : la force majeure, le fait d'un tiers ou la faute de la victime. La Cour de Cassation rappelle cependant que « *le fait non imprévisible ni évitable de la victime constitue une cause d'exonération partielle pour celui qui a contracté une obligation déterminée de sécurité que s'il présente un caractère fautif* ». Au surplus, cette faute partiellement exonératoire, doit être « *relativement grave* ». En médecine, d'une manière générale, seule la rétention volontaire d'information de la part du patient constitue une cause exonératoire de responsabilité pour le médecin. La Cour de cassation a confirmé le 17 janvier 2008, que seule la faute du patient peut exonérer totalement ou partiellement le médecin, cette faute devant au surplus et selon une jurisprudence constante, avoir un caractère imprévisible (10).

La responsabilité médicale en matière de télémedecine connaît cependant une limite posée par la jurisprudence depuis le 8/11/2000 : c'est l'exclusion de la responsabilité personnelle du médecin de l'aléa thérapeutique (11). Maître Jean-François Carlot sur le site « Jurisques » écrit en 2008 qu'en fait l'obligation de moyen du médecin et la nécessité d'une faute sont en train de devenir une « obligation de sécurité-résultat » dont une des composantes est l'aggravation de la responsabilité collective des établissements de santé (ex. : présomption de responsabilité en matière d'infections nosocomiales jusqu'à preuve contraire) (12).

## 1.2. Une responsabilité supplémentaire

L'éloignement entre le médecin et le patient augmentent les risques de commettre une faute : le médecin doit-il avoir en charge ce supplément d'aléa ? Le spectre de la responsabilité s'élargit aussi dans la mesure où la faute peut aussi être commise dès la prise de dispositions de mise en sécurité du patient et l'appréciation de l'urgence (ou pas) alors que le médecin n'a pas toutes les cartes en main. Les préconisations du Conseil de l'Ordre des Médecins de janvier 2009 (CNOM) contenues dans son livre blanc sur la Télémedecine affirment clairement que « *les droits des patients s'imposent de la même manière dans les situations de télémedecine que dans le cadre aujourd'hui habituel des soins* ».

### 1.2.1. L'obligation d'informer

L'application à la télémedecine des dispositions légales protectrices du patient qui s'appliquent au même titre qu'en médecine classique aggravent la responsabilité du médecin distant.

L'article 16.3 du Code Civil dispose « qu'il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui (13). Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ». L'article L1111-4 du CSP, modifié en 2005, précise « sauf impossibilité ou urgence ». Situation confirmée par l'article R6316-2 du CSP (décret du 19 octobre 2010) qui se réfère à l'article L1111-4 (14, 15). Le Conseil d'État dans un arrêt du 5 janvier 2000 précise que le consentement doit être « éclairé » et qu'en cas d'urgence rendant l'information impossible, « la seule circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les praticiens de leurs obligations » (16) et la Cour de cassation décide que c'est au médecin de prouver qu'il a rempli cette obligation d'information (17). En outre, la preuve de la transmission au patient de l'information ne signifie pas nécessairement la preuve du consentement car le médecin devra également prouver qu'il a informé le patient de l'existence de la transmission des données, les risques et la sécurité, sur la nature et la portée de l'acte médical à venir, sur les conditions de sa réalisation et sur le rôle des outils utilisés. Il faut être conscient qu'en matière d'urgence, le médecin sera en permanence confronté au dilemme entre l'obligation de porter secours et l'engagement de sa responsabilité.

### 1.2.2. La responsabilité du « dispositif médical »

La pratique de la télémédecine nécessite l'utilisation d'outils technologiques qui véhiculent les informations : mise à disposition du dossier médical du patient par internet ou tout autre moyen de communication, visioconférence, téléphone notamment...

La jurisprudence française impose aux établissements et aux médecins la responsabilité du « dispositif médical » c'est-à-dire des outils utilisés qui sont considérés comme « un outil de diagnostic, de prévention, de contrôle et de traitement ». Comme l'écrit M. Croels : « Le médecin semble tenu d'une obligation de résultat notamment quant à la non-dangereusité du matériel qu'il utilise et à une obligation de moyen quant à l'acte médical qu'il réalise grâce à lui » (18). Les « tiers technologiques » que sont les fabricants, vendeurs de matériels, développeurs de logiciels, fournisseurs d'accès à internet, opérateurs de télécommunications seront en général l'objet d'une action récursoire de la part des médecins recherchés par les patients, notamment sur la base de la responsabilité des produits défectueux.

On le voit, le contenu des contrats qui lient les « tiers technologiques » au médecin, où à la structure qui emploie le médecin, devient essentiel. Pour ce qui concerne les opérateurs de télécommunications autorisés à exploiter un réseau ouvert de télécommunications au travers duquel les données sont acheminées, ils sont tenus de respecter les conditions de sécurité définies au sein d'un cahier des charges tenant notamment aux « conditions de permanence, de qualité et de disponibilité des réseaux » mais également aux conditions de confidentialité et de neutralité au regard des messages transmis et des informations liées aux communications. À défaut du respect de ce cahier des charges et de ces conditions, l'autorisation d'exploitation peut être suspendue ou supprimée par le ministère de la Santé.

Le décret d'application du 19 octobre 2010 renvoie l'organisation de la télémédecine à des arrêtés ministériels à venir ou à la mise en place de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou encore de contrats entre les praticiens et les ARS. Il faudra donc attendre pour la mise en place des clauses-types de protocole : données techniques et responsabilités notamment. Le décret du 4 janvier 2006 est venu préciser les conditions de l'hébergement des données de santé en prévoyant notamment le principe de l'agrément des hébergeurs (dossier juridique, technique et économique) pour une durée de 3 ans (19). Ce texte prévoit également que la conservation d'informations concernant la santé des patients doit obligatoirement donner lieu, si elle est externalisée, au recours à un hébergeur agréé (20). Par ailleurs, le médecin devra également veiller à la conservation des échanges (archivage des communications téléphoniques etc.) qui pourra être utile en cas de litige ultérieur (21).

### 1.2.3. L'obligation de donner des soins

Dans la multitude des obligations imposées aux médecins, il en est une qui mérite un développement particulier dans la mesure où la situation d'urgence est

particulière. La possibilité pour un médecin de refuser de soigner un patient a en effet deux limites qui trouvent leur pleine expression dans le sujet qui nous occupe :

- une limite déontologique : « 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 » et encore : « Tout médecin qui se trouve en présence d’un malade ou d’un blessé en péril ou, informé qu’un malade ou un blessé est en péril doit lui porter assistance ou s’assurer qu’il reçoit les soins nécessaires » (22, 23) ;
- aggravée par une limite pénale contenue dans l’article 223-6 du Code Pénal qui punit l’omission de porter secours : « quiconque s’abstient volontairement de porter à une personne en péril l’assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours » (24).

#### 1.2.4. La responsabilité du fait des personnels non sanitaires

Lors de toute intervention d’urgence, du personnel non sanitaire, formé ou non aux premiers secours, peut être amené à intervenir. Dès lors qu’un médecin va intervenir, ce médecin va avoir autorité sur l’exécutant, quel qu’il soit. Le médecin a en effet « pour mission d’organiser, de diriger et de contrôler l’activité » tout au long de l’action dès lors que celle-ci est considérée comme à risque, ce qui est le cas en général d’une intervention de secours. La responsabilité est lourde dans la mesure où, dans ce système où les informations de nature médicale doivent circuler très vite, le médecin va porter la responsabilité non seulement de l’analyse de la situation, mais également celle de la qualité des informations transmises.

## 2. Deux applications des principes de responsabilité

### 2.1. Télémédecine et secret médical

Le respect du secret médical est un corollaire du droit des patients comme la plupart des droits des patients qui se matérialisent, en fait, par des obligations à la charge du médecin : le médecin va avoir en charge, à un double titre, légal et déontologique, la protection du secret médical :

- d’une part, l’article 4 du Code de Déontologie Médicale dispose que : « Le secret professionnel, institué dans l’intérêt des patients, s’impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi » ;
- d’autre part, l’article 226-13 du Code Pénal dispose quant à lui : « La révélation d’une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d’une fonction ou d’une mission temporaire, est punie d’un an d’emprisonnement et de 15 000 euros d’amende » (25).

L’autorisation donnée au médecin par le patient de divulguer des informations le concernant a une portée « élastique » et, si le patient a subi un préjudice, le juge

pourra poursuivre le médecin pour violation du secret médical, en dépit même de l'autorisation donnée par le patient.

Toute violation de ces droits du patient peut générer un préjudice susceptible d'engendrer une réparation suivant les principes du droit commun, auxquels s'ajoutent des droits individuels spécifiques fondés sur un a priori de vulnérabilité du patient. Soulignons que devant la difficulté d'apporter une preuve négative, la jurisprudence française a transféré au médecin la charge de la preuve.

La question qui se pose est de savoir comment la télémédecine peut respecter et faire respecter le droit au respect de la vie privée (article 9 du Code Civil) et au secret des informations et le droit à la dignité ? (26). Le médecin étant distant, en cas de téléconsultation, les échanges avec le patient vont avoir lieu le plus souvent par internet et par téléphone : des informations les plus générales sur son identité, son adresse, son métier aux informations les plus intimes sur son état de santé vont pouvoir être échangées. Rappelons que l'obligation du secret sur le dossier médical, fût-il dématérialisé, reste absolue. La loi informatique et liberté du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004 définit d'une manière étendue les données à caractère personnel (27, 28).

Les données des malades sont des données nominatives et sensibles. La collecte ou le traitement des données relatives à la santé sont soumises au principe d'interdiction assorti d'exceptions (Traitements nécessaires aux fins de médecine préventive, traitements nécessaires aux fins de diagnostics médicaux, traitements nécessaires à l'administration de soins et traitements, gestion de services de santé). Les orientations du plan Hôpital 2012 tendent à « l'accélération de la mise en œuvre des systèmes d'information hospitaliers » et précisent qu'une attention particulière sera portée aux projets de télémédecine visant à optimiser l'utilisation des ressources médicales : ce plan devra, au fur et à mesure de sa mise en place, prendre en compte les contraintes du secret médical (29).

En matière de téléconsultation, c'est essentiellement le droit à la protection des informations qui pourra soulever des difficultés. Il pourra, en effet, se révéler indispensable au médecin distant appelé à prendre des décisions, d'obtenir des informations sur le passé médical du patient : images, relevés d'examen, pathologies mais aussi sur sa vie privée : voyages, lieu de travail, sexualité... Ces informations sont appelées à circuler et le risque est notamment la captation d'informations sur le réseau internet. La mise en place de réseaux sécurisés est donc primordiale.

Il faut noter ici que le juge français fait preuve sur le sujet d'un très grand pragmatisme et que le patient dispose d'un arsenal de textes pour garantir ses droits : article 226-16 et suivants du code pénal et bien sûr, les articles 1382 et 1383 du Code Civil (30, 31). Rappelons également que le CNOM pose certains principes comme l'interdiction de l'annonce d'un diagnostic engageant le pronostic vital par télécommunication ou l'interdiction de faire usage de la Télémédecine si le patient, conscient et libre, refuse d'y recourir.



La question s'est posée de l'obligation au secret du médecin requis : aucune jurisprudence n'est venue lui imposer clairement cette obligation et la doctrine est très discrète mais, les principes généraux de déontologie ne semblent pas pouvoir être exclus en matière de Télémedecine. La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) permet le suivi en assurant une information sur les dispositifs techniques, en « labellisant » des codes de déontologie et de conduite. Elle a un rôle régulateur notamment au travers de l'obligation d'« anonymisation » des fichiers lors des transferts d'information auquel elle veille particulièrement. La loi ne prévoit aucune disposition spécifique pour la télémedecine et plus précisément pour la téléconsultation, les principes généraux s'appliquent donc à elle.

## 2.2. Partage de responsabilité lors d'un acte de télémedecine faisant intervenir plusieurs médecins

La question du partage de responsabilité se pose essentiellement en matière de téléassistance (recours à un spécialiste par un praticien) ou en téléexpertise. La situation idéale, privilégiée par le CNOM, en télémedecine est, celle où un médecin, appelé médecin requérant, est au contact du malade et porte la responsabilité de l'acte. Cette situation est en adéquation avec la déontologie médicale : « la décision collégiale ou conjointe n'a pas d'existence juridique propre, en droit de la responsabilité médicale » (32).

Par ailleurs, une partie de la doctrine semble incliner à penser que le médecin requis n'a pas à rechercher le consentement du patient dans le cas où existe un médecin requérant (18, 33). Cette analyse nous semble devoir être retenue si l'on ne veut pas ajouter des entraves qui affecteront nécessairement l'exercice de la télémedecine et son développement. La responsabilité du médecin requis ne sera donc recherchée que dans le cadre de l'article 1382 du Code Civil aux termes duquel : « *Tout fait quelconque de l'homme qui cause un dommage à autrui, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à la réparer* » ou de l'article 1383 qui dispose : « *Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait mais encore par sa négligence ou par son imprudence* ».

La démonstration de l'existence d'une faute sera donc nécessaire pour pouvoir mettre en cause la responsabilité du médecin requis distant.

Les problèmes de multi-responsabilité se compliquent en matière d'urgence ou les difficultés sont aggravées par la nécessaire intervention de plusieurs intervenants distants du malade ou de ses proches à l'intervention des secours.

C'est le médecin régulateur qui coordonne la prise en charge médicale. C'est lui le pivot des actions médicales d'urgence. Le médecin régulateur doit estimer le degré de gravité avérée ou potentielle, apprécier le contexte, l'état et les délais d'intervention. En matière d'urgence, des tiers sont appelés à intervenir et notamment les permanenciers auxiliaires de régulation médicale. Ils assurent la réception et l'orientation des appels parvenant au standard des SAMU mais toujours sous la responsabilité des médecins régulateurs. Des infirmiers employés

par les services de secours peuvent intervenir dans le cadre de l'aide médicale d'urgence mais leur intervention ne se substitue pas à celle des médecins. Ils exercent dans le cadre du CSP et sous l'autorité du médecin-chef ou éventuellement du médecin prescripteur. Le Code Général des Collectivités Territoriales autorise en cas d'urgence inopinée (pronostic vital engagé) à décider des gestes à pratiquer en attendant l'intervention d'un médecin. Ils peuvent accomplir des actes conservatoires dont ils devront rendre compte.

**La régulation médicale est un acte médical** qui repose sur un entretien singulier entre le médecin et l'appelant ou une personne de l'environnement de la personne en détresse. Il ressort donc de la responsabilité générale médicale pour faute. Notons toutefois une jurisprudence restrictive en la matière : un arrêt de la Cour administrative d'appel de Marseille du 10 mai 2010 exonère un centre hospitalier de responsabilité suite à l'action de patients qui agissaient pour voir reconnaître la faute d'un médecin régulateur du SAMU sur la base des conclusions de l'expertise qui établissait que le SAMU avait rempli sa mission, sans faute (34).

En cas de présence fortuite d'un médecin sur les lieux de l'intervention, le médecin régulateur conserve la totale responsabilité et la coordination de la prise en charge.

La situation juridique sur les problèmes de responsabilité médicale en matière de télé-médecine est aujourd'hui assez stable :

- la responsabilité médicale reste une responsabilité pour faute en tous temps et en tous lieux y compris en matière de télé-médecine ;
- on assiste à un transfert des charges résultant des conséquences de la responsabilité médicale vers les collectivités et l'État et un certain « lissage » entre secteur public et libéral : il est intéressant d'entendre l'analyse d'un Rapporteur Public, pour lequel : « Les tiers victimes de dommages causés par le fonctionnement du centre de régulation doivent toujours se voir reconnaître la possibilité de rechercher la responsabilité de l'hôpital devant la juridiction administrative s'il s'agit d'un établissement public. Peu importe du point de vue du tiers que le dommage trouve son origine dans une faute du médecin libéral, d'un praticien hospitalier ou encore d'un membre du personnel technique ».

La loi du 21 juillet 2009, dans son article L 6314-2, est venue trancher fermement le débat jurisprudentiel entre le Conseil d'État et la Cour de cassation en faveur de l'analyse de la Cour de cassation puisque ce texte dispose que : « l'activité du médecin libéral assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale d'urgence hébergé par un établissement public de santé est couvert par le régime de responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement public. Ce même régime s'applique dans le cas où, après accord exprès de l'établissement public en cause, le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile. Toute clause d'une convention contraire aux principes posés par le présent article est nulle » (35).

Le législateur a voulu donner à ce choix une importance toute particulière en lui accordant le caractère d'ordre public. Cet article (L 6314-2) destiné à favoriser la

collaboration entre les secteurs publics et privés est de nature à rassurer les promoteurs de divers systèmes de réponse aux situations d'urgence.

Enfin, l'Urgence reste un cas d'exclusion de l'application des contraintes générales des actes médicaux appliquée à la télémédecine. Monsieur Croels, dans son ouvrage déjà cité, conclut sur le sujet en disant que « la télémédecine ne bouleverse pas trop les concepts du droit médical et du droit civil. Elle complique seulement les actions que les parties à la télémédecine devront mener » (18).

## Références

1. Article L 6316-1 du Code de la Santé Publique.
2. Décret du 19 octobre 2010.
3. Article 1142-1 du Code de la Santé Publique.
4. Arrêt Cour de cassation du 17 janvier 2008.
5. Loi du 13 août 2004.
6. Préconisations du CNOM – Janvier 2009.
7. Arrêt Mercier du 20 mai 1936, Chambre Civile Cour de Cassation – Note Josserand.
8. Article 1382 du Code Civil.
9. Arrêt du 20 février 1998, Cour d'appel de Paris.
10. Arrêt de la Cour de cassation 1<sup>re</sup> Chambre civile du 17 janvier 2008 sur l'exonération de responsabilité en cas de faute du patient – Note C. Kouchner.
11. Arrêt de la Cour de Cassation 1<sup>re</sup> Chambre Civile du 8 novembre 2000.
12. Maître Jean-François Carlot site « Jurisques.com » 2008.
13. Article 16.3 du Code Civil.
14. Article 1111-4 du Code de Santé Publique.
15. Article R 6316-2 du Code de Santé Publique.
16. Arrêt du Conseil d'État du 5 janvier 2000.
17. Arrêt de la Cour de cassation 1<sup>re</sup> Chambre Civile du 25 février 1997.
18. Jean-Michel Croels : Le droit des obligations à l'épreuve de la télémédecine PUAM 2006.
19. Décret du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement de données personnelles.
20. Article R 1112-7 du Code de Santé Publique.
21. « De la santé électronique à l'hôpital numérique » Gazette du Palais 22/10/2009 ».
22. Code de Déontologie Médicale.
23. Article R 4127-9 du Code de Santé Publique.
24. Article 223-6 du Code Pénal : omission de porter secours.
25. Article 226-13 du Code Pénal.
26. Article 9 du Code Civil.
27. Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978.
28. Loi du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.
29. Plan Hôpital 2012.

30. Article 226-16 du Code Pénal.
31. Articles 1382, 1383 et 1384 du Code Civil.
32. Lenoir : Imagerie, Télémedecine et Droit.
33. Guigue – Télémedecine : légitimité et responsabilité – Revue des SAMU 2001.
34. Cour administrative d’appel Marseille 10/05/2010.
35. Article L 6314-2 du Code de Santé Publique.