

COMMUNIQUÉ RELATIF AUX DEVOIRS RENDUS EN SÉANCE N° 19

À l'occasion de la correction des dissertations de la Séance n° 19 portant sur « L'évolution de la responsabilité médicale depuis l'arrêt *Mercier* », vos chargés de TD ont relevé plusieurs dizaines de copies identiques ou présentant de très fortes similarités.

Nous savons combien la situation actuelle rend difficile la poursuite de vos études et combien, pour certains, il est complexe de travailler dans des conditions satisfaisantes. Pour autant, ce que les chargés de TD ont constaté cette semaine relève d'une autre problématique et, à vrai dire, contribue à accroître les inégalités entre les étudiants, que la crise sanitaire creuse déjà. Le fait que des copies présentent de fortes similitudes n'est pas le fruit du hasard, cela va de soi. C'est essentiellement la conséquence de l'aide apportée par des prépas privées qui confondent aide aux étudiants et travail à leur place, la seconde manière de faire étant parfaitement contradictoire avec l'objectif premier. À quoi il faut peut-être ajouter le « dialogue » WhatsApp entre étudiants, forme d'entraide diront peut-être certains, et en tout cas, forme de mutualisation du travail, qui n'est alors plus la source d'une réflexion individuelle.

Que faut-il en penser concernant les étudiants qui dupliquent des corrigés pour avoir finalement tous le même devoir ? Si ce n'est pas de la malhonnêteté, c'est à tout le moins une forme d'improbité intellectuelle puisque cela consiste à reprendre mot à mot, ou quasiment, un travail qui n'est pas le sien en le dissimulant. Une telle attitude n'est souvent pas différente du plagiat d'un document trouvé sur Internet ou dans une bibliothèque. Sans doute faut-il ajouter que le fruit du travail des autres se mêle parfois au travail personnel de l'étudiant : la copie n'est alors pas en totalité un recopiage ; elle est en ce cas un produit composite. Certains étudiants considèrent peut-être normal de reprendre le travail d'autrui dans le cadre de « préparations maison », soulignant que ce qui serait alors un dialogue entre étudiants est la marque d'un intérêt collectif pour la matière : mais pourquoi ne le disent-ils alors pas, en le signalant sur leur copie ? En ne le révélant pas, le devoir rendu se présente en effet comme un travail personnel, fruit de l'effort et de la réflexion personnelle de l'étudiant, ce qu'il n'est pas. Là est bien le problème.

Nous avons d'autant moins d'indulgence avec cette manière de faire qu'elle n'est pas inédite. Vous vous souvenez des avertissements du premier semestre, et de l'adoption de mesures fondées sur un principe de transparence et de confiance mutuelle...

Cette manière de faire met aussi les chargés de TD dans une situation très désagréable. Faut-il rappeler qu'ils se sont mobilisés tout au long du semestre et particulièrement durant cette période de confinement qui, si difficile et inédite qu'elle soit, n'autorise en rien les étudiants à se dédire de leur obligation d'assiduité et de sérieux. La notation des copies dans le cadre du contrôle continu est un devoir inhérent à l'enseignement. Mais une correction minutieuse et personnalisée est une tâche à laquelle vos enseignants ne s'astreignent que dans l'objectif de vous faire progresser. S'il est parfaitement inutile de corriger à la chaîne un travail qui n'appartient pas à l'étudiant qui l'envoie, il est encore plus chronophage de passer un temps considérable à croiser les travaux des étudiants pour identifier un plagiat. Ce genre d'événements induit au reste un climat de suspicion généralisé, qui rallonge d'autant les temps de correction et vient par hypothèse diminuer le temps réservé aux étudiants non concernés et celui consacré à des tâches véritablement pédagogiques.

Cette manière de faire pose aussi un problème sur la relation entre l'Université et les prépas privées, avec entre les deux, les étudiants, qu'il s'agisse de ceux qui payent pour profiter de ce service comme de ceux qui s'y refusent, faute de moyens ou d'envie. Le problème est double : d'une part, comme évoqué ci-dessus, il est lamentable que des prépas fassent payer des corrigés de séance de travaux dirigés, au détriment de la formation des étudiants, qui ne peut qu'en pâtir, et de l'égalité de tous devant l'enseignement ; d'autre part, il l'est aussi inquiétant de constater, il faut le dire aussi, que les devoirs qui sont le fruit de corrigés d'enseignants appartenant à ces prépas comportent d'importantes inexactitudes de fond sur l'interprétation des arrêts ou la compréhension du régime de la responsabilité médicale. Il est préoccupant qu'un organisme payant prétende compléter les enseignements dispensés à l'Université en induisant les étudiants en erreur.

Au-delà des exemples que vous trouverez reproduits ci-dessous et qui permettent en eux-mêmes d'exclure raisonnablement toute coïncidence, les copies identifiées se caractérisent par un agencement rigoureusement identique des connaissances et des idées.

Il va de soi que cette situation ne saurait fausser le résultat du contrôle continu et qu'il serait également inéquitable de la laisser sans effet. On ne mettra cependant pas un 0/20 qui, trop aveugle et trop radical, pourrait être inadapté. Mais on ne se contentera pas de ne pas noter les étudiants concernés. **Il en sera tenu compte dans leur note de contrôle continu au cas par cas.**

Définition des termes du sujet	
TD n° 18	La responsabilité médicale concerne toutes les hypothèses où un médecin, un établissement de santé, publique ou privée, un laboratoire pharmaceutique est assigné par un patient victime d'un dommage corporel à la suite d'un acte médical ou d'un traitement.
TD n° 15	La responsabilité médicale, quant à elle, représente toutes les hypothèses où un médecin, un établissement de santé public ou privé, un laboratoire pharmaceutique est assigné par un patient, victime d'un dommage corporel à la suite d'un acte médical ou d'un traitement.
TD n° 19	La notion de responsabilité médicale est définie, elle, comme l'hypothèse où un médecin, un établissement de santé (public ou privé) ou encore un laboratoire pharmaceutique, est assigné par un patient victime d'un dommage corporel à la suite d'un acte médical ou d'un traitement.
TD n° 16	C'est le cas notamment de la responsabilité médicale. Celle-ci qui repose sur toutes les hypothèses où un médecin, un établissement de santé public ou privé, un laboratoire pharmaceutique est assigné par un patient victime d'un dommage corporel à la suite d'un traitement ou d'une opération médicale.
TD n° 10	La responsabilité médicale s'apparente à toutes les hypothèses où un médecin, un établissement de santé, qu'il soit privé comme une clinique ou public comme un hôpital public, un laboratoire pharmaceutique, est assigné par un patient victime d'un dommage corporel à la suite d'un acte médical ou d'un traitement
TD n° 12	La responsabilité médicale concerne toutes les hypothèses dans lesquelles un médecin, un établissement de santé publique ou privé ou encore laboratoire pharmaceutique, est assigné par un patient, victime d'un dommage corporel, à la suite d'un acte médical ou d'un traitement
TD n° 15	Si l'évolution illustre un ensemble de transformations, de changements, de son côté la responsabilité médicale désigne toutes les hypothèses dans lesquelles un médecin, un établissement de santé privé ou public est assigné par un patient victime d'un dommage corporel suite à une opération, ou encore suite à un traitement
TD n° 01	Cette responsabilité désigne tous les cas où un professionnel de santé ou un établissement médical peu importe qu'il soit privé ou public doit répondre d'un dommage corporel envers un patient à la suite d'un acte médical ou d'un traitement thérapeutique
TD n° 13	La responsabilité médicale est l'hypothèse dans laquelle un médecin ou un établissement hospitalier voit sa responsabilité engagé en cas de dommage corporel subi par un patient résultant de la prise d'un traitement médical ou d'une opération
TD n° 13	Cette dernière correspond à l'ensemble des hypothèses dans lesquelles le médecin ou un établissement de santé qu'il soit public ou privé est assigné en responsabilité par la victime d'un dommage corporel né des suites d'un acte médical ou d'un traitement. Elle comprend donc l'action en responsabilité de tous les agents de santé (laboratoires, médecins, cliniques)

Commentaire. Le fait de reprendre mot pour mot une définition sans en préciser la source entre parenthèses ou en note de bas de page est constitutif d'un plagiat. Il n'existe aucune définition universelle qui dispenserait d'être précisément référencée, et la responsabilité médicale n'y fait pas exception.

Annnonce de plan	
TD n° 18	Monsieur Nicolas Molfessis lui-même, docteur et professeur de droit privée à l'université Paris II Panthéon Assas, constate qu'il y a un double mouvement de la responsabilité médicale, poussant à la spécialisation de la responsabilité médicale depuis ce fameux arrêt de principe (I), d'où s'ensuit une diversification des faits générateurs de cette responsabilité médicale (II).
TD n° 15	Monsieur Molfessis lui-même constate qu'il y a un double mouvement, d'un côté se manifeste une spécialisation de la responsabilité médicale (I) et, de l'autre, une diversification des faits générateurs de la responsabilité médicale (II)
TD n° 16	Le professeur Molfessis constate lui-même un double mouvement dans l'évolution de la responsabilité médicale, traduisant l'apparition de nouvelles règles spéciales (I), corollaire à une extension des régimes applicables à cette responsabilité (II).
TD n° 17	Il est notable d'ailleurs que Monsieur Nicolas Molfessis lui-même constate qu'il y a un double mouvement qui illustre parfaitement l'évolution de la responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier, en effet cette évolution s'illustre d'abord par la spécialisation de la responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier (I), mais également par un mouvement de diversification des faits générateurs de la responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier toujours en faveur de l'indemnisation de la victime (II)
TD n° 15	Le Professeur Monsieur Molfessis constate lui-même le double mouvement de la responsabilité médicale survenu postérieurement à l'arrêt Mercier. En effet, « d'un côté, se manifeste une spécialisation de la responsabilité médicale (I) et, de l'autre, une diversification des causes de son déclenchement et des régimes qui vont dès lors s'appliquer (II) »
TD n° 02	Le professeur Molfessis qualifie lui-même l'évolution de la responsabilité médicale, suite à l'arrêt Mercier, par un "mouvement double" se composant d'une d'une spécialisation (I) et d'une diversification des causes de son déclenchement et des régimes qui vont dès lors s'appliquer (II)
TD n° 19	Le Professeur Molfessis constate qu'il y a un double mouvement depuis quelque année : d'un côté se manifeste une spécialisation de la responsabilité médicale (I) et, de l'autre, une diversification des causes de son déclenchement et des régimes qui vont dès lors s'appliquer (II).
TD n° 10	Tel que le professeur Molfessis l'explicite, on peut remarquer que depuis quelques années le mouvement est double. En effet il y a une spécialisation de la responsabilité médicale (I) ainsi qu'une diversification des obligations qui vont la déclencher (II)
TD n° 01	Depuis quelques années, comme l'explique le professeur N. Molfessis, le mouvement de la responsabilité médicale est double. D'une part, il y a un mouvement progressif de spécialisation de la responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier (I). D'autre part, il y a une diversification des causes de son déclenchement et des régimes qui vont alors s'appliquer (II)

Commentaire. Il n'y a rien, en soi, de condamnable à reprendre les idées dégagées par la fiche de TD : c'est d'ailleurs sur cette base qu'a été élaboré le corrigé de la dissertation (v. **Fiche retour n° 19**). Ce qui est ici en cause, c'est, à nouveau, l'utilisation de formulations rigoureusement identiques d'une copie à l'autre.

Plan de la dissertation		
<u>I/ La spécialisation de la responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A/ La création d'une loi spéciale en matière de responsabilité médicale B/ Le développement de règles spéciales en matière de responsabilité médicale <u>II/ La diversification des faits générateurs de responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A/ L'insuffisance de la responsabilité pour faute B/ La multiplication de cas de responsabilité sans faute	<u>I/ La spécialisation de la responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A/ La création d'une loi spéciale en matière de responsabilité médicale B/ Le développement de règles spéciales en matière de responsabilité médicale <u>II/ La diversification des faits générateurs de responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A/ L'insuffisance de la responsabilité pour faute B/ La multiplication de cas de responsabilité sans faute	<u>I/ Une spécialisation de la responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A- L'apparition de règles spéciales en matière de responsabilité médicale B- L'enrichissement des règles spéciales en matière de responsabilité médicale <u>II/ Une diversification des régimes de la responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A- La responsabilité pour faute consacrée par la loi du 4 mars 2002 B- La responsabilité sans faute établie favorable aux victimes
<u>I- La manifestation d'une spécialisation de la responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A- Une spécialisation par la création de la loi spéciale du 2 mars 2002 B- Une spécialisation par la création de nouvelles règles dérogeants au droit commun <u>II Une diversification des causes du déclenchement et des régimes de responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A- Une responsabilité pour faute lacunaire B- L'ouverture de cas de responsabilité médicale sans faute	<u>I/ Un régime spécial affirmant la spécialisation de la responsabilité médicale</u> A/ La création d'une loi spéciale B/ Mise en place de règles spéciales pour une meilleure indemnisation <u>II/ L'avènement de nouvelles obligations renforçant l'application de la responsabilité médicale</u> A/ L'insuffisance de la responsabilité pour faute B/ La multiplication des cas de responsabilité sans faute	<u>I/ La spécialisation de la responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A/ La création d'une loi spéciale en matière de responsabilité médicale B/ Le développement de règles particulières en matière de responsabilité médicale <u>II/ La diversification des obligations en responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A/ L'existence de la responsabilité pour faute en matière médicale B/ La multiplication des cas de responsabilité sans faute
<u>I/ Une spécialisation progressive de la responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A/ L'introduction d'une loi spéciale en matière de responsabilité médicale B/ Un développement des règles spéciales en matière de responsabilité médicale <u>II/ Une diversification des causes de responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A/ Les carences de la responsabilité pour faute B/ Une multiplication des cas de responsabilité dénués de toute idée de faute	<u>I/ Une spécialisation de la responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A/ La création nécessaire d'une loi spéciale de responsabilité médicale B/ Le développement de règles spéciales en matière de responsabilité médicale <u>II/ La diversification des faits générateurs de responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A/ La nécessité d'une responsabilité pour faute B/ La multiplication des cas de responsabilité sans faute	<u>I/ La spécialisation de la responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A/ La nécessité de la mise en place d'une loi spéciale B/ Le développement de règle "expérimentale" spécial <u>II/ L'expansion des régimes de responsabilité dans le domaine médical</u> A/ Un développement insuffisant de la responsabilité médicale B/ La mise en place de nouveaux régimes de responsabilité sans faute
<u>I- La spécialisation de la responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A/ La naissance d'une loi spéciale en matière de responsabilité médicale B/ La mise en place de règles spéciales dérogatoires à la responsabilité pour faute. <u>II- La diversification des causes et des régimes applicables en matière de responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A/ L'obligation de soins, une obligation consacrée par la loi spéciale mais insuffisante par son régime. B/ Le développement de responsabilités nouvelles en cas d'absence de faute de la part du médecin.	<u>I- La spécialisation de la responsabilité médicale depuis le célèbre arrêt Mercier</u> A)La naissance d'une loi spéciale en matière de responsabilité médicale B) La mise en place de règles spéciales/spécifiques dérogatoires à la responsabilité pour faute. <u>II- La diversification des causes et des régimes applicables en matière de responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier favorable au patient.</u> A) L'obligation de soins, une obligation consacrée par la loi spéciale mais insuffisante par son régime. B) Le développement de responsabilités nouvelles en cas d'absence de faute de la part du médecin.	<u>I. La spécialisation de la responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A. Une spécialisation par la création d'une loi spéciale en matière de responsabilité médicale B. Une spécialisation par la création de nouveaux préjudices en matière médicale et de règles spéciales et dérogatoires pour une meilleure indemnisation des victimes <u>II. Un mouvement de diversification des faits générateurs de responsabilité médicale depuis l'arrêt Mercier</u> A. À l'origine de l'arrêt Mercier, une responsabilité pour faute relative et insuffisante B. La découverte ou la multiplication des cas de responsabilité sans faute

Délais de prescription	
TD n° 18	Lorsque le médecin agissait contre son patient, la jurisprudence considérait que c'était une action de nature contractuelle, donc la prescription était de trente ans. Inversement, lorsque le patient agissait contre le médecin, elle retenait une responsabilité de nature délictuelle, dont la prescription était de dix ans, et le patient devait prouver le fondement de la faute, selon l'ancien article 1382 devenu 1240 du Code Civil.
TD n° 19	L'intérêt des juges au moment de l'arrêt <i>Mercier</i> est que le délai de prescription n'est pas le même en matière contractuelle et délictuelle. Ainsi, il n'est de seulement que 10 ans en matière délictuelle et de 30 ans en matière contractuelle. Le fondement contractuel permet donc de mieux indemniser les victimes à priori.
TD n° 15	L'arrêt <i>Mercier</i> de 1936 précise que le fondement de l'action du patient contre son médecin est contractuel. Cette solution s'explique par une nette différence quant au délai de prescription, puisque le délai de prescription en matière contractuelle était de trente ans alors qu'il n'était que de dix ans en matière extracontractuelle. Cette durée de dix ans était trop courte et peu protectrice, d'où l'idée de changer de fondement au profit d'un fondement contractuel.
TD n° 16	En réaction à cette décision, le médecin se pourvoit en Cassation en invoquant le fondement classique sur la prescription de l'action en matière délictuelle. A l'époque en matière extracontractuelle la prescription de l'action était décennale, là où en matière contractuelle était une prescription trentenaire. La question soulevée par cet arrêt était de savoir si l'obligation qui pesait sur le médecin était de nature contractuelle ou extracontractuelle.
TD n° 13	L'arrêt <i>Mercier</i> démarre la machine de la responsabilité médicale. Dans les faits, un patient est blessé des suites d'un acte médical. Il assigne son médecin en responsabilité pour faute. La Cour d'Appel accueille la demande donc le médecin se pourvoit en cassation et invoque la prescription de l'action. Il se fonde sur les règles délictuelles : le délai de prescription est de dix ans pour agir contrairement aux trente années en matière contractuelle.
TD n° 13	La jurisprudence <i>Mercier</i> a mis en place une responsabilité contractuelle du médecin envers son patient en cas de faute. Cette responsabilité a initialement été prévue afin de favoriser la victime dans son recours, notamment concernant le délai de prescription de l'action. En effet, en matière délictuelle, ce délai de prescription ne devait pas excéder la limite 10 ans tandis que celle en matière contractuelle était limitée à 30 ans.
TD n° 12	En l'espèce, il était question de déterminer si la responsabilité qui pèse sur le médecin était de nature contractuelle ou extracontractuelle, ayant pour conséquence le délai de prescription : de 30 ans dans le premier cas, de 10 dans le second.
TD n° 12	L'arrêt <i>Mercier</i> du 30 mai 1936 précise que le fondement de l'action du patient contre son médecin est contractuel : « Mais attendu qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat ». La jurisprudence dit cela car à l'époque il y avait une réelle différence entre le fondement contractuel et délictuel quant au délai de prescription : en droit ancien, le délai de prescription était de 10 ans en matière délictuelle, et il était de 30 ans en matière contractuelle. C'est pour cela que, de manière assez opportune, la jurisprudence s'est appuyée sur le fondement contractuel car le délai de prescription décennal était trop peu protecteur.

Commentaire. Toutes les copies contiennent un développement sur l'arrêt *Mercier* (**Document n° 1**), relatif à la prescription qui aurait été de dix ans en matière délictuelle et de trente ans en matière contractuelle, d'où l'intérêt pour le patient de voir reconnaître l'existence d'un contrat. Cette affirmation est erronée.

La prescription décennale en matière extracontractuelle résulte de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 (C. civ., art. 2270-1 anc.). Elle n'existait donc pas au moment de l'arrêt *Mercier*, rendu en 1936.

On sait aussi que depuis, **la loi du 4 mars 2002 a introduit une prescription décennale spécifique pour les actions en responsabilité résultant d'actes médicaux** (CSP, art. L. 1142-28).

On n'oubliera pas qu'en dehors de cette hypothèse, les délais de prescription en droit commun ont été modifiés par la réforme de la prescription civile de 2008 ; ils sont désormais de 5 ans (C. civ., art. 2224) et 10 ans en cas de dommage corporel (C. civ., art. 2226).

En toute hypothèse, le pourvoi à l'origine de l'arrêt *Mercier* portait sur le point de savoir si les faits pouvaient être soumis à la prescription triennale (trois ans, donc) qui était applicable à l'époque devant le juge pénal et le juge civil par application du principe de solidarité des prescriptions des actions publiques et civiles qui existait alors (C. instr. crim., art. 638) : « d'après le pourvoi (...) la responsabilité du médecin est fondée sur une faute délictuelle tombant sous l'application des art. 319 et 320 du code pénal et justifiant en conséquence l'application de la prescription triennale instituée par ces textes ». La question, qui dépasse de loin le cadre de ce cours, est désormais réglée par l'article 10 du Code de procédure pénale : « Lorsque l'action civile est exercée devant une juridiction répressive, elle se prescrit selon les règles de l'action publique. Lorsqu'elle est exercée devant le juge civil, elle se prescrit selon les règles du code civil » (L. 23 décembre 1980 puis L. 17 juin 2008).

Régime de la responsabilité pour manquement à l'obligation d'information	
TD n° 10	<u>B- La multiplication des cas de responsabilité sans faute</u> La responsabilité pour faute n'est pas favorable à la victime, ce n'est pas forcément évident de prouver la faute du médecin. C'est pour cela qu'il y aura des nouvelles obligations, qui pourront permettre d'engager la responsabilité sans faute. La jurisprudence a imposé au médecin en plus de l'obligation de soi, une obligation d'information. C'est l'arrêt Teyssier rendu par la chambre civile le 28 janvier 1942 qui consacre cette obligation.
TD n° 18	<u>B- La multiplication des cas de responsabilité sans faute</u> Le problème de la responsabilité pour faute c'est qu'elle n'est pas favorable à la victime. Pour aider la victime, la jurisprudence va multiplier les cas où les médecins et les cliniques vont être responsables sans que la victime n'ait à prouver de faute de leur part. A titre d'exemple, la jurisprudence a imposé aux médecins, en plus de l'obligation de soins, une obligation d'information, c'est l'arrêt Teyssier rendu par la chambre civile le 28 janvier 1942.
TD n° 19	<u>B- La multiplication des cas de responsabilité sans faute</u> Cependant, cette obligation de prouver la faute du médecin n'est pas en faveur du patient. Dès lors, la jurisprudence va créer des cas de responsabilité sans faute. Dès lors, la jurisprudence va très vite imposer une obligation d'information en plus de celle de soin dans un arrêt Teyssier (chambre civile 28 janvier 1942)
TD n° 15	<u>B- La multiplication de cas de responsabilité sans faute</u> L'inconvénient de la responsabilité pour faute est qu'elle n'est pas favorable à la victime. C'est pour cela que la jurisprudence va multiplier les cas où les cliniques et les médecins vont pouvoir être responsables sans avoir à prouver leur faute. L'obligation d'information est apparue avec l'arrêt Teyssier du 28 janvier 1942, qui justifiait l'obligation pour le médecin de recueillir le consentement par le respect de la personne humaine. En principe, ça devrait être à la victime de prouver que le médecin ne l'a pas informé. Mais dans un arrêt du 25 février 1997, la jurisprudence a renversé la charge de la preuve, c'est au médecin de prouver qu'il a bien informé. On passe d'un système de faute prouvée à un système de faute présumée.
TD n° 15	<u>B - La responsabilité sans faute établie favorable aux victimes</u> Depuis l'arrêt Mercier, la jurisprudence va multiplier les cas de responsabilité incombant aux médecins ou aux établissements de santé sans avoir à prouver une quelconque faute. Alors que dans un arrêt postérieur à l'arrêt Mercier, la Cour de cassation exigeait à la victime de prouver la faute du médecin (chambre civile, 28 janvier 1942, Tessier), elle a finalement opéré un revirement de jurisprudence en inversant la charge de la preuve. En effet, la Cour de cassation retient dans cet arrêt que l'obligation de soins repose sur le respect de la dignité humaine qui impose au médecin d'obtenir le consentement éclairé du patient avant la réalisation d'un traitement ou d'une opération. De ce fait, le patient doit être suffisamment informé pour s'engager dans la relation contractuelle avec le médecin.

Commentaire. Enfin, le corrigé proposé invitait à inclure les développements sur l'obligation d'information du médecin, consacrée par l'arrêt Teyssier, au sein d'une sous-partie relative aux régimes de responsabilité sans faute. Ce choix n'est pas pertinent.

La Cour de cassation, suivie ensuite par la loi du 4 mars 2002, a inversé la charge de la preuve en retenant que c'est au médecin qu'il incombe de prouver qu'il a exécuté une obligation (Civ. 1^{ère}, 25 févr. 1997, Bull. civ. I, n° 75 ; CSP, art. L. 1111-2, al. 7). Il s'agit d'une règle probatoire, qui n'implique nullement que la responsabilité du médecin soit une responsabilité « sans faute ».