

Sursis à exécution

N° 465641

CONSEIL D'ÉTAT

SECTION DU CONTENTIEUX

OBSERVATIONS

Pour : Le Conseil national de l'Ordre des médecins

FAITS ET PROCÉDURE

1. Le docteur Jean-Philippe Labrèze, requérant, est inscrit au tableau du conseil départemental des Bouches-du-Rhône de l'Ordre des médecins comme médecin généraliste. Madame S _____ était une dame âgée de plus de quatre-vingts ans, grabataire et hors d'état d'exprimer sa volonté, hospitalisée depuis deux mois au centre hospitalier de Salon-de-Provence après avoir été opérée d'une péritonite au mois de juin 2018.

Le 29 juillet 2018, le docteur Labrèze, est allé voir madame S _____ dans l'établissement de santé où elle était hospitalisée. Il n'était pas son médecin traitant, ne la connaissait pas avant sa première visite à l'hôpital et n'était pas employé par le centre hospitalier. Il n'était pas davantage en contact avec la personne de confiance désignée par la patiente. D'après le requérant lui-même (requête, p. 2), c'est à la demande de sa fille, Yéléna Labrèze, ancienne élève de madame S _____ et d'une amie de la patiente, une certaine madame P _____ qu'il a rendu visite à la patiente.

Après son intervention à la fin du mois de juin 2018, madame S _____ avait été admise en service de réanimation. Elle a ensuite été transférée en service de chirurgie viscérale. Le 30 juillet 2018, alors qu'elle était dans un état d'infection très grave, madame S _____ a été transférée en service de soins palliatifs où les médecins lui procuraient les soins qu'ils jugeaient appropriés au regard de son état de santé, lui administrant du sérum physiologique et de la morphine.

Le jour du transfert de madame S _____ en soins palliatifs, le docteur Labrèze a pris contact avec le docteur Gracia, médecin réanimateur au sein de l'équipe assurant la prise en charge de madame S _____. Il lui aurait alors exposé l'intérêt des perfusions à forte dose de vitamine C pour relancer le métabolisme et les succès de ce traitement chez des patients dont l'état clinique laissait augurer une issue fatale. Le docteur Gracia a indiqué au docteur Labrèze qu'elle en parlerait aux autres médecins réanimateurs en charge du traitement de madame S _____ et lui a demandé de lui communiquer des informations sur le protocole de soins qu'il préconisait.

Le docteur Labrèze en a déduit que le docteur Gracia ne s'opposait pas au traitement. Le 31 juillet 2018, il est revenu à l'hôpital en apportant des seringues, des aiguilles et de la Laroscorbine, un médicament contenant de la vitamine C indiqué dans les états de fatigue passagers de l'adulte et de l'enfant de plus de quinze ans. Il a ajouté trois grammes de ce médicament à la poche de perfusion de 500 centilitres de sérum physiologique. Il a réitéré cette manœuvre le 1^{er} août 2018. Ce n'est qu'alors qu'une infirmière du service a eu connaissance de cette injection et qu'elle en a immédiatement informé le docteur Gracia.

Par courrier du 2 août 2018, le docteur Labrèze a informé *a posteriori* le docteur Gracia de ses passages à l'hôpital, sans toutefois mentionner les injections, la prévenant de son intention de repasser le même jour. L'accès à la chambre lui a alors été interdit. Toujours le 2 août 2018, à la suite d'un entretien avec le docteur Gracia, le directeur des soins et la personne de confiance de madame S..., laquelle n'a pas approuvé ces interventions, le docteur Labrèze a pris l'engagement d'arrêter ses interventions.

2. C'est dans ce contexte que, par une plainte enregistrée le 19 novembre 2018 à la chambre disciplinaire de première instance de Provence-Alpes-Côte-d'Azur-Corse de l'Ordre des médecins, le conseil départemental des Bouches-du-Rhône de l'Ordre des médecins a demandé à cette chambre de prononcer une sanction à l'encontre du docteur Labrèze.

Par décision du 14 décembre 2020, la chambre disciplinaire de première instance de Provence-Alpes-Côte-d'Azur-Corse de l'Ordre des médecins a prononcé à l'encontre du docteur Labrèze la sanction de l'interdiction d'exercer la médecine durant trois ans dont deux ans avec sursis.

Par requête du 18 janvier 2021, le docteur Labrèze a demandé à la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins d'annuler cette décision et de rejeter la plainte du conseil départemental des Bouches-du-Rhône de l'Ordre des médecins. Par décision n° 15013 du 10 mai 2022, la Chambre disciplinaire nationale a rejeté sa requête et confirmé la sanction de l'interdiction d'exercer la médecine durant trois ans dont deux ans avec sursis, dont la partie ferme doit débiter le 1^{er} septembre 2022 à 0h00 et prendre fin le 31 août 2023.

Le docteur Labrèze a formé un pourvoi à l'encontre de cette décision. Par une requête distincte, il demande au Conseil d'État qu'il ordonne qu'il soit sursis à l'exécution de cette décision.

Cette requête appelle les observations suivantes de la part du Conseil national de l'Ordre des médecins, exposant.

DISCUSSION

3. Pour qu'il soit sursis à l'exécution de la décision, aux termes des dispositions de l'article R. 821-5 du code de justice administrative, le requérant doit établir que la décision juridictionnelle contestée « *risque d'entraîner des conséquences difficilement réparables, et [que] les moyens invoqués paraissent sérieux et de nature à justifier, outre l'annulation de la décision juridictionnelle rendue en dernier ressort, l'infirmerie de la solution retenue par les juges du fond* ».

Au cas présent, sans qu'il soit besoin d'examiner d'éventuelles conséquences difficilement réparables, il apparaît que les moyens invoqués par le docteur Labrèze ne sont pas sérieux et encore moins de nature à justifier l'infirmerie de la solution retenue par les juges du fond.

4. **En premier lieu**, le docteur Labrèze reproche à la décision d'être entachée de plusieurs contradictions de motifs en ce que la Chambre disciplinaire nationale aurait considéré « *d'une part, que la manifestation, par la patiente, de son envie de vivre, ne pouvait être regardée comme un consentement aux soins que le docteur Labrèze envisageait de lui prodiguer, d'autre part, que la patiente ne bénéficiait plus d'aucun soin ni alimentation mais se voyait seulement administrer du sérum physiologique et de la morphine alors même qu'elle avait manifesté son envie de vivre, de troisième part, que le docteur Gracia aurait déclaré avoir commandé la vitamine C injectable mais que cette commande ne pourrait être regardée comme un accord pour l'administration du produit, de quatrième part, qu'il n'y avait aucune situation d'urgence alors même qu'elle relevait l'état de santé dégradé de la patiente et son transfert dans un service de soins palliatifs en raison de la gravité de l'infection dont elle souffrait et de l'impossibilité de la contrôler et enfin, de cinquième part, que le docteur Labrèze aurait manqué à son obligation d'informer sa patiente, tout en considérant que celle-ci était « hors d'état d'exprimer sa volonté »* (requête, pp. 9-10).

Ces critiques ne résistent pas à l'examen.

5. **En droit**, le Conseil d'État censure certes la contradiction entre les motifs et le dispositif (CE, 12 avr. 1995, *SCI Elisa*, n° 147167, T. p. 1006), ainsi que la contradiction de motifs (CE, 8 juill. 1983, *Association gestionnaire de l'école Violet*, n° 31170, p. 305 – CE, 15 janv. 1992, *Perrichet*, n° 110457 – CE, 12 déc. 1997, *CPAM de Paris*, n° 160807, T. p. 1039 – CE, 7 juill. 1999, *Zuh*, n° 184334, T. p. 984). La jurisprudence regarde la contradiction de motifs, de même que la contradiction entre motifs et dispositifs, non comme une insuffisance

de motivation relevant du contrôle de la régularité externe, mais comme traduisant une erreur de raisonnement qui entache le bien-fondé de la décision (CE, 5 mai 1999, *Époux Gazeau*, n° 158216, T. p. 984).

6. Mais, **en l'espèce**, aucune contradiction n'entache la motivation de la décision de la Chambre disciplinaire nationale.

7. Premièrement, le docteur Labrèze croit déceler une contradiction de motifs dans le fait que la Chambre disciplinaire nationale aurait considéré que la manifestation de son envie de vivre par la patiente ne pouvait être regardée comme un consentement aux soins qu'il envisageait de lui prodiguer (requête, p. 12, point 1).

L'affirmation est aisément écartée par une analyse plus attentive de la motivation de la Chambre disciplinaire nationale.

La Chambre s'est notamment prononcée par les considérations suivantes :

« [...] Différentes pièces du dossier font apparaître que Mme S âgée de quatre-vingts ans, était grabataire et hors d'état d'exprimer sa volonté, alors même que, comme le Dr Labrèze le soutient, elle aurait eu un échange avec lui. Il n'est d'ailleurs pas allégué par celui-ci qu'il lui aurait demandé son accord sur le traitement qu'il envisageait ou même l'aurait informée de l'existence de ce traitement. La circonstance qu'elle aurait manifesté le désir de continuer à vivre ne saurait être regardée comme un consentement. [...] » (décision attaquée, p. 3, point 5).

Il en ressort que la Chambre disciplinaire nationale n'a pas relevé que la patiente avait manifesté son envie de vivre. La Chambre a d'abord et surtout relevé, employant d'ailleurs le conditionnel, que le docteur Labrèze alléguait des propos de la patiente. Ensuite, à supposer que ces propos aient été tenus par la patiente, la Chambre disciplinaire nationale a relevé que madame Sutton n'était plus en état d'accorder son consentement éclairé, d'où la nécessité de se référer à la personne de confiance qu'elle avait désignée, conformément à la combinaison des articles R. 4127-35 et 36 du code de la santé publique.

Ainsi, la Chambre disciplinaire nationale n'a jamais retenu, contrairement à ce que prétend le docteur Labrèze, que « *la patiente avait manifesté un désir de vivre, tout en prétendant qu'elle n'aurait pas manifesté son accord pour une ultime tentative de traitement* » (requête, p. 12, point 1).

En tout état de cause, la Chambre disciplinaire nationale a constaté que le docteur Labrèze n'avait pas donné d'information à madame S sur « *le traitement qu'il envisageait* ». Il se déduit nécessairement de cette seule constatation, sans aucune contradiction concevable, que madame S n'a pu consentir d'une quelconque façon aux injections de vitamine C pratiquées par le docteur Labrèze.

A tous points de vue, cette première prétendue contradiction de motifs ne pourra qu'être écartée.

8. Deuxièmement, le requérant voit une autre contradiction de motifs en ce que la Chambre disciplinaire nationale a énoncé qu'il ne produisait « *aucun élément de nature à établir que ces soins [ceux prodigués par l'équipe médicale du centre hospitalier de Salon-de-Provence] auraient été inadéquats* », tout en constatant que la patiente ne bénéficiait plus d'aucun soin ni alimentation mais se voyait seulement administrer du sérum physiologique et de la morphine alors même qu'elle avait manifesté son envie de vivre (requête, p. 12, point 2).

La Chambre disciplinaire nationale s'est plus précisément prononcée par les considérations suivantes :

« En deuxième lieu, s'il soutient qu'il y avait urgence à intervenir dès le 31 juillet et qu'il pouvait, en conséquence, se dispenser de l'accord de la personne de confiance, compte tenu de l'état délabré de la santé de Mme S, il est constant qu'il n'avait pas eu accès à son dossier médical et avait seulement eu un entretien avec le Dr Dominique Gracia qui lui avait donné des indications sur la gravité de l'infection et sur l'impossibilité de la contrôler. Il est aussi constant que Mme S était prise en charge par l'hôpital depuis fin juin, qu'après son opération et son passage en réanimation, elle avait été transférée dans le service de chirurgie viscérale puis en raison de la dégradation de son état, dans le service de soins palliatifs où les médecins lui administraient les soins qu'ils jugeaient appropriés au regard de son état de santé, en lui administrant du sérum physiologique et de la morphine. Alors qu'il ne fournit aucun élément de nature à établir que ces soins auraient été inadéquats, il ne peut

soutenir qu'il devait intervenir en urgence pour sauver une personne en danger, sans avoir à requérir le consentement exigé par l'article R. 4127-36 du code de la santé publique. La circonstance que Mme S aurait été plus lucide le lendemain de la première injection ne saurait constituer une preuve de ce que l'injection aurait été efficace. » (décision attaquée, pp. 3-4, point 6)

Là encore, la Chambre disciplinaire nationale n'a entaché sa motivation d'aucune contradiction.

Elle a constaté que le docteur Labrèze ne rapportait pas la preuve de ce que le traitement qui était donné à madame S aurait été inadapté. Le docteur Labrèze persiste à vouloir substituer son avis médical isolé et sans connaissance du dossier médical de madame S à l'avis collectif de l'ensemble de l'équipe spécialisée en soins palliatifs qui détenait la connaissance de l'entièreté de ce dossier. Rappelons, pour être complet, que les services de soins palliatifs constituent, conformément à la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 *visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs*, des services au sein desquels des soins actifs sont délivrés dans une approche pluridisciplinaire de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale afin de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes. Ainsi, les traitements qui y sont dispensés servent à apporter la fin de vie la plus digne possible aux personnes pour lesquelles le diagnostic prévoit une issue fatale.

Le docteur Labrèze considère que l'administration de sérum physiologique et de morphine serait un traitement inadéquat. Il s'agit toutefois d'une prise en charge classique dans ces services après que l'évaluation collective du dossier médical complet ait permis d'aboutir à un diagnostic. Le docteur Labrèze était informé de ce diagnostic puisque le docteur Gracia lui avait expliqué que la patiente était atteinte d'une infection incontrôlable.

L'argument tenant à la supposée manifestation du désir de vivre de la patiente ne peut davantage convaincre, compte tenu de son état d'alors, comme il a déjà été démontré ci-avant (voir *supra* point 7).

Par suite, le docteur Labrèze ne peut sérieusement soutenir que ce serait au prix d'une deuxième contradiction de motifs que la Chambre disciplinaire nationale aurait écarté l'administration d'un traitement inadéquat après avoir constaté que les soins dispensés consistaient en l'administration de sérum physiologique et de morphine.

9. Troisièmement, le requérant croit détecter une nouvelle contradiction de motifs en ce que la Chambre disciplinaire nationale a énoncé que la circonstance que le docteur Gracia aurait déclaré avoir commandé de la vitamine C injectable ne pouvait être regardée comme un accord pour l'administration du produit (requête, pp. 12-13, point 3).

Sous couvert d'une contradiction de motifs, le requérant critique en réalité l'appréciation – qui est au surplus souveraine – de la juridiction d'appel sur la portée de la circonstance, au demeurant non établie, selon laquelle le docteur Gracia aurait déclaré avoir commandé de la vitamine C injectable. Selon lui, cela équivaudrait « nécessairement à un accord explicite sur [son] administration » (requête, p. 13, point 3). La Chambre disciplinaire nationale a écarté à juste titre une telle déduction, et elle s'en est précisément expliquée.

Elle s'est en effet prononcée par les considérations suivantes :

« En troisième lieu, s'il soutient avoir exposé le 30 juillet au Dr Gracia, médecin réanimateur au service de soins palliatifs, l'intérêt des perfusions à forte dose de vitamine C pour relancer le métabolisme et les succès de ce traitement chez des patients dont l'état clinique laissait prévoir une issue fatale, il résulte de l'instruction que le Dr Gracia lui aurait indiqué qu'elle en parlerait aux autres médecins réanimateurs et se serait bornée à lui dire le lendemain qu'elle avait commandé les produits ». Si le Dr Labrèze fait valoir qu'il en aurait alors tiré la conclusion que le Dr Gracia ne s'opposait pas au traitement, il ne soutient pas qu'elle lui aurait donné un accord explicite pour administrer le produit. Le Dr Gracia a d'ailleurs indiqué qu'elle lui avait en vain demandé des informations sur ce protocole de soins. Par suite, le requérant ne peut être regardé comme ayant reçu un accord du Dr Gracia dès le 31 juillet pour administrer de la vitamine C à Mme S. S'il soutient avoir informé le Dr Gracia de la première injection le jour même, aucune pièce du dossier ne corrobore cette allégation, alors qu'il est seulement constant qu'une infirmière ayant eu connaissance de la seconde injection le 1^{er} août a immédiatement prévenu le Dr Gracia. Il l'a lui-même informée par un courriel du 2 août de son passage la veille sans mentionner l'injection en manifestant seulement son intention de repasser à l'hôpital le même jour. Il a été alors décidé de lui interdire l'accès à la chambre. A l'issue d'un entretien avec le Dr Gracia le 2 août, le directeur des soins et la personne de confiance, laquelle n'a pas approuvé ses interventions, il

a pris l'engagement d'arrêter ses visites. » (décision attaquée, p. 4, point 7)

Il ressort de la motivation de la Chambre disciplinaire nationale qu'elle a relevé, sans que ce point soit contesté, que le docteur Labrèze n'a jamais apporté la preuve que le docteur Gracia aurait donné son accord pour l'administration du traitement qu'il préconisait. Tout au plus, il mentionne, sans pouvoir l'établir, que le docteur Gracia aurait indiqué qu'elle avait commandé les produits. A la supposer établie, cette affirmation, qui demeure vague, ne saurait se confondre avec une intention ferme d'administrer le produit et encore moins avec une autorisation explicite d'administrer le traitement, délivrée à un médecin extérieur au service, non spécialisé en réanimation ou en soins palliatifs et sans connaissance de la patiente.

C'est ainsi par une exacte appréciation que la Chambre disciplinaire nationale a retenu que *« le requérant ne peut être regardé comme ayant reçu un accord du Dr Gracia dès le 31 juillet pour administrer de la vitamine C à Mme S »*. L'invocation d'une contradiction de motifs sur ce point est totalement artificielle.

Au demeurant, l'ensemble du reste de la motivation, que le docteur Labrèze omet de rappeler, confirme qu'il n'avait pas cet accord et, plus grave encore, qu'il en avait conscience. En effet, c'est à l'insu de l'équipe du service de soins palliatifs que le docteur Labrèze a agi. Il s'est d'ailleurs introduit à l'hôpital en qualité de visiteur et en apportant avec lui les produits et le matériel nécessaires à sa démarche. Il n'a informé le docteur Gracia de son geste médical qu'après avoir été signalé par une infirmière. Des mesures ont alors immédiatement été prises par l'hôpital pour lui interdire l'accès à la chambre. Il a été convoqué à une réunion non seulement avec le docteur Gracia mais encore avec le directeur des soins et la personne de confiance de la patiente. Un désaccord explicite lui a alors été signifié et il a accepté de ne pas tenter à nouveau de pénétrer dans la chambre de madame S

La troisième contradiction de motifs invoquée par le docteur Labrèze n'est donc pas plus sérieuse que les deux précédentes.

10. Quatrièmement, le docteur Labrèze prétend que ce serait au prix d'une autre contradiction de motifs que la Chambre disciplinaire nationale a jugé qu'il n'y avait aucune situation d'urgence, alors même qu'elle relevait l'état de santé dégradé de la patiente et son transfert dans un service de soins palliatifs en raison de la gravité de l'infection dont elle souffrait et de l'impossibilité de la contrôler (requête, p. 13, point 4).

Là encore, sous couvert d'une contradiction de motifs, le requérant critique en réalité l'appréciation souveraine des circonstances de fait à laquelle a procédé la Chambre disciplinaire nationale pour écarter l'existence d'une situation d'urgence.

Pour faire reste de droit à l'argumentation du docteur Labrèze, il sera établi que cette appréciation est parfaitement justifiée.

Comme indiqué précédemment (voir *supra* point 8), après avoir relevé que le docteur Labrèze n'avait pas connaissance du dossier médical de madame S la Chambre disciplinaire nationale a exposé que la patiente avait suivi un parcours de prise en charge correspondant à la dégradation de son état de santé depuis son intervention chirurgicale à la fin du mois de juin 2018. Aussi, au moment des agissements du docteur Labrèze, elle était en service de soins palliatifs, lesquels dispensent notamment des soins d'accompagnement vers la mort en s'appuyant sur des équipes spécialisées dans ces prises en charge. L'imminence du décès est donc consubstantielle à presque toute hospitalisation dans ce type de service. C'est par conséquent à juste titre que la Chambre disciplinaire nationale a conclu qu'« [a]lors qu'il ne fournit aucun élément de nature à établir que ces soins auraient été inadéquats, il ne peut soutenir qu'il devait intervenir en urgence pour sauver une personne en danger, sans avoir à requérir le consentement exigé par l'article R. 4127-36 du code de la santé publique » (décision attaquée, p. 4, point 6).

Encore une fois, l'argumentation du docteur Labrèze montre qu'il persiste à ne pas comprendre sa faute déontologique, consistant notamment à substituer son avis isolé à celui de l'équipe médicale qui suivait madame S depuis plus d'un mois au sein du centre hospitalier de Salon-de-Provence. Suivre la position du docteur Labrèze reviendrait à autoriser tout médecin à tenter n'importe quel traitement qui lui paraîtrait adapté sur tout patient hospitalisé en soins palliatifs dès lors que la mort de ce dernier serait imminente. Cette approche méconnaît notamment les dispositions de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique, aux termes desquelles « toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ».

11. Cinquièmement, le docteur Labrèze considère que c'est au prix d'une ultime contradiction de motifs que la Chambre disciplinaire nationale a relevé qu'il avait manqué à son obligation d'informer sa patiente, tout en considérant que celle-ci était « hors d'état d'exprimer sa volonté », ce qui ferait obstacle à l'application de l'article R. 4127-35 du code de la santé publique relatif à l'obligation d'information (requête, p. 13, point 5).

Cette critique repose sur une présentation parcellaire de la motivation.

Tout d'abord la décision n'est pas fondée sur le seul article R. 4127-35 mais aussi sur l'article R. 4127-36 du code de la santé publique. Aux termes du premier alinéa de l'article R. 4127-35 de ce code :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. »

L'article R. 4127-36 du même code dispose pour sa part dans ses trois premiers alinéas :

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité. »

Après avoir visé ces deux textes au point 3 de sa décision, la Chambre disciplinaire nationale s'est prononcée par les considérations suivantes :

« En premier lieu, il résulte de l'instruction que le Dr Labrèze, qui n'était pas le médecin traitant de Mme S ne la connaissait pas avant sa première visite à l'hôpital et n'était pas employé par le centre hospitalier. Il n'est pas intervenu à la demande de la personne de confiance désignée par la patiente ou du centre hospitalier mais à la demande de sa fille et d'une autre amie de la patiente. Différentes pièces du dossier font apparaître que Mme S, âgée de quatre-vingts ans, était grabataire et hors d'état d'exprimer sa volonté, alors même que, comme le Dr Labrèze le soutient, elle aurait eu un échange avec lui. Il n'est d'ailleurs pas allégué par celui-ci qu'il lui aurait demandé son accord sur le traitement qu'il envisageait ou même l'aurait informée de l'existence de ce traitement. La

circonstance qu'elle aurait manifesté le désir de continuer à vivre ne saurait être regardée comme un consentement. En revanche, il est constant qu'alors qu'une des amies de Mme S _____ avait le numéro de téléphone de la personne de confiance, il n'a pris contact avec cette dernière qu'après avoir pratiqué les deux injections de vitamine C, s'étant jusque-là borné à informer l'amie de Mme S _____. Il ne peut ainsi ni soutenir qu'il a informé la personne de confiance, laquelle doit être le premier interlocuteur du médecin et qui était facilement joignable, de son intention de tenter un traitement, ni se prévaloir de ce qu'il aurait recueilli le consentement d'une amie proche de Mme S _____. Il est établi qu'il n'a pas pris préalablement à ses agissements contact avec la famille de la malade. » (décision attaquée, p. 3, point 5)

La juridiction d'appel s'est ainsi livrée à une analyse exhaustive de la situation afin de déterminer si le docteur Labrèze avait satisfait son obligation d'information et de recueil du consentement de la patiente par tout moyen approprié.

La première solution aurait été l'information et le consentement de madame S _____ elle-même. Mais la Chambre disciplinaire nationale a relevé que son état ne le permettait pas. Elle a ensuite recherché si le docteur Labrèze avait préalablement informé et recueilli le consentement de la personne de confiance ou même de la famille. La réponse est là aussi négative : le docteur Labrèze n'a recueilli le consentement ni de la patiente, qui n'était pas en état de le donner, ni de la personne de confiance, qui n'a pas été contactée au préalable, ni de la famille, qui n'a jamais été contactée. C'est sur le fondement de l'ensemble de ces constatations que la Chambre disciplinaire nationale a retenu un manquement aux articles R. 4127-35 et 36 du code de la santé publique.

Il n'y a là nulle contradiction de motifs. C'est à l'inverse, si la Chambre disciplinaire nationale avait retenu que le docteur Labrèze avait satisfait son obligation en recueillant le consentement éclairé d'une patiente lors qu'elle était hors d'état de le donner qu'il y aurait pu y avoir une contradiction de motifs.

Le premier moyen, pris en ses différentes branches, n'est donc pas sérieux.

12. En deuxième lieu, le demandeur au pourvoi soutient que c'est au prix d'une dénaturation des éléments du dossier, d'une erreur de droit et d'une erreur de qualification juridique que la Chambre disciplinaire nationale a retenu

des manquements aux articles R. 4127-35 et 36 du code de la santé publique alors « d'une part, que si Mme S était hors d'état d'exprimer sa volonté, l'article R. 4127-35 du code de la santé publique était inapplicable, d'autre part, que Mme S, eu égard à son désir de vivre, devait être regardée comme ayant, au moins implicitement, exprimé un consentement dépourvu d'ambiguïté quant à un traitement susceptible de prolonger sa vie sans acharnement déraisonnable et enfin qu'aucun manquement à l'article R. 4127-36 du code de la santé publique ne se trouvait caractérisé, cette disposition ne fixant aucun ordre de priorité entre les différents tiers auxquels le médecin peut s'adresser pour délivrer l'information, dans l'hypothèse où le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté » (requête, pp. 16-17).

Ce moyen est lui aussi dépourvu de sérieux.

13. En droit, d'une part, l'article L. 1111-2 du code de la santé publique dispose aux termes de ses deux premiers alinéas, dans leur rédaction en vigueur du 28 janvier 2016 au 1^{er} octobre 2020 :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. »

Il en résulte qu'une obligation d'information incombe aux professionnels dont seules l'urgence ou l'impossibilité les dispensent. Ces dispenses sont interprétées restrictivement ne jurisprudence, conformément à l'adage selon lequel les exceptions sont d'interprétation stricte. L'urgence au sens de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique est retenue en cas de péril imminent pour la santé du patient, par exemple lors d'une opération chirurgicale (Civ. 1^{ère}, 26 oct. 2004, n° 03-15.120, Bull. n° 236) ou d'un accouchement (Civ. 1^{ère}, 17 déc. 2009, n° 08-21.206). Ainsi, c'est uniquement lorsque le professionnel doit réagir instantanément, compte tenu de l'état de santé de son patient, qu'il peut être dispensé de son obligation d'information.

Hors cette hypothèse, s'agissant des destinataires de cette information, aux termes des six premiers alinéas de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, dans leur rédaction en vigueur du 4 février 2016 au 1^{er} octobre 2020 :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale mentionnée à l'article L. 1110-5-1 et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. »

Le premier alinéa de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, dans sa rédaction en vigueur du 19 janvier 2018 au 1^{er} octobre 2020, disposait pour sa part :

« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. »

Les articles R. 4127-35 et 36 du code de la santé publique, précédemment cités, déclinent et précisent ces dispositions législatives.

Les obligations d'information et de recueil du consentement éclairé sont indissociables, la finalité de l'information étant de permettre au patient d'exprimer sa volonté en toute connaissance de cause, c'est-à-dire d'accepter ou de refuser les soins proposés. Comme a pu l'énoncer la Cour de cassation, l'information est destinée à permettre au patient « *de prendre sa décision après avoir comparé les avantages et les risques* » encourus (Cass. civ. 1^{ère}, 19 avr. 1988, n° 86-15.607, Bull. n° 107).

Hors les cas des mineurs ou des personnes en situation d'incapacité placées sous tutelle, la personne destinataire de l'information doit être au premier chef le patient lui-même, dès lors qu'il est en mesure de comprendre et d'exprimer sa volonté.

Ensuite, suivant la lettre de l'article R. 4127-36 du code de la santé publique « *si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance* » ait été prévenue et informée, « *sauf urgence ou*

impossibilité ». C'est donc en deuxième lieu, sous certaines conditions tenant à l'état de la personne faisant l'objet des soins, la personne de confiance – que le malade peut désigner en application de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique – qui doit recevoir l'information pour exprimer un consentement éclairé.

Il sera rappelé que le concept de personne de confiance, issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, trouve en partie son origine dans le relâchement des liens familiaux. Le but de la loi du 4 mars 2002 était également de sécuriser l'exercice des professionnels de santé dans leurs rapports avec les « *proches* » des patients, qui ne disposent pas nécessairement de la légitimité légale ou morale pour recevoir l'information et consentir à l'acte médical en lieu et place du patient. Ainsi le patient peut, par anticipation, s'il devenait incapable d'exprimer sa volonté, désigner une personne censée veiller sur ses intérêts. Ce dispositif permet au patient de garder une maîtrise au moins indirecte sur sa personne. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 *de modernisation de notre système de santé* a renforcé le rôle de la personne de confiance en spécifiant expressément, à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, que « *son témoignage prévaut sur tout autre* », y compris, faut-il comprendre, sur les proches ou les membres de la famille.

En toute rigueur, ce n'est donc qu'en dernier recours, « *à défaut* », que les proches peuvent être les récipiendaires de l'information, lorsque pour des raisons légitimes et fondées sur l'intérêt du patient, l'information ne peut lui être donnée (articles R. 4127-35, L. 1111-4 et L. 1111-6 du code de la santé publique). La notion de proches est fonction de chaque situation. Il s'agira pour l'essentiel des personnes qui ont une communauté de vie ou d'affection avec le malade, permettant de présumer leur légitimité à recevoir l'information et de consentir à l'acte médical en lieu et place du patient.

Contrairement à ce que soutient le demandeur au pourvoi, les textes instituent bien une hiérarchie entre les destinataires de l'information qui doit être délivrée afin de recueillir le consentement éclairé. En priorité, c'est le patient lui-même qui en est le destinataire, ensuite la personne de confiance éventuellement désignée et, seulement à défaut, les proches.

14. **En l'espèce**, le docteur Labrèze reprend pour l'essentiel sous un autre angle, à l'appui de ce deuxième moyen, les critiques qu'il a déjà articulées au titre de prétendues contradictions de motifs.

Les motifs correspondants de la Chambre disciplinaire nationale ont déjà été rappelés (points 3 à 8 de la décision attaquée).

Compte tenu de ce qui a déjà été dit en réponse au premier moyen, l'exposant s'en tiendra aux quelques indications suivantes.

15. Tout d'abord, pour soutenir que l'article R. 4127-35 du code de la santé publique ne s'appliquerait qu'à la délivrance de l'information à la seule patiente, le docteur Labrèze persiste à faire abstraction des liens entre ce texte et les dispositions de l'article R. 4127-36 du même code, à la lumière desquelles elles doivent être lues.

Il a ainsi été établi que le professionnel de santé doit délivrer l'information nécessaire au consentement éclairé aux soins suivant une hiérarchie stricte des récipiendaires. En priorité, c'est le patient lui-même qui en est le destinataire, ensuite la personne de confiance qu'il a éventuellement désignée et, seulement à défaut, les proches.

Au cas d'espèce, cette hiérarchie impliquait de délivrer en priorité l'information et de recevoir le consentement de madame S . Toutefois, celle-ci n'était pas en état de recevoir cette information et de délivrer son consentement. Le requérant le concède d'ailleurs pour en déduire de façon erronée que les dispositions rappelées ci-avant ne trouveraient plus à s'appliquer (requête, p. 17).

Le demandeur au pourvoi reconnaît lui-même le manquement qui lui est reproché lorsqu'il écrit que « *[l'état de santé de Mme S. rendant inutile cette information, que le docteur Labrèze a, au demeurant, fournie aux amies de la patiente qui avaient sollicité son concours* » (requête, p. 18).

C'est la personne de confiance qui devait être informée et donner éventuellement son consentement. C'est elle qui aurait dû « être le premier interlocuteur du médecin », comme l'a justement relevé la Chambre disciplinaire nationale. Or, le docteur Labrèze ne l'a pas contactée cette personne au préalable.

Au demeurant, il n'est pas même établi que les « amies » qu'il dit avoir informées puissent être considérées comme des « proches » les habilitant à recevoir des informations protégées par le secret médical.

La Chambre disciplinaire nationale n'a donc commis ni erreur de droit ni erreur de qualification juridique en jugeant que le docteur Labrèze avait manqué à son obligation d'information et de recueillir le consentement éclairé de la patiente ou, à défaut, de la personne de confiance désignée par elle.

16. Ensuite, les allégations du requérant sur la supposée manifestation de volonté de vivre de la patiente ne sont pas plus convaincantes (requête, pp. 18-19).

D'une part, le docteur Labrèze reconnaît lui-même que madame S n'était pas en état de recevoir une information médicale et de consentir à des traitements de façon éclairée.

D'autre part, les éléments dont il se prévaut ne sont pas en tout état de cause de nature à apporter la preuve qu'il aurait délivré l'information et recueilli le consentement nécessaires. Le demandeur au pourvoi se fonde uniquement sur la circonstance générale, ressortant de vagues témoignages, selon laquelle madame S aurait apprécié vivre.

Rien ne permet de supposer que, si elle avait été en pleine possession de ses moyens, madame S aurait consenti à l'acharnement thérapeutique dont a fait preuve le docteur Labrèze sans considération pour la véritable volonté de la patiente. Le refus final opposé par la personne de confiance lors de la réunion du 2 août 2018 condamne en tout état de cause la position du docteur Labrèze.

Il est aberrant de prétendre que l'« *appétit de vivre* » de la patiente valait « *assurément consentement aux soins envisagés* ».

17. En outre, le raisonnement du docteur Labrèze selon lequel aucun manquement à l'article R. 4127-36 du code de la santé publique ne peut être retenu en l'absence de toute hiérarchie entre la personne de confiance et les proches mais encore compte tenu de l'urgence (requête, pp. 19-21) n'emporte pas davantage la conviction.

D'une part, il a déjà été démontré qu'il existe bien une hiérarchie des bénéficiaires de l'information.

D'autre part, il a également déjà été établi à suffisance (point 10 *supra*) que la Chambre disciplinaire nationale a écarté à juste titre l'existence d'une situation d'urgence au sens des articles L. 1111-2 et R. 4127-36 du code de la santé publique,

en jugeant notamment qu'« [a]lors qu'il ne fournit aucun élément de nature à établir que ces soins auraient été inadéquats, il ne peut soutenir qu'il devait intervenir en urgence pour sauver une personne en danger, sans avoir à requérir le consentement exigé par l'article R. 4127-36 du code de la santé publique ». L'état de santé de madame S, qui est finalement décédée plusieurs jours après les faits reprochés, ne correspond pas au contexte de mort imminente dans lequel un médecin peut se dispenser de recueillir le consentement éclairé.

La chambre n'a pas dénaturé les faits sur ce point, ni commis d'erreur de qualification juridique des faits, à supposer qu'un tel contrôle puisse s'appliquer en cassation à cette notion, ce qui paraît douteux.

18. Enfin, les observations formulées par le docteur Labrèze à propos de l'article R. 4127-58 du code de la santé publique (requête, pp. 21-23) sont dénuées de portée puisque que la décision n'est pas fondée sur un manquement fautif à ces dispositions, ainsi qu'il le reconnaît lui-même.

Si la Chambre disciplinaire nationale a examiné, au point 7 de sa décision, si l'accord du docteur Gracia avait été recueilli, c'est parce qu'il s'agissait de l'un des arguments avancé par le docteur Labrèze pour sa défense, et non pour caractériser un éventuel manquement aux dispositions de l'article R. 4127-58.

En outre, la Chambre disciplinaire nationale n'a nullement dénaturé les pièces du dossier, contrairement à ce que soutient le demandeur au pourvoi, en écartant ce prétendu accord (cf. point 9 *supra*).

19. A tous points de vue le docteur Labrèze n'est pas fondé à soutenir que la décision attaquée serait entachée d'erreur de droit, de dénaturation des éléments du dossier ou d'erreur de qualification juridique des faits en ce qui concerne le manquement aux articles R. 4127-35 et R. 4127-36 du code de la santé publique.

20. En troisième lieu, le docteur Labrèze prétend que ce serait encore au prix d'une dénaturation des éléments du dossier et d'une erreur de qualification juridique que la Chambre disciplinaire nationale a également retenu un manquement à l'article R. 4127-32 du code de la santé publique pour avoir délivré des soins dont l'efficacité n'était pas confirmée par les données acquises de la science, alors que l'efficacité de la vitamine C serait, selon lui, reconnue depuis de

très nombreuses années dans le traitement des chocs septique et des infections sévères (requête, p. 24).

Ce moyen sera aisément écarté.

21. En droit, l'article R. 4127-32 du code de la santé publique dispose :

« Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. »

Par ailleurs, le contrôle du juge de cassation à l'égard des juridictions disciplinaires ordinaires s'opère classiquement en deux temps quant à la caractérisation des fautes déontologiques.

Dans un premier temps, l'appréciation des faits susceptibles d'être qualifiés de manquement par le juge disciplinaire ordinaire est souveraine et ne donne lieu à censure qu'en cas de dénaturation. Il en est notamment ainsi lorsqu'il s'agit d'apprécier les méthodes thérapeutiques (CE, 6 juill. 1951, *Rouanet*, n° 927, p. 397 – CE, 8 mars 1972, *Roux*, n° 83607, p. 198 – CE, 24 févr. 1988, *Chemla*, n° 47405, T. pp. 627, 992 – CE, 4 oct. 1991, *Milhaud*, n° 100064, p. 320 – CE, 24 sept. 1999, *Baroche*, n° 194421, T. pp. 639, 1001) ou de sonder les intentions du praticien (CE, 4 avril 1951, *Gallant*, n° 1846, p. 172 – CE, 11 janv. 1980, *Thomas*, n° 08893, T. p. 861).

Dans un deuxième temps, le juge de cassation exerce un contrôle de qualification juridique sur le caractère fautif des faits dont la consistance et la preuve ont été souverainement appréciées (CE, 2 févr. 1957, *Jockel*, p. 82 – CE, Sect., 12 mars 1976, *Raynal*, p. 154 – CE, Sect., 6 mars 1981, *Pech*, p. 133 – CE, Sect., 18 mai 1994, *Conseil départemental de l'ordre des médecins du Nord c. Guéniot*, p. 142).

22. En l'espèce, la Chambre disciplinaire nationale, après avoir rappelé la teneur de l'article R. 4127-32 du code de la santé publique, s'est notamment prononcée par les considérations suivantes :

« Le Dr Labrèze soutient que le protocole d'injection de forte dose de vitamine C, associé avec de l'hydrocortisone et de la thiamine, a fait

l'objet d'une publication dans la revue médicale Chest en 2017 sous la signature notamment du Dr Marik, professeur américain de médecine, concluant que ce protocole, utilisé de manière précoce est efficace dans la prévention de la défaillance organique et réduit la mortalité des patients présentant une infection sévère ou un choc septique et qu'un professeur de médecine japonais a fait des études validant l'utilisation de ce protocole. Il se réfère aussi à une visioconférence organisée en mars 2020 par un professeur de médecine chinois affirmant traiter avec succès avec des injections de vitamine C des patients atteints de pancréatite aiguë ou de sepsis et l'utiliser pour le traitement du SARS-Cov-2. Il est toutefois constant qu'à ce jour, aucune donnée acquise de la science ne confirme l'efficacité de ce protocole, alors que les études mentionnées ont porté sur un très faible nombre de malades. Il ne résulte pas, par ailleurs, de l'instruction que ce traitement ait fait l'objet d'une étude critique par les organes de santé publique nationale ou d'une validation par des institutions de santé d'autres Etats. Par suite, le Dr Labrèze a méconnu l'article R. 4127-32 du code de la santé publique. » (décision attaquée, p. 4, point 10)

Il en résulte que la Chambre disciplinaire nationale a souverainement apprécié la valeur thérapeutique du traitement que préconisait le docteur Labrèze. Elle a tout aussi souverainement estimé que ce traitement n'était pas conforme aux données acquises de la science.

Le demandeur au pourvoi échoue à démontrer que ces appréciations souveraines seraient entachées de dénaturation.

Il fait valoir que, en dépit de ses écritures, la Chambre disciplinaire nationale aurait limité son analyse à l'étude du docteur Marik et n'aurait pas pris en compte de multiples études sur l'efficacité de la vitamine C dans le traitement du scorbut entre les XV^{ème} et XIX^{ème} siècles. Il ajoute que la juridiction d'appel semble s'être appropriée les décisions du Conseil d'État sur l'absence de pertinence du « protocole Marik » dans le traitement de la Covid 19 (CE, 2 avril 2020, n° 439897 – CE, 22 avr. 2020, n° 440117).

Cette argumentation correspond plus, en cassation, à l'invocation d'une insuffisance de motivation qu'à la démonstration d'une dénaturation.

Elle manque en tout état de cause en fait.

La Chambre disciplinaire nationale n'a pas en effet limité son analyse à la seule étude du docteur Marik contrairement à ce que prétend le docteur Labrèze. Elle a considéré souverainement que les études disponibles étaient insuffisantes et que le protocole de soins envisagés ne faisait pas l'objet d'une recommandation étatique, en France ou à l'étranger, dans l'indication concernée. Le docteur Labrèze ne se réfère à aucun élément en sens contraire, ce qui suffit à exclure toute dénaturation.

En outre, la motivation de la Chambre disciplinaire nationale montre qu'elle a procédé à une analyse propre à la situation d'espèce, et non qu'elle se serait bornée à transposer la solution du Conseil d'État à propos du traitement de la Covid 19.

Enfin, la Chambre disciplinaire nationale a procédé à une exacte qualification juridique des faits qu'elle a souverainement constatés en retenant que le docteur Labrèze a délivré des soins dont l'efficacité n'était pas établie et méconnu ainsi l'article R. 4127-32 du code de la santé publique.

Le troisième moyen sera donc écarté comme dénué de sérieux.

23. En dernier lieu, le requérant fait grief à la décision attaquée d'avoir prononcé une sanction hors de proportion avec la gravité des fautes commises (requête, p. 27)

24. En droit, on sait que si le choix de la sanction relève de l'appréciation des juges du fond au vu de l'ensemble des circonstances, le Conseil d'État, depuis l'arrêt *Bonnemaison*, s'assure dans son office de juge de cassation que la sanction n'est pas hors de proportion avec les fautes commises (CE, Ass., 30 déc. 2014, n° 381245, p. 443), y compris le cas échéant par son insuffisance (CE, Sect., 1^{er} juill. 2019, *Mme D.*, n° 420987, p. 288), et qu'elle a dès lors pu être légalement prise.

L'exposant rappelle classiquement que, dans ses conclusions prononcées sous l'arrêt *Theillier* du 21 janvier 2015 (T. pp. 841-853), première décision rendue par le Conseil d'État en suite de son arrêt de principe *Bonnemaison*, madame la présidente Gaëlle Dumortier a indiqué que, de la sorte, le juge de cassation ne contrôle pas le choix même de la sanction, mais vérifie si la sanction prononcée « *reste dans l'éventail* » des sanctions légalement possibles. Il s'agirait, selon son analyse, d'une sorte d'erreur de droit adaptée à une question de proportionnalité par rapport à la faute. Il n'y a donc pas une unique sanction légalement possible à raison d'une faute déterminée mais toutes les sanctions ne sont pas, pour autant,

admissibles. Madame Dumortier a évoqué une « échelle mobile variant avec chaque faute ». Seules seraient ainsi censurées les sanctions « hors des clous », c'est à dire « en dehors de l'acceptable ».

Le critère de la gravité des manquements est le plus souvent retenu depuis lors par la jurisprudence, parfois associé à celui de leur caractère délibéré (CE, 22 déc. 2017, *Thomasset*, n° 406360, T. pp. 788-809), ou de leur nature (CE, 26 sept. 2018, n° 407856), voire de leur ampleur (CE, 15 mars 2017, *Cohen*, n° 395398, T. pp. 782-787, préc. – voir aussi, CE, 14 oct. 2020, n° 432857, associant nature et nombre des faits reprochés).

Le docteur Labrèze cite les décisions par lesquelles le Conseil d'État a fait une application positive de ce contrôle en censurant des sanctions hors de proportion avec les fautes commises : radiation par suite d'impôts impayés (CE, 18 janv. 2017, *M. Aoun*, n° 394562, T. p. 788) ; trois ans d'interdiction d'exercice non assortis de sursis en raison d'un unique manquement d'un médecin traitant ayant omis de chercher à recueillir l'avis d'autres confrères pour une pathologie qui excédait son champ de compétence (CE, 20 mars 2017, *M. Rueff*, n° 390889, T. pp. 782, 787).

25. **En l'espèce**, le cas du docteur Labrèze apparaît fort éloigné de ces deux précédents, tant s'agissant de la nature des faits sanctionnés que de la sévérité de la sanction prononcée.

La Chambre disciplinaire nationale a justifié la sanction prononcée par les considérations suivantes :

« Il résulte de tout ce qui vient d'être dit que le Dr Labrèze a commis plusieurs manquements déontologiques. La circonstance que ces injections ne comportaient aucun danger ne peut l'exonérer de ces manquements. Compte tenu de la gravité des manquements, le Dr Labrèze n'est pas fondé à soutenir que la chambre disciplinaire de première instance de Provence-Alpes-Côte-d'Azur-Corse de l'ordre des médecins, qui a suffisamment motivé sa décision, a fait, dans les circonstances de l'espèce, une inexacte appréciation de la gravité des fautes en le condamnant à trois ans d'interdiction d'exercer la médecine dont deux avec sursis. » (décision attaquée, p. 5, point 11)

Le docteur Labrèze soutient en substance que « sa tentative était dépourvue de tout caractère dangereux » pour madame S (requête, p. 28), que le vice-président du conseil départemental des Bouches-du-Rhône de l'Ordre des

médecins l'aurait assuré de son soutien (requête, pp. 28-29) et que la prétendue sévérité de la sanction résulterait de l'animosité ancienne que nourrirait à son égard le conseil départemental des Bouches-du-Rhône de l'Ordre des médecins, révélée par ses antécédents disciplinaires (requête, pp. 29-30).

Ces arguments sont sans emport.

Tout d'abord, peu importe que l'administration du produit ait présenté ou non un caractère dangereux puisque ce qui a été sanctionné par la Chambre disciplinaire nationale est un manquement au devoir d'information et de recueil du consentement, d'une part, et l'administration d'un traitement illusoire non conforme aux données acquises de la science, d'autre part. C'est donc à juste titre que la Chambre disciplinaire nationale a retenu que « *[l]a circonstance que ces injections ne comportaient aucun danger ne peut l'exonérer de ces manquements* ». En tout état de cause, il sera ajouté qu'en l'absence de données acquises de la science, il n'est pas possible de conclure de façon aussi définitive que le docteur Labrèze à l'innocuité du protocole de soins qu'il avait entamé.

Ensuite, l'avis personnel et isolé du vice-président du conseil départemental des Bouches-du-Rhône de l'Ordre des médecins est indifférent à l'appréciation objective de la gravité des manquements commis.

Le requérant imagine enfin que la décision de la Chambre disciplinaire nationale serait le fruit d'une cabale menée à son encontre par un conseil départemental des Bouches-du-Rhône de l'Ordre des médecins « *rancunier* » (requête, p. 29). Rien ne permet cependant d'étayer ces allégations. En tout état de cause, elles sont doublement inopérantes. D'une part, elles n'ont pas d'incidence, là encore, sur l'appréciation objective de la gravité des manquements commis. D'autre part, ce n'est pas le Conseil départemental qui a fixé la nature et le quantum de la sanction mais la Chambre disciplinaire de première instance, puis la Chambre disciplinaire nationale, dont la formation de jugement ne comportait aucun membre du conseil départemental des Bouches-du-Rhône.

26. Ces arguments écartés, la sanction apparaît proportionnée à la gravité des manquements, leur nombre et leur caractère délibéré.

|| Le docteur Labrèze a injecté à deux reprises un produit, dont l'utilisation n'était pas conforme aux données acquises de la science, à une patiente hospitalisée en soins palliatifs sans l'en avoir informée, pas plus que la personne de confiance qu'elle avait désignée, donc sans recueillir un consentement approprié. En outre, il

Il a été établi que le docteur Labrèze a procédé ainsi, non avec l'accord du docteur Gracia qui supervisait la prise en charge de cette patiente, mais bien de son propre chef et en dissimulant sciemment son comportement et sans recueillir l'accord collégial de l'équipe médicale, sans connaître le contenu du dossier médical de la patiente et sans même être qualifié en soins palliatifs. Il s'est ainsi introduit en qualité de visiteur dans un établissement de santé dont il n'était pas l'employé et en apportant lui-même les produits et le matériel pour son intervention.

Peu important finalement que le produit administré ait ou non été dangereux pour madame S, c'est au mépris tant de la nécessaire rigueur scientifique dans l'administration des traitements que, surtout, du respect de la volonté et de la dignité de madame S, que le docteur Labrèze a agi en connaissance de cause à l'insu des intéressés et de ses pairs.

Ces manquements graves et délibérés justifiaient une sanction sévère à l'égard d'un médecin qui a, au surplus, déjà fait l'objet de sanctions disciplinaires à deux reprises par le passé.

Pour tout dire, loin d'être hors de proportion avec la gravité des manquements sanctionnés, l'interdiction d'exercice d'une année ferme et de deux années assorties de sursis apparaît plutôt relativement clément.

Ce moyen est dénué là encore de sérieux.

Le rejet de la demande de sursis à exécution s'impose.

Par ces motifs, et tous autres à produire, déduire ou suppléer même d'office, l'exposant conclut qu'il plaise au Conseil d'État :

- **rejeter** la requête du docteur Labrèze, avec toutes conséquences de droit.

MATUCHANSKY, POUPOT & VALDELIÈVRE
Société d'avocats au Conseil d'État et à la Cour de cassation