

CONSEIL D'ETAT

SECTION DU CONTENTIEUX

REFERE-LIBERTE

(CJA, art. L. 521-2)

- POUR :**
- 1° L'association Coronavictimes**, dont le siège social est situé [REDACTED], représentée par son président, Michel Parigot, domicilié en cette qualité audit siège (**prod. 1 et 2**)
- 2° L'association Comité anti-amiante Jussieu**, dont le siège social est situé, [REDACTED], représentée par son président, Michel Parigot, domicilié en cette qualité audit siège (**prod. 3 et 4**)
- 3° Monsieur Paul Benalloul**, né le 24 novembre 1938 (81 ans), demeurant [REDACTED], agissant en son nom propre (**prod. 5**) et en sa qualité de tuteur de [REDACTED], pensionnaire de la maison de retraite [REDACTED] (**prod. 6 et 7**)

CONTRE : Le Premier ministre et le ministre des Solidarités et de la Santé, à propos de l'insuffisance des mesures prises pour assurer l'égal accès aux soins hospitaliers, à la réanimation et aux soins palliatifs, ainsi que le droit à la connaissance des causes du décès

Table des matières

EXPOSE DU CONTEXTE

DISCUSSION

I) RUPTURE D'EGALITE DANS L'ACCES AUX SOINS HOSPITALIERS : encadrer les « tris » par des protocoles explicites assumant les choix sous-jacents

A) Rappel du cadre réglementaire pertinent

B) Exposé du problème

1) *Cas des patients maintenus à domicile*

2) *Cas des patients en Ehpad*

C) Atteinte grave et manifestement illégale à des libertés fondamentales

D) Mesures demandées

II) RUPTURE D'EGALITE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIN DE VIE ET L'ACCES AUX SOINS PALLIATIFS : assurer aux personnes qui vont décéder du Covid-19 hors du système hospitalier des soins minimaux leur garantissant une fin de vie digne et sans souffrance

A) Rappel du cadre réglementaire pertinent

B) Exposé du problème

C) Atteinte grave et manifestement illégale à des libertés fondamentales

D) Mesures demandées

III) RUPTURE D'EGALITE DANS LA MORT : absence d'identification des causes du décès

A) Rappel du cadre réglementaire pertinent

1) *Certificat de décès et causes du décès*

2) *Utilité d'une identification opposable des causes du décès*

B) Exposé du problème

C) Atteinte grave et manifestement illégale à des libertés fondamentales

D) Mesures demandées

*

CONTEXTE

1.1. – L’association Comité Anti-Amiante Jussieu a été constituée au début des années 90, en réaction à la catastrophe sanitaire de l’amiante.

C’est elle qui, en 1994, a lancé l’alerte et le combat pour l’élimination de ce matériau.

L’association Comité Anti-Amiante Jussieu a également milité pour la mise en place de mécanismes d’indemnisation des victimes (création du FIVA).

Elle a enfin tout mis en œuvre pour l’identification des responsabilités pénales de la catastrophe et que les leçons en soient tirées pour l’avenir.

1.2. – C’est donc avec une particulière émotion que le Comité Anti-Amiante Jussieu a constaté l’insouciance et l’inaction du Gouvernement, alors que se profilait une nouvelle catastrophe sanitaire, celle du « Covid-19 ».

1.3. – Après avoir interpellé¹ le Président de la République et le Gouvernement sur la nécessité de mettre en place un confinement complet, de généraliser le port du masque (y compris artisanal) comme moyen de prévention, et d’isoler les personnes présentant les symptômes du Covid-19 pour qu’elles ne contaminent pas leurs entourages, mesures élémentaires qui ne sont toujours pas prises, le Comité Anti-Amiante Jussieu a décidé de créer une nouvelle association de défense des victimes du Covid-19 : l’association Coronavictimes.

2.1. – C’est dans ce contexte que les deux associations (Coronavictimes et Comité Anti-Amiante Jussieu) introduisent le présent référé-liberté.

2.2. – Un troisième requérant est présent à l’instance : M. Paul Benalloul.

M. Benalloul, adhérent de l’association Coronavictimes, âgé de 81 ans, tuteur d’une personne résidant en Ehpad, a intérêt à agir.

2.3. – Les requérants constatent trois difficultés majeures dans le traitement de l’épidémie de Covid-19, qui affectent durement les malades et leurs familles, et qu’il est indispensable que le Gouvernement corrige :

1) Celles-ci concernent, d’abord, le « **tri** » **des malades**, lequel a lieu à la fois à l’entrée de l’hôpital (dont les pensionnaires des Ehpad sont systématiquement exclus, et dont d’autres patients sont également exclus sans que l’on sache la grille de décision appliquée) et, une fois le patient pris en charge par l’hôpital, pour l’accès aux soins de réanimation.

A l’heure actuelle, toute la responsabilité du macabre choix effectué repose sur les médecins, alors que ce sont des « structures » ou « caractéristiques » du système de santé publique, avec ses carences, ses pénuries, ses « économies », qui, au fond, déterminent les décisions prises.

¹ www.amiante.eu.org/Coronavirus

2) Ensuite, les patients laissés à la porte des hôpitaux, qu'il s'agisse des personnes âgées pensionnaires des Ehpad ou des personnes laissées à domicile, n'ont **pas accès aux soins palliatifs** et sont donc exposés à une mort par étouffement extrêmement violente, sans qu'aucun protocole n'ait été prévu, à leur bénéfice.

Ce « barrage » dans l'accès aux soins contraste sévèrement avec le droit d'accès aux soins palliatifs maintes fois rappelé par le cadre légal pertinent.

3) Enfin, en cas de décès, aucun **test post-mortem** ne vient certifier que le patient qui présentait ce qui n'aura jamais été appelé qu'une « suspicion de Covid-19 » était bien affecté du Covid-19 et les familles sont laissées dans l'ignorance de la mort de leur proche.

Un certain nombre de mesures ciblées doivent dès lors être adoptées afin de remédier à ces situations douloureuses, étant rappelé que, dès lors que la France est placée dans un état d'urgence sanitaire, le juge du référé-liberté est invité à exercer un entier contrôle² du caractère lacunaire des mesures adoptées par le Gouvernement sur les sujets visés.

*

² V. B. Stirn, « Le Conseil d'Etat, juge des référés administratifs et la Constitution », Colloque justice administrative et Constitution de 1958, Université Panthéon-Assas, jeudi 10 janvier 2019 : « Confirmant que les mesures de police administrative prises au titre de l'état d'urgence, qui sont restrictives mais non privatives de liberté, relèvent du contrôle du juge administratif, le Conseil constitutionnel a insisté sur l'exercice par celui-ci d'un entier contrôle de proportionnalité ».

DISCUSSION

3. – L’urgence sanitaire décrétée a donné lieu, dans le domaine de la santé publique, à l’apparition brutale de certaines pratiques et de certaines carences, qui ont déjà été relevées et auxquelles le Gouvernement comme le Conseil d’Etat ont déjà en partie répondu.

4. – L’attention du juge du référé liberté du Conseil d’Etat n’a toutefois pas encore été attirée sur la situation singulière de tous ceux – **personnes résidentes des Ehpad et personnes maintenues à domicile – qui sont de fait privés d’accès aux soins hospitaliers.**

Ceux-ci subissent dans les faits, à chaque étape de la maladie, un traitement qui est très différent à la fois de celui dont « bénéficient » les patients atteints du Covid-19 qui ont accès à l’hôpital, et de celui qui a été – et demeure – prévu par la loi pour les malades, les victimes et leurs familles.

Une **rupture d’égalité** sans lien avec un quelconque but admissible est ainsi instaurée de fait, qui conduit à la **mise en danger de la vie d’autrui**, à une **atteinte au droit à la vie³, au droit à la vie privée et familiale⁴, au droit à l’accès aux soins⁵** ainsi qu’à la **dignité humaine⁶**.

5. – La présente requête reviendra donc sur le sort particulier réservé à cette catégorie de patients (malade maintenus à domicile et pensionnaires des Ehpad), à chacune des étapes de développement potentiel de la maladie, et sur les mesures permettant de remédier **de toute urgence** à cette situation :

- Accès au 15 et à l’hôpital **(I)**
- Fin de vie et soins palliatifs **(II)** ;
- Décès et identification des causes de la mort **(III)**.

*

³ Sur lequel v. notamment Déclaration universelle des droits de l’homme, article 3, Préambule de la Constitution de 1946 article 1, CEDH article 2 et CE Sect. 16 novembre 2011, 353.172, *Ville de Paris*.

⁴ Sur lequel v. notamment CEDH article 3 ; et pour une protection au titre de l’article L. 521-2 du code de justice administrative : CE Sect. 30 octobre 2001, *Min. de l’Intérieur c/ Mme Tliba*, n° 238.211.

⁵ Sur lequel v. Notamment, pour les personnes en fin de vie : Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, article 11 : « Respect de la fin de vie : Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille ».

⁶ Sur laquelle v. notamment Charte des droits fondamentaux de l’Union européenne, articles 1 et 3. Egalement : article L. 1110-2 du code de la santé publique : « La personne malade a droit au respect de sa dignité ». Et, sous la bannière de l’article L. 521-2 du CJA : CE 6 juin 2013, *Section française de l’OIP*, n° 368.816.

I) RUPTURE D'EGALITE DANS L'ACCES AUX SOINS HOSPITALIERS : ENCADRER LES « TRIS » PAR DES PROTOCOLES EXPLICITES ASSUMANT LES CHOIX SOUS-JACENTS

7. – S'agissant, en premier lieu, de l'accès à l'hôpital et, au sein de l'hôpital, aux services de réanimation, force est de constater que **le plus grand arbitraire règne dans les modalités selon lesquelles des patients sont ou non admis à l'hôpital en unité Covid** et éventuellement ensuite dans un service de réanimation.

Quant aux **pensionnaires des Ehpad, ils ne sont de fait plus transférés dans les hôpitaux**, tout lien « Ehpad-hôpital » étant rendu inefficace.

8. – Cette situation (**B**), qui contraste avec les normes applicables (**A**) et qui manifeste, en réalité, un état de fait qui n'est plus régi par des normes (et qui est donc « anormal » pour ne pas dire « anarchique »), heurte à nouveau les principes fondamentaux susvisés (**C**) et requiert une intervention de la part du juge du référé-liberté (**D**).

*

A) Rappel du cadre réglementaire pertinent

9. – En réglementation, la France a fait, depuis longtemps, le choix du droit à l'accès aux soins.

L'accès à l'hôpital, en particulier, n'est subordonné qu'à des considérations médicales d'état de santé du patient.

Le patient *malade* a un *droit à l'accès à l'hôpital*, et toute personne qui entrave ce droit se rend coupable d'*infraction pénale* (mise en danger de la vie d'autrui, notamment, mais aussi homicide involontaire⁷ en cas de décès).

10. – Insistons.

Le droit français ne prévoit pas que l'accès à l'hôpital puisse être *contingenté*.

Il n'est à pas fait mention, dans le code de la santé publique ou ailleurs, d'une possible suspension ou atténuation du droit *absolu* à l'accès aux soins quand les ressources matérielles ou humaines de l'hôpital se feraient rares.

L'article L. 1110-5-1 du code de la santé publique dispose en particulier :

« Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance ».

Ni la loi sur l'état d'urgence, ni son train de 25 ordonnances ne prévoit le moindre aménagement de ce droit, auquel la France se tient.

⁷ Art. L. 221-6 du code pénal.

11. – Il existe certes une réglementation de la fin de vie qui permet de cesser les soins en cas d'acharnement thérapeutique⁸.

Mais la fin de vie doit encore pouvoir être constatée par le corps médical pour que cette réglementation puisse trouver à s'appliquer.

Encore relèvera-t-on que, dans son détail, cette réglementation de la fin de vie ne fait pas intervenir la pénurie de ressources comme un critère qui permettrait de décréter qu'il existerait un « acharnement thérapeutique » là où, en temps de paix, personne n'y verrait que des soins normaux. L'on y reviendra.

Rappelons ici que le code de la santé publique présente le droit à la sédation comme un droit absolu du patient :

« A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mise en œuvre dans les cas suivants (...) »⁹.

12. – Il existe par ailleurs une pratique admise consistant à ne pas faire accéder un patient dont les chances de survie sont très limitées aux outils de réanimation.

Mais le choix est alors effectué par les médecins sur des critères médicaux en prenant en compte l'état du patient et les chances de succès, selon des grilles connues des praticiens, comportant des critères exclusivement scientifiques.

Tel n'est plus le cas aujourd'hui du fait de l'insuffisance du nombre de lits de réanimation.

13. – Par application de ces principes, l'accès à l'hôpital public et, au sein de l'hôpital, à la réanimation, est un droit pour les malades, et **il n'est admis aucune cause d'exclusion qui serait liée à une quelconque pénurie.**

Le législateur, qui vient de se pencher sur les nécessaires adaptations de notre droit à l'urgence sanitaire, n'en a ajouté aucune.

Il n'en aurait eu de toutes les façons pas la liberté au regard des engagements internationaux de la France, les obligations positives découlant de l'article 2 (droit à la vie) de la CEDH impliquant

« la mise en place par l'État d'un cadre réglementaire imposant aux hôpitaux(...) l'adoption de mesures propres à assurer la protection de la vie de leurs malades »¹⁰.

⁸ Article L. 1110-5-2 du code de la santé publique.

⁹ Article L. 1110-5-2 du code de la santé publique.

¹⁰ CEDH *Calvelli et Ciglio c. Italie*, arrêt (Grande Chambre) du 17 janvier 2002, § 49.

14. – En ce qui concerne tout particulièrement les pensionnaires des Ehpad, de nombreux dispositifs ont été mis en place au fil des quinze ou vingt dernières années (l'on a inévitablement critiqué un « mille-feuilles ») destiné à améliorer la liaison entre les établissements pour personnes âgées et l'hôpital¹¹.

Des pôles de spécialité en gériatrie ont été créés dans les hôpitaux, qui se sont mis en relation avec les Ehpad de leurs zones, sous l'égide, parfois, de l'ARS.

Des réunions ont été organisées entre équipes hospitalières et les (petites) équipes médicales des Ehpad (un médecin coordonnateur par Ehpad, et un infirmier spécialisé¹²).

Un accès directement aux lits de gériatrie des établissements hospitaliers, sans passer par les urgences, donc, a, dans bien des cas, été prévu.

15. – Les Ehpad sont débiteurs, à l'égard de leurs pensionnaires, de soins, y compris palliatifs, préservant leur dignité, d'un accompagnement individualisé, ainsi que d'une information continue sur leur état de santé, l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles disposant :

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par les établissements et services sociaux ou médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité, de son droit à aller et venir librement ; (...)

3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé (...)

5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ; (...)

7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne ».

*

¹¹ V. pour un état des lieux : ANESM, décembre 2016, *Accompagner la fin de vie des personnes âgées*, p. 63 et suiv., qui rappelle que si « 59% des décès en Ehpad relèvent de soins palliatifs », et si « 74% des Ehpad ont signé une convention avec une équipe mobile ou un réseau de soins palliatifs, seuls 62,5% ont effectivement fait appel à une telle équipe au cours de l'année 2012 ». V. Encore, *Ehpad Magazine*, 2019, « Etablissements sanitaires et structures médico-sociales. Comment coopérer au mieux ? Eléments de réponse », dossier réalisé par N. Ratel.

¹² Déjà, en temps normal, « 75% des Ehpad n'ont pas la possibilité de joindre un professionnel infirmier la nuit ou le week-end si une situation se complique » (ANESM, p. 111), sachant que « il arrive souvent que les épisodes aigus se produisent pendant la nuit » (p. 113) et que « trois résidents sur quatre meurent dans leur chambre en « nuit profonde », c'est-à-dire entre 0h00 et 6h00 du matin » (p. 156).

B) Exposé du problème

16. – Quelle est donc la situation à l'heure actuelle ?

Tous les médias en ont porté témoignage.

1) Cas des patients maintenus à domicile

17. – D'une part, les patients qui se présentent avec des symptômes du Covid-19 auprès de la médecine de ville (médecin traitant) sont admis, ou non, sur appel du 15 (par le médecin traitant, pour ceux qui suivent le parcours recommandé), à l'hôpital selon des critères qui ne sont pas lisibles.

Ceux qui ont la chance d'être admis à l'hôpital accèdent, ensuite, aux outils de réanimation selon des critères qui, là non plus, ne sont pas explicités et ne correspondent manifestement pas au droit habituellement applicable.

18. – La « grille », implicite, de décision, n'a pas été discutée, pensée avec l'appui du Conseil consultatif national d'éthique, publiée.

C'est, par définition, l'arbitraire qui règne en maître sur cette question de l'orientation des malades et de leur éventuelle admission dans des établissements disposant d'unités Covid-19 puis ainsi que de leur éventuel accès subséquent aux outils de réanimation.

19. – La situation de tri à l'entrée de la réanimation est relatée par de nombreux articles de presse, par exemple par le Professeur Gilles Pialoux, chef du service des maladies infectieuses à l'hôpital Tenon :

« Les réanimations paient un lourd tribut et c'est dégradé [...] ça veut dire que dans les salles d'hospitalisation classiques comme mon service, **on commence à avoir des patients qui ne peuvent pas rentrer dans la réanimation** ou qui sont récusés par la réanimation, donc des patients de plus en plus lourds et c'est vrai que c'est trop lourd pour les équipes » (BFMTV, 26 mars 2020).

« Même si on est dans une médecine de guerre, il faut garder un cadre éthique et avoir des décisions collégiales pour ces patients **qui n'auront pas accès à la réanimation alors que leur état clinique le justifie.** » (allodocteurs.fr, 27 mars, « Je ne pensais pas voir ça dans ma vie d'infectiologue »).

20. – A mesure que la situation s'aggrave, ce tri devient de plus en plus automatique et se fait sur des critères d'âge, comme le relate M. Jean-François Corty, ex-directeur des opérations de Médecins du Monde (2008-2018), dans une interview du 27 mars au Huffington Post :

« *Le HuffPost* : Quelle est la situation dans votre clinique ?

Jean-François Corty : Depuis une semaine, **on ne peut plus transférer vers les urgences de Paris et les services de réanimation des patients âgés qui seraient confirmés au coronavirus.** En général, ce sont des patients d'un certain âge, qui ont des pathologies ou maladies associées.

Mais aujourd'hui, ce qui est faisable en temps normal, c'est-à-dire les référer en réanimation pour les sauver, ne peut pas être fait parce que **les lits de réanimation sont préservés pour les patients plus jeunes avec plus de chances de survie.**

Le HuffPost : On est donc déjà entré dans cette logique de “tri” ?

Jean-François Corty : Oui. En Île-de-France, depuis une semaine, on est dans cette logique de tri, nécessaire au regard des infrastructures et de la capacité d’absorption des cas graves, que ce soit dans les cliniques ou hôpitaux de Paris. Aujourd’hui, on priorise des personnes qui auront la capacité de supporter en moyenne de 10 à 15 jours de réanimation.

Concrètement, lorsque vous présentez un tableau de gravités, notamment avec une insuffisance respiratoire, soit vous êtes pris en réanimation car on estime que vous avez des chances de survie, soit vous on fait des soins palliatifs. Dans un autre contexte, ces soins palliatifs n’auraient pas lieu. En Île-de-France, le soin palliatif est aujourd’hui au cœur du dispositif de prise en charge des cas les plus graves.

Le HuffPost : Les soignants en France sont-ils préparés à cela ?

Jean-François Corty : Les soignants ne sont pas forcément formés à l’idée de faire le tri, dans le contexte où on a l’ingénierie, la capacité et les connaissances pour soigner certaines maladies. C’est une situation particulièrement douloureuse.

Cette approche palliative est difficile à assumer d’un point de vue éthique et médicale, qui ne tombe pas sous le sens dans nos pays ».

21. – Plus brutal encore est le tri dont sont victimes les patients qui ne sont même pas admis à l’hôpital.

Ces derniers, qui appellent le 15 (directement ou, comme cela est recommandé, via leur médecin traitant) subissent incontestablement un tri plus violent, puisque qu’ils se voient privés de l’accès aux soins, mais, cette fois, sans qu’aucune grille de choix explicite, aucun protocole en encadrant ce choix, ne soient mis en œuvre.

Dans les faits, l’âge avancé et, l’on y reviendra, la présence en Ehpad apparaissent comme des critères structurels conduisant de manière plus ou moins automatique à l’absence de soins hospitaliers.

Des « choix » que les médecins sont amenés à assumer eux-mêmes sur le terrain, qu’ils vivent très mal et qu’ils ne savent pas gérer.

La presse s’en fait l’écho :

« Nous savons que les personnes âgées admises en soins intensifs ou en réanimation seront rares. » (Thierry Vimard, médecin et directeur d’une unité mobile de soins palliatifs à Bordeaux, Mediapart 25 mars)

« On avait déjà du mal à faire admettre les patients âgés, très dépendants, parce qu’ils bloquent les lits de l’hôpital. Mais on les évaluait aux urgences, on leur donnait une chance d’accéder à des soins intensifs. Aujourd’hui, à partir de 85-90 ans, et même plus jeune s’ils sont très dépendants ou malades, on ne les prend plus. Je trouve cela terrifiant. Je ne suis pas Dieu, ce n’est pas à moi de décider qui doit vivre et qui doit mourir. » (Wilfrid Sammut, urgentiste au Samu des Yvelines, chargé d’évaluer les urgences, et de les répartir entre les services, Mediapart 25 mars).

22. – Ce « tri » est d’autant plus mal vécu par les soignants qu’à l’heure actuelle, il n’existe pas de directive de santé publique qui aurait été prise par le Premier ministre dans le cadre de ses pouvoirs généraux de police qui fixerait un protocole et mettrait en place une organisation pour encadrer la décision de faire bénéficier de soins hospitaliers ou de laisser mourir les personnes qui se trouvent dans les Ehpad ou à domicile et qui sont atteintes par des formes graves du Covid-19.

2) Cas des patients en Ehpad

23. – D'autre part, tous les mécanismes de liaison entre les Ehpad et les hôpitaux avoisinant ont été brutalement cassés.

24. – Les pensionnaires des Ehpad n'ont plus accès aux lits qui leur étaient réservés.

Les médecins spécialisés des hôpitaux ne sont plus en mesure d'accueillir ces personnes âgées selon le schéma qui avait été convenu, quand il en avait été convenu un.

Les Ehpad sont « laissés pour compte », et leurs pensionnaires condamnés à rester dans les Ehpad.

25. – Des médecins et des responsables d'Ehpad en témoignent dans la presse :

« Aujourd'hui [l'interview a été réalisée jeudi dernier], douze résidents sont placés à l'isolement pour suspicion de coronavirus. Mais on n'a pas la certitude qu'ils soient Covid-19 positifs, parce qu'obtenir des tests de dépistage pour les résidents est quasi-impossible [...]

Les hôpitaux du secteur sont saturés, il n'y a plus aucune place en réanimation, et les personnes très âgées polypathologiques ne sont de toute façon pas prioritaires aujourd'hui dans les hôpitaux. Donc si des cas graves se déclaraient, ils ne seraient pas pris en charge à l'hôpital.

Si le cas se présente, on donnera le meilleur accompagnement possible. Mais on n'a pas les moyens d'une unité de réanimation, ni même d'une unité de soins palliatifs. On pourra prodiguer des soins de confort, placer sous oxygène et administrer des morphiniques pour soulager la douleur. Toutefois, on ne pourra pas permettre une fin de vie digne, et entourée, parce qu'on n'a pas assez de personnel. On en est là » (responsable d'un Ehpad francilien, 20 minutes, 27 mars).

26. – Tous les pensionnaires des Ehpad sont de fait condamnés à ne pas accéder à l'hôpital. Lesdits pensionnaires se trouvent dans une situation pire que celle de la première catégorie de personnes « triées » visée supra : ils ne sont même pas présentés au « tri » du 15.

Le tri est ici structurel.

Il est lié à leur présence en Ehpad¹³, étant rappelé que l'Ehpad est le « dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015 »¹⁴ et que, le 27 mars 2020, l'Ile-de-France comptait 241 Ehpad touchés par l'épidémie sur un total de 600 établissements¹⁵.

*

¹³ On rappellera que l'Ehpad est ouvert aux personnes âgées de plus de 60 ans et qu'en France, ce sont environ 600.000 personnes qui sont hébergées dans ce type d'établissements. Les résidents des Ehpad y finissent leur vie. Dans 90% des cas, la mort concerne, en France, les plus de 60 ans (source : ANESM, décembre 2016, p. 43). 12% des morts totales surviennent en Ehpad, contre 58% à l'hôpital (ANESM, p. 45). Parmi les pensionnaires des Ehpad, les personnes décédées meurent à 74% au sein de l'Ehpad, à 25% à l'hôpital et 1% seulement dans une unité dédiée aux soins palliatifs.

¹⁴ *Etudes et résultats*, DREES, nov. 2018, n° 1094.

¹⁵ *Le Quotidien du Médecin*, 27 mars 2020, article disponible en ligne.

C) Atteinte grave et manifestement illégale à des libertés fondamentales

27. – Ce « filtrage » arbitraire de l'accès des patients à l'hôpital, à l'entrée des réanimations, « filtrage » qui confine au *barrage pur et simple* s'agissant des pensionnaires d'Ehpad, porte une atteinte particulièrement grave aux libertés fondamentales.

28. – Non seulement, il est évident qu'en laissant à la porte de l'hôpital ou des services de réanimation des patients présentant des symptômes de Covid-19, non testés, il leur est fait perdre une chance de survie, il est porté atteinte à leur droit à l'accès aux soins, ainsi qu'à leur dignité.

Le *patient de seconde zone* est profondément abattu par cette expérience *traumatisante*, sachant, l'on y reviendra, que l'angoisse est le principal facteur identifié¹⁶ en jeu dans le syndrome de détresse respiratoire aiguë (étouffement) qui emporte *in fine* les malades du Covid-19.

29. – Mais encore, l'application *de fait* d'une **grille de choix non énoncée, non assumée et peut-être – qui sait ? – non pensée**, constitue, en soi, une atteinte forte aux libertés fondamentales.

Ici comme en matière CEDH, le respect des libertés substantielles nécessite le suivi d'une procédure conforme aux règles de bonne justice. Sans procédure respectueuse des bonnes pratiques, il n'est pas possible de s'assurer que le droit substantiel a été respecté et que le choix opéré n'est pas le fruit d'une pure discrimination.

Rappelons qu'aux termes de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique :

« Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins ».

30. – Au cas présent, les « règles » qui déterminent l'admission à l'hôpital des patients ne sont **même pas ne serait-ce qu'énoncées**.

Elles n'obéissent donc pas au minimum de qualité que doit avoir une règle, avant même d'en étudier la teneur, qui est le caractère public, énonçable et donc critiquable, de la règle.

C'est une grille inconnue qui est appliquée.

31. – Pour les pensionnaires des Ehpad, la grille est malheureusement *de facto* connue, puisque chacun aura bien compris à ce stade que les personnes âgées en maison de retraite n'ont plus accès à l'hôpital.

La règle, nulle part énoncée, mais partout appliquée, est d'une très rare brutalité.

¹⁶ I. Marin, « Traitement de la dyspnée en fin de vie », *Rev. Med. Resp.* 2004, p. 470 : « De nombreux facteurs, de nature variée, sont susceptibles de majorer la dyspnée, comme la douleur, la solitude, l'angoisse, le bruit ».

C'est finalement la décision des personnes de confiance et des proches des personnes âgées de placer celles-ci en Ehpad (décision à laquelle toute la réglementation française incite fortement¹⁷) qui aura déterminé *structurellement* la condamnation des dites personnes, si, comme il est malheureusement probable, elles sont atteintes du Covid-19.

Les Italiens parlent de « massacre silencieux ». Un « massacre » accompli en vertu de règles que personne n'a eu le courage et l'honnêteté d'énoncer.

32. – En réalité, le « tri » entre les malades qui pourront bénéficier de soins et ceux qu'on laisse mourir est opéré dans le silence absolu des pouvoirs publics.

L'absence de directive et de protocole officiel encadrant ce « tri » et la situation de fait qui en résulte portent ainsi atteinte aux droits des malades et de leur famille et laissent les médecins livrés à eux-mêmes, alors qu'il s'agit de fait d'un système dérogatoire au droit commun qui devrait être assumé et encadré par le Gouvernement, la responsabilité ne pouvant être uniquement celle des médecins qui, sur le terrain, sont obligés par la situation de décider d'exclure des soins hospitaliers des personnes qui en temps normal devraient en bénéficier.

Nous ne sommes plus en effet ici dans un choix médical, mais dans un choix qui relève de la société et donc du Gouvernement, et qui doit impérativement être assumé en tant que tel.

33. – M. Emmanuel Hirsch, professeur d'éthique médicale, a très bien expliqué dans un point de vue publié dans *Le Figaro* du 17 mars et dans une interview au *Quotidien du médecin* du 19 mars pourquoi ce « tri » ne pouvait être assumé par les seuls médecins et pourquoi il devait être assumé par le politique.

Point de vue publié dans *Le Figaro* du 17 mars :

« Les équipes de réanimation sont pourtant aguerries à l'analyse de décisions d'éligibilité ou d'exclusion, de justification d'une stratégie thérapeutique ou de limitation et d'arrêt lorsque le traitement s'avérerait vain ou relevant d'une obstination déraisonnable. Les critères scientifiquement et éthiquement argumentés sont explicites, validés par les sociétés savantes et partagés dans le cadre de bonnes pratiques cliniques. Le processus décisionnel bénéficie de l'arbitrage d'une expertise collégiale qui tient compte des directives anticipées rédigées par la personne et, si elle a été désignée, de son point de vue transmis par la personne de confiance. Ce qui diffère aujourd'hui, c'est que l'on renoncera à réanimer des personnes qui, en pratique courante, auraient pu bénéficier de traitements et survivre. La carence en ressources disponibles détermine les choix, et non les critères médicaux habituellement en vigueur. »

« Il conviendrait d'être assuré de la justification d'une non-admission à l'hôpital ainsi que de connaître les critères de « priorisation » mobilisés et appliqués de manière juste. La sélection ainsi pratiquée pourrait en effet être assimilée à une stigmatisation ou à une discrimination faute de modalités effectives de contrôle, provoquant des contestations. Les plus vulnérables ne sont-ils pas plus exposés que d'autres au risque d'un refus ? »

¹⁷ Le code de l'action sociale et des familles dispose ainsi que « toute personne âgée de soixante-cinq ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un accueil chez des particuliers ou dans un établissement » (art. L. 113-1).

Interview dans *Le Quotidien du Médecin* :

Le quotidien du médecin : Comment échapper au sentiment d'arbitraire ? Comment faciliter, pour les professionnels, les prises de décision ?

E. Hirsch : La hiérarchisation des choix doit être faite selon des protocoles. Cela permet de neutraliser la responsabilité : le soignant a ainsi moins le sentiment d'assumer personnellement une décision à impact vital.

Qui va-t-on tenter de guérir ? Qui se résignera-t-on à abandonner ? Selon quels critères ? Avec quelles conséquences pour la vie et la cohésion sociale ? Doit-on prioriser un chef de service qui se retrouverait infecté au nom du principe de réciprocité ? Comment accompagner les fins de vie ?

Ces décisions doivent être assumées par le politique. Les « héros », les soignants, ne peuvent être seuls. D'autant que leurs choix ont des conséquences sociales. Ils les endosseront plus facilement si les arbitrages qu'ils prennent sont sous-tendus par une position politique.

Bien sûr, le politique doit s'adosser à l'expertise scientifique. En l'occurrence, au conseil scientifique piloté par le Pr. Jean-François Delfraissy, qui produit des repères. Mais *in fine*, c'est le politique qui décide, qui valide ces protocoles. Cela garantit un partage des valeurs démocratiques, comme la justice et l'équité, indispensables pour lutter contre la pandémie.

Il faut aussi nécessairement que la parole politique soit transparente pour éviter toute suspicion et tout sentiment d'injustice ».

34. – L'absence de directive et de protocole n'est pas uniquement préjudiciable aux patients.

Elle place les soignants dans des situations impossibles.

Livrés à eux-mêmes, ils doivent assumer des « choix » qui dérogent aux règles qu'ils doivent appliquer en situation normale et qui peuvent les mettre en difficulté vis-à-vis des patients et de leurs familles.

Concrètement, du fait du vide décisionnel actuel, **les praticiens sont exposés à des poursuites pénales de la part des familles de victimes, ce qui n'est pas acceptable.**

*

D) Mesures demandées

35. – Il est demandé au Conseil d'Etat d'enjoindre au Premier ministre de prendre toutes les mesures nécessaires afin d'édicter, dans l'urgence, des directives et un protocole explicites et de mettre en place une organisation pratique pour encadrer la décision de faire bénéficier de soins hospitaliers ou de laisser mourir les personnes qui se trouvent dans les Ehpad ou à domicile et qui sont atteintes par des formes graves du covid-19, de sorte que les malades et les familles soient assurés que tout a été fait de manière juste, équitable et transparente et que les soignants n'aient à assumer seuls les choix terribles auxquels ils doivent faire face.

36. – Il est de même demandé au Conseil d'Etat d'enjoindre au Premier ministre de prendre toutes les mesures nécessaires afin d'édicter, dans l'urgence, des directives et un protocole explicites pour encadrer la décision de faire bénéficier, ou non, les malades qui en ont besoin de l'accès à la réanimation, afin que, là aussi, le choix soit effectué en vertu de décisions transparentes, dont la responsabilité ne repose pas sur les seuls médecins.

*

II) RUPTURE D'EGALITE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIN DE VIE ET L'ACCES AUX SOINS PALLIATIFS : ASSURER AUX PERSONNES QUI VONT DECEDER DU COVID-19 HORS DU SYSTEME HOSPITALIER DES SOINS MINIMAUX LEUR GARANTISSANT UNE FIN DE VIE DIGNE ET SANS SOUFFRANCE

37. – En deuxième lieu, les patients atteints de ce que, faute de test, il ne sera jamais appelé qu'une « suspicion de Covid-19 », qui sont maintenus soit à domicile, soit en Ehpad, subissent un sort particulièrement cruel lorsque, la maladie prenant une forme grave, la fin de vie approche.

33. – Sera ici rappelé le droit de la fin de vie et des soins palliatifs (A), avant que ne soit présentée en détail le sort réservé, à l'heure actuelle, aux patients en cause (B). Il sera ensuite exposé que ce sort constitue, à nouveau, une atteinte particulièrement grave et manifestement illégale à des libertés fondamentales (C). Seront enfin présentées les mesures requises pour remédier à cette situation (D).

*

A) Rappel du cadre réglementaire pertinent

39. – Le droit de la fin de vie et des soins palliatifs est, désormais, particulièrement détaillé.

De grandes lois¹⁸, conventions internationales, circulaires¹⁹ ou chartes²⁰ ont posé un droit pour les patients en fin de vie aux soins palliatifs, lesquels font l'objet d'une définition précise²¹.

L'article L. 1110-10 du code de la santé publique dispose ainsi :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

¹⁸ Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs ; loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ; loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; loi n° 2005-37° du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ; loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs ; loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ; loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

¹⁹ V. Circulaire n° DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

²⁰ V. par exemple Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée, 2010, article 8 : « Droit à des soins palliatifs et à mourir dans le respect et la dignité : Vous avez le droit de mourir dans la dignité, dans des conditions conformes à vos souhaits et dans les limites de la législation nationale du pays où vous résidez ».

²¹ Plus généralement, la loi prescrit un « accompagnement de fin de vie » (loi n° 99-947 du 9 juin 1999), sachant que « l'accompagnement d'une personne en fin de vie et de son entourage consiste à apporter attention, écoute, réconfort, en prenant en compte les composantes de la souffrance globale (physique, psychologique, sociale et spirituelle) ».

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux (ANESM) souligne que :

« ils doivent constituer un droit dès lors qu'ils sont nécessaires »²².

La notion d'acharnement thérapeutique et les cas et conditions dans lesquels les malades peuvent voir les soins curatifs être interrompus²³ sont « balisés »²⁴.

40. – La jurisprudence du Conseil d'Etat, singulièrement celle rendue par le juge du référé-liberté dans les affaires relatives à la fin de vie (*Vincent Lambert*, notamment) grandement contribué à éclairer le sujet.

Il a alors été notamment jugé que :

« toute personne doit recevoir les soins les plus appropriés à son état de santé, sans que les actes de prévention, d'investigation et de soins qui sont pratiqués lui fassent courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté »

Et que :

« Si le médecin décide de prendre une telle décision en fonction de son appréciation de la situation [décision d'arrêter les soins], **il lui appartient de sauvegarder en tout état de cause la dignité du patient et de lui dispenser des soins palliatifs** »²⁵.

41. – Sans qu'il soit besoin de rentrer dans le détail de ce droit, il suffira ici de relever deux grandes caractéristiques juridiques de cette problématique.

42. – D'abord, sur le plan du fond du droit, le déclenchement des soins palliatifs, destinés à améliorer la qualité de la fin de vie²⁶, n'est jamais subordonné à la disponibilité concrète du matériel et des moyens humains idoines.

Pour dire les choses autrement, le contingentement et la pénurie ne sont pas des cas légalement admis de refus d'accès aux soins palliatifs.

²² Rapport décembre 2016, p. 32.

²³ V. loi n° 2016-87 du 2 février 2016, dite *Leonetti*.

²⁴ Une « charte des soins palliatifs », régulièrement actualisée depuis 1993, a été édictée, qui rappelle que « les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne en phase évoluée terminale d'une maladie potentiellement mortelle ; prendre en compte et viser à soulager les douleurs physiques ainsi que la souffrance psychologique, sociale et spirituelle devient alors primordial ». La charte insiste sur la nécessité de « tenir compte de sa (la fin de vie) qualité », sur la nécessité d'adopter une « attitude générale de franchise vis-à-vis du malade », en soulignant que « un effort tout particulier pour accueillir et soutenir les familles est aussi considéré comme une des caractéristiques essentielles des soins palliatifs » (cité in rapport de l'ANESM précité, décembre 2016, p. 13 et 14).

²⁵ CE 8 mars 2017, n° 408.146, publié au Recueil, § 13.

²⁶ Selon le *Committee on end of life care if the Institute of Medicine*, la « mort de qualité » est une « mort libre de toute détresse évitable et de souffrance pour les patients, leurs familles et leurs soignants » (cité in rapport ANESM précité, décembre 2016, p. 17).

Les soins palliatifs constituent, à cet égard, un droit à caractère absolu²⁷.

C'est, en France, un droit de la personne humaine malade, au même titre que le droit à la vie, lequel s'entend, en dernière analyse, comme un *droit à une fin de vie de qualité*.

43. – Et c'est un devoir pour le médecin de donner ces soins, le code de déontologie médicale disposant :

« Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort »²⁸.

L'article L. 1111-4 du code de la santé publique y insiste :

« 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 ».

44. – Le code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 311-1 range dans « l'action sociale et médico-sociale » s'inscrivant « dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale », les

« actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ».

Le droit, pour le patient, à voir sa douleur être soulagée est également absolu, l'article L. 1110-5-3 du code de la santé publique disposant :

« Toute personne a le droit de recevoir des traitements et des soins visant à soulager sa souffrance. Celle-ci doit être, en toutes circonstances, prévenue, prise en compte, évaluée et traitée ».

45. – Ensuite, sur le plan de la procédure, autrement dit de la manière de décider en cette matière, la décision de recourir à des soins palliatifs précis, au péril du maintien en vie du patient mais au bénéfice de la qualité de sa fin de vie, est une décision lourde qui n'est jamais prise que dans la collégialité²⁹, en tenant compte des éventuelles directives anticipées du patient, et en concertation avec la personne de confiance qu'il a pu désigner ou sa famille.

²⁷ Le « plan triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018 » présenté par la Ministre chargée de la Santé en 2015 prévoyait déjà de « garantir l'accès aux soins palliatifs pour tous ».

²⁸ Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995, art. 38 du code.

²⁹ L'article L. 1110-5-2 du code de la santé publique dispose ainsi : « La sédation profonde et continue associée à une analgésie prévue au présent article est mise en œuvre selon la procédure collégiale définie par voie réglementaire qui permet à l'équipe soignante de vérifier préalablement que les conditions d'application prévues aux alinéas précédents sont remplies ».

La réglementation bannit absolument toute « non-décision », tout mécanisme par lequel c'est « la force des choses », le « non-dit » qui conduiraient des individus isolés, dans le secret, à enclencher des processus conduisant à la non-délivrance de soins palliatifs, ou à l'écourtement de la vie.

*

B) Exposé du problème

46. – En l'état actuel de l'épidémie, les patients affectés d'une « suspicion de Covid-19 » maintenus à domicile ou en Ehpad ne bénéficient pas des soins palliatifs.

47. – Il convient de préciser ici que la fin de vie en cas d'affection par ce coronavirus est très douloureuse puisque le phénomène de « dyspnée respiratoire » constaté d'emblée dans la maladie s'accroît drastiquement pour se transformer en **syndrome de détresse respiratoire aigüe**, conduisant à une mort par **étouffement**.

48. – En temps normal, il est déjà particulièrement difficile de pallier ce syndrome dont les causes sont multiples et, dans l'urgence, difficiles à évaluer³⁰.

49. – La dyspnée respiratoire, d'une façon générale, est liée à un dérèglement du système nerveux central qui ne parvient pas à équilibrer ou mettre en rapport, d'une part, la demande d'oxygène par les organes et les muscles, d'autre part, la fourniture d'oxygène que le poumon et les organes respiratoires qui concourent à son fonctionnement peut assumer³¹.

D'un côté, les organes et les muscles peuvent demander plus d'oxygène que nécessaire.

D'un autre côté, la capacité du poumon de « répondre à la demande » peut être affectée par l'affaiblissement des muscles thoraciques, par la destruction ou l'infection des alvéoles pulmonaires, par des épanchements ou encombrements de la plèvre ou des bronches, par un assèchement des muqueuses des voies respiratoires.

Le système nerveux central peut subir des défaillances propres qui affectent sa compréhension des « signaux » envoyés de part et d'autre.

³⁰ Sur tous ces sujets v. « Traitement de la dyspnée en fin de vie », *Revue des maladies respiratoires*, 2004, I. Marin (équipe mobile de soins palliatifs, Hôpital Delafontaine, Saint-Denis, France) ; M. Lamoureux et V. Turcot, « Les symptômes respiratoires en fin de vie », *Le médecin du Québec*, vol. 48, n° 6, juin 2013 ; Pr. J.-J. Janssens, Service de pneumologie, département des spécialités de médecine, Hôpital universitaire de Genève, « Patient à bout de souffle : morphine, oxygène ou les deux ? », *Revue médicale Suisse*, 30 janvier 2013, p. 229 ; Pr. J.-J. Janssens et F. Ricou, « La dyspnée : un défi pour les soins palliatifs. Aspects pneumologiques et cardiologiques », *Revue médicale suisse*, 2002, vol. 2, 22317.

³¹ I. Marin fait état d'un « déséquilibre entre la commande centrale délivrée aux muscles ventilatoires et l'exécution de cette commande » (p. 466).

50. – La littérature médicale enseigne que le traitement de la détresse respiratoire se fait, avec une efficacité limitée, par la pharmacopée, seule la morphine, selon une posologie particulière, ayant montré quelque effet³².

L'angoisse apparaît comme un facteur majeur de ce syndrome, et la littérature médicale n'hésite pas à indiquer que la meilleure réponse au syndrome demeure ... non médicale : aérer la chambre du patient, ne pas lui montrer sa propre angoisse, privilégier le toucher³³ (serrage de main³⁴, massages³⁵, position haute sur l'oreiller³⁶, techniques de respiration « de pleine conscience ») sont, avant la sédation profonde³⁷, les meilleures réponses à apporter face à cette expérience de douleur extrême³⁸.

Car, dans les instants ultimes, la sédation profonde est seule de nature à abrégier la douleur de l'agonie.

51. – Rien n'a été prévu pour la mise en œuvre de ces protocoles pour les patients qui sont laissés à domicile.

Il convient de préciser à cet égard que le Covid-19 est particulièrement sournois et que la dégradation de l'état de santé d'un patient maintenu à domicile, non testé, non admis à l'hôpital, peut intervenir en quelques heures.

³² Selon I. Marin, « Les morphiniques, étudiés depuis plusieurs décennies dans cette indication, sont les seuls à avoir démontré leur efficacité pour soulager la dyspnée » (p. 468). Selon M. Lamoureux et V. Turcot, « Les opioïdes sont les traitements de première ligne contre la dyspnée ». Selon le Pr. Janssens, « la morphine à faibles doses (10-30mg/jour) a un effet documenté, bien que parfois modeste, sur la dyspnée » (p. 229). Du même, avec F. Ricou : « Le consensus actuel est, lors de dyspnée sévère, de tenter un traitement symptomatique avec de la morphine, à des doses de l'ordre de 2,5 à 5mg per os toutes les quatre heures. Chez des sujets très débilisés, ou déjà hypercapniques, il faut garder à l'esprit le rôle délétère possible de la morphine sur les centres respiratoires, en particulier lors d'association avec des psychotropes ».

³³ V. Sur ce point, rapport ANESM, décembre 2016, p. 23 qui souligne « l'importance du toucher qui apporte une meilleure estime de soi et un certain sentiment de bien-être ». V. id. loc. p. 143 : « Plusieurs témoignages disent l'efficacité du toucher pour établir un contact dans la douleur, pour l'apaiser aussi, ou pour apaiser la personne agitée ».

³⁴ « Pour bien écouter la personne mourante », il convient de « tenir la main » (ANESM, p. 107).

³⁵ ANESM, p. 136, p. 140 : « Les ergothérapeutes peuvent dispenser des massages corporels avec des huiles essentielles (...) Ils peuvent également initier les familles qui le souhaitent aux techniques de massage afin de conserver un mode de communication avec leurs proches ».

³⁶ Selon M. Lamoureux et V. Turcot, « différents traitements non pharmacologiques de la toux pourraient, dans certains contextes, s'avérer bénéfiques (ex. : position adéquate avec tête élevée, exercices respiratoires, humidification de l'air, techniques de toux efficace) » (p. 51).

³⁷ « La sédation vigile est aujourd'hui la réponse la plus adaptée lorsque toutes les solutions thérapeutiques ont été épuisées » (ANESM, p. 138).

³⁸ I. Marin (p. 470) insiste : « La gêne respiratoire peut être améliorée par de multiples techniques appartenant au rôle de l'infirmier ou au rôle de kinésithérapeutes : le massage, la relaxation, la sophrologie, la relation d'aide, la présence ». « Les manuels de soins palliatifs insistent sur l'installation du malade, demi-assis dans une chambre calme, bien aérée avec sonnette à portée de main. Ils insistent aussi sur la nécessité d'interventions, aussi banales soient-elles, sans agitation ni panique et l'intérêt de la présence auprès du patient d'une personne calme (...). Etant donné la pauvreté de la pharmacopée, nous devrions privilégier ce type d'approche ! (...) Contrairement à notre imaginaire médical, les traitements médicamenteux (que nous prescrivons) sont beaucoup moins importants et efficaces que tous les autres (que nous maîtrisons mal) ».

52. – Ces protocoles ne sont pas non plus mis en œuvre au bénéfice des patients dans les Ehpad.

Les Ehpad ont été sensibilisés de longue date aux problématiques des soins palliatifs³⁹.

Mais, d'une part, il ne s'est jamais agi, pour eux, que de développer des liens avec des équipes extérieures spécialisées.

Ce n'est pas le médecin coordinateur de l'Ehpad qui peut, seul, définir, mettre en œuvre et suivre patient par patient des soins palliatifs de malades du Covid-19 en voie d'étouffement⁴⁰.

D'autre part, ces liens sont évidemment rompus en l'état des circonstances présentes. Les patients meurent donc d'étouffement dans les Ehpad. Dans un espace confiné. Lisant l'angoisse sur les visages des rares soignants qui accèdent à leur chambre. Sans pouvoir ne serait-ce que leur prendre la main. Sans ouvrir la fenêtre⁴¹.

53. – A la question « Comment sont pris en charge les patients pour lesquels la réanimation n'est pas possible ? », le chef du service des urgences de l'hôpital Jean-Verdier de Bondy répondait dans *Le Monde* du vendredi 27 mars 2020 :

« **Les morts du Covid-19 sont des morts douloureuses, par asphyxie.** Cela n'a rien à voir avec un malade qui s'en va paisiblement. Pour accompagner les malades et améliorer leur confort, nous donnons aux malades des médicaments. Au début, nous imaginions que les personnes âgées pourraient retourner en maison de retraite, mais ce serait de la maltraitance. **Ces établissements sont incapables de gérer une fin de vie comme celle-ci.** » (Le Monde 27 mars 2020, « *Il n'y a plus une seule place de réanimation dans le 93* »)

54. – De fait aucune organisation spécifique n'a été mise en place par le gouvernement pour assurer aux personnes qui vont décéder du Covid-19 hors du système hospitalier, qu'il s'agisse des personnes décédant à domicile ou de celles décédant en Ehpad, des soins minimaux leur garantissant une fin de vie digne et sans souffrance.

³⁹ V. notamment le rapport de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux : *Accompagner la fin de vie des personnes âgées*, décembre 2016.

⁴⁰ « Alors que les Ehpad sont confrontés à 20 décès par an en moyenne, un médecin coordonnateur sur cinq (21%) n'a aucune formation à l'accompagnement de la fin de vie. Seuls 15% d'entre eux ont reçu une formation diplômante aux soins palliatifs » (ANESM, p. 66). Le médecin coordonnateur a, comme son nom l'indique, un rôle de coordination : « Il est le conseiller technique du directeur, l'animateur des soignants et le prescripteur de prise en charge. Il n'est pas un soignant avec une relation duelle médecin/malade » et si « en cas de pandémie », il « dispose du droit de réaliser des prescriptions », si, « en cas de situation d'urgence », il peut établir un « certificat de décès » (ANESM, p. 74-75), il ne peut évidemment traiter seul tous les patients en demande de soins palliatifs, pas plus qu'il ne peut établir à temps, et dans un même mouvement, tous les certificats médicaux.

⁴¹ Sur l'importance du geste, simple, consistant à ouvrir la fenêtre pour soulager le malade suffoquant, v. I. Marin, p. 470 : « observation clinique du manque d'air des malades qui ouvrent les fenêtres ou se disent améliorés par un ventilateur ».

Les Ehpad sont laissés à eux-mêmes alors qu'ils n'ont pas les moyens de gérer la fin de vie, comme l'a confirmé à *Médiapart* Mme Stéphanie Lévêque, médecin coordonnateur dans trois Ehpad de Haute-Garonne :

« Le service de gériatrie de Toulouse dont elle dépend est à l'écoute mais l'a prévenue : seuls les deux premiers cas de Covid-19 dans ces Ehpad seront hospitalisés. « Je vais donc regarder des patients mourir et c'est insupportable. On ne pourra pas sauver tous ceux qui sont atteints et on ne pourra pas non plus correctement les soulager. »

La gériatre se garde pourtant de tout catastrophisme. « Tout le monde ne va pas mourir, cela ne sert à rien d'affoler les familles. Certains résidents vont guérir. Mais **ils ne seront plus hospitalisés et nous, médecins, ne sommes pas armés pour faire face.** On ne peut pas nous dire de garder les malades âgés en Ehpad sans nous **donner les moyens de leur permettre de s'éteindre dignement.** » (Mediapart 25 mars, *Les ravages du Covid-19 dans les Ehpad : colère et dénuement*)

55. – Dans un communiqué de presse du 27 mars, l'Académie de médecine s'alarme elle-même de la situation et exprime le souhait qu'il y soit remédié :

« La fulgurance de la crise sanitaire due au Covid-19 a créé une rupture d'équilibre entre les besoins des patients et les ressources en personnels, produits et matériels disponibles. Le manque de moyens se fait ressentir avec une acuité particulière dans les structures qui accueillent les personnes âgées et dépendantes. [...]

Dans les établissements qui les hébergent, ces personnes pâtissent d'un isolement accru, et les personnels de santé souffrent de ne pouvoir honorer les valeurs qui les animent, faute de bénéficier des conditions de soin requises.

S'agissant de la décision de ne pas transférer dans un établissement de recours ou en réanimation, **l'Académie souligne qu'elle doit être assortie des alternatives de soin et d'accompagnement, avec le soutien des équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs et des acteurs associatifs** ».

C) Atteinte grave et manifestation illégale à des libertés fondamentales

56. – Cette situation est intolérable du point de vue des libertés fondamentales.

57. – Le droit à la vie est atteint « dans sa substance même ».

Le droit à l'accès aux soins et, singulièrement, aux soins palliatifs, est dénié.

La dignité humaine est également foulée aux pieds, puisqu'alors même que l'on sait que l'angoisse est un facteur majeur d'accroissement de la sensation d'étouffement, tout est mis en place, de fait, pour la décupler chez le patient.

L'homme meurt comme une bête.

*

D) Mesures demandées

58. – Il est demandé au Conseil d'Etat d'enjoindre au Premier ministre de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer une fin de vie digne et sans souffrance aux personnes qui décèdent du Covid-19, dans un Ehad ou à domicile, faute d'avoir pu bénéficier de soins hospitaliers.

59. – Il est demandé en particulier qu'ils puissent bénéficier de la présence d'au moins un de leurs proches⁴² et de soins palliatifs de qualité leur évitant toute souffrance.

*

⁴² Sur la nécessité de permettre un contact entre le mourant et ses proches, v. ANESM, passim, et notamment p. 136. V. encore id. loc. p. 141 qui rappelle que « 89% des Ehad (en temps normal) peuvent proposer aux proches de dormir sur place » et que « durant la dernière semaine avant le décès », toujours en temps normal, « 75,2% des résidents en fin de vie sont entourés par leurs proches ». Le rapport indique également que « L'écoute du résident et de ses proches reste incontournable afin que les derniers moments de la vie puissent véhiculer du sens et faciliter ensuite l'acceptation du deuil » (p. 142).

III) RUPTURE D'ÉGALITÉ DANS LA MORT : ABSENCE D'IDENTIFICATION DES CAUSES DU DÉCÈS

60. – Actuellement, comme on l'a déjà dit, les malades ayant les symptômes du COVID-19 demeurant à domicile ne sont pas testés et, s'agissant des Ehpad, seuls les deux premiers cas font l'objet d'un test⁴³. Lorsque ces personnes décèdent, aucun test post-mortem n'est effectué de sorte que les familles ne connaissent pas la cause réelle du décès.

61. – Cette situation, qu'il convient de décrire le plus précisément possible (**B**), est en complet décalage avec le droit pertinent (**A**) et constitue une indéniable atteinte grave aux libertés fondamentales qu'il convient (**C**), par des mesures d'urgence (**D**), de faire cesser.

*

A) Rappel du cadre réglementaire pertinent

62. – Le cadre légal mérite d'être précisé à deux égards, puisqu'il convient, d'abord, de rappeler le droit du certificat de décès (**1**), avant d'indiquer l'utilité, pour les ayants droit, de l'identification exacte des causes du décès (**2**).

1) Certificat de décès et causes du décès

63. – En droit, le décès nécessite l'établissement d'un certificat de décès dans les 24 heures suivant la mort, certificat de décès qui ne peut être dressé que par un médecin. Même si le médecin est, pour des raisons de recueil de statistiques, invité à mentionner les « causes de la mort », cet acte reste un acte d'état civil⁴⁴.

64. – Toutefois, y compris en temps normal, il est parfois difficile de faire établir ledit certificat dans le délai imparti, ainsi qu'en témoignent les travaux parlementaires⁴⁵.

⁴³ « Concernant les prélèvements biologiques, seuls les premiers patients résidant dans une structure d'hébergement collectif (EPHAD, structures de regroupement de personnes fragiles en situation de handicap, structures accueillant des personnes sans domicile, etc.) avec un tableau clinique évocateur de Covid-19 font l'objet d'un prélèvement. Celui-ci vise à confirmer la présence d'un foyer infectieux de Covid-19 dans un contexte d'infection respiratoire basse d'allure virale ou bactérienne. À partir du second cas confirmé, toute personne présentant un état symptomatique identique ou proche (état grippal, rhinopharyngite) est alors présumé infectée par le virus. », Ministère de la Santé, PRÉPARATION A LA PHASE ÉPIDÉMIQUE DE Covid-19, GUIDE METHODOLOGIQUE, 16 mars 2020.

⁴⁴ V. Question orale n° 0421S de Mme Catherine Procaccia, publiée au JO Sénat du 11 avril 2013, p. 1117, et réponse apportée par Mme Delaunay, ministre : « l'établissement des certificats de décès est un acte d'état civil réglementé par le code général des collectivités territoriales ».

⁴⁵ « Dans un certain nombre de zones fragiles, des délais d'attente « intolérables » sont constatés avant d'obtenir le certificat de décès. « Il arrive qu'aucun médecin ne se déplace dans les 24 heures suivant le décès, peut-on lire dans l'exposé des motifs, laissant les familles dans des situations qui ne sont pas acceptables, notamment sur le plan humain » (*Le Quotidien du Médecin*, « Certificats de décès : feu vert pour le recours aux internes et aux retraités », C. Dupuis, 21 mars 2019).

65. – Surtout, le médecin requis pour renseigner le formulaire de « certificat de décès » ne mentionne jamais que les causes apparentes de la mort et, en cas de maladie, ne peut que se référer au dossier médical de la personne décédée.

66. – Par exemple, le praticien ne pourra ainsi indiquer sur le certificat que la personne est décédée d'un cancer broncho-pulmonaire que si le diagnostic de ce cancer a été établi auparavant.

67. – Par ailleurs, le code de la santé publique prévoit que les ayants droits ont le droit d'accéder à la partie du dossier médical permettant de connaître les causes de la mort⁴⁶. Encore faut-il que le dossier comporte une information à cet égard.

2) Utilité d'une identification opposable des causes du décès

68. – Le droit des proches du *de cuius* à indemnisation sera, pour le Covid-19 comme ce fut le cas pour toutes les pathologies apparues dans les crises sanitaires que la France a connues, subordonné à la preuve du fait que la personne décédée était bien affectée de ce coronavirus.

69. – Le droit des proches du *de cuius* à se constituer partie civile dans les instances pénales destinées à rechercher les responsables de la catastrophe sanitaire, autrement dit les auteurs des infractions d'homicide involontaire et de mise en danger de la vie d'autrui, sera également subordonné à la preuve du fait que la personne décédée est bien morte du Covid-19.

*

B) Exposé du problème

70. – Il est avéré que les personnes décédées à domicile, alors qu'elles n'ont pas été testées de leur vivant, comme les personnes âgées décédées, non testées là aussi, en Ehpad, ne font pas l'objet, à l'heure actuelle, de tests post-mortem.

71. – Il s'agit là d'une politique officielle, qui est de plus relatée dans de nombreux articles de presse.

« Des raisons objectives expliquent l'absence de cartographie à l'échelle du pays. Dénombrer les morts du Covid-19 en Ehpad supposerait que tous les résidents malades fassent l'objet d'un test avant ou après leur décès. Or, **selon la doctrine fixée par le ministère de la santé, seuls les deux ou trois premiers cas de personnes présentant des symptômes sont testés** » (Le Monde, 25 mars, *Les Ehpad confrontés aux décès liés à l'épidémie*)

⁴⁶ Article L. 1110-4 du code de la santé publique : « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elle leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès ». V. Sur le sujet D. Poisson, « Que devient le secret médical après le décès d'une personne ? » *Laennec*, 2007/1, Tome 55, pages 49 à 58, accessible sur Cairn. V. encore « La communication du dossier médical d'un patient décédé à son ayant droit », *SHAM* n° 52, août 2012.

« Aujourd'hui, les médecins ne font pratiquer le test qu'en cas d'infection sérieuse. Et en Ehpad, après suspicion de symptômes et sollicitation du centre 15, seuls les trois premiers cas sont testés. **Pas ceux qui surviennent après coup** » (Aujourd'hui en France, 26 mars, *Le nombre de décès est-il sous-estimé ?*)

« Dans la plupart des cas, la cause du décès est probablement le Covid-19, mais on n'en a pas la certitude puisque **il n'est pas réalisé de test post-mortem**. Dans les Ehpad, seuls les deux premiers cas graves sont testés, après quoi tous les résidents présentant les symptômes sont considérés comme atteints du Covid-19 » (Le Monde 30 mars 2020, *Le difficile décompte des morts du Covid-19 au jour le jour*)

72. – En cas de décès d'un patient demeuré à domicile ou en Ehpad, patient qui était affecté auparavant de ce que les praticiens n'auront jamais diagnostiqué, faute de test, que comme une « suspicion de COVID », l'auteur du certificat de décès ne pourra donc pas, déontologiquement, inscrire dans la case « causes du décès » : « COVID ».

73 – Quand bien même il le ferait, le certificat, sur ce point, ne serait pas au-dessus de toute contestation ultérieure et ne permettrait pas à la famille d'agir en matière indemnitaire ou en matière pénale.

Pour cela, le résultat du test établissant que la personne était atteinte du COVID-19 sera nécessaire.

74. – C'est ce qui a été exigé en matière d'amiante. Une personne atteinte d'un mésothéliome (cancer de la plèvre spécifique de l'amiante) ne peut faire valoir son droit à indemnisation (devant les juridictions civiles ou devant le fonds d'indemnisation, le FIVA⁴⁷) ou se porter partie civile devant une juridiction pénale⁴⁸, que si le diagnostic médical de mésothéliome est confirmé par une analyse anatomopathologique d'un prélèvement.

75. – Il en ira de même pour le COVID-19.

La case « cause du décès » du certificat médical ne suffira pas à établir que le patient est bien mort de cette infection.

En l'absence de test, la famille ne pourra pas faire valoir ses droits.

Il lui faudrait pour cela faire exhumer le corps et faire procéder à une expertise, dont le résultat n'est, à ce stade, pas garanti. Que reste-t-il des muqueuses et du poumon quelques mois seulement après l'inhumation ?

En outre, tout test sera impossible en cas de crémation.

*

⁴⁷ Article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

⁴⁸ Pourvoi n° E 19-80.005.

C) Atteinte grave et manifestation illégale à des libertés fondamentales

76. – D'une part, la connaissance exacte des causes du décès d'un proche est une condition nécessaire pour que la famille puisse effectuer son travail de deuil⁴⁹.

Le droit à l'accès à cette information⁵⁰, qui a été reconnu dans le cadre du droit d'accès aux documents administratifs⁵¹, constitue donc une dimension de la vie privée et familiale ainsi que de la dignité de la personne humaine.

Le refus de pratiquer des tests post-mortem pour établir la cause du décès conforte en outre l'impression que les personnes âgées, et singulièrement celles qui sont dans les Ehpad, sont considérées comme « quantité négligeable » et que leur mort et sa cause n'ont aucune importance pour la société.

77. – D'autre part, l'attestation des causes du décès permettra aux familles de consolider leur qualité de partie intéressée aux diverses procédures qui suivront la catastrophe sanitaire en cours :

- procédure indemnitaire ;
- procédure pénale, en recherche des responsabilités à la fois locales et nationales.

A défaut de test, répétons-le, la qualité d'ayant droit de victimes, donc de partie civile, sera contestée.

78. – A cet égard, le droit au test est une garantie procédurale ou formelle du respect par l'Etat du droit au respect des biens⁵² (indemnisation) comme du droit d'accès au juge⁵³ (constitution de partie civile « vindicative », destinée à identifier des responsables pour que le scandale ne se reproduise pas).

⁴⁹ La loi n° 99-477 du 9 juillet 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs souligne que « l'accompagnement de l'entourage peut se poursuivre après le décès, afin d'aider le travail de deuil ». Dans un avis rendu public le 24 février 2002, le Conseil économique et social a souligné que « la préparation au deuil fait partie de l'accompagnement et doit se poursuivre par un soutien et une aide adaptée aux proches endeuillés qui le souhaitent ».

⁵⁰ Droit affirmé, pour les malades eux-mêmes, par la loi du 4 mars 2002, article L. 1110-10 du code de la santé publique.

⁵¹ V. Les très nombreux avis rendus par la CADA sur le sujet, par exemple avis 2013-2423 du 23 mai 2013 : « En l'espèce, la Commission constate que Mme X souhaite obtenir la communication d'un certain nombre d'informations médicales relatives aux séjours de son époux décédé au sein d'établissements du groupe hospitalier Le Creusot-Montceau, dans le but de défendre la mémoire du défunt et notamment de faire valoir ses droits dans le cadre d'une reconnaissance d'une exposition à l'amiante. La Commission estime que ces éléments sont suffisamment précis pour permettre à l'établissement de santé d'identifier les informations médicales en lien avec les objectifs poursuivis ». Dans un avis n° 2013-32097 du 4 juillet 2013, on lit : « En l'espèce, la qualité d'ayant droit de Mme X ne fait aucun doute. La commission constate également que l'intéressée poursuit des objectifs conformes à la loi, à savoir défendre la mémoire du défunt (en mettant au jour les éventuels dysfonctionnements, maltraitements et erreurs dans la prise en charge), ainsi que, à la lecture du dossier qui lui a été soumis, faire valoir ses droits ».

⁵² Et l'on sait que le droit de propriété est protégé au titre de l'article L. 521-2 du code de justice administrative : v. CE Ord. 31 mai 2001, *Commune d'Hyères-les-Palmiers*, n° 234.226.

⁵³ Liberté également protégée : v. CE Ord. 13 mars 2006, *Bayrou*, n° 291.118.

Et l'on rappellera qu'au rang des obligations positives découlant de l'article 2 (droit à la vie) de la CEDH figure

« l'obligation d'instaurer un système judiciaire efficace et indépendant permettant d'établir la cause du décès d'un individu se trouvant sous la responsabilité de professionnels de la santé, tant ceux agissant dans le cadre du secteur public que ceux travaillant dans des structures privées, et le cas échéant d'obliger ceux-ci à répondre de leurs actes (...) » (*Calvelli et Ciglio c. Italie*, arrêt (Grande Chambre) du 17 janvier 2002, § 49).

79. – De troisième part, la connaissance des causes exactes du décès par des tests est nécessaire pour connaître exactement les effets du Covid-19 d'un point de vue scientifique.

Elle l'est aussi du point de vue du droit de la population à connaître l'ampleur exacte des dégâts causés par l'épidémie.

Il est nécessaire, de ce double point de vue, de rendre public chaque jour, non seulement le nombre de personnes décédées du Covid-19 à l'hôpital, mais aussi le nombre de personnes décédées sans avoir eu accès à l'hôpital, que ce soit à domicile ou dans un Ehpad.

80. – Enfin, **la connaissance des causes du décès ne se limite pas au fait de connaître la maladie à l'origine du décès.**

En l'espèce, **un autre facteur intervient : la saturation du système hospitalier** qui fait que des soins qui auraient pu être prodigués en temps normal ne l'ont pas été, par exemple la réanimation.

Lorsqu'un patient décède du Covid-19 sans avoir pu avoir accès à des soins hospitaliers, ou lorsqu'il décède à l'hôpital sans avoir pu avoir accès à la réanimation, ce fait doit être mentionné dans le dossier médical et porté à la connaissance des familles.

Parce que la population doit être entièrement informée, mais aussi parce qu'il importe de connaître les limites de notre système hospitalier, il est nécessaire de rendre public, chaque jour, le nombre de personnes décédées sans avoir eu accès à la réanimation.

*

D) Mesures demandées

81. – Il est demandé au Conseil d'Etat d'enjoindre au Premier ministre de prendre toutes les mesures nécessaires pour faire réaliser systématiquement, pour toutes les personnes décédées dans les Ehpad ou à leur domicile, qui avaient des symptômes évocateurs du Covid-19 et qui ne l'ont pas été de leur vivant, un test Covid-19 pour établir les causes du décès.

82. - Cette mesure ne pose aucun problème de faisabilité du fait du faible nombre de tests post-mortem à effectuer.

L'ordre de grandeur est la centaine de tests supplémentaires (maximum 300) par jour, alors que la France en fait actuellement 12.000 et qu'il est prévu de passer à 30.000.

83. – Il est aussi demandé au Conseil d'Etat d'enjoindre au Premier ministre de prendre toutes les mesures nécessaires afin que, lorsque les personnes décèdent du Covid-19 sans avoir pu avoir accès à des soins hospitaliers ou lorsqu'elles décèdent à l'hôpital sans avoir pu avoir accès à la réanimation, ce fait soit mentionné dans le dossier médical et porté à la connaissance des familles.

84. – Il est enfin demandé au Conseil d'Etat d'enjoindre au Premier ministre de rendre public, chaque jour, non seulement le nombre de personnes décédées du Covid-19 à l'hôpital, mais aussi le nombre de personnes décédées sans avoir eu accès à l'hôpital – que ce soit à domicile ou dans un Ehpad – et de préciser, pour les personnes décédées à l'hôpital, le nombre de celles qui sont décédées sans avoir eu accès à la réanimation.

*

PAR CES MOTIFS

Et tous autres à produire, déduire, ou suppléer, au besoin même d'office, les requérants concluent à ce qu'il plaise au juge des référés du Conseil d'État :

- **ENJOINDRE** au Premier ministre et au ministre des Solidarités et de la Santé de prendre toutes les mesures nécessaires afin d'édicter, dans l'urgence, des directives et un protocole explicites et de mettre en place une organisation pratique pour encadrer la décision de faire bénéficier de soins hospitaliers ou de laisser mourir les personnes qui se trouvent dans les Ehpad ou à domicile et qui sont atteintes par des formes graves du covid-19, de sorte que les malades et les familles soient assurés que tout a été fait de manière juste, équitable et transparente et que les soignants n'aient à assumer seuls les choix terribles auxquels ils doivent faire face ; de prendre également toutes les mesures nécessaires afin d'édicter, dans l'urgence, des directives et un protocole explicites pour encadrer la décision de faire bénéficier, ou non, les malades qui en ont besoin de l'accès à la réanimation, afin que, là aussi, le choix soit effectué en vertu de décisions transparentes, dont la responsabilité ne repose pas sur les seuls médecins ;

- **ENJOINDRE** au Premier ministre et au ministre des Solidarités et de la Santé de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer une fin de vie digne et sans souffrance aux personnes qui décèdent du Covid-19, dans un Ehpad ou à domicile, faute d'avoir pu bénéficier de soins hospitaliers ; il est demandé en particulier qu'ils puissent bénéficier de la présence d'au moins un de leurs proches et de soins palliatifs de qualité leur évitant toute souffrance ;

- **ENJOINDRE** d'enjoindre au Premier ministre et au ministre des Solidarités et de la Santé de prendre toutes les mesures nécessaires pour : faire réaliser systématiquement, pour toutes les personnes décédées dans les Ehpad ou à leur domicile, qui avaient des symptômes évocateurs du Covid-19 et qui ne l'ont pas été de leur vivant, un test covid-19 pour établir les causes du décès ; mentionner dans le dossier médical et porter à la connaissance des familles le fait que les personnes décèdent COVID-19 sans avoir pu avoir accès à des soins hospitaliers ou lorsqu'elles décèdent à l'hôpital sans avoir pu avoir accès à la réanimation ; rendre public chaque jour, non seulement le nombre de personnes décédées du COVID-19 à l'hôpital, mais aussi le nombre de personnes décédées sans avoir eu accès à l'hôpital – que ce soit à domicile ou dans un Ehpad - et préciser pour les personnes décédées à l'hôpital, le nombre de celles qui sont décédées sans avoir eu accès à la réanimation.

SCP NICOLAÏ – de LANOUELLE – HANNOTIN
Avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation