

PLAINTE AVEC CONSTITUTION DE PARTIE CIVILE

**des chefs de délaissement ayant provoqué la mort, violences
ayant entraîné la mort sans intention de la donner,
discrimination et entrave aux soins**

*(faits prévus et réprimés par les articles 222-7, 222-8, 223-3, 223-4, 223-5, 225-1 et
225-2 du code pénal)*

*Entre les mains de Monsieur le Doyen des Juges d'Instruction
près le Tribunal judiciaire de Paris*

1. Monsieur [REDACTED]
[REDACTED] ;
[REDACTED], *décédée le 1^{er} avril 2020*
2. Madame [REDACTED]
[REDACTED] ;
3. Madame [REDACTED]
[REDACTED] ;
4. Madame [REDACTED]
[REDACTED] ;
5. Monsieur [REDACTED]
[REDACTED] ;
6. Madame [REDACTED]
[REDACTED] ;
[REDACTED] *décédé le 24 mars 2020*
7. Madame [REDACTED]
[REDACTED].

8. Monsieur [redacted] ;
[redacted] *décédé le 30 mars 2020*
9. Monsieur [redacted] ;
[redacted] *décédée le 15 avril 2020*
10. Madame [redacted] ;
[redacted]
11. Madame [redacted] ;
[redacted] *décédé le 19 mars 2020*
12. Madame [redacted] ;
[redacted]
13. Madame [redacted] ;
[redacted]
14. Madame [redacted] ;
[redacted]
15. Monsieur [redacted] ;
[redacted] *décédé le 4 avril 2020*
16. Madame [redacted] ;
[redacted]
17. Monsieur [redacted] ;
[redacted]
18. Monsieur [redacted] ;
[redacted] *décédés les 18 avril et 4 mai 2020*
19. Madame [redacted] ;
[redacted] *décédé le 12 avril 2020*

20. Madame [redacted]
[redacted] ;
21. Madame [redacted]
[redacted] ;
[redacted] *décédé le 16 avril 2020*
22. Madame [redacted]
[redacted]
23. Madame [redacted]
[redacted] ;
24. Monsieur [redacted]
[redacted] ;
25. Monsieur [redacted]
[redacted] ;
[redacted] *décédé le 29 mars 2020*
26. Madame [redacted]
[redacted] ;
27. Madame [redacted]
[redacted] ;
[redacted] *décédé le 1^{er} avril 2020*
28. Madame [redacted]
[redacted] ;
[redacted] *décédé le 7 avril 2020*

29. L'association **CORONAVICTIMES**, association loi 1901, déclarée en préfecture le 27 mars 2020 (annonce n°602, journal officiel du 11 avril 2020) et représentée par son Président, M. Michel Parigot, Président, demeurant Bat B4, Résidence les Vignes de Bures 91940, Les Ulis.

Ayant pour avocat :

Maître Anaïs MEHIRI
Avocat au Barreau de Paris
41, rue Saint-Augustin
75002 Paris
Tél : 01.42.65.03.72 Fax : 01.84.10.88.74
Toque C 2086

ONT L'HONNEUR D'EXPOSER :

Dès janvier 2020, un nouveau cas de coronavirus, la Covid-19, a contaminé des centaines de milliers d'individus. Face à cette épidémie, la France était insuffisamment préparée. Rapidement, il est apparu que les citoyens français ne pourraient guère se protéger efficacement contre cette pandémie (manque de masques, manque de tests Covid-19 etc.).

Le 17 mars 2020, le confinement a été imposé à l'ensemble du territoire français et des unités Covid-19 ont été mises en place dans certains établissements hospitaliers. Le risque de saturation dans ces centres hospitaliers a été martelé par le gouvernement qui a enjoint les citoyens à « s'auto-examiner » et à ne pas se déplacer aux urgences sans l'accord du Service d'Aide Médicale Urgente (ci-après « SAMU »).

Nombre de personnes vulnérables, en raison de leur âge, leur isolement ou leur handicap, n'ont pas eu accès à des soins adaptés. Cette situation a entraîné de multiples décès laissant les familles des victimes seules face à leurs interrogations.

C'est ce désarroi qu'ont dû affronter les familles de

 tous décédés sans avoir eu accès

aux soins qui auraient pu les sauver.

Dans ce contexte, les plaignants, soutenus par l'association Coronavictimes¹, déposent plainte avec constitution de partie civile, conformément à l'article 85 du Code de procédure pénale, des chefs de délaissement ayant provoqué la mort, violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner, discrimination et entrave aux soins.

Par ailleurs, l'article 706-2 du code de procédure pénale prévoit que « *la compétence territoriale d'un tribunal judiciaire peut être étendue au ressort d'une ou de plusieurs cours d'appel pour l'enquête, la poursuite, l'instruction et, s'il s'agit de délits, le jugement des infractions définies ci-après dans les affaires relatives à un produit de santé tel que défini par l'article L. 5311-1 du code de la santé publique ou (...) aux pratiques et prestations de service, médicales, paramédicales ou esthétiques et qui sont réglementés en raison de leurs effets ou de leur dangerosité, qui sont ou apparaîtraient d'une grande complexité :*

- atteintes à la personne humaine, au sens du titre II du livre II du code pénal ;

- infractions prévues par le code de la santé publique ;

(...)

Cette compétence s'étend aux infractions connexes (...) ».

Dès lors, la présente plainte est adressée au Doyen des juges d'instruction près le Tribunal judiciaire de Paris, compétent en matière de santé publique, dans la mesure où les plaignants dénoncent des pratiques et prestations médicales/paramédicales qui apparaissent complexes et qui ont entraîné des infractions portant atteinte à la personne humaine.

Après l'exposé du contexte factuel (I), les qualifications pénales encourues seront détaillées (II).

¹ L'association Coronavictimes est une association loi 1901, déclarée en préfecture le 27 mars 2020 (annonce n°602, journal officiel du 11 avril 2020) et représentée par M. Michel Parigot, Président, demeurant Bat B4, Résidence les Vignes de Bures 91940, Les Ulis.

TABLE DES MATIERES

I.	CONTEXTE ET EXPOSE DES FAITS.....	6
A.	La mise en place de directives officielles pour gérer la pandémie Covid-19	6
1.	Le principe : le maintien des patients à domicile	7
2.	Le cas des établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées	7
3.	En pratique, sur des critères contestables, un tri des patients nécessitant une hospitalisation a été effectué	8
B.	Une gestion sanitaire qui a abouti au délaissement des personnes vulnérables..	9
1.	Le cas de	9
2.	Le cas de	11
3.	Le cas de	13
4.	Le cas de	14
5.	Le cas de	15
6.	Le cas de:	16
7.	Le cas de	17
8.	Le cas de	19
9.	Le cas de	20
10.	Le cas de	21
11.	Le cas de	22
12.	Le cas de	23
II.	LES QUALIFICATIONS PENALES ENCOURUES	25
A.	les qualifications criminelles	25
1.	Les victimes ont été délaissées et sont décédées.....	25
2.	Le refus de soins opposé aux victimes a provoqué leur mort.....	28
B.	les infractions délictuelles connexes.....	29
1.	En raison de leur vulnérabilité, la fourniture d'un service public a été refusé aux victimes	29
2.	Les victimes ont subi une entrave aux soins qui auraient pu les sauver.....	30

INTRODUCTION

En décembre 2019, une épidémie de pneumonies d'allure virale d'étiologie inconnue a émergé dans la ville de Wuhan (province de Hubei, Chine).

Le 9 janvier 2020, un nouveau coronavirus, nommé SARS-CoV-2, a été annoncé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce virus est l'agent responsable de la maladie Covid-19.

Le 22 janvier 2020 le gouvernement Chinois a ordonné le confinement de la ville de Wuhan et l'a étendu le 25 janvier suivant à la province de Hubei.

Cinq jours plus tard, pour la sixième fois de son histoire, l'OMS a déclaré l'état d'urgence de santé publique de portée internationale et a appelé « le monde entier à agir ». Le 11 mars 2020, l'OMS a qualifié la propagation de la Covid-19 de pandémie mondiale.

Malgré cette situation, le gouvernement français n'a pris aucune mesure pour anticiper ou prévenir une éventuelle épidémie sur le territoire national. A compter du 14 mars 2020, la France a atteint le « stade 3 » de l'épidémie et, le 17 mars 2020, un confinement strict a été imposé pour ralentir la diffusion sur le territoire et réduire les risques de tension sur le système hospitalier.

N'ayant pris aucune mesure de prévention, la France a été confrontée à partir de la fin février à une croissance exponentielle du nombre de malades. Au lieu de prendre toutes les mesures nécessaires pour adapter le système hospitalier à cette pandémie, il a été choisi de restreindre l'accès aux soins afin de ne pas saturer les établissements hospitaliers.

La stratégie a consisté à laisser les personnes souffrantes, au sein de leur domicile ou de la structure d'accueil qui les accueillait, jusqu'à ce qu'elles atteignent un état de santé critique.

Si une hospitalisation « à domicile » était officiellement préconisée, il est apparu qu'aucun soin adapté n'a pu être prodigué et que les patients souffrants ont été délaissés. Par ailleurs, seul le SAMU-Centre 15 avait le pouvoir de décider, sur des critères contestables, d'hospitaliser ou non une personne souffrante.

Cette stratégie a entraîné la privation de soins hospitaliers aux personnes les plus vulnérables.

A ce jour, plus de 30.000 personnes sont décédées – de manière avérée ou supposée – de la Covid-19.

I. CONTEXTE ET EXPOSE DES FAITS

A compter du 16 mars 2020, une stratégie nationale a été édictée pour gérer la crise sanitaire (A) laquelle a privé des personnes vulnérables de soins qui auraient pu les sauver (B).

A. LA MISE EN PLACE DE DIRECTIVES OFFICIELLES POUR GERER LA PANDEMIE COVID-19

Le 16 mars 2020, le Ministère des Solidarités et de la Santé a publié un guide de directives intitulé « Préparation à la phase épidémique de Covid-19 ». Ce guide prévoit le déploiement d'une organisation sanitaire exceptionnelle pour répondre à l'enjeu épidémique (pièce n°1).

Les mesures prévues par le Ministère de la Santé s'appuient sur la mobilisation des secteurs hospitalier et de ville ainsi que sur le rôle renforcé du SAMU-Centre 15.

1. Le principe : le maintien des patients à domicile

Le Ministère des Solidarités et de la Santé indique que « *le principe général vise à assurer la prise en charge des patients non graves à domicile afin de ne pas saturer les établissements de santé* » (page 6, pièce n°1). Les patients présentant une forme simple ou modérée doivent être pris en charge en ville et il est nécessaire de promouvoir la téléconsultation.

La prise en charge à domicile concerne les patients qui ne présentent pas de signes de gravité et qui ne nécessitent pas d'être hospitalisés « *compte-tenu de leur état clinique* ». Cette prise en charge à domicile est conditionnée à la capacité du patient à respecter et comprendre les précautions et mesures à adopter. A titre d'exemple, le patient doit rester dans une chambre séparée et être capable de surveiller ses propres symptômes (pages 28 et 29, pièce n°1).

La prise en charge en ville a « *vocation à être organisée par les professionnels de santé habituels des patients* » c'est-à-dire les médecins traitants (pièce n°2). De plus il est précisé que « *le recours aux téléconsultations devra être privilégié dès lors qu'il sera pertinent afin de minorer les expositions au Covid-19* » (pièce n°3). En pratique, il s'agit essentiellement d'auto-surveillance rendant impossible la vérification des constantes essentielles comme le taux d'oxygène.

En outre, seuls les SAMU-Centres 15 sont habilités à réguler les hospitalisations des patients présentant des signes de gravité en « *ayant connaissance des rôles dédiés aux établissements, des places disponibles* » et en les orientant « *selon leurs critères de gravité clinique* » (page 17, pièce n°1). Précisément, « *la décision de transfert vers un établissement de santé ne peut être prise que par un médecin SAMU-Centre 15* » (page 37, pièce n°1). Dès lors, les « *SAMU-Centres 15 seront au cœur du dispositif de régulation des tensions sur le système de santé. Ils auront un rôle important de conseil médical auprès de la population, nécessitant un message national homogène et clair quant aux réponses à apporter* » (page 16, pièce n°1).

Les tests seront prioritairement réalisés lorsque le patient présente des critères de gravité (symptomatologie respiratoire hospitalisés en réanimation ; pneumopathie hypoxémiante), de comorbidité ou une situation particulière (personne hospitalisée pour une autre cause, donneurs d'organes).

Dès lors, le principe est le maintien des patients à domicile et l'hospitalisation des cas les plus graves [sur des critères non définis].

En conséquence, l'objectif est clair : tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, doivent prendre des mesures de sécurisation « *en réduisant le plus possible le nombre d'entrées (...) et en contrôlant les flux entrant de patients* » (page 21, pièce n°1). Le but est celui de dispenser des soins de réanimation aux cas les plus graves afin d'éviter un risque de saturation du système hospitalier (pages 23, 24 et 43 pièce n°1).

2. Le cas des établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées

Les directives envoyées le 20 mars aux « Employeurs et directeurs d'établissements ou services accueillant des personnes âgées et handicapées » sont sans ambiguïté :

« III. Identification et orientation des cas :

Ensuite, conformément à la doctrine sur les prélèvements biologiques mise en place en phase 3, seuls les trois premiers patients résidant en EHPAD et en structures d'accueil en internat pour personnes en situation de handicap avec un tableau clinique évocateur de Covid font l'objet d'un prélèvement (...).

IV. Prise en charge et suivi des patients Covid

Quelle doctrine concernant la prise en charge des patients?

(...)

Les patients présentant des formes sévères et critiques sont pris en charge dans les établissements de santé habilités Covid 19 (1ère et 2ème ligne, voire 3ème ligne). La décision de transfert vers un établissement de santé ne peut être prise que par un médecin du SAMU centre 15.

La prise en charge des cas suspects et confirmés ne présentant pas de critères de gravité doit être assurée en priorité au sein des structures sociales et médico-sociales pour les personnes qui y résident ou à domicile afin de ne pas saturer les établissements de santé» (pièce n°4).

Cette « doctrine » est rappelée dans une fiche du 31 mars 2020 intitulée « Fiche établissements de santé : consignes et recommandations concernant l'appui des établissements de santé aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ». Il est indiqué :

« Le principe est que la prise en charge des cas suspects et confirmés ne présentant pas de critères de gravité doit être assurée en priorité au sein des EHPAD afin de ne pas saturer les établissements de santé, en respectant les mesures d'hygiène et de protection rappelées plus bas.

Seuls les patients présentant des formes sévères et critiques sont pris en charge dans les établissements de santé habilités Covid-19 (1ère et 2ème ligne, voire 3ème ligne). La décision de transfert vers un établissement de santé ne peut être prise que par un médecin du SAMU centre 15 » (pièce n°5).

Dès lors, le transfert n'est envisagé qu'en vue d'un passage en réanimation et la fiche renvoie explicitement pour les critères « de non-admission en réanimation » aux recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation : « Décision d'admission des patients en unités de réanimation et unités de soins critiques dans un contexte d'épidémie à Covid-19 » qui dérogent aux règles habituelles (pièce n°5).

3. En pratique, sur des critères contestables, un tri des patients nécessitant une hospitalisation a été effectué

Habituellement, l'accès à l'hospitalisation et à la réanimation se fonde sur des critères médicaux dans un cadre établi qui repose sur le principe de la collégialité des décisions. Une procédure spécifique de tri a cependant été mise en place pour tenir compte « des situations où l'équilibre entre les besoins médicaux et les ressources disponibles est rompu » (pièce n° 6).

Le tri a été effectué au stade de la réanimation, mais le plus souvent en amont, dès le stade du choix quant à l'hospitalisation, par le seul SAMU-Centre 15, et donc en pratique en dehors du cadre décisionnel classiquement collégial.

Les critères de ce tri – désigné par la périphrase « choix difficiles et priorisations » – ont été spécifiés dans la fiche précitée « Décision d'admission des patients en unités de réanimation et unités de soins critiques dans un contexte d'épidémie à Covid-19 » rédigée le 19 mars 2020 à l'initiative de l'Agence régionale de santé Île-de-France et reprise par les directives nationales (pièce n° 6).

Par-delà les habituelles volontés du patient et son état clinique, la fiche insiste sur la singularité de certains patients du fait de leur « état antérieur », avec en particulier les critères d'âge et d'état neurocognitif. En ce qui concerne le critère d'âge, la fiche insiste en indiquant qu'il est « *à prendre particulièrement en compte pour les patients Covid* ».

À l'aune de ces critères de tri – qui incitaient les médecins à prendre tout particulièrement en considération l'âge des patients au moment d'opérer un choix difficile et une priorisation quant à leur hospitalisation ou à leur admission en réanimation – le 6 avril 2020, le Conseil national de l'Ordre des médecins s'est senti obligé de rappeler dans un communiqué de presse que :

« l'âge du patient, sa situation sociale, son origine, une maladie mentale, un handicap ou tout autre facteur discriminant ne peuvent être l'élément à retenir » (pièce n°7).

Dans les faits, ce sont bien les critères énoncés dans les directives nationales qui ont été appliqués par le SAMU-centre 15 et non les principes rappelés par le Conseil national de l'Ordre des médecins. Le tri pour l'accès aux soins hospitaliers ne s'est pas fait sur des critères purement et classiquement médicaux et la collégialité des décisions n'a pas été respectée : le SAMU-centre 15 a appliqué, pour le « *choix difficile* » et la « *priorisation* » des entrées à l'hôpital, les critères mis en place pour l'accès à la réanimation, prenant « *particulièrement en compte* » l'âge et l'état neurocognitif des malades.

En conséquence, les directives édictées par le Ministère des Solidarités et de la Santé et mises en œuvre par les organismes et acteurs de santé sont contraires à une prise en charge médicale individualisée.

B. UNE GESTION SANITAIRE QUI A ABOUTI AU DELAISSEMENT DES PERSONNES VULNERABLES

La régulation des hospitalisations gérée uniquement par les SAMU-Centre 15 a entraîné l'isolement des personnes dites vulnérables en raison de leur âge ou de leur état de santé préexistant. De nombreux individus se sont vu refuser l'accès à un hôpital alors que leur risque vital était engagé. Ceux-ci sont décédés à leur domicile ou en EHPAD. Quant aux autres, qui ont finalement été hospitalisés, la décision a été prise si tardivement qu'ils n'ont pu avoir accès aux soins qui auraient pu les sauver.

1. Le cas de [REDACTED]

a. [REDACTED] était résidente au sein d'un EHPAD

[REDACTED]

En 2019, [REDACTED] a été accueillie à l'EHPAD de [REDACTED].

A 93 ans, [REDACTED] avait conservé de bonnes facultés motrices. Elle se déplaçait seule et conversait avec les autres pensionnaires (pièce n°8).

b. L'état de santé de Mme [REDACTED] s'est dégradé à partir du 23 mars 2020

Le 23 mars 2020, il apparaît que [REDACTED] présentait un écoulement nasal et une hyperthermie à 37,4°. Le lendemain, [REDACTED] n'a pas déjeuné et sa température oscillait entre 36,1° et 37,9°. Elle souffrait également d'asthénie. Du paracétamol lui a été administré.

Entre le 25 et le 26 mars, [REDACTED] présentait une hyperthermie évaluée à 38.3. Durant ces 24 heures, 3g de paracétamol ont été administrés à [REDACTED] et son hydratation a été surveillée.

Le 27 mars 2020, [REDACTED] était fatiguée et souffrait toujours d'hyperthermie. Son taux d'oxygène était évalué à 94%. A 9h52, [REDACTED], infirmière, a prévenu le médecin. Celui-ci ne s'est pas déplacé pour examiner [REDACTED].

Du 28 au 30 mars, l'état de santé de [REDACTED] s'est aggravé. Les transmissions indiquent que [REDACTED] « est très asthénique, qu'elle ne s'est pas alimentée et que la fièvre s'élevait désormais à 39,5° ». Une perfusion sous cutanée a été mise en place pour hydrater [REDACTED] et des lunettes à oxygène ont été posées.

Le 31 mars, à 9h30, les constantes de [REDACTED] étaient les suivantes :

- « Hyperthermie à 38,4° ;
- Désaturation 91% O2 :4L ;
- Pouls 119 ;
- TA : 99/52 »

[REDACTED] a prévenu la famille de [REDACTED] laquelle « est [était] d'accord pour qu'on l'envoie aux urgences » (pièce n°8).

c. En raison de son âge, [REDACTED] n'a pas été hospitalisée

Le 31 mars 2020, à 9H46, [REDACTED] a contacté le SAMU des Hauts-de-Seine.

[REDACTED] a indiqué au médecin régulateur (i) l'âge de [REDACTED] et (ii) sa température qui s'élevait à 38,4. Elle a indiqué au médecin régulateur que le fils de [REDACTED] souhaitait que sa mère soit hospitalisée.

La discussion s'est poursuivie ainsi :

- « Médecin : Elle a 93 ans, c'est ça ?
- Infirmière : oui
- Médecin : donc elle ne sera pas hospitalisée. Vous avez un médecin coordinateur ?
- Infirmière : j'ai appelé. J'ai un médecin qui éventuellement peut nous prescrire. J'ai pas de médecin co-, elle est malade.
- Médecin : comment ?
- Infirmière : elle n'est pas là le médecin coordinateur. Elle a le covid-19. Elle est clouée au lit » (...)

- *Médecin : il y a beaucoup de gens qui ne comprennent pas, mais elle n'ira pas aux urgences. Et même si elle allait aux urgences, on ne la garderait pas en hospitalisation.*
- *Infirmière : d'accord.*
- *Médecin : donc il faut contacter le médecin. Qu'il vous donne des consignes pour qu'elle évolue dans le confort (...)*

- *Médecin : on ne peut rien faire. Enfin, on ne peut rien faire : elle ne sera pas prise en charge à l'hôpital » [gras ajouté] (pièce n°8).*

A compter de cet appel, le sort de [REDACTED] était scellé.

Aussi, sur le seul fondement de son âge, la prise en charge de [REDACTED] par le SAMU, l'éventuel transfert de celle-ci aux urgences et sa potentielle hospitalisation ont été immédiatement exclus par le médecin régulateur du SAMU. Aucune justification tangible n'a été édictée.

Pire, sans évoquer une éventuelle contamination à la Covid-19, ni même une détresse respiratoire, le médecin régulateur a conseillé à l'infirmière de contacter un médecin afin qu'il « accompagne » [REDACTED] jusqu'au décès.

En conséquence, il a été décidé, en quelques minutes, qu'en raison de son âge, [REDACTED] ne bénéficierait pas de soins adaptés et qu'elle resterait au sein de l'EHPAD alors que le médecin coordinateur était souffrant et absent.

d. [REDACTED] est décédée le 1er avril 2020

Dans la matinée du 31 mars 2020, il a été décidé que [REDACTED] :

- ne bénéficierait pas de soins adaptés ;
- ne serait pas hospitalisée et *de facto* réanimée si cela était nécessaire ;
- décéderait au sein de l'EHPAD où elle résidait.

A 16h37, [REDACTED] a bénéficié d'un protocole antibiotique, conformément à l'ordonnance du [REDACTED]. Il a donc été administré à [REDACTED] deux antibiotiques à large spectre, Rocephine et Rovamycine (pièce n°8).

Le 1^{er} avril 2020, à 2H30, [REDACTED] est décédée.

2. Le cas de M [REDACTED]

a. [REDACTED] vivait à son domicile avec son épouse

Monsieur [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]

L'état de santé de M. [REDACTED], âgé de 84 ans, était bon. Il vivait à son domicile avec son épouse. Il était autonome dans les activités de la vie quotidienne et marchait sans aide (pièce n°9).

b. L'état de santé de M. [REDACTED] s'est dégradé à partir du 12 mars 2020

i. L'absence de prise en charge sérieuse de M. [REDACTED] par l'hôpital privé de Seine-Saint-Denis

Le 12 mars 2020, M. [REDACTED] s'est plaint de maux de tête auprès de son fils. Le 14 mars, M. [REDACTED], se sentant de plus en plus faible, a demandé à son fils de le transporter aux urgences de l'hôpital privé de [REDACTED].

Admis aux urgences, seule une prise de sang a été réalisée et M. [REDACTED] a été prié de retourner chez lui. Aucune information ou recommandation ne semble avoir été donnée à M. [REDACTED].

Malgré les maux dont se plaignait M. [REDACTED] (céphalées, courbatures, manque d'appétit), aucun test Covid-19 n'a été réalisé, ni même un scanner cérébral ou thoracique.

Le 14 mars 2020, M. [REDACTED], dont l'état de santé s'était dégradé en 48 heures, a été prié de regagner son domicile, sans analyse complémentaire et sans prescription médicale.

ii. L'admission de M. [REDACTED] au Centre hospitalier de [REDACTED]

Le 16 mars, l'état de santé de M. [REDACTED] était davantage dégradé. M. [REDACTED], a contacté le SAMU afin que M. [REDACTED] soit admis aux urgences du Centre Hospitalier de [REDACTED].

Au début de l'après-midi, les constantes de M. [REDACTED] étaient :

- Désaturation à 90% ;
- Pouls : 65/mn
- Hypothermie évaluée à 35,2° ;
- Hypotension à 82/54 mmHg.

Un scanner thoracique a été réalisé et a mis en exergue une infection possible à la Covid-19. La biologie réalisée a permis de confirmer ce diagnostic « PCR COVID 19 réalisée revenue positive » (pièce n°9).

Compte-tenu de ces résultats, M. [REDACTED] a été transféré en unité Covid 4A au sein du centre hospitalier.

A compter du 16 mars, M. [REDACTED] a bénéficié d'une antibiothérapie et d'une oxygénothérapie au masque à haute concentration. Le 18 mars, un anticoagulant lui a été administré. Cliniquement, il a été indiqué que M. [REDACTED] était fébrile mais qu'il était « conscient et orienté » sans signes de lutte (pièce n°9).

iii. La décision de ne pas réanimer M. [REDACTED]

Le jour de son admission, M. [REDACTED] a vu un réanimateur qui a décidé qu' « au vu de l'âge, pas de réanimation si aggravation de l'état clinique » (pièce n°9).

L'état de santé de M. [REDACTED] a continué de se dégrader, nécessitant 12L, puis 15L, d'oxygène au masque haute concentration.

Dans la nuit du 23 au 24 mars 2020, l'état de santé de M. [REDACTED] s'est profondément dégradé. La désaturation s'élevait à 70% et M. [REDACTED] présentait brusquement des signes de lutte.

Alors que son état nécessitait une prise en charge plus intense pour être sauvé, il a été décidé que M. [REDACTED] ne bénéficierait pas d'une réanimation. Il est indiqué : « *au vu du statut non réanimatoire, initiation d'une sédation par Hypnovel et Morphine en PSE* » (pièce n°9).

S'il est indiqué que « *le fils est prévenu dans la nuit de la dégradation* », il n'apparaît nulle part que M. [REDACTED] ait été prévenu de la décision de placer son père en sédation profonde. M. [REDACTED] a été informé que son père recevrait de la Morphine pour soulager ses douleurs sans davantage d'explications.

Par ailleurs, le dossier médical ne fait nullement état d'une décision collégiale de ne pas réanimer M. [REDACTED] qui serait fondée sur des critères objectifs. De plus, la famille de M. [REDACTED] n'a jamais été informée d'une telle décision et n'a donc jamais donné son avis sur ce point.

En conséquence, il a été décidé, unilatéralement et sans que la famille ne puisse donner son avis, que M. [REDACTED], âgé de 84 ans et décrit quelques jours avant son décès comme un homme autonome, conscient et orienté, ne serait pas réanimé, du seul fait de son âge.

c. M. [REDACTED] est décédé le 24 mars 2020

M. [REDACTED] a pu rendre visite à son père et avoir un échange avec lui. M. [REDACTED] était conscient. Il répondait aux questions de son fils.

Pourtant, dans la nuit du 23 au 24 mars 2020, le sort de M. [REDACTED] était scellé :

- celui-ci ne serait pas réanimé ;
- il bénéficierait d'une sédation profonde jusqu'à son décès ;
- il décéderait à l'hôpital.

Le 24 mars 2020, à minuit, il a été administré à M. [REDACTED] par pousse seringue électrique 50MG/10ML de Midazolam soit 2MG/heure et 50MG/5ML de Morphine soit 2MG/heure.

Le 24 mars 2020, à 13H30, M. [REDACTED] est décédé (pièce n°9).

3. Le cas de M. [REDACTED]

a. M. [REDACTED] vivait à son domicile avec son épouse et ses enfants

Monsieur [REDACTED]

A 75 ans, [REDACTED] ne souffrait d'aucune pathologie et était autonome dans sa vie quotidienne (pièce n°10).

b. L'état de santé de M. [REDACTED] s'est dégradé à partir de mi-mars 2020

M. [REDACTED], son épouse et leur fils ont perdu le goût puis ont souffert de céphalées associées à une fièvre, une toux et des courbatures.

Dans la nuit du 20 au 21 mars, l'intensité des symptômes a augmentée. Les 23 et 24 mars, l'état de santé de M. [REDACTED] s'est brutalement dégradé. Son fils rapporte que M. [REDACTED] émettait des râles en tentant de déglutir. Puis, le 24 mars, vers 10h00, M. [REDACTED] a constaté que son père était incapable de se lever et que son visage était violacé.

M. [REDACTED] a contacté le SAMU pour leur faire part de l'état de santé de M. [REDACTED]. Les pompiers se sont déplacés à leur domicile. A leur arrivée, ils ont constaté que le taux d'oxygène de M. [REDACTED] était de 64%. M. [REDACTED] indique qu'un des pompiers lui aurait dit « *il faut se dépêcher, votre père est en train de mourir devant nous* ».

Seul M. [REDACTED] a été pris en charge.

c. La prise en charge médicale tardive de M. [REDACTED]

Le 24 mars 2020, M. [REDACTED] a été transporté à l'hôpital de [REDACTED] (1) avant d'être transféré, quelques heures plus tard, à [REDACTED].

A son arrivée, M. [REDACTED] était « *G15, orienté, fébrile, polypnéique* ». Son taux d'oxygène était de 79%. Les médecins ont noté une « *probable infection à la Covid-19* » (pièce n°10).

M. [REDACTED] a reçu des antibiotiques (C3G et Levofloxacine puis Amoxicilline). Puis le 28 mars, devant la dégradation de son état clinique, M. [REDACTED] a reçu 2 séances de ventilation en décubitus ventral.

Le 30 mars, M. [REDACTED] a été placée sous ventilation assistée-contrôlée (« VAC »).

Néanmoins, il est indiqué qu'après une « *discussion collégiale (cellule d'éthique)*, il a été décidé d'orienter M. [REDACTED] « *vers des soins de confort devant échappement thérapeutique* » (pièce n°10). Par ailleurs, il est indiqué que cet « *avis d'aggravation a été donné aux deux enfants de Monsieur [REDACTED]* ».

A 20h40, M. [REDACTED] est décédé.

4. Le cas de [REDACTED]

a. Mme [REDACTED] était résidente au sein d'un EHPAD

[REDACTED]

[REDACTED] résidait au sein de l'EHPAD [REDACTED]. A compter de mi-mars, M. [REDACTED] n'a plus été autorisé à rendre visite à sa mère et celle-ci a été placée en isolement au sein de sa chambre.

b. Mme [REDACTED] est brutalement décédée le 15 avril 2020

Dans la nuit du 14 au 15 avril, Mme [REDACTED] s'est plainte d'hyperthermie.

Le 15 avril, vers 5h30, Mme [REDACTED] souffrait d'une toux, de difficultés respiratoires et d'une température à 38°. La veille, un test Covid-19 avait été réalisé.

A 10h30, un médecin a informé M. [REDACTED] de l'état de santé de sa mère.

Malgré un taux d'oxygénation de 85%, il a été décidé que Mme [REDACTED] serait directement admise en soins palliatifs. La possibilité d'une réanimation n'a pas été envisagée.

Faute de soins adaptés, Mme [REDACTED] est décédée le 15 avril 2020 à 17h30 (pièce n°11).

5. Le cas de M. [REDACTED]

a. M. [REDACTED] vivait à son domicile

Monsieur Christian [REDACTED]

Il ressort du compte-rendu d'hospitalisation qu'à 68 ans, M. [REDACTED] était « *complètement autonome* » (pièce n°12).

b. L'état de santé de M. [REDACTED] s'est dégradé à compter du 4 mars 2020

Le 4 mars 2020, M. [REDACTED] s'est plaint auprès de sa famille de fièvre, toux et courbatures. Ses proches ont appelé le SAMU qui leur a demandé de contacter un médecin généraliste.

Le 6 mars, le médecin traitant de M. [REDACTED] lui a administré de l'Amoxicilline, un antibiotique à large spectre.

Le lendemain, l'état de santé de M. [REDACTED] s'est dégradé (température évaluée à 39,6°, diarrhées, perte du goût et de l'odorat, céphalées etc.).

Devant la gravité des symptômes, les proches de M. [REDACTED] ont rappelé le SAMU les 7 et 8 mars, en vain.

Le médecin traitant de M. [REDACTED] n'étant pas disponible le dimanche, un rendez-vous a été fixé auprès de SOS Médecin à [REDACTED]. Après avoir réalisé un scanner thoracique et sollicité une radiographie, le médecin a lui-même contacté le SAMU pour solliciter l'hospitalisation de M. [REDACTED]. Le SAMU a, une nouvelle fois, refusé le transfert de M. [REDACTED] vers un établissement hospitalier.

c. L'hospitalisation tardive de M. [REDACTED]

Le 11 mars 2020, une nouvelle fois, les proches de M. [REDACTED] ont contacté le SAMU, en vain.

M. [REDACTED] s'est alors rendu, lui-même, à l'hôpital de [REDACTED]. Admis aux urgences, M. [REDACTED] a été transféré dans le service hépato-gastro-entérologie.

Le rapport de l'examen clinique de M. [REDACTED] est alarmant. Il apparaît que le 11 mars 2020, M. [REDACTED] souffrait d'une hyperthermie (39°) et d'un taux de saturation de 86% sous oxygène. L'examen pulmonaire a révélé une dyspnée à l'effort, une cyanose des extrémités, une toux quinteuse et des râles crépitants bilatéraux (pièce n°12).

Dès le lendemain, un dépistage PCR a été réalisé. Il est indiqué que M. [REDACTED] a été placé sous oxygénothérapie nasale (5 à 6 litres/mn) et que le taux de saturation d'oxygène était de 88%.

Malgré cela, il est précisé que M. [REDACTED] « garde un bon état général » (gras ajouté).

Pourtant, le même jour, sans même attendre le résultat du test PCR, il a été décidé que M. [REDACTED] serait transféré en Unité de soins continus. M. [REDACTED] a alors été intubé.

Il convient de préciser, qu'à deux reprises, M. [REDACTED] a été proposé en ECMO². M. [REDACTED] a été refusé deux fois.

Compte-tenu de la situation et « malgré le risque encouru », il a été conseillé à l'équipe médicale de poser un décubitus ventral (pièce n°12).

M. [REDACTED] est décédé le 19 mars 2020, à 00h50 (pièce n°12).

6. Le cas des époux [REDACTED]

a. Les époux [REDACTED] vivaient au sein d'un EHPAD

Mme [REDACTED]

Le 3 mars, les visites au sein de l'EHPAD ont été réduites puis finalement interdites le 10 mars.

Le 30 mars, Mme [REDACTED], fille des époux [REDACTED], a été informée par courrier que certains résidents de l'EHPAD avaient contracté la Covid-19 et qu'à compter de ce jour, les repas seraient servis dans les chambres.

Néanmoins, il apparaît que les époux [REDACTED] ont continué à prendre leur repas au sein de la salle à manger commune, entourés d'autres résidents installés sur des tables à proximité.

² oxygénation par membrane extracorporelle

b. La dégradation successive de l'état de santé des époux [REDACTED]

Le 5 avril 2020, Mme [REDACTED] a constaté que son mari était fatigué et qu'il perdait l'appétit. Mme [REDACTED] a sollicité l'examen médical de son époux.

Le lendemain, le médecin a informé Mme [REDACTED] qu'il suspectait une infection à la Covid-19. Des examens complémentaires ont été sollicités mais ceux-ci n'ont jamais été réalisés, faute pour les employés du laboratoire d'être protégés de façon adéquate.

L'état de santé de M. [REDACTED] s'est progressivement dégradé (fatigue importante, déshydratation, diarrhée, dyspnée) jusqu'au 10 avril 2020 (pièce n°13). Malgré son état clinique alarmant, l'hospitalisation de M. [REDACTED], pourtant demandée par le médecin coordinateur, a été refusée en l'absence de « signes de gravité » (pièce n°13).

Compte-tenu de l'état de santé de son mari, Mme [REDACTED] était très inquiète. Son attitude a été qualifiée d'alarmiste et nuisible par le personnel. Sur ce point, il a été indiqué « on envisage de la renvoyer chez ses enfants ou d'hospitaliser son mari pour les séparer » (pièce n°13). En tout état de cause, pour aider son mari, Mme [REDACTED] a décidé de dormir dans la chambre de son époux.

Le 13 avril 2020, Mme [REDACTED] a sollicité l'hospitalisation de son père auprès du médecin coordinateur. Souffrant d'une détresse respiratoire (SAT à 90%), M. [REDACTED] a été placé sous oxygène et transféré dans un établissement hospitalier (pièce n°13).

Le 14 avril, un test PCR a été réalisé sur Mme [REDACTED] lequel se révélera négatif. Néanmoins, dès le lendemain, Mme [REDACTED] a développé une toux sèche et une importante fatigue.

Le 17 avril 2020, face à au refus opposé à Mme [REDACTED] que sa mère soit examinée par un médecin, celle-ci a décidé de conduire elle-même Mme [REDACTED] à l'hôpital.

Le 18 avril 2020, M. [REDACTED] est décédé.

Le 4 mai 2020, Mme [REDACTED] est décédée.

7. Le cas de M. [REDACTED]

8. Le cas de M. [REDACTED]

a. M. [REDACTED] vivait au domicile de sa mère

M. [REDACTED]

M. [REDACTED] était handicapé et souffrait d'un syndrome dépressif, de troubles cardiaques et de diabète.

Une infirmière se déplaçait quotidiennement à son domicile.

b. L'infirmière de M. [REDACTED] a alerté SOS Médecin de l'état de santé de M. [REDACTED]

D'après la retranscription d'un appel SAMU du 12 avril 2020, il apparaît que l'infirmière de M. [REDACTED] avait contacté SOS Médecin le 10 avril pour leur faire part de l'état de santé de M. [REDACTED].

Elle leur aurait indiqué qu'il était essoufflé et que sa fréquence cardiaque s'élevait à 120 pulsations/minute (pièce n°15).

c. **Le décès brutal de M. [REDACTED]**

Le 12 avril 2020, en se rendant au domicile de M. [REDACTED], l'infirmière a constaté qu'il était décédé.

Un médecin s'est déplacé au domicile et a indiqué, en quelques minutes, que M. [REDACTED] était décédé du Covid-19. Il n'a pourtant jamais été testé. En tout état de cause, le certificat de décès précise que M. [REDACTED] souffrait d'une maladie contagieuse (pièce n°15).

Par ailleurs, le médecin a sollicité une mise en bière immédiate, dans un cercueil hermétique, laquelle s'est faite au pied du domicile de M. [REDACTED], dans le hall d'entrée de l'immeuble.

9. **Le cas de M. [REDACTED]**

a. **M. [REDACTED] était résident au sein d'un EHPAD**

M. [REDACTED] et résidait au sein de l'EHPAD [REDACTED]

M. [REDACTED]

Par ailleurs, M. [REDACTED] était placé sous tutelle. [REDACTED] était en charge de cette mesure.

M. [REDACTED] souffrait d'une dépression chronique et était diabétique.

b. **En dépit des nombreuses demandes, M. [REDACTED] n'a jamais été hospitalisé**

A partir du 4 avril 2020, M. [REDACTED] s'est plaint auprès de sa fille d'hyperthermie. Le même jour, une note d'information a été adressée par la direction de l'EHPAD aux familles des résidents afin de les informer que deux résidents avaient été testés positifs à la Covid-19.

Le lendemain, la température de M. [REDACTED] s'élevait à 39,6°.

Le 7 avril, il a été testé positif à l'infection Covid-19. Les jours suivants, l'état de santé de M. [REDACTED] s'est dégradé (hyperthermie, baisse du taux d'oxygène à 85%, diarrhée, angoisse importante etc.) (pièce n°16).

Le 8 avril, Mme [REDACTED] a sollicité l'hospitalisation de M. [REDACTED]. Le docteur [REDACTED], médecin coordinateur de l'EHPAD, lui a répondu : *« concernant les hospitalisations, les informations du GH étaient très claires au début de l'épidémie : il n'y aucune possibilité d'hospitalisation pour les résidents de l'EHPAD. Je suis en tractation depuis ce matin avec mes confrères du GH pour négocier (...) des hospitalisations peuvent se négocier au cas par cas »* [gras ajouté] (pièce n°17).

Il poursuit : *« j'ai d'ailleurs évoqué le cas de M. [REDACTED] avec un confrère de la cellule de crise qui doute franchement du bénéfice attendu d'une hospitalisation dans la mesure où ce patient a déjà une insuffisance respiratoire chronique oxygène-requérante et risque de se dégrader sous la forme d'une décompensation respiratoire qui sera au-delà de toute ressource thérapeutique »*

Et ajoute : « *En tout état de cause, les hospitalisations si elles sont possibles ne se feront pas à la demande des familles ou des tutelles ; elles seront demandées par moi-même et décidées par la cellule de crise gériatrique du GH70* » (pièce n°17).

Le 10 avril 2020, Mme [REDACTED] a adressé un nouvel email à la direction de l'EHPAD dans lequel elle indique « *je me permets d'insister et de solliciter votre bienveillance pour une demande d'hospitalisation rapide de Monsieur [REDACTED]* » (pièce n°17).

En réponse, il lui a été indiqué « *je n'ai hélas pas la capacité ni la compétence de faire hospitaliser un résident (...) notre médecin coordinateur est en lien quotidiennement avec ses confrères hospitaliers, une procédure définit les orientations à l'hôpital* » (pièce n°17).

Finalement, M. [REDACTED] n'a jamais été hospitalisé.

Ses troubles respiratoires se sont aggravés (SAT à 85 % le 11 avril 2020). Il est indiqué que M. [REDACTED] « *angoisse ce matin crie beaucoup car ne trouve pas de position confortable* » (pièce n°16). A compter du 14 avril, une sédation a été administrée à M. [REDACTED] (morphine + Midazolam) jusqu'à son décès (pièce n°16).

Le 16 avril 2020, M. [REDACTED] est décédé.

10. Le cas de M. [REDACTED]

a. M. [REDACTED] vivait à son domicile avec son épouse

M. [REDACTED].

Ancien agriculteur, M. [REDACTED] se déplaçait avec une canne mais ne présentait aucun trouble cognitif.

b. L'état de santé de M. [REDACTED] s'est dégradé en quelques jours

A compter du 24 mars 2020, M. [REDACTED] s'est plaint d'une hyperthermie. Suspectant une infection urinaire, le médecin traitant de M. [REDACTED] lui a administré un antibiotique (Augmentin).

Néanmoins, le 28 mars, l'état de santé de M. [REDACTED] déclinait. M. [REDACTED] se plaignait d'une gêne respiratoire. Son épouse a contacté le SAMU qui lui aurait opposé un refus de prise en charge compte-tenu de l'âge de M. [REDACTED] (pièce n°18).

Finalement, une ambulance s'est déplacée au domicile de M. [REDACTED] et l'a transféré au centre hospitalier [REDACTED].

L'examen clinique a mis en exergue une hyperthermie à 38,7° et une saturation en oxygène à 75 (pièce n°18).

Un test Covid-19 a été réalisé le 29 mars 2020.

c. **Le décès brutal de M. [REDACTED]**

Alors qu'il est indiqué que M. [REDACTED] était calme, conscient et orienté, et que le résultat du test Covid-19 n'était pas encore connu, la décision de ne pas réanimer M. [REDACTED] – si cela s'avérait nécessaire – a été prise.

Il est précisément indiqué « *Covid-19 très probable, pas réa entreprise vu l'âge, pas d'intérêt à la réalisation d'un scanner thoracique dans ce contexte* » [gras ajouté] (pièce n°18).

A la suite de cette décision, une combinaison de Midazolam et de Morphine a été administrée à M. [REDACTED] pour le placer en sédation profonde.

M. [REDACTED] est décédé le 29 mars 2020.

Le 30 mars 2020, le Docteur [REDACTED] a adressé au médecin traitant de M. [REDACTED] un courrier pour l'informer du décès de son patient. Elle a indiqué « *une limitation de soins compte-tenu de l'âge et de la probabilité de COVID a été posée par l'équipe de réanimation* » [gras et souligné ajoutés] (pièce n°18).

11. **Le cas de M. [REDACTED]**

a. **M. [REDACTED] résidait au sein d'un EHPAD**

M. [REDACTED]

M. [REDACTED] souffrait de la maladie du corps de Léwy, une démence neurodégénérative complexe et dont certains symptômes sont communs à la maladie d'Alzheimer et à la maladie de Parkinson.

b. **L'état de santé de M. [REDACTED] s'est dégradé à partir du 23 mars 2020**

Le 16 mars, les proches des résidents ont été informés qu'ils n'étaient plus autorisés à les visiter.

Le 23 mars 2020, Mme [REDACTED] a été informé que son père souffrait d'une hyperthermie et de toux. Très vite, on lui aurait indiqué qu'aucun test n'était disponible et qu'aucun transfert vers un établissement hospitalier n'était envisagé.

Le 26 mars, la direction de l'EHPAD a adressé aux enfants de M. [REDACTED] un courriel pour les informées d'une réorganisation interne. Il est précisé qu'à compter de ce jour, Mme [REDACTED] serait en charge de communiquer avec les proches des résidents.

Le même jour, il est indiqué que l'état général de M. [REDACTED] s'est fortement dégradé et que des soins palliatifs sont prévus.

Le 28 mars, l'état de santé de M. [REDACTED] ne s'est pas amélioré. Au contraire, il est indiqué que ne s'alimente pas et qu'il est « *au ralenti* » (pièce n°19).

Le 31 mars, le taux de saturation en oxygène était de 92% (pièce n°19).

Aucun test Covid-19 n'a été réalisé et la possibilité de transférer M. [REDACTED] vers un établissement hospitalier semble ne jamais avoir été envisagée.

C'est dans ce contexte que le 1^{er} avril 2020, M. [REDACTED] a succombé.

12. Le cas de M. [REDACTED]

a. M. [REDACTED] vivait à son domicile

M. [REDACTED] vivait à son domicile avec sa partenaire, Mme [REDACTED].

M. [REDACTED] était diabétique (pièce n°20).

Le 23 mars, Mme [REDACTED] a présenté les symptômes suivants : hyperthermie, céphalée, toux, perte de goût et d'odorat. Celle-ci a obtenu une téléconsultation avec son médecin lequel lui conseille de rester confinée et de prendre du paracétamol.

b. L'état de santé de M. [REDACTED] s'est dégradé à compter du 25 mars 2020

Le 25 mars, alors que les symptômes de Mme [REDACTED] persistaient, M. [REDACTED] s'est plaint de toux et d'hyperthermie (38,6°).

Le 26 mars, M. [REDACTED] a télé-consulté son médecin. Dans la mesure où M. [REDACTED] était diabétique, il lui a été demandé de se rendre au CHU [REDACTED] – situé à 60 km de son domicile – afin qu'un test Covid-19 soit réalisé.

Le 27 mars, M. [REDACTED] s'est rendu à l'hôpital et le soir même, il a été informé que ledit test était positif.

Contrairement à M. [REDACTED], député [REDACTED], testé positif au coronavirus et se disant « *en pleine forme, sans aucun problème de santé* » qui a été immédiatement hospitalisé (pièce n°21), M. [REDACTED] a été prié de retourner chez lui.

Un compte-rendu a été adressé par email à M. [REDACTED] dans lequel il est indiqué « *ce patient présente une forme clinique simple d'infection Covid-19, un niveau de compréhension suffisant et des moyens matériels adaptés pour être pris en charge en ambulatoire* » (pièce n°20).

Il doit être souligné que même document précise « *les patients considérés « à risque d'évolution vers une forme grave » donc nécessitant un suivi accru : (...) diabète insulino-dépendant non équilibré ou compliqué* » (pièce n°20).

M. [REDACTED] a été informé qu'il devait remplir un tableau « de suivi médical à domicile » et qu'il serait contacté dans les prochains jours pour faire un bilan. Une ordonnance de 10 masques de soins et de paracétamol a été remise à M. [REDACTED].

L'état de santé de M. [REDACTED] a continué de se dégrader.

c. M. [REDACTED] a été hospitalisé le 31 mars 2020

Constatant la dégradation de l'état de santé de M. [REDACTED], Mme [REDACTED] (elle aussi souffrante) a insisté auprès de leur médecin traitant pour que M. [REDACTED] soit hospitalisé.

Le 31 mars, M. [REDACTED] a été admis à l'hôpital d'Issoire. Un angioscanner thoracique a été réalisé et a mis en exergue un « scanner typique de COVID-19 avec une atteinte sévère du parenchyme pulmonaire ».

Le même jour, M. [REDACTED] a été transféré au CHU de [REDACTED] – établissement dans lequel il avait été testé quelques jours plus tôt.

Pendant une semaine, M. [REDACTED] a été admis en service de réanimation.

M. [REDACTED] est décédé le 7 avril 2020 (pièce n°20).

*

Il ressort de l'ensemble des éléments et pièces recueillis à ce jour que les 13 victimes suscitées se trouvaient dans l'incapacité d'être soignées à leur domicile – soit en raison de leur âge, soit en raison de leur condition physique ou psychique.

Il est donc invraisemblable qu'en dépit des éléments inquiétants, communiqués au SAMU à plusieurs reprises, aucun d'entre eux n'ait été pris en charge suffisamment rapidement pour être sauvé.

Alors que ces personnes souffrant de handicap, de maladie chronique ou de vieillesse auraient dû bénéficier d'une attention particulière voire de soins prioritaires, c'est au contraire un sort opposé qui leur a été réservé. Un accès à des soins adaptés leur a été refusé anéantissant toute chance de survie. Certains médecins ont même indiqué qu'il était usuel de refuser l'hospitalisation des patients âgés.

En conséquence, il apparaît qu'un tri a été effectué dont l'issue funeste ne pouvait être ignorée.

II. LES QUALIFICATIONS PENALES ENCOURUES

Les faits décrits ci-dessus sont susceptibles de recevoir une qualification criminelle (A) ainsi qu'une qualification délictuelle (B).

A. LES QUALIFICATIONS CRIMINELLES

1. Les victimes ont été délaissées et sont décédées

En droit,

L'article 223-3 du code pénal prévoit que « *le délaissement, en un lieu quelconque, d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende* ».

L'article 223-4 alinéa 2 du même code précise que « *le délaissement qui a provoqué la mort est puni de vingt ans de réclusion criminelle* ».

Par ailleurs, l'article R.4127-7 du code de la Santé Publique pose le principe selon lequel « *le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur état de santé. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée* ».

- Le délaissement est un acte positif

Le délaissement est caractérisé par un **abandon** assorti d'un **refus de soins et de surveillance**.

La Cour d'appel de Paris a jugé coupable de délaissement la petite fille d'une femme âgée de 85 ans qu'elle avait laissée seule dans une maison sans chauffage et sans subvenir à ses besoins élémentaires. Les juges de la Cour d'appel ont constaté une absence de soins et de surveillance mettant avec certitude la personne âgée en danger, peu importe que le risque ne se soit pas réalisé (CA Paris 11 septembre 1988, JD n°1998-022239).

Les juridictions précisent que le lieu de l'abandon importe peu. Il n'est pas nécessaire que l'endroit soit isolé. La victime peut être abandonnée dans un lieu où sa sécurité est assurée. Sur ce point, Mme Françoise Alt-Maes, Maître de conférences à la faculté de Rouen précise que « *la jurisprudence se montre sévère à l'encontre d'une maison de retraite, d'un hôpital ou d'un centre d'accueil pour les personnes âgées, lorsque cet établissement n'assure pas les soins élémentaires qui lui incombent vis-à-vis de la personne hors d'état de se protéger qui y est placée* » (Délaissement d'une personne hors d'état de se protéger, §9 – 2 septembre 2019).

Toutefois, la personne abandonnée doit être exposée à une situation de péril (CA Douai, 30 novembre 2006, JD n°2006-325147) et être incapable de se protéger elle-même. La Cour de cassation a récemment jugé coupable du crime de délaissement une femme ayant profité de la confiance de la victime pour exercer une emprise sur elle, d'où il s'est suivi une dégradation physique de celle-ci puis son décès alors que la victime aurait pu être sauvée en cas d'intervention médicale qu'elle ne pouvait elle-même solliciter (Cass. Crim. 19 juin 2019, n°18.84-629).

- En abandonnant la victime, l'auteur du délaissement doit avoir conscience du danger encouru par celle-ci

Le texte s'applique à toute personne âgée de plus de quinze ans dès lors qu'elle présente une certaine vulnérabilité qui se traduit par l'impossibilité d'assurer elle-même sa propre sécurité.

L'abandon nécessite que l'auteur perçoive les risques auxquels il expose la victime en l'abandonnant définitivement. L'auteur doit savoir que la victime n'est pas en mesure de se protéger elle-même.

L'auteur peut agir seul ou de concert. La complicité est punissable (articles 121-6 et 121-7 du code pénal). L'auteur peut être une personne physique ou une personne morale. L'auteur peut donc être un membre de la famille, le gérant d'une maison de retraite, la structure d'accueil ou tout tiers chargé de la personne vulnérable (Cass. Crim. 16 décembre 2003, n°03-81.811).

S'agissant des médecins, Mme Françoise Alt-Maes (suscitée) précise qu'ils sont tenus de délivrer des soins palliatifs et qu'en conséquence, « *le médecin ne peut abandonner purement et simplement son patient dans une pièce, en attendant que la mort fasse son œuvre* » (Délaissement d'une personne hors d'état de se protéger, §26–2 septembre 2019).

En l'espèce,

[REDACTED] souffraient tous d'une hyperthermie et d'une saturation de l'oxygène en dessous de 95%. Certains d'entre eux souffraient également de toux, d'une fatigue importante et de diarrhée.

Tous étaient vulnérables – en raison de leur âge pour la plupart, pour M. [REDACTED], en raison de leur état physique ou psychique.

En tout état de cause, les 13 victimes se trouvaient dans l'incapacité de se protéger eux-mêmes. C'est la raison pour laquelle, il était nécessaire de leur apporter une attention particulière.

Alors que leur état de santé se dégradait et que les 13 victimes se trouvaient dans un lieu où ils ne pouvaient pas recevoir les soins adaptés.

Six d'entre eux résidaient au sein d'un EHPAD : [REDACTED]

Seuls les époux [REDACTED] ont été admis dans un centre hospitalier. Il convient de noter que Mme [REDACTED] a été transportée à l'hôpital (sans l'accord du SAMU) par sa fille puisque cette dernière était confrontée au refus que sa mère soit examinée par un médecin. S'agissant de M. [REDACTED], la possibilité d'être placé sous respirateur ne semble pas avoir été discuté. Il apparaît que des soins palliatifs lui ont immédiatement été prodigués à la suite desquels il est décédé.

[REDACTED] se sont vu refuser leur transfert vers un établissement hospitalier.

Concernant Mme [REDACTED] et M. [REDACTED], il apparaît explicitement que c'est en raison de leur âge que l'hospitalisation a été refusée. Mme [REDACTED], Mme [REDACTED] et M. [REDACTED]

sont décédés dans l'EHPAD où ils résidaient. S'agissant de M. [REDACTED], la possibilité n'a même pas été envisagée.

Les sept autres vivaient à leur domicile, seul ou accompagnés : [REDACTED]

Seul M. [REDACTED] n'a jamais été hospitalisé.

Mais, si M. [REDACTED], M. [REDACTED], M. [REDACTED], M. [REDACTED], M. [REDACTED] et M. [REDACTED] ont *in fine* étaient hospitalisés, il apparaît que cette décision a été prise trop tardivement pour qu'elle soit pleinement efficace.

De plus, ces derniers n'ont pas bénéficié, assez tôt, des soins qui auraient pu les sauver. S'agissant de M. [REDACTED], il a été indiqué que celui-ci n'avait pas bénéficié plus rapidement d'une prise en charge médicale en raison de son âge. Quant à M. [REDACTED], la décision de ne pas le réanimer a été explicitement prise en raison de son âge.

Aussi, M. [REDACTED] sont décédés à l'hôpital.

Force est de constater que les conjoints, enfants, personnel des EHPAD, mandataire judiciaire, infirmière ont sollicité, à maintes reprises, l'hospitalisation, de leur proche, en vain. Il apparaît que le transfert vers un établissement hospitalier des 6 victimes susvisées était tardif et ne permettrait aucune chance de survie, ce qui ne pouvait être ignoré.

Compte-tenu de la vulnérabilité affectant ces 13 personnes, une hospitalisation à domicile était *ab initio*, inenvisageable. En ne leur permettant pas, dès l'apparition des premiers symptômes évocateurs (hyperthermie, saturation en oxygène), de bénéficier d'une prise en charge médicale optimale (une hospitalisation « classique » et, au besoin, l'admission en service de réanimation), les 13 victimes n'ont pas subi un simple désintéret mais un acte positif d'abandon.

Dès lors, en préconisant et en appliquant une politique nationale visant à privilégier l'auto-surveillance à domicile, il ne pouvait être ignoré, après avoir eu connaissance des symptômes dont souffraient [REDACTED], que ces derniers étaient incapables de se protéger eux-mêmes et qu'en leur refusant une prise en charge médicale, rapide et adaptée, ils décèderaient.

En conséquence, [REDACTED] ont été définitivement abandonnés au sein de la structure où ils résidaient. L(es) auteur(s) de cet abandon savai(en)t pertinemment qu'ils étaient vulnérables et que le refus de soins adaptés entraînerait leur décès.

2. Le refus de soins opposé aux victimes a provoqué leur mort

En droit.

L'article 222-7 du code pénal prévoit que « les violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner sont punies de quinze ans de réclusion criminelle ».

L'article 222-8 du même code précise que « l'infraction définie à l'article 222-7 est punie de vingt ans de réclusion criminelle lorsqu'elle est commise :

(...)

2° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ;

(...)

7° Par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission ;

8° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice (...) ».

Il est de jurisprudence constante que les violences peuvent être physiques, morales ou psychologiques (Cass. crim., 6 févr. 2002, n°01-82.645).

L'infraction de violences suppose la commission d'un acte positif. Dès lors, le défaut de soins n'est pas punissable au titre des violences puisqu'il n'y a pas de commission par omission (CA Poitiers, 20 nov. 1901 : S. 1902, 2, p. 305, note G. Hémar ; DP 1902, 2, p. 81, note G. Le Poittevin).

En revanche, il en va autrement du refus de soins, ledit refus caractérisant un acte positif (le défaut de soins, omission, n'étant qu'une conséquence de ce refus). Un refus de soins peut donc parfaitement caractériser l'acte positif de violence. Celui qui sait qu'en refusant des soins, il cause nécessairement des blessures, douleurs, préjudices corporels, est auteur de violences.

Peu importe que l'auteur ait souhaité le résultat homicide qui en est découlé car le crime de violences mortelles repose sur un dol praeter-intentionnel : l'intention de blesser suffit à caractériser l'élément moral de l'infraction.

Il ne s'agit pas ici d'avoir été imprudent en exposant autrui un risque de blessures ; il s'agit d'opposer sciemment un acte de refus de soins dont la conséquence directe et mathématique ne pouvait être que la souffrance et la blessure. La conscience de la douleur que l'on inflige en toute connaissance de cause par un acte volontaire de refus de soins se confond avec la volonté de ce résultat de douleur. L'élément intentionnel de violence est alors caractérisé.

En l'espèce,

L'ensemble des 13 victimes suscitées s'est vu opposé un refus de soins.

Ce refus se caractérise :

- soit par le refus de transférer – immédiatement ou tardivement – le patient dans un établissement hospitalier pour qu'il y soit soigné ;
- soit par le refus d'administrer les soins nécessaires au rétablissement du patient (réanimation).

Dès lors, un tel refus de soins est constitutif de violences volontaires ayant conduit à un résultat plus grave encore que les blessures, à savoir le décès de chacune des victimes.

Le dol praeter-intentionnel est donc bien caractérisé.

B. LES INFRACTIONS DELICTUELLES CONNEXES

Il sera rappelé que l'article 203 du Code de procédure pénale précise que « les infractions sont connexes soit lorsqu'elles ont été commises en même temps par plusieurs personnes réunies, soit lorsqu'elles ont été commises par différentes personnes, même en différents temps et en divers lieux, mais par suite d'un concert formé à l'avance entre elles, soit lorsque les coupables ont commis les unes pour se procurer les moyens de commettre les autres, pour en faciliter, pour en consommer l'exécution ou pour en assurer l'impunité, soit lorsque des choses enlevées, détournées ou obtenues à l'aide d'un crime ou d'un délit ont été, en tout ou partie, recelées ».

Dans la présente situation,

apparaissent victimes des crimes de délaissement en raison de leur état de vulnérabilité et de violences mortelles. Dès lors, les délits de discrimination et d'entrave aux soins sont connexes aux infractions criminelles développées supra.

1. En raison de leur vulnérabilité, la fourniture d'un service public a été refusé aux victimes

En droit,

L'article 225-1 alinéa 1 du code pénal prévoit que « Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques sur le fondement de leur origine, (...) de leur état de santé, de leur perte d'autonomie, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur âge (...) » [gras ajouté].

L'article 225-2 du code pénal précise que « La discrimination définie aux articles 225-1 à 225-1-2, commise à l'égard d'une personne physique ou morale, est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende lorsqu'elle consiste :

1° A refuser la fourniture d'un bien ou d'un service ;

(...)

Lorsque le refus discriminatoire prévu au 1° est commis dans un lieu accueillant du public ou aux fins d'en interdire l'accès, les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende » [gras ajouté].

Par ailleurs, aux termes des alinéas 1 et 2 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 ou aux soins » et « un professionnel de santé ne peut refuser, notamment de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 du Code pénal ».

En l'espèce,

En raison de son âge, de leur état de santé ou de leur perte d'autonomie, [REDACTED]

n'ont pas reçu les soins indispensables à leur survie.

S'agissant de [REDACTED], ces derniers se sont vu refuser l'accès à un établissement de santé qui reçoit du public en raison de leur âge, leur état de santé ou leur perte d'autonomie. Quant à M. [REDACTED], il semble qu'il ait bénéficié d'un traitement différent de celui réservé à un député alors même qu'il était diabétique. S'agissant de M. [REDACTED], il a été explicitement indiqué qu'en raison de son âge, il ne bénéficierait pas des soins de réanimation.

En conséquence,

[REDACTED] ont subi une discrimination pénalement répréhensible.

2. Les victimes ont subi une entrave aux soins qui auraient pu les sauver

En droit,

L'article 223-5 du Code pénal prévoit que « *le fait d'entraver volontairement l'arrivée de secours destinés à faire échapper une personne à un péril imminent ou à combattre un sinistre présentant un danger pour la sécurité des personnes est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende* ».

L'infraction consiste donc à entraver l'arrivée des secours, peu importe la forme de l'entrave (D. Rebut, *Omissions de porter secours, Entrave aux mesures d'assistance* : Rép. pén. Dalloz, 2003, n° 190, p. 24).

Le délit d'entrave à l'arrivée des secours requiert la conscience d'un péril imminent ou d'un sinistre menaçant des personnes. Elle suppose que l'auteur ait agi volontairement et qu'il ait délibérément entravé l'arrivée des secours.

En l'espèce,

Il ressort des éléments recueillis que les victimes et leurs proches ont contacté à plusieurs reprises le SAMU, seul décisionnaire d'un possible transfert vers un établissement de santé, pour être sauvé. Ces appels ont abouti à une hospitalisation tardive ou à un refus d'hospitalisation.

Par ailleurs, ceux qui ont été transférés dans un centre hospitalier n'ont pas reçu les soins qui auraient pu les sauver. Leur accès à un service de réanimation semblait systématiquement exclu.

Ces faits constituent une entrave aux soins qui a contribué au décès des victimes.

Le caractère systématique du schéma de cette entrave, comme du schéma de refus de soins, en raison de l'âge ou du handicap, alors que les victimes provenaient de régions géographiquement distinctes, conduit à s'interroger sur l'existence – que l'information judiciaire pourrait permettre d'établir – d'instructions nationales d'ordre administratif.

*

Compte-tenu de l'ensemble des éléments exposés, l'association Coronavictimes et les ayants-droits de

[REDACTED]

subissent un préjudice directement lié au décès de leur proche.

Aussi, les plaignants déposent plainte avec constitution de partie civile entre vos mains des chefs de délaissement ayant provoqué la mort, violences mortelles, discrimination et entrave aux soins, sous réserve d'autres qualifications juridiques, et ce afin de déterminer l'ampleur des agissements commis à l'encontre de

[REDACTED]

et d'en identifier le(s) auteur(s), co-auteur(s) et complice(s) éventuel(s).

Conformément à l'article 85 du Code de procédure pénale, les plaignants se constituent parties civiles sans avoir préalablement déposé plainte auprès du Procureur de la République puisqu'ils dénoncent des infractions criminelles.

Par ailleurs, compte-tenu de la complexité de l'affaire et de la multiplicité des plaignants, ces derniers sollicitent une dispense de consignation.

*

Vous remerciant vivement de l'attention que vous voudrez bien porter à la présente, et restant à votre entière disposition, je vous prie de croire, Monsieur le Doyen, à l'expression de mes salutations respectueuses.

Anaïs Mehiri
Avocat à la Cour

Pièces jointes :

- Pièce 1** Guide « Préparation à la phase épidémique de Covid-19 »
- Pièce 2** Fiche « lignes directrices pour la prise en charge en ville des patients symptomatiques en phase épidémique de COVID-19 »
- Pièce 3** Fiche « Stratégie de prise en charge des personnes âgées en établissements et a domicile dans le cadre de la gestion de l'épidémie de covid-19 »
- Pièce 4** Fiche « Employeurs et directeurs d'établissements ou services accueillant des personnes âgées et handicapées »
- Pièce 5** Fiche « établissements de santé : consignes et recommandations concernant l'appui des établissements de santé aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes »
- Pièce 6** Note du 19 mars de l'ARS
- Pièce 7** Note du 6 avril 2020 du Conseil national de l'Ordre des médecins

[Redacted text block]

Annexes :

[Redacted text block]

M : Statuts de l'association Coronavictimes et procès-verbal du 22 juillet 2020