

**PLAINTE AVEC CONSTITUTION DE LA PARTIE CIVILE
CONTRE X
(PERSONNE NON DENOMMEE)
A
ENTRE LES MAINS DE MADAME LE PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE
PRES LE TRIBUNAL JUDICIAIRE
DE FORT-DE-FRANCE
(Article 85 al. 2° du Code de Procédure Pénale)**

A LA REQUÊTE DE :

**1. UNION GENERALE DES TRAVAILLEURS DE
MARTINIQUE (UGTM)**

Jardin Desclieux – 97200 FORT DE FRANCE

*Prise en la personne de son représentant légal, Monsieur Serge
ARIBO*

**2. CENTRALE DEMOCRATIQUE MARTINICAISE DU
TRAVAIL (CDMT)**

Jardin Desclieux – 97200 FORT DE FRANCE

*Pris en la personne de son Secrétaire Général, Monsieur Bruno
CHARLES-ACHILLE*

**3. CONFEDERATION GENERALE DU TRAVAIL DE LA
MARTINIQUE (CGTM) SANTE**

Jardin Desclieux – 97200 FORT DE FRANCE

*Prise en la personne de son représentant légal, Madame Magali
ZAMOR.*

4. CONVERGENCE INFIRMIERES 972

67, Lotissement Émeraude Caraïbes 97232 LE ROBERT

*Prise en la personne de son représentant légal, Madame Marie-
Noëlle DELANNAY*

5. FORCE OUVRIERE (FO)

Jardin Desclieux – 97200 FORT DE FRANCE

*Prise en la personne de son représentant légal, Monsieur Jean-
Pierre JEAN-LOUIS*

6. UNION SYNDICALE AUTONOME DE MARTINIQUE (USAM)

Jardin Desclieux – 97200 FORT DE FRANCE

**Prise en la personne de son représentant légal, Monsieur Alain
PHARES**

AYANT TOUS POUR CONSEILS :

1. Maître Philippe EDMOND-MARIETTE

DE LA SOCIETE AVOCAT PEM
Avocat au Barreau de Martinique
Dont le Cabinet est sis ZAC de Manhity – Imm. EXODOM
97232 LE LAMENTIN
Tél. 05 96 72 88 99 Fax 05 96 72 89 07
Courriel : edmondmariette.avocat@gmail.com

2. Maître Laurie CHANTALOU-NORDE

Avocat au Barreau de Martinique
Dont le Cabinet est 11, Rue Moreau de Jones
97200 FORT DE FRANCE
Tél. 05 96 79 45 75 - Fax 05 96 73 70 06
Courriel : lnavocat@cabinet-chantalou-norde.com

3. Maître Sylvette ROMER

AARPI ROMER SAINT-CLEMENT
Avocat au Barreau de Martinique
Dont le Cabinet est sis 35, Rue Victor Hugo
97200 FORT DE FRANCE
Tél. 05 96 30 29 92
Courriel : sylvetteromer@gmail.com

4. Maître Marie-Céline COSPAR

Avocat au Barreau de Martinique
Dont le Cabinet est sis 90, Bd Général de Gaulle
97200 FORT DE FRANCE
Tél. 05 96 63 53 36
Courriel : cospar.mc2@wanadoo.fr

5. Maître Nathalie NADIR

Avocat au Barreau de Martinique
Dont le Cabinet est sis 4, rue Galliéni - 2ème étage
97200 FORT-DE-FRANCE
Tél. 05 96 73 28 32 Fax :05 96 58 38 10
Courriel : cabinetnadir@wanadoo.fr

6. Maître Max BELLEMARE

Avocat au Barreau de Martinique
Dont le Cabinet est sis au 117, Rue Victor Hugo
97200 FORT DE FRANCE
Tél. 05 96 73 98 23 - Fax 05 96 42 37 88
Courriel : bellemare.max@orange.fr

7. Maître Louis-Philippe SUTTY

Avocat au Barreau de Martinique,
Dont le Cabinet est sis au 93, Rue Victor Sévère
97200 FORT DE FRANCE
Tél. 05 96 52 03 99 - Fax 05 96 39 15 97
Courriel : ipsutty.avocat@yahoo.com

8. Maître Georges-Emmanuel GERMANY

DE LA SARL AVOCATS CONSEIL & DEFENSE
Avocat au Barreau de Martinique,
Dont le Cabinet est sis 7, Lotissement les Flamboyants
Cité Dillon
97200 FORT DE FRANCE
Tél. 05 96 53 59 49 - Fax 05 96 58 97 07
Courriel : germanyavocatetassocies@gmail.com

9. Maître Eric VALERE

DE LA SELAR ERIC VALERE
Avocat au Barreau de Martinique,
Dont le Cabinet est sis au 3, Rue Emma Forbas
97232 LE LAMENTIN
Tél. 05 96 51 60 25 - Fax 05 96 51 58 25
Courriel : cabinet.valeree@wanadoo.fr

10. Maître Raphaël CONSTANT

Avocat au Barreau de Martinique,
Dont le Cabinet est sis au 82, Rue Moreau de Jonnes
97200 FORT DE FRANCE
Tél. 05 96 70 64 24 - Fax 05 96 70 64 25
Courriel : r.constant@wanadoo.fr

CONTRE :

X (personne non dénommée)

ONT L'HONNEUR DE VOUS EXPOSER

Les requérants déposent plainte contre personne non-dénommée des chefs suivants :

- ***Abstention volontaire de prendre les mesures visant à combattre un sinistre***, faits commis depuis mars 2020, en tout cas sur le territoire national et depuis temps non couvert par la prescription. Faits prévus et réprimés par les articles 223-7 et 223-7-1 du Code Pénal ;
- ***Violences involontaires***, faits commis à la Martinique depuis mars 2020, en tous cas sur le territoire national et depuis temps non couvert par la prescription. Faits prévus et réprimés par les articles 222-19, 222-19-1, 222-19-2, 222-20, 222-21 et 121-3 du Code Pénal ;
- ***Mise en danger délibéré de la vie d'autrui***, commis à la Martinique, depuis mars 2020, en tout cas sur le territoire national et depuis temps non couvert par la prescription. Faits prévus et réprimés par les articles 223-1 et 223-2 du Code Pénal.
- ***Et pour toutes autres infractions que l'enquête ou l'information révélera.***

I - / RAPPEL DES FAITS

A - / Le contexte mondial

Une épidémie de pneumonie d'allure virale d'étiologie inconnue a émergé dans la ville de Wuhan (Province de Hubei, Chine) en décembre 2019.

Pièce n°1 : [Article de l'Institut Pasteur « Maladie COVID-19 \(nouveau coronavirus\) » du 21 mars 2019](#)

⇒ Le 03 janvier 2020, un article de la BBC est le premier au monde à faire état d'infections en Chine ; il est alors question d'un « virus mystère » et de 44 cas de personnes touchées, dont 11 « graves ».

Ces premiers cas sont signalés à Wuhan, une ville de 11 millions d'habitants, située dans la province du Hubei (Chine). Le virus serait apparu sur un marché aux poissons et animaux sauvages.

Des journalistes scientifiques évoquaient également ce nouveau coronavirus dans un article le 3 janvier 2020, en se fondant sur les études publiées ou soumises à publication et en se faisant également l'écho des décisions et recommandations des grands organes de gouvernance sanitaire, tel que l'Organisation Mondiale de la Santé (L'OMS).

- ⇒ Le 5 janvier 2020, concernant celle qui est toujours qualifiée de mystérieuse maladie, l'organisation Mondiale de la Santé (OMS) écrit : « *Sur la base des informations préliminaires fournies par l'équipe d'enquête chinoise, qu'aucune preuve de transmission interhumaine significative et aucune infection par les agents de santé n'ont été signalées* ».
- ⇒ Le 12 janvier 2020, l'OMS confirme l'existence de ce nouveau coronavirus en Chine, nommé « 2019-nCoV », responsable de l'infection de 59 personnes en Chine, « *un nombre qui depuis le 12 décembre ne cesse d'augmenter* » selon l'OMS.

Pièce n°2 : [*Article de l'OMS « Nouveau coronavirus-Chine » du 12 janvier 2020*](#)

- ⇒ Le 15 janvier 2020, les autorités chinoises annoncent la transmission entre humains du COVID-19.
- ⇒ Le 22 janvier 2020, les autorités chinoises mettent la ville de Wuhan en quarantaine
- ⇒ Le 24 janvier 2020, l'OMS ne recommande pas de restriction de voyages mais préconise d'établir des dépistages dans les aéroports, et demande également à tous les pays de mettre en place des mesures pour détecter les cas de coronavirus.
- ⇒ Le 24 janvier 2020 au soir, en France, le Ministère de la Santé confirme que trois premiers patients sont atteints par le coronavirus et sont hospitalisés dans des hôpitaux de l'Hexagone. Sur les trois cas, deux se sont rendus en Chine, et le troisième est un proche parent de l'un deux.

Pièce n°3 : [*Communication du Ministère de la Santé «Trois cas d'infection par le coronavirus \(2019-nCoV\) » du 22 janvier 2020*](#)

Au même moment, deux scénarios de diffusions de la maladie Covid-19 sont établis par l'Inserm, l'un à haut risque, l'autre à bas risque. Compte tenu des flux aériens, il est ainsi estimé que les pays les plus exposés pourraient être l'Allemagne et le Royaume-Uni. L'Italie est passée sous les radars. En Chine, le nouveau bilan officiel fait état de 26 morts et 1287 contaminés.

Un constat est fait : la plupart des patients décédés ont plus de 65 ans.

Pièce n°4 : *Article de Sciences et Avenir « Coronavirus : l'épidémie peut-elle toucher la France ? » du 24 janvier 2020*

- ⇒ Dès le 25 janvier 2020, la Chine, qui avait d'ores et déjà mis en quarantaine les villes de Wuhan (11 millions d'habitants), Huanggang (7,5 millions d'habitants) et Ezhou (1 million d'habitants), étendait la zone de confinement à la quasi-totalité de la province de Hubei, concernant près de 59 millions de personnes.
- ⇒ Le 30 janvier 2020, à la suite d'un nombre important de décès en Chine, l'OMS change totalement d'attitude et appelle cette fois « le monde entier à agir ».

Pièce n°5 : *Article d'Eurekalert « L'Institut Pasteur isole les souches du coronavirus 2019-nCoV détectées en France » du 31 janvier 2020*

- ⇒ Le 31 janvier 2020, l'OMS déclare l'urgence internationale pour la sixième fois de son histoire.

Pièce n°6 : *Article de Sciences et Avenir « Coronavirus : l'OMS déclare l'urgence internationale face à l'épidémie » du 31 janvier 2020.*

- ⇒ Le 21 février 2020, l'apparition de nouveaux cas de contamination au coronavirus en Corée du Sud, en Iran, ainsi que dans des hôpitaux et prisons chinoises, relance les inquiétudes sur la propagation d'une épidémie qui a déjà fait plus de 2 200 morts. L'OMS appelle désormais la communauté internationale à « frapper fort », sans attendre, contre ce virus qui a contaminé plus de 75 000 personnes en Chine et 1.100 ailleurs dans le monde.

Depuis cette date, l'épidémie n'a cessé de progresser à travers la planète, chaque jour augmentant de façon exponentielle le nombre de personnes infectées et décédées.

- ⇒ A la date du 19 mars 2020, elle touche désormais 157 pays, avec 212.691 cas et 8.957 morts.

Pièce n°7 : *Article de Sciences et Avenir « Chronologie de l'épidémie de coronavirus en Chine et émergence de théories complotistes » du 19 mars 2020*

⇒ Le 25 février 2020, la pandémie est définitivement constatée.

Dès lors, et compte tenu du contexte de pandémie internationale, l'OMS a émis des recommandations applicables à l'échelle de chaque Etat ;

- Le 17/01/2020 : lignes directrices sur le dépistage de toutes les personnes présentant des symptômes ;
- Le 20 /01/2020 : lignes directrices sur les soins à domicile pour les patients avec des symptômes bénins ;
- Le 25 /01/2020 : lignes directrices sur la prise en charge des patients chez qui on suspecte une infection (*port du masque si suspicion*) ;
- Le 29/01/2020 : lignes directrices sur le port du masque par ceux qui ont des symptômes ;
- Le 31/01/2020 : lignes directrices sur la surveillance mondiale, tout cas suspect doit faire l'objet d'un dépistage ;
- Le 16/02/2020 : lignes directrices sur la prise en charge des voyageurs, détection et interrogatoire de tous les voyageurs présentant des symptômes, ou contrôle de la température ;
- Le 29/02/ 2020 ; lignes directrices sur le placement en quarantaine, placement en 14^{aine} de toutes les personnes en contact avec des cas confirmés, autorités doivent fournir des lignes directrices claires, actualisées, transparentes et cohérentes et des informations fiables sur les mesures de quarantaine.

Pièce n°8 : Lignes directrices de l'OMS

Pourtant, plusieurs déclarations des membres du gouvernement français ont mené à tromper la population sur la réalité de l'épidémie.

A titre d'exemple, Madame Agnès BUZYN, alors Ministre de la Santé, déclarait le 24 janvier 2020 : « *Le risque d'importation depuis Wuhan est quasi nul, le risque de propagation du coronavirus dans la population est très faible* ».

Pièce n°9 : Déclaration de la Ministre de la Santé, 24 janvier 2020

⇒ Pareillement, le 12 mars 2020, alors même que l'OMS déclare officiellement la pandémie, Monsieur Jean-Michel BLANQUER, Ministre de l'Éducation déclarait que : « *La fermeture totale des écoles n'avait jamais été envisagée* ».

⇒ Pourtant, devenue ex-Ministre de la Santé et candidate aux élections municipales à Paris, Madame Agnès BUZYN déclarait le 17 mars 2020 avoir prévenu le Premier Ministre de la gravité potentielle de l'épidémie du coronavirus, « *le mettant même en garde sur le fait qu'il faudrait peut-être reporter les élections municipales.* »

Dès lors, le Ministre de la Santé et le Gouvernement dans son ensemble avaient parfaitement connaissance des risques encourus et des conséquences de potentielles contaminations.

B - / La crise sanitaire dans l'hexagone et à la Martinique

1. La crise et sa gestion dans l'hexagone

Dès lors, dès la fin du mois de janvier 2020, l'Europe est touchée par une épidémie de maladie à coronavirus dit COVID-19.

Au 3 mars 2020, ce sont 212 cas de la maladie qui étaient recensés sur le territoire français et dans l'hexagone.

Pour tenter de lutter contre la propagation de ce virus, l'Etat français a mobilisé le système de santé pour « notamment assurer la détection et la prise en charge des patients « cas possibles » et « cas confirmés ».

Une telle mobilisation entraîne la mise en place des plans ORSAN par les différentes ARS françaises.

Le guide d'aide à la préparation et à la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles, établi par la Direction Générale de la Santé, énonce, à ce titre : « Le dispositif ORSAN repose sur :

- *Un schéma de planification relatif à l'organisation du système de santé en SSE (Situation Sanitaire Exceptionnelle) ayant pour objet, de prédéfinir les parcours de soins des patients à l'échelon régional et de prévoir l'organisation de la montée en puissance coordonnée entre les différents intervenants du système de santé pour répondre aux situations envisagées ;*
- *Des mesures d'attributions et de gestion des moyens de réponse ;*
- *Des orientations relatives à la formation des professionnels de santé.*

Le schéma ORSAN a pour objectif d'identifier les adaptations à prévoir dans l'organisation de l'offre de soins pour faire face aux situations pour lesquelles la réponse implique la mobilisation des ressources sanitaires disponibles au niveau territorial. Il est l'outil central de la planification de la réponse du système de santé aux SSE et a pour objet de planifier la montée en puissance progressive et coordonnée du système de santé au cours d'événements exceptionnels sur l'ensemble de ces secteurs (libéral, établissements de santé, établissements médico-sociaux).

Dans cette optique, il définit les scénarii des principales SSE susceptibles d'impacter le système de santé et permet, ainsi, de répondre aux objectifs exprimés par le Préfet dans le cadre de la déclinaison ou de la mise en œuvre des plans intersectoriels.

S'agissant de l'épidémie COVID-19, un document disponible sur le site Internet « santepubliquefrance.fr », intitulé « *Conduite à tenir* » invite les médecins à « *traiter toute suspicion de cas selon la procédure générique REB habituelle* ».

⇒ Le 14 mars 2020, le Premier Ministre, Édouard PHILIPPE annonçait simultanément la fermeture de tous les lieux recevant du public non indispensables à la vie du pays et le maintien du premier tour des élections municipales prévues pour le lendemain, le 15 mars 2020.

Pièce n°10 : *Déclaration de Monsieur Édouard Philippe du 14 mars 2020*

Le Conseil scientifique COVID 19 ne s'est pas opposé au maintien du premier tour des élections municipales, tout en préconisant la mise en place de conditions d'hygiène renforcées avec le respect des distances entre votants, la désinfections des surfaces, la mise à disposition de gels hydro-alcooliques, l'étalement des votes sur la journée et l'absence de meeting post-électorales, et ce alors même que les établissements hospitaliers et les personnels de santé souffraient d'ores et déjà d'une pénurie caractérisée de matériel médical ci avant mentionné.

Par ailleurs, et afin de limiter la propagation du virus, les autorités publiques appelaient les personnes vulnérables, dont les personnes âgées, à ne pas quitter leur domicile, sauf pour voter.

Or, une majorité du corps médical appelait à ne pas prendre de risques en allant voter.

Ce n'est que le lendemain du premier tour des élections municipales, soit le 16 mars 2020, qu'un décret n°2020-260 était finalement adopté par le Gouvernement français aux fins de réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus.

Pièce n°11 : *Décret n°2020-260 du 16 mars 2020 portant Réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus COVID-19*

Quelques jours plus tard, de nombreux maires et leurs équipes municipales ayant tenu les bureaux de vote contractaient le virus.

⇒ Le 17 mars 2020, la France était alors confinée, ainsi que la Martinique.

2. La crise à la Martinique et le tsunami de la 4^{ème} vague épidémique

La Martinique, comme l'Hexagone allait vivre avec difficultés le premier confinement, mais l'épidémie, lors de la première, de la seconde et de la troisième vague, semblait, pour une bonne part maîtrisée, et ce d'autant que les déplacements étaient limités et l'arrivée de voyageurs et touristes soumis à des motifs impérieux.

Pourtant l'ARS de Martinique connaissait la situation particulière et l'existence d'énormes difficultés dans l'accès à la santé pour la plupart des martiniquais.

En effet, l'ARS ne peut ignorer le rapport en date du 30 juin 2014, intitulé « *La santé dans les Outre-Mer, une responsabilité de la République* » la Cour des Comptes indiquait déjà qu'un certain nombre de défaillances existait dans ces territoires et pointait les difficultés relatives au fonctionnement des centres hospitaliers.

La Cour des Comptes rappelait, à cette occasion qu'il convenait que des mesures drastiques soient prises pour remettre à niveau l'ensemble des moyens hospitaliers sur l'ensemble des Outre-Mer et plus particulièrement une véritable déclinaison de l'accès aux soins, de sorte que la justice sanitaire soit égale pour tous les citoyens français, quel que soit le point du territoire où ils vivent.

L'ARS de la Martinique était d'autant plus informée que dans son projet régional de santé pour la Martinique, intitulé : « *Une ambition collective* », en janvier 2017, elle indiquait améliorer la qualité de l'offre de soins pour mieux répondre aux besoins de la population martiniquaise et arrêter un projet régional de santé pour les cinq ans à venir avec les objectifs et des priorités.

Cette déclinaison opérationnelle était reprise dans quatre schémas :

- Un schéma de prévention ;
- Un schéma de l'organisation de l'offre de soins ;
- Un schéma d'organisation médico-social ;
- Un schéma de prévention volet VAGUSAN.

Pièce n° 12 : Les quatre schémas de déclinaison

Dans ce projet de santé Martinique, l'ARS précisait que le projet initial de 2012-2016 avait été conçu dans une démarche participative avec l'ensemble des partenaires et de tous les acteurs concernés en fixant trois priorités :

- Améliorer l'espérance de vie en bonne santé ;
- Promouvoir l'égalité devant la santé ;
- Développer un système de santé accessible et efficient.

Dès lors, l'on était en droit d'obtenir à la Martinique, quels que soient les attermoissements et les difficultés relatives à cette crise sanitaire que la situation martiniquaise soit appréciée à l'aulne de la réalité sanitaire et médicale du territoire, et ce d'autant plus que l'ARS aidée de l'INSEE avait établi une enquête santé DOM

en 2019, laquelle étude DOM était une déclinaison de l'enquête de santé européenne. Il s'agissait de la troisième édition et pour la première fois, elle était réalisée à la Martinique de juillet à décembre 2019 et elle permettait de retenir :

- *qu'un tiers des martiniquais a retardé ou renoncé à un soin médical ;*
- *que plus d'un martiniquais sur deux est en surpoids et donc obèse avec des difficultés d'hypertension artérielles, de diabète ou de maladies cardiovasculaires.*

Pièce n° 13 : *Extrait Rapport d'enquête DOM*

Dès lors, la situation sanitaire du territoire martiniquais, lors des trois premières vagues semblait, en apparence, être particulièrement contrôlée, puisque les chiffres étaient relativement contenus.

Toutefois, déjà, l'alerte était donnée par un certain nombre de professionnels de la santé et à titre d'exemple, juste avant l'arrivée de la quatrième vague, le mercredi 26 mai 2021, lors de la dernière plénière de la mandature 2015/2021 de la Collectivité Territoriale de Martinique, des professionnels du CHUM intervenaient devant les élus en rappelant que si le 9 mars 2021, sur les 19 milliards annoncés en faveur du secteur par le Gouvernement dans le cadre du SEGUR de la santé, 448 millions avaient été accordés aux établissements publics et médico-sociaux de la Martinique, mais que compte tenu des difficultés du territoire, il convenait que l'on rattrape ainsi 25 années de retard d'investissement.

Ces praticiens mettaient l'accent sur les enjeux sanitaires pour assurer la protection des soignants et permettre la continuité des soins COVID et non COVID, la limitation de la propagation virale ainsi que la réorganisation complète de l'offre de soins et des modalités d'accueil des patients urgents.

Cette démarche était d'autant plus justifiée que dans un rapport publié le mercredi 20 décembre 2017, la Chambre Régionale des Comptes en confirmant l'état catastrophique des finances du CHUM indiquait :

*« Mais il y a encore plus grave que la situation financière du CHUM. La CRC note ainsi que malgré les recrutements dithyrambique la qualité des soins n'est pas à la hauteur dans certains secteurs : « **Sur le plan médical, la haute autorité de santé (HAS) a fait état en avril 2015 d'un nombre important de réserves majeures sur la qualité et la sécurité des soins** ». Un constat qui fragilise l'habilitation universitaire, l'un des trois piliers du CHUM avec les soins et la recherche.*

Pièce n° 14 : *Extrait compte rendu RCI 21 décembre 2017- Rapport CRC*

Or, les autorités médicales locales ont été dans l'incapacité d'apporter des réponses à la hauteur des enjeux sanitaires.

Les syndicats hospitaliers constataient de graves manquements dans la préparation, un défaut majeur de stratégie, mais de plus, une communication inadaptée.

Dès mars 2020, le guide méthodologique préparation à la phase épidémique indiquait les préconisations à suivre en mettant l'accent :

- sur le rôle de la médecine de ville et des soins ambulatoires. (*Page 8 du guide version 16.03.2020*) ;
- sur le rôle des établissements de santé et ce, avec des préconisations très claires. (*Page 11 du guide version mars 2020*) :

« Il est important de mettre en place avec tous les établissements de la région concernés une stratégie régionale afin d'être en capacité d'augmenter très significativement, en fonction des besoins, la disponibilité et la capacité de réanimation et de soins critiques dans la région, y compris en déprogrammant des soins/intervention chirurgicales non urgentes.

Il doit être étudié la possibilité de mettre en place des unités de réanimation ou de soins critiques strictement ou prioritairement dédiées à la prise en charge de patients COVID 19.

A ce titre, il est demandé :

- **La mise à jour fiable des capacités en lits de réanimation, soins intensifs de type respiratoire ou pneumologique et de surveillance continue, de renseigner celles-ci dans le ROR.**
- **Une anticipation de la mobilisation des unités de surveillance continue (USC), des unités de soins intensifs (USI) en particulier respiratoires (hors cardiologie, neuro-vasculaire et réanimation très spécialisée de type neurochirurgical) et des unités de surveillance post-interventionnelle, soit pour être en mesure de les « upgrader », soit pour raccourcir la durée de mobilisation de la réanimation ;**
- **La constitution d'un état des lieux des équipements biomédicaux (respirateurs, moniteurs, ECMO, appareil d'épuration extra-rénale...)** ;
- **La vérification des stocks d'oxygène médical et de la disponibilité des autres fluides médicaux pour faire face à une suractivité. »**

Pièce n° 15 : [Guide méthodologique phase épidémique](#)

En réalité, à la Martinique, l'ensemble des autorités sanitaires et médicales savaient l'impossibilité pour le CHUM, qui fonctionnait déjà avant le COVID en mode dégradé, d'accueillir les patients COVID en crise.

Le choix a été fait de l'absence de prise en charge précoce, pour ensuite faire face à une prise en charge de patients en état d'aggravation dans un établissement incapable d'apporter la réponse médicale adaptée.

Avec un tel contexte, il convenait que l'ARS de Martinique soit dans l'anticipation et dans la mise en place des mesures permettant d'éviter l'hécatombe à laquelle l'on va assister.

En effet, début juillet, avec l'épidémie de COVID-19 et son variant Delta, la Martinique allait connaître un véritable tsunami épidémique.

Le 14 juillet, 42 lits du CHUM sont occupés dont 12 en réanimation.

Un mois plus tard, à savoir le 15 août, 359 lits sont occupés dont 60 en soins intensifs.

Au CHU de Fort de France, les brancards sont nombreux dans les couloirs, les soignants sont épuisés et effrayés par la puissance de la quatrième vague.

Pièce n° 16 : *Extrait du journal LE FIGARO 25 août 2021*

L'on assiste, dès lors, à un véritable tri des patients et l'égalité sanitaire n'est pas assurée puisque la faiblesse du nombre de lits en réanimation dicte des choix hospitaliers avec le constat d'une mortalité qui n'a jamais connu un tel niveau.

Face à ces graves difficultés, le discours officiel de l'ARS est de dire et de répéter :

- Qu'il y a eu un relâchement de la population et notamment dans les attitudes et dans les gestes barrières, (lequel relâchement n'existait pas lors du variant Alpha ou alors lors du variant Anglais... ?).
- Que d'autre part, il y avait une défiance de la population sur la gravité de la situation et la parole publique, notamment avec l'historique de l'affaire de l'empoisonnement des terres martiniquaises au Chlordécone et des graves dégâts occasionnés en termes de santé publique pour les Martiniquais.
- Et surtout que la couverture vaccinale était trop faible, et dans tous les cas, insuffisante, ce qui entraînait une croissance aigue de la progression du COVID-19.

S'il ne peut être contesté que la vaccination permet, effectivement, le non-développement de cas graves de COVID pour les patients qui ne sont pas atteints de comorbidité, il convient, toutefois de retenir que la couverture vaccinale ne protège pas, malheureusement de l'incubation au virus et de ce que l'on peut être porteur positif du COVID, même avec une couverture vaccinale complète.

De plus, l'analyse de la situation à la Martinique, permet de démontrer qu'un certain nombre de fautes a été commis par l'ARS et par les autorités en charge, de la réponse à la crise, et ce, à cause d'un défaut de préparation, d'un défaut de stratégie, et même d'un défaut de constance dans la maîtrise de la gravité de la situation.

Ainsi, les réponses apportées n'ont pas du tout été coordonnées et ont entraîné un certain nombre de difficultés, car il n'a jamais été tenu compte des alertes du terrain, les propositions syndicales n'ont reçu qu'un faible écho ou ont été totalement ignorées de la part de l'ARS et des autorités en charges de la maîtrise de l'épidémie.

Mais de plus, l'ARS est restée totalement sourde à l'analyse qui était faite par un certain nombre de soignants, acteurs de terrain, qui souhaitaient que la place des soins primaires dans le dispositif soit véritablement renforcée, contrairement à la consigne qui était donnée et que ne permettait plus l'intervention précoce des soignants de ville et en premier lieu des médecins traitants qui dès lors ne pouvaient assurer de manière préventive la prise en charge des malades.

La consigne officielle était d'inviter les patients à rester à leur domicile avec prise de Doliprane et à contacter le SAMU Centre 15, dès lors que des formes graves et notamment de détresse respiratoire apparaissaient.

Ainsi, les lacunes de la liaison Ville/Hôpital se sont fait cruellement ressentir à la Martinique et cela a entraîné une véritable perte de chance pour énormément de patients et notamment pour les patients les plus âgés.

Il y a eu, dès lors, une véritable « embolie » du système de prise en charge hospitalier et cet état de fait a acculé le personnel soignant et notamment les médecins en charge du traitement thérapeutique à une priorisation des patients préjudiciable aux plus vulnérables.

Le constat sur le terrain par les infirmiers libéraux a permis de démontrer qu'un certain nombre de patients étaient placés dans l'isolement le plus total.

De nombreux autres exemples démontrent à suffire les graves fautes commises par l'ARS de Martinique et ses responsables pour prévenir, traiter et juguler la quatrième vague COVID :

- *Au début de la crise, en cas d'appel au Centre 15, aucune présence des médecins libéraux leur permettant, grâce à la télé-médecine de réaliser les consultations COVID de manière efficace. Il a fallu l'insistance d'un certain nombre de professionnels pour qu'enfin cette difficulté soit réglée.*
- *Des besoins importants ont été négligés, comme par exemple : l'entretien et l'inventaire des réseaux et des canalisations permettant l'arrivée de l'oxygène.*
- *Les carences de la vitesse de circulation entraînant un échauffement dès lors il était rendu impossible l'utilisation de l'ensemble des différents niveaux des plateaux médicaux du CHUM et des chambres, à tel point que ce n'est qu'au cours du mois d'août 2021 qu'un ancien ingénieur de l'APHP, Monsieur Jérôme CLEMENT a été déplacé de Paris pour se livrer à une analyse des réseaux, afin de faire des propositions pour la mise en place de centrales d'oxygène et la distribution de cet oxygène dans les chambres des patients hospitalisés.*
- *Il était constaté par l'ensemble des Syndicats une absence de matériels à usage unique. (Blouses, sur-blouses, gants, charlottes, chaussons ef...)*

- *Une insuffisance réelle de saturomètres, de débitmètres, de rampes à oxygène (oxymètres) et même de tests antigéniques permettant de réaliser les premières constatations médicales et de pouvoir suivre les patients hospitalisés dans des conditions optimales et l'absence de moyens pour assurer le suivi médical des autres malades atteints de pathologies sérieuses.*

Ce sont ces carences graves et répétées de l'Agence Régionale de Santé de la Martinique qui ont entraîné l'aggravation de la situation sanitaire que la Martinique a connu, car dès lors que les patients étaient restés à leur domicile, avec uniquement la prise de Doliprane, sans aucun traitement alternatif, ni organisation des isolements, chaque situation personnelle dégradée, entraînait, à ce moment-là, des difficultés plus grandes et une embolie du système hospitalier, puisque les patients quand ils arrivent au CHUM sont pour la plupart dans un état grave de désaturation provoquant obligatoirement leur mise sous oxygène et le besoin pour de très nombreux d'entre eux, d'être intubés et/ou être placés en réanimation.

L'ARS de Martinique ne pouvait ignorer cette situation puisque les comorbidités de la population étaient connues et de plus s'est ajoutée à cela la pénurie de produits nécessaires aux autres pathologies qui ont entraîné des difficultés graves dans les traitements de certaines personnes atteintes d'autres maladies toutes aussi importantes et qui se sont retrouvées privées de soins réguliers pendant la montée de la crise épidémiologique.

Pièce n° 17 :	<i>Extrait INSEE : Enquête Santé DOM de 2019</i>
Pièce n° 18 :	<i>Extrait Projet de Régional de Santé de Martinique : une ambition collective ARS 25 janvier 2017</i>
Pièce n° 19 :	<i>Synthèse rapport Cour des Comptes : La santé dans les Outre-Mer, une responsabilité de la République, Juin 2014</i>
Pièce n° 20-1 :	<i>Extrait FRANCE ANTILLES du 9 septembre 2021 ... Protocole pour faire mourir les patients</i>
Pièce n°20-2 :	<i>Extrait Publication Martinique La 1^{ère} 2 juin 2021</i>

Le taux d'incidence sur le territoire, en un mois, aura bondi de 70 % et même avec l'instauration de mesures restrictives et le confinement ordonné par le Préfet de Martinique, l'on notait 901 contaminations pour 100 000 habitants au cours du mois d'août 2021.

Le taux de positivité a été multiplié en un mois par 2,5 et la tension hospitalière était de 535 % compte tenu du fait que plus de 360 personnes étaient hospitalisées, plus de 60 en réanimation et que les hôpitaux martiniquais ont accueilli, au cours de ce mois d'août, plus de 89 % de patients que le nombre habituel de personnes hospitalisées.

Dès lors, présenté comme l'argument majeur, la faible couverture de la population en matière vaccinale, puisqu'effectivement, la couverture vaccinale à la Martinique est de 25 % avec une première dose reçue contre 70 % dans l'hexagone au mois d'août, ne peut en aucun cas, être présentée comme l'excuse absolutoire, mettant ainsi la responsabilité sur chaque Martiniquais et chaque Martiniquaise, sans que les services déconcentrés de l'Etat et particulièrement l'ARS n'assument les obligations qui sont les siennes en prétendant se cacher derrière l'obligation vaccinale et l'incitation qui était faite à la population de se rendre dans les centres de vaccination peu fréquentés.

Il convient de rappeler que le Ministère des Solidarités et de la Santé apporte lui, une réponse à tous ceux qui font de la vaccination « l'Alpha et l'Omega » de la protection absolue contre le virus COVID.

En effet, dans un mémoire en Défense déposé devant le Conseil d'Etat le 28 mars 2021, suite à la requête n°450956 déposée par Monsieur BENHERBI, le Ministre sous la plume du Directeur des Affaires Juridiques, Monsieur Charles TOUBOULT écrit :

« La COVID 19 est une maladie d'expression polymorphe, tant par sa présentation clinique que par sa gravité et sa durée. »

« Au stade actuel de la campagne, l'objectif est ainsi d'abord de protéger les personnes les plus fragiles avant de rechercher le ralentissement de la diffusion du virus qui ne peut être garanti qu'en ayant recours aux mesures barrières et aux limitations de déplacements et activités à risque. »

Or, la Martinique recevait entre trois et quatre avions remplis de passagers divers en juin-juillet et début août en provenance de l'hexagone.

Pourtant, le Ministre rappelle que :

« Les connaissances scientifiques actuelles font apparaître en tout état de cause comme prématurée toute différenciation des règles relatives aux limitations de circulation selon que les personnes ont reçu ou non des doses des vaccins.

A considérer qu'il soit légalement possible, un traitement différencié des personnes vaccinées au regard des restrictions de circulations ne pourrait être rationnel qu'à la condition que la vaccination prive de justification les restrictions de circulation en cause. Tel n'est pas le cas. Ces restrictions, qui visent à éviter de nouvelles chaînes de contamination, conservent pleinement leur objet s'agissant des publics qui sont aujourd'hui vaccinés.

- *En premier lieu, comme on le savait, l'efficacité des vaccins n'est que partielle.*
- *En deuxième lieu, cette efficacité des vaccins est devenue particulièrement contingente du fait de l'apparition des nouveaux variants.*

- En troisième lieu, les personnes vaccinées sont aussi celles qui sont les plus exposées aux formes graves et aux décès en cas d'inefficacité initiale du vaccin ou de réinfection post-vaccinale, du fait d'une immuno-sénescence ou de virulence d'un variant.

Il pourrait à cet égard, y avoir une forme de paradoxe à les exposer davantage au virus, en les autorisant à effectuer des déplacements qui resteraient interdits à d'autres.

- En quatrième lieu, même lorsqu'il a une efficacité sur les personnes concernées, en l'état des connaissances scientifiques, le vaccin ne les empêche pas de transmettre le virus à des tiers.

Pièce n° 21 : Mémoire du Ministre de la Santé Conseil d'Etat

Dans ces conditions, les personnes vaccinées peuvent développer des formes peu graves, voire être symptomatiques et diffuser tout de même le virus à l'ensemble des personnes avec lesquelles elles entrent en contact.

Par voie de conséquence, une telle explosion à la Martinique, certes, peut être multifactorielle, mais souligne gravement les carences des services déconcentrés de l'Etat et singulièrement de l'ARS dont l'obligation et la mission, compte tenu de la connaissance acquise, par elle, de la situation de la population martiniquaise en matière de santé, étaient de respecter les préconisations de l'HAS et du Conseil Scientifique et de veiller à la mise en place du plan ORSAN.

Car il est incontestable que la situation sanitaire imposait de prendre les mesures adaptées avec une obligation d'anticipation permettant, compte tenu des délais d'acheminement entre l'hexagone et la Martinique du matériel nécessaire, des médicaments, d'être dans **l'opérationnalité de manière à bloquer la progression de la vague épidémique, et non de « courir après » dans l'urgence et la fébrilité opérationnelle.**

Pièce n° 22-1 : *Extrait contact entreprise, vidéo YOUTUBE du 04 octobre 2021*

Pièce n° 22-2 : *Mail de Dr Jose-Luis BARNAY en date du 05 avril 2019, sur le fonctionnement en mode dégradé du PZQ1*

Pièce n° 23 : *Réponse rapide validé par le collège du 3 décembre 2020 HAS*

Pièce n° 24 : *Réponse rapide validé par le collège du 8 avril 2021 HAS*

Pièce n°25 : *Note d'alerte du Conseil Scientifique COVID 19 du 20 avril 2021*

Bien au contraire, la réalité a démontré malheureusement que la mise à l'écart des médecins de ville et des soignants du terrain, comme les infirmières libérales, n'a pas manqué de provoquer de graves difficultés, beaucoup des personnels soignants étant désarmés devant la gravité de la situation.

Le corps des infirmiers libéraux assistait alors des patients qui basculaient du jour au lendemain dans un processus mortifère de fin de vie et, compte tenu de l'absence de mesures prises, comme par exemple de réquisition d'hôtels dédiés à l'isolement des personnes dépistées positives, qui, par leur maintien à domicile malheureusement allait à leur tour contaminer à la chaîne d'autres membres de leur famille.

C'est l'ensemble de ces faits qui entraîne la responsabilité pénale de toutes personnes que la procédure révélera et particulièrement de l'Agence Régionale de Santé de la Martinique prise en la personne de son représentant légal.

C'est pourquoi, les requérants au regard des différentes infractions pénales qui vont suivre, estiment que leur responsabilité est engagée et mérite d'être retenue.

II - / QUALIFICATION JURIDIQUE

A - / Sur les faits d'abstention volontaire de prendre des mesures visant à combattre un sinistre

1. En droit

L'article 223-7 du Code Pénal dispose :

« Quiconque s'abstient volontairement de prendre ou de provoquer les mesures permettant, sans risque pour lui ou pour les tiers, de combattre un sinistre de nature à créer un danger pour la sécurité des personnes est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende ».

Et l'article 223-7-1 du même Code prévoit :

« Les personnes morales déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2, des infractions définies à la présente section encourent, outre l'amende suivant les modalités prévues par l'article 131-38 :

- 1° (Abrogé)*
- 2° Les peines mentionnées aux 2° et 9° de l'article 131-39 ;*
- 3° La peine mentionnée au 1° de l'article 131-39 pour les infractions prévues aux articles 223-5 et 223-6.*

L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise. »

S'agissant de l'élément matériel de l'infraction d'abstention de combattre un sinistre, il convient de caractériser d'une part l'existence d'un sinistre et d'autre part, l'abstention à réagir.

Le sinistre non déterminé de manière exhaustive par le texte de l'article 223-7 du Code Pénal, peut revêtir toute forme et toute origine (naturelle, accidentelle, volontaire) dès lors qu'il est « *de nature à créer un danger pour la sécurité des personnes* ».

Ainsi, la propagation d'un virus dont les conséquences peuvent être létales apparaît nécessairement comme un sinistre entrant dans les prévisions de l'article 223-7 du Code Pénal.

L'abstention sanctionnée est ici l'omission à prendre toutes les mesures qui s'imposaient pour « combattre » le sinistre.

En outre, le « combat » peut résulter tant d'une action personnelle que du recours à l'aide d'un tiers.

S'agissant de l'élément moral de l'infraction, l'article 223-7 du Code Pénal précise qu'il s'agit d'une abstention volontaire.

Cela suppose nécessairement la connaissance du sinistre par l'auteur. Et l'abstention délibérée s'analyse à l'aune des circonstances entourant le refus, dès lors que les mesures étaient prises sans risque pour l'auteur ou autrui.

2. En l'espèce

Le 15 septembre 2021, la propagation du COVID-19 a causé un total de plus de 500 morts en Martinique.

Le 15 septembre 2021, le nombre de personnes contaminées en Martinique était porté à 40 459.

Dès lors, la propagation d'un tel virus est de nature à créer un danger pour la sécurité des personnes, et peut dès lors être considérée comme un sinistre.

En outre, les mesures adoptées par l'ARS ont été insuffisantes pour lutter contre la propagation du COVID-19. Car, les mesures adoptées n'ont pas suivi les recommandations émises par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les autorités sanitaires avaient connaissance de la gravité de la situation, comme le démontre les nombreux discours et interventions locales, mais également des recommandations effectuées par l'OMS et des mesures adoptées dans d'autres États ou même dans l'hexagone.

Or, les autorités administratives n'ont pas adopté de mesures permettant de protéger tant les soignants contre un risque de contamination, alors même que ces derniers se retrouvent en première ligne dans la lutte contre la propagation du COVID-19, et sont dès lors plus exposés, que la partie la plus vulnérable de la population.

Par conséquent, les mesures adoptées par les autorités sanitaires n'ont pas été de nature à lutter efficacement contre la propagation du COVID-19, et une telle impréparation, une telle absence de modalités, de prévention et d'organisation constituent, dès lors, une abstention volontaire de prendre des mesures visant à combattre un sinistre.

B - / Sur les faits de violences involontaires

1. En droit

L'article 222-19 du Code Pénal prévoit :

« Le fait de causer à autrui, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail pendant plus de trois mois est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende. »

En cas d'ITT inférieure ou égale à 3 mois, l'article 222-20 du même Code dispose :

« Le fait de causer à autrui, par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, une incapacité totale de travail d'une durée inférieure ou égale à trois mois, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

Or, l'article 121-3 du même Code précise, en ses alinéas 3 et 4 :

« Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement. Une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et de moyens dont il disposait.

Dans le cas prévu par l'alinéa qui précède, les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris la mesure permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit

commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer. »

L'infraction de violences involontaires suppose la réunion d'un préjudice, plus précisément l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'une personne, une faute, et un lien de causalité entre cette faute et le préjudice subi.

- Atteinte à l'intégrité de la personne

Classiquement, l'incapacité totale de travail se définit comme l'incapacité de s'adonner à un travail quelconque, à tout travail corporel en général, sans pourtant qu'il faille exiger une incapacité absolue qui interdirait au blessé le moindre effort musculaire. (Cass. Crim. 7 mars 1967 : JCP G 1967, IV, P.57)

- Lien de causalité

La Cour de Cassation privilégie la théorie de l'équivalence des conditions, lorsque le dommage est la conséquence d'une pluralité de fautes.

Ainsi, toute faute qui a en partie contribué à la réalisation du dommage sera considérée comme causale (à titre d'illustrations : Cass. Crim. 29 janv. 1976 : Bull. Crim. 1976 n°38 ; D.1976, inf.rap. p.80 – Cass. Crim. 17 mai 1994 : JurisData n° 1994-001935 ; Dr. Pén. 1994, comm.229, note M. Véron. – Cass. Crim. 18 oct. 1995 : JurisData n°1995-003673 ; Bull. Crim. 1995, n°314 ; Dr pén. 1996, comm. 78, obs. M. Véron ; Cass. Crim. 27 janv. 1971 : Bull. Crim. 1971, n°28 ; Rev. Sc. Crim. 1971, p.942, obs. G. Levasseur ; Cass. Crim. 5 oct. 2004, n°04-81.024 : Bull. Crim. 2004, n°236 ; Cass. Crim. 11 janv. 2011, n°09-87.842 : JurisData n°2011-000639 ; Bull. Crim. 2011, n°5)

Sont alors considérés comme auteurs indirects de l'infraction, aux termes de l'article 121-3 du Code Pénal « les personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter ».

- Faute commise

Conformément à l'article 121-3 alinéa 4 du Code Pénal, tel qu'issu de la loi du 10 juillet 2000, la répression d'un auteur indirect pour homicide involontaire suppose qu'il ait. Commis une faute qualifiée, « soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer. »

La faute qualifiée peut donc revêtir la forme d'une faute délibérée ou d'une faute caractérisée.

Cette dernière s'entend de la faute qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité que l'auteur indirect ne pouvait ignorer.

De jurisprudence constante, le risque de mort entre parfaitement dans les prévisions de cet article. (Cass. Crim. 4 oct. 2005, n°04-84.199 ; Cass. Crim. 18 mars 2003, n°02-83.523 : *JurisData* °2003-018745 ; *Bull. Crim.* 2003 n°71 ; (Cass. Crim. 11 juin 2003, n°02-82.622 : *JurisData* n°2003-019714).

La Cour de Cassation a, en outre, considéré que la faute caractérisée pouvait consister en « une série de négligences et d'imprudences, qui entretiennent chacune un lien de causalité certain avec le dommage, et dont l'accumulation permet d'établir l'existence d'une faute caractérisée d'une particulière gravité dont ils ne pouvaient ignorer les conséquences. (Cass. Crim. 10 janv. 2006, n°04-86.428 ; *JurisData* n°2006-032023)

Toute personne infectée par ce virus peut potentiellement subir une atteinte à son intégrité physique, si les symptômes sont graves.

C'est le cas des soignants, qui, de par leur rôle en première ligne dans la lutte contre le COVID-19, se retrouvent très exposés aux risques de contamination, et dès lors au risque de développer des formes graves en cas d'infection.

C'est aussi le cas de la population martiniquaise qui était en droit d'attendre de l'ARS une anticipation responsable.

Par ailleurs, les mesures adoptées par les autorités de l'ARS ont été insuffisantes pour lutter contre la propagation du COVID-19, et constituent, dès lors, une faute.

Ces mesures, certaines relativement simples, auraient permis de prévenir le décès de nombreuses personnes si elles avaient été appliquées.

Ainsi, l'absence d'adoption de ces mesures constitue une faute de la part des autorités sanitaires. Cette faute est particulièrement lourde concernant la situation des soignants, qui se sont retrouvés en première ligne dans la lutte contre la propagation du COVID-19.

Il y a dès lors un lien de causalité entre le manque de mesures prises par des autorités administratives, qui constitue une faute, et le préjudice subi par les soignants.

C - / Sur les faits de mise en danger délibérée de la vie d'autrui

1. En droit

L'article 223-1 du Code Pénal prévoit et réprime l'infraction de mise en danger délibérée de la vie d'autrui en ces termes :

« Le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de

prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

Et l'article 223-2 du même Code prévoit, s'agissant des personnes morales :

« Les personnes morales déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 des infractions définies à l'article 223-1 encourent, outre l'amende suivant les modalités prévues par l'article 131-38, les peines prévues par les 2°, 3°, 8° et 9° de l'article 131-39.

L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise. »

L'article 121-3 alinéa 2 du Code Pénal dispose :

« Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a délit en cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui. »

L'infraction de mise en danger suppose, à titre de condition préalable, l'existence d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, entendu au sens constitutionnel, comme regroupant les règles édictées par le Président de la République, le Premier Ministre, les Ministres, les Préfets, et les diverses autorités territoriales.

La règle édictée par l'autorité publique doit, en effet, présenter un caractère général et absolu. (*Cass. Crim. 10 mai 2000 ; JurisData n°200-023376 ; Bull. Crim. 2000, n°183*).

Outre sa source et sa nature spécifiques, cette obligation doit encore être « particulière », c'est-à-dire imposer un modèle de conduite circonstanciée. (*CA Aix-en-provence, 22 nov., 1995 ; JurisData n°1995-049682 ; Gaz. Pal. I, p.112, note J.P. Doucet ; D.1996, Jurispr. P.405, note J. Borricand*).

L'exposition directe d'autrui à un risque constitue l'élément moral de l'infraction. A ce titre, la Cour de Cassation impose aux juges du fond de constater le lien de causalité entre la violation de l'obligation particulière de prudence ou de sécurité et le risque qualifié auquel autrui est exposé (*Cass. Crim. 16 févr. 1999 ; JurisData n° 1999-000763 ; Bull. Crim. 1999 n°24 ; Dr pén. 1999, comm. 82, M. Véron ; Rev.sc.crim. 1999, p.581, obs. Y. Mayaud et p. 808, obs. B. Bouloc*).

Le péril encouru doit être physique, et d'une particulière gravité, puisque visant exclusivement le risque de décès ou de blessure de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente.

S'agissant de l'élément moral, la faute doit être délibérée, à savoir la transgression volontaire de l'obligation préexistante, indépendamment de toute volonté ou non de l'éventuel résultat.

2. En l'espèce

Dès lors, toute personne infectée par ce virus à la Martinique lors de cette quatrième vague peut potentiellement subir une atteinte à son intégrité physique, si les symptômes sont graves, voir même décéder.

C'est le cas des soignants, qui, de par leur rôle en première ligne dans la lutte contre le COVID-19, se retrouvent très exposés aux risques de contamination, et dès lors au risque de développer des formes graves en cas d'infection.

Par ailleurs, les mesures adoptées par les autorités sanitaires ont été insuffisantes pour lutter contre la propagation du COVID-19, et constituent, dès lors, une faute.

Cette faute est particulièrement lourde concernant la situation des soignants dont certains ont été contaminés au contact des patients.

Dès les plaignants souhaitent que l'action publique soit mise en mouvement, et sollicite l'ouverture d'une information, avec notamment l'audition des parties plaignantes et des témoins sachants.

C'EST POURQUOI,

Les Syndicats soussignés déposent, entre vos mains, es-qualité de Procureur la République, plainte pour l'ensemble des faits ci-dessus visés, des chefs de :

- **Abstention volontaire de prendre les mesures visant à combattre un sinistre**, faits commis à la Martinique depuis mars 2020 en tout cas sur le territoire national et depuis temps non couvert par la prescription, prévus et réprimés par les articles 223-7 et 223-7-1 du Code Pénal.
- **Violences involontaires**, faits commis à la Martinique depuis mars 2020, en tout cas sur le territoire national et depuis temps non couvert par la prescription, prévus et réprimés par les articles 222-19, 222-19-1, 222-19-2, 222-20, 222-21 et 121-3 du Code Pénal.
- **Mise en danger délibérée de la vie d'autrui**, faits commis depuis mars 2020, en tout cas sur le territoire national et depuis temps non couvert par la prescription, prévus et réprimés par les articles 223-1 et 223-2 du Code Pénal.
- **Ainsi que toutes autres infractions** que la procédure révélera.

PAR CES MOTIFS

Vu les pièces produites,

Vu l'article 85 al.2° du Code de Procédure Pénale,

IL EST DEMANDE A MADAME LE PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE DE :

- **DECLARER** recevable et bien fondée la présente plainte avec constitution de partie civile.

- **ORDONNER** que soit ouverte une information judiciaire contre toute personne non dénommée.

- **Abstention volontaire de prendre les mesures visant à combattre un sinistre**, faits commis à la Martinique depuis mars 2020 et plus précisément juillet 2021, en tout cas sur le territoire national et depuis temps non couvert par la prescription, prévus et réprimés par les articles 223-7 et 223-7-1 du Code Pénal.

- **Violences involontaires**, faits commis à la Martinique depuis mars 2020 et plus précisément juillet 2021, en tout cas sur le territoire national et depuis temps non couvert par la prescription, prévus et réprimés par les articles 222-19, 222-19-1, 222-19-2, 222-20, 222-21 et 121-3 du Code Pénal.

- **Mise en danger délibérée de la vie d'autrui**, faits commis depuis mars 2020 et plus précisément juillet 2021, en tout cas sur le territoire national et depuis temps non couvert par la prescription, prévus et réprimés par les articles 223-1 et 223-2 du Code Pénal.

Le cas échéant,


- **Pour toutes autres infractions** que la procédure révélera, et ce, au besoin, après réquisition supplétif.

SOUS TOUTES RESERVES ET CE SERA JUSTICE

POUR :

L'Union Générale des Travailleurs
De Martinique (UGTM)

Monsieur Serge ARIBO



La Centrale Démocratique Martiniquaise
Du Travail (CDMT)

Monsieur Bruno CHARLES-ACHILLE



La Confédération Générale du Travail
De la Martinique (CGTM SANTE)

Madame Magali ZAMOR



Convergence Infirmières 972

Madame Marie-Noëlle DELANNAY



Force Ouvrière (FO)

Monsieur Jean-Pierre JEAN-LOUIS



Union Syndicale Autonome de
Martinique (USAM)

Monsieur Alain PHARES



Fait au Lamentin, 21 octobre 2021

PIECES PRODUITES A L'APPUI DE LA PRESENTE PLAINTÉ

Articles et directives sur le COVID 19

1. Article de l'Institut Pasteur « Maladie COVID-19 (Nouveau Coronavirus) » du 21 mars 2019
2. Article de l'OMS « Nouveau coronavirus-Chine » du 12 janvier 2020
3. Communication du Ministère de la Santé « Trois cas d'infection par le Coronavirus (2019-nCoV) » du 22 janvier 2020
4. Article de Sciences et Avenir « Coronavirus : l'épidémie peut-elle toucher la France ? » du 24 janvier 2020
5. Article d'Eurekalert « L'Institut Pasteur isole les souches du coronavirus 2019-nCoV détectées en France » du 31 janvier 2020
6. Article de Sciences et Avenir « Coronavirus : l'OMS déclare l'urgence internationale face à l'épidémie » du 31 janvier 2020.
7. Article de Sciences et Avenir « Chronologie de l'épidémie de coronavirus en Chine et émergence de théories complotistes » du 19 mars 2020
8. Lignes directrices de l'OMS
9. Déclaration de la Ministre de la Santé, 24 janvier 2020
10. Déclaration de Monsieur Édouard Philippe du 14 mars 2020

Sur la situation de la crise sanitaire à la Martinique

11. Décret n°2020-260 du 16 mars 2020 portant Réglementation des déplacements dans le cadre de la lutte contre la propagation du virus COVID-19
12. Les quatre schémas de déclinaison
13. Rapport d'enquête DOM
14. Extrait compte rendu RCI 21 décembre 2017
15. Guide méthodologique phase épidémique
16. Extrait du journal LE FIGARO 25 août 2021
17. Extrait INSEE : Enquête Santé DOM de 2019
18. Extrait projet de Régional de Santé de Martinique : une ambition collective ARS 25 janvier 2017
19. Synthèse rapport Cour des Comptes : La santé dans les Outre-Mer, une responsabilité de la République, Juin 2014

- 20-1. Extrait FRANCE ANTILLES du 9 septembre 2021 ... Protocole pour faire mourir les patients
- 20-2. Extrait Publication Martinique La 1^{ère} 2 juin 2021
21. Mémoire du Ministre de la Santé Conseil d'État
- 22-1. Extrait contact entreprise, vidéo YOUTUBE du 04 octobre 2021
- 22-2. Mail de Dr Jose-Luis BARNAY en date du 05 avril 2019, sur le fonctionnement en mode dégradé du PZQ1
23. Réponse rapide validé par le collège du 3 décembre 2020 HAS
24. Réponse rapide validé par le collège du 8 avril 2021 HAS
25. Note d'alerte du Conseil Scientifique COVID 19 du 20 avril 2021

Sur la qualité à agir des Syndicats

26. Qualité à Agir de M. Serge ARIBO, représentant l'UGTM-SANTE et annexes
27. Qualité à agir de M. Bruno CHARLES ACHILLE, représentant la CDMT (et annexes)
28. Qualité à agir Madame Magali ZAMOR représentant la CGTM-SANTE et annexes
29. Qualité à agir de Mme Marie-Noëlle DELANNAY, représentant CONVERGENCE INFIRMIERE 972
30. Qualité à agir de M. Jean-Pierre JEAN-LOUIS représentant FORCE OUVRIERE (FO)
31. Qualité à agir de M. Alain PHARES représentant L'USAM-SANTE