

# **COVID-19**

## **Planification du déconfinement**

*Propositions du groupe parlementaire de la France  
insoumise*



27/04/20

## INTRODUCTION

### **DECONFINER EN SECURITE**

Pour affronter la crise sanitaire provoquée par le COVID-19, le confinement n'était qu'une mesure d'urgence. Elle devait permettre de contrôler la diffusion de la contamination et d'enrayer la catastrophe en limitant le nombre des personnes accueillies en réanimation. Mal organisée, cette phase de l'action a souvent donné lieu à des consignes contradictoires et incohérentes. En refusant la planification de la mobilisation sanitaire, la réquisition de tous les moyens de production des instruments de lutte comme les masques, les tests et les respirateurs, la nationalisation des entreprises défailtantes, le Président a fait perdre un temps précieux au pays.

Dès le 30 mars, dans une tribune de presse collective, les 23 parlementaires Insoumis ont, les premiers, mis à l'ordre du jour la question du déconfinement, opération plus complexe que la plupart se l'imaginait si jamais ils y avaient réfléchi.

**Pour nous, tant que certaines conditions matérielles ne sont pas réunies, le déconfinement reste hasardeux.**

Telle est la situation actuelle. Emmanuel Macron a pris le problème à l'envers : il a arbitrairement fixé une date pour le déconfinement et le gouvernement cherche à tenir le délai. Notre logique était inverse. Nous pensions qu'il fallait un déconfinement raisonné : une date de déconfinement ne peut être arrêtée que si les conditions et le plan qu'elles déterminent sont réunis.

À présent, une date a été fixée par le Président de la République, et par lui seul, sans consultation d'aucune instance représentative. **Le 11 mai le pays sera déconfiné.** Depuis, les ministres parlent et se contredisent. Parfois ils chamboulent les annonces du Président et du Premier ministre. L'impression se renforce d'une conduite lourdement improvisée. Retrouver la confiance citoyenne sans laquelle il n'y pas de discipline collective possible devient un enjeu du moment que nous vivons.

**On ne peut donc exclure un échec de ce déconfinement hasardeux, ni l'obligation d'y revenir dans un avenir plus ou moins proche. On ne peut exclure non plus un nouveau pic épidémique incontrôlé si les moyens d'action ne sont pas redéployés en fonction de ce que la phase actuelle nous a appris.**

Notre volonté à cette étape n'est pas la polémique avec le gouvernement et les gens qui prennent la responsabilité de lui conseiller les décisions que nous observons avec scepticisme. **Nous voulons mettre à disposition un plan et des principes pour guider une action cohérente et argumentée.**

Le plan auquel nous avons réfléchi énumère les conditions à réunir pour gérer la situation d'épidémie et organiser la sortie du confinement. Pour autant, à nos yeux, l'état d'urgence sanitaire n'est pas clos avec la décision de déconfiner la population.

**Une phase d'état d'alerte sanitaire doit lui succéder.** Car le retour à la normale, à nos comportements antérieurs sera encore dangereux pendant de longs mois. Pendant cette période le masque sera obligatoire dans les lieux publics, la distribution de gel devra être possible en tous lieux, les tests imposés à chaque alerte personnelle, la quarantaine des malades obligatoire. Cette phase d'état d'alerte sanitaire elle aussi doit être planifiée et nous mettons en garde contre l'imprévoyance à ce sujet.

**A nos yeux, la maîtrise de la crise sanitaire que nous vivons doit être impérativement une cause commune pour notre peuple.** Il faut rendre possible l'unité d'action contre l'épidémie. Les mots « planification », « réquisition », « contrôle sanitaire collectif », « nationalisation des moyens de lutte sanitaire » ne nous appartiennent pas. Nous les utilisons comme repères de l'action à mener. Ils ne sont que des moyens concrets dont le pays peut et doit s'emparer pour résoudre les problèmes concrets qui se posent à lui. Ils seront de nouveau au centre de toute solution pour affronter la crise alimentaire qui s'avance et les autres vagues de dégâts déclenchés par l'épidémie.

Les députés insoumis à l'Assemblée nationale.

PS : Remerciements particuliers à Danièle Obono et Bastien Lachaud, députés Insoumis, qui ont conduit la mission aboutissant à ce rapport. Remerciements spéciaux à la députée Caroline Fiat qui a participé à ce travail alors même qu'elle avait repris du service d'aide-soignante au plus fort de la crise. Merci aux collaboratrices et collaborateurs du groupe et des cabinets parlementaires qui ont effectué un travail décisif. Gratitude aux personnalités et aux experts qui ont accepté de répondre à nos questions. L'ensemble des députés LFI ayant participé à la mise au point de ce plan, chacun·e est en capacité de formuler les compléments et ajouts que la situation et les contacts pris dans sa région lui ont suggéré.

**Pour ce qui est des questions économiques et sociales** qui devraient entourer le Peuple dans cette période, les députés insoumis ont présenté un plan de 11 mesures d'urgences et des propositions sous forme d'amendement aux projets de lois de finances rectificative et à la loi créant l'Etat d'urgence sanitaire proposés par le gouvernement. Ils ont aussi déposé des propositions de lois et une proposition de résolution. Ils ont publié ou signé des tribunes qui ont été autant d'occasions d'alerter ou de proposer des solutions. S'agissant des Epahd, le groupe renvoie au rapport de la députée Caroline Fiat sur le sujet.

INTRODUCTION.....	2
DECONFINER EN SECURITE .....	2
1. Prendre la mesure du risque .....	6
a) Caractéristiques du virus .....	6
b) Hypothèses de travail .....	6
2. Réussir le confinement et le déconfinement.....	7
a) Le confinement .....	7
b) Le déconfinement .....	8
I - La mobilisation collective .....	9
1. Implication populaire.....	9
2. Démocratie sanitaire.....	9
3. Démocratie sociale .....	10
4. Démocratie parlementaire .....	10
5. Pluralisme médiatique .....	10
II - Recenser et renforcer les moyens dont nous disposons .....	11
1. Maillage sanitaire territorial et chaînes de décision.....	11
a) Renforcer le maillage territorial.....	11
b) Renforcer nos capacités hospitalières.....	11
c) Clarifier la chaîne de décisions et la communication des informations.....	11
2. Créer un pôle public du médicament.....	12
3. Réquisitionner, nationaliser, pour produire plus, vite et mieux .....	12
a) Réquisitions .....	12
b) Nationalisations .....	13
c) Diplomatie et coopération sanitaires .....	14
III - La planification .....	15
Phase 1 : identifier les besoins humains .....	15
a) Tester, tester, tester.....	15
b) Héberger les personnes testées positives au Covid-19 .....	17
Phase 2 : production massive et recherche intensive .....	18
a) Production de tests .....	18
b) Production de matériel de protection (masques, blouses, gants, charlottes) .....	19
c) Production de respirateurs.....	19
d) Production de médicaments .....	20
e) Intensifier la recherche fondamentale et la recherche appliquée .....	20
Phase 3 : garantir les droits sociaux de la population .....	21
a) Des salariés .....	21

b) Des plus précaires .....	22
Phase 4 : un déconfinement progressif en croisant les critères .....	23
a) Les acquis sanitaires de la planification .....	23
b) Application stricte des consignes sanitaires .....	24
c) Déconfinement territorial et socio-professionnel progressif .....	24
ANNEXES .....	27
Auditions organisées par LFI : .....	27
Propositions de loi LFI .....	28
Bibliographie : .....	28

## 1. Prendre la mesure du risque

### a) Caractéristiques du virus

Le nouveau coronavirus a plusieurs caractéristiques qui influent sur l'organisation que nous devons mettre en place pour en venir à bout.

- Il est extrêmement **contagieux**. Les chercheurs estiment qu'hors confinement, 1 personne porteuse le transmet à minima à 3 autres (certaines études évoquent jusqu'à 8 personnes contaminées). Le confinement a permis de réduire cette contagiosité : au bout d'un mois de confinement, une personne ne transmet plus le virus qu'à 0,68 personnes.
- Il est **dangereux** : personne n'est épargné, les séquelles qu'il pourrait laisser sont encore inconnues, il frappe durement les personnes de plus de 65 ans, celles qui ont des facteurs de comorbidité (diabète, maladies cardiovasculaires, troubles respiratoires) ou des affections de longue durée.

Ce virus comporte aussi des **inconnues scientifiques** qui invitent à la prudence.

- On connaît mal l'**immunité** des personnes qui l'ont contracté : on ne sait pas quand elle apparaît après contact de la personne avec le virus, on ne sait pas pour combien de temps, ou même si elle apparaît réellement ou si le virus se loge dans le corps et peut agir par poussées.
- On ignore encore si les **enfants** sont bien porteurs du virus, si elles et ils sont peu ou très contagieux.
- Si, partout dans le monde, la **recherche d'un traitement efficace** bat son plein, aucun n'a été confirmé par les autorités sanitaires. Les épidémiologistes estiment qu'il faudrait à minima un an avant de développer un vaccin. On ne peut vivre pendant un an dans une situation de confinement telle que celle que nous connaissons.

### b) Hypothèses de travail

- **Hypothèse 1 : virus immunisant (de type grippe, SRAS)**

C'est-à-dire qu'il génère la production chez les patients d'une réponse immunitaire. Un patient guéri ne peut plus être contaminé. 2 scénarios sont alors possibles.

#### a) Visant l'immunité collective

Cela impliquerait de laisser le virus se propager dans la population :

- On peut maîtriser la diffusion en maintenant des mesures de distanciation physique afin de gérer l'afflux de patients présentant des symptômes graves dans les hôpitaux.
- On peut réduire davantage la mortalité en conservant des mesures de distanciation physique jusqu'à la production massive d'un vaccin (sous réserve de son efficacité).

#### b) Visant l'endiguement total

On organise un **dépistage massif** permettant une adaptation des mesures de distanciation physique et un suivi au cas par cas :

- Confinement des personnes contaminées, quarantaine pour les personnes suspectées et distanciation physique pour le reste de la population le temps de l'éradication du virus (masques, gants dans les lieux exigus, gestes barrières, limitation des rassemblements...)
- La vaccination pourra dans ce cas aider à l'éradication. Mais, selon les scientifiques, il faudra un temps de 12 à 18 mois pour qu'un vaccin soit développé. On ne peut pas suspendre l'ensemble du déconfinement à cette découverte.

Par ailleurs, l'hypothèse d'un virus classique permettant une immunisation très solide et durable n'est pas certaine : des cas de contagion de patients guéris ont été rapportés et des cas de recontamination de patients guéris également.

- **Hypothèse 2 : virus non immunisant**

Dans ce cas, un vaccin serait moins efficace : l'immunité est temporaire, voire inexistante, et une personne guérie pourrait encore contracter la maladie ultérieurement. La stratégie se basant sur une immunité collective conduirait simplement à sacrifier les personnes vulnérables.

L'endiguement total dans l'attente d'un traitement efficace s'avère la seule solution pour éradiquer le virus et éviter une surmortalité. Cependant, cela nécessite une coopération mondiale d'ampleur comme pour les précédentes pandémies.

→ **Ces incertitudes obligent à fonder le plan de déconfinement sur les hypothèses les plus pessimistes du point de vue de la prévention et optimistes du point de vue de la prise en charge : on doit appliquer le principe de précaution pour éviter une deuxième vague et préparer dès à présent la production de molécules probablement utiles.**

## **2. Réussir le confinement et le déconfinement**

### ***a) Le confinement***

**Le confinement a été un choix de dernier recours** pour ralentir la circulation du virus et gagner du temps pour mettre en place les mesures nécessaires. Ce temps aurait dû être employé à :

- Permettre au système médical d'absorber l'afflux de malades supplémentaires.
- Organiser la production des équipements : tests, gel, masques, matériel médical.
- Avancer dans la connaissance du virus et l'élaboration de traitements.

Pour qu'il fasse pleinement son effet et dure le moins longtemps possible, il aurait fallu absolument **arrêter les secteurs non essentiels en activité**. Comme en Italie et en Espagne, toutes les activités, lieux d'échange et flux de circulation non directement liés à la lutte contre la pandémie et à l'approvisionnement de la population doivent être cessées, fermés et interrompus.

## ***b) Le déconfinement***

**Le déconfinement ne signifie pas que la pandémie est terminée.** Comme pendant le confinement, l'objectif des mesures mises en place reste de barrer la route au virus pour pouvoir l'éradiquer. L'activité ne peut reprendre à plein régime et doit demeurer ralentie, les contacts entre les personnes limités, pour éviter la circulation du virus.

Pour réussir cette gageure, il faut en **réunir les conditions matérielles. C'est le rôle de l'État**, décliné comme suit :

- Augmenter et maintenir à un niveau élevé les capacités de notre système de soin.
- Recruter toutes les forces créatrices pour produire tests, masques, équipements sanitaires, etc., et trouver un traitement.
- Satisfaire les besoins essentiels de l'ensemble de la population.

Ces objectifs ne peuvent être atteints que par une mobilisation de tout le pays et des services de l'État. Ce dernier, auquel il revient en dernier ressort de trancher, doit organiser, planifier, et assurer la protection et la sécurité sanitaire, sociale, économique et écologique de la population.

**Nous ne sommes pas en guerre.** Le vocable guerrier a été utilisé à dessein par le pouvoir pour camoufler ses erreurs initiales et créer une adhésion aveugle à sa stratégie hasardeuse.

**Nous sommes en pandémie.** Il faut éviter la contagion, dépister, isoler et soigner les malades, protéger la population. Les moyens sont humains, matériels, financiers, collectifs. L'État français est en retard. Il faut se saisir pleinement de l'ensemble des outils de production et d'analyse du territoire, produire suffisamment de tests et de matériel médical.

Encore moins qu'avant, le marché, — aujourd'hui en extrême tension sur toute la planète — n'est en capacité de faire cela. La puissance publique doit reprendre toute sa place pour organiser la réponse collective :

- réquisitionner, voire nationaliser si besoin, les moyens de production de tests, masques, équipements sanitaires, médicaments... ;
- mobiliser les forces physiques, les matières grises, l'inventivité et les bonnes volontés pour penser et mettre en œuvre de nouvelles formes et relations de travail et de coopération.



## **I - La mobilisation collective**

Pour combattre les épidémies, nous avons besoin de plus d'investissements et de démocratie, sanitaire, sociale, politique, de justice sociale et environnementale, d'égalité des droits et d'émancipation.

### **1. Implication populaire**

Une **personne sensibilisée** au fonctionnement d'une maladie et aux moyens de s'en protéger, à laquelle on demande son consentement éclairé, devient **actrice de sa propre santé** et modifie son comportement pour son propre bénéfice, celui de ses proches et pour la société. À toutes les étapes du dépistage et du traitement, il est nécessaire de :

- donner à la personne prise en charge l'information la plus complète sur la maladie ;
- faire avec elle un bilan de santé général, pour repérer les fragilités susceptibles d'aggraver sa situation ou ne pas laisser de côté d'autres pathologies ;
- prendre en considération la personne dans sa globalité et s'informer sur ses conditions matérielles ;
- construire avec elle les conditions d'une mise en quatorzaine consentie, car si elle est perçue comme une incarcération, cela peut provoquer des stratégies d'évitement, néfastes pour la personne et pour la collectivité.

Les **discriminations et violences** spécifiques (de genre, de sexe, raciales, de sexualités, de handicap, religieuses...) sont **particulièrement exacerbées** en période de crise. Les agents et institutions de l'État doivent être sensibilisés à toutes ces dimensions ; les associations de prévention et de lutte soutenues financièrement.

La mobilisation populaire s'est rapidement structurée dans des associations, dans des initiatives de solidarité, dans la réserve sanitaire, dans la fabrication de masques. Conformément à ce que nous avons proposé dans notre contre-projet sur les retraites, l'implication de ces personnes correspond à du temps, donné pour la collectivité dans une situation d'extrême gravité. L'État doit reconnaître, via l'attribution de trimestres de retraite correspondants au temps d'investissement, l'implication de ces personnes.

### **2. Démocratie sanitaire**

Il faut également **mobiliser l'expérience et l'expertise sanitaires** accumulées depuis plusieurs dizaines d'années par les personnes concernées par les maladies et pathologies, chercheurs de toutes les sciences (biologiques, médicales, mathématiques, mais aussi humaines, sociales, juridiques, politiques...).

Rassemblés au sein d'un Haut conseil d'expertise sanitaire, les membres d'instances telles que l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), le Haut Conseil de la santé publique, le Centre national de la recherche scientifique, le Défenseur des droits, le Comité national consultatif d'éthique, et des associations nationales agréées d'usagers du système de santé pourraient activement participer à **éclairer le débat public et les choix démocratiques**.

La dimension de la **santé mentale** devra être particulièrement traitée.

### 3. Démocratie sociale

Les salariés, en particulier celles et ceux des secteurs essentiels en activité sur sites, doivent pouvoir, de plein droit :

- se constituer en **comités de production**, qui permettront de déterminer de façon collective de la pertinence de la reprise de l'activité, des conditions dans lesquelles les **conditions de sécurité sanitaire** optimales sont atteintes pour l'exercice de leur métier, ou l'usage de leur droit de retrait ;
- **déterminer ce qui relève de l'essentiel et de l'accessoire dans les productions**, ainsi que de la meilleure manière dont elles et ils peuvent améliorer les processus, l'organisation des rythmes de travail et les besoins, notamment en termes de recrutement du personnel, pour un meilleur partage du travail.
- **Leurs représentants** doivent pouvoir participer aux discussions concernant tous ces aspects au sein d'instances représentatives, dont les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) qui doivent être reconstitués.
- **Les inspecteurs du travail** doivent également être déployés sur les principaux sites stratégiques pour s'assurer du respect des droits des salariés et du Code du travail, et ne doivent pas recevoir d'injonctions ou de sanctions de la part de l'État.

### 4. Démocratie parlementaire

Le Parlement doit poursuivre son activité de discussion et de vote des lois, en priorité celles concernant la crise sanitaire, et de contrôle de l'action du gouvernement.

- Le gouvernement est tenu de rendre compte régulièrement, en séance de questions spéciale, de manière précise, chiffrée, des avancées ou reculs de la mobilisation.
- Tous les moyens d'enquête doivent être accordés aux parlementaires, notamment celles et ceux de l'opposition, pour s'assurer de l'effectivité des mesures prises.
- La déclaration d'un état de mobilisation sanitaire, son éventuel renouvellement ainsi que le plan de déconfinement sont soumis au vote du Parlement.

### 5. Pluralisme médiatique

Il est impératif qu'existe un débat public vigoureux qui permette à l'ensemble de la population de se saisir des enjeux, d'éclairer sa compréhension de la situation, d'exercer son esprit critique, et de participer au débat démocratique. Pour cela, il faut garantir :

- la pluralité, la liberté et l'indépendance, notamment économique, des médias ;
- la représentation de toutes les expressions et sensibilités politiques, en particulier sur le service public d'information.

## **II - Recenser et renforcer les moyens dont nous disposons**

### **1. Maillage sanitaire territorial et chaînes de décision**

#### ***a) Renforcer le maillage territorial***

Dans cette période, la puissance publique doit pouvoir réagir rapidement. Une connexion fluide entre l'État et les établissements de santé est essentielle pour réagir rapidement face à l'évolution de la pandémie. Ce renforcement du maillage territorial doit permettre de mieux recenser les besoins des personnels pour ensuite orienter nos politiques de production et de recrutements dans ce sens.

**Doublement des moyens** matériels et financiers de l'Agence nationale de santé publique (Santé Publique France) aujourd'hui dotée à hauteur de 200 millions d'euros et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) subventionné à hauteur de 620 millions d'euros par l'État et renforcer leur collaboration.

Ces deux institutions devront notamment s'occuper de délivrer des tests en priorité aux établissements de santé et **médico-sociaux** touchés par le Covid ; et de déterminer au plus près les besoins en matériel des soignants.

#### ***b) Renforcer nos capacités hospitalières***

Malgré l'équipement généralisé de la population en masques de protection, si nous y parvenons, le déconfinement risque de produire une seconde vague de la maladie. Les capacités hospitalières, notamment en lits de réanimation, seront toujours sollicitées.

En France le nombre de lits en réanimation a été augmenté pour atteindre 14 000. Or, en Allemagne, c'est 28 000 lits qui sont disponibles. Il faut donc arriver à au moins 20 000 lits. Ce qui implique de revenir sur toutes les fermetures récentes d'équipements hospitaliers.

#### ***c) Clarifier la chaîne de décisions et la communication des informations***

– Définir les centres de décisions (gouvernement et agences de l'État) : élaborer un protocole de communication très finement établi sur le territoire avec l'ensemble des établissements de santé, avec la possibilité pour les médecins de ville de contacter les agences régionales de santé (ARS) et l'État.

– Préciser la chaîne de remontée des besoins : utiliser l'ensemble des administrations de l'État pour déterminer les besoins et les capacités de l'État, des départements et des communes. Le préfet doit centraliser les besoins des territoires afin de faire remonter à l'État et d'adapter les mesures générales à ces exigences.

– Clarifier la chaîne de commandement : l'État donne des instructions aux Préfets. Ils coordonnent les actions avec les départements et les maires qui viennent en appui. Il est indispensable de définir le rôle de chaque échelon.

## 2. Créer un pôle public du médicament

Le groupe parlementaire de la France insoumise a déposé mardi 7 avril 2020 une proposition de loi (n° 2814) pour la création de ce pôle public qui aura plusieurs missions.

- Centralisation des besoins de réactifs et des principes actifs qui viennent à manquer.
- Pour les réactifs faciles à produire, réquisition des laboratoires volontaires (nombre de laboratoires ont déploré de ne pas être sollicités par l'État).
- Pour les principes plus difficiles à trouver, comme le curare, mise en place de partenariats avec les pays producteurs et lancement d'une équipe de chercheurs en Guyane.
- Identification des plateformes ouvertes permettant la production massive de médicaments.
- Identification des plateformes fermées essentielles à la production massive de ces médicaments et réquisition, sous le contrôle du pôle public du médicament.

Il aura également en charge la gestion publique des **stocks de réserves sanitaires**, la production publique des médicaments et le pilotage, avec d'autres organismes, de la **recherche publique** en la matière. C'est l'assurance d'éviter les pénuries et de faire passer les intérêts publics avant les profits.

Il permettra en outre une utilisation plus souple de la **propriété intellectuelle** pour éviter les contournements opérés par les laboratoires et pourra, en cas de nécessité, mettre en place une licence d'office réellement utile.

Il devra enfin s'assurer de la **transparence** des composants, des prix de fabrication et de vente des molécules et des principes fournis par les laboratoires.

## 3. Réquisitionner, nationaliser, pour produire plus, vite et mieux

Outre les commandes extérieures, nous disposons de moyens de production au niveau national qu'il faut étendre et réorienter.

### *a) Réquisitions*

Les réquisitions sont permises dans le code de la santé publique (art. L3131-8) et dans le code de la défense (art. L2211). En temps de crise, elles permettent :

- de répondre sans délai aux besoins ;
- de s'assurer, autant que possible, une autosuffisance dans la production.

Réquisitionner les moyens de production essentiels est ainsi utile à trois titres.

D'une part, cela permettra à l'État d'avoir une parfaite **maîtrise de la cadence de production**, ce qui n'est aujourd'hui pas le cas et nuit à l'organisation de la réponse à la crise ; et de connaître les prix réels de production pour pouvoir ajuster la rétribution. C'est également crucial pour la **maîtrise, protection et réparation des risques environnementaux**, ainsi que la mise en œuvre de la bifurcation écologique. D'autre part, elles nous assureront que l'ensemble des découvertes scientifiques, ou des protocoles de production seront transparents et duplicables, ce qui permet rapidement de lancer des productions de matériel et de médicaments de façon massive.

### **Liste (non exhaustive) des secteurs où opérer des réquisitions sur le plan sanitaire :**

- Secteur textile pour produire des masques, surblouses, charlottes ;
- Secteur automobile et aéronautique pour produire des équipements hospitaliers ;
- Industries pour produire du gel hydroalcoolique ;
- Laboratoires pharmaceutiques et d'analyse médicale et vétérinaire pour la recherche, production de tests, de médicaments et d'un éventuel vaccin ;
- Laboratoires pharmaceutiques pour s'assurer d'un stock suffisant de médicaments.

Le groupe parlementaire de la France insoumise a déposé, le 7 avril 2020, une proposition de loi (n° 2813) visant à réquisitionner des entreprises du secteur textile pour la fabrication de masques.

### **Pour les besoins en hébergement :**

Les préfets doivent procéder au recensement des chambres en hôtel, clubs et colonies de vacances disponibles avec l'aide des CCI. Cet état des lieux par département permettra de réquisitionner les établissements pour loger d'une part les personnes malades et d'autre part, les sans-abri, mal-logés et personnes victimes de violences. Il faudra par ailleurs procéder à la réquisition :

- de personnel médical pour assurer l'encadrement de ces lieux de confinement (infirmiers libéraux, aide-soignantes, agents d'entretien en milieu hospitalier, armée en dernier recours). Ce n'est pas au personnel hôtelier d'assurer cette mission.
- des sociétés de restauration collective pour nourrir ces personnes.

### **Des mesures doivent accompagner ces réquisitions :**

#### Sécuriser les chaînes d'approvisionnement :

Pour l'ensemble de la production (industrielle, alimentaire, textile, médicament...), l'État doit également assurer que l'approvisionnement en matières premières est possible.

#### Garantir une production respectueuse de l'environnement :

Gérer les déchets générés par les mesures de protection sanitaire (masques, gants, surblouses, lunettes...).

### ***b) Nationalisations***

Conformément à la proposition de loi déposée par le groupe parlementaire de La France insoumise le 7 avril 2020, nous envisageons également la nationalisation comme une solution pour augmenter les capacités sanitaires du pays.

La nationalisation n'a rien d'un procédé exceptionnel. Lors des dernières grandes nationalisations en 1982, le Conseil constitutionnel a admis que ce procédé pouvait faire sens s'il servait l'intérêt général, notamment en période de crise.

Ainsi, il existe en France plusieurs entreprises qui, une fois nationalisées permettraient de produire des respirateurs et des médicaments. Cela peut permettre d'augmenter les capacités

sanitaires en services de réanimation et en soins intensifs, en relançant la production de respirateurs (notamment dans le cas d'une nationalisation de Luxfer). Cela peut également permettre d'empêcher les comportements spéculatifs et de coordonner la production.

**L'Inserm indique qu'une seconde vague pourrait être supérieure par 2,5 fois à la capacité d'absorption des services de soins intensifs d'Île-de-France, nous devons préparer le pays à cette éventualité.**

### *c) Diplomatie et coopération sanitaires*

Nous proposons de nous associer à l'initiative lancée par plusieurs organisations non gouvernementales (ONG) et pays du Sud, en faveur d'une mise en commun des droits sur les technologies utiles pour la détection, la prévention, le contrôle et le traitement de la pandémie de Covid-19.

Les virus sont universels, notre réponse doit l'être aussi. Alors que les États-Unis de D. Trump menacent la coopération sanitaire internationale, il faut la renforcer et lui donner des objectifs ambitieux :

- Émission de licences d'office concernant les médicaments et produits de santé sous brevets pour lever toute restriction à la production.
- Levée des clauses d'exclusivité des données cliniques ou de mise sur le marché.

### **III - La planification**

Elle ne peut être réalisée et mise en œuvre que par le gouvernement, pour pouvoir articuler trois temporalités.

**Temporalité sanitaire** : estimation du moment adéquat dans le développement de l'épidémie.

**Temporalité matérielle et logistique** : estimation du moment où la réponse est prête (production, aménagement de l'espace, etc.).

**Temporalité politique** : mise en place d'une commission parlementaire spéciale de suivi et de proposition ; débat et vote du plan de déconfinement préalable.

#### **Phase 1 : identifier les besoins humains**

##### *a) Tester, tester, tester*

#### **Qui doit être testé ?**

##### **– Les soignants (hôpital, Ehpad, médecine de ville, médico-social)**

Cela représente **2 millions de personnes** en contact, direct ou indirect, avec le virus. Il faut prévoir de pouvoir largement les tester. Leur mobilisation est cruciale et il ne suffit pas de les remercier, mais il est impératif de les protéger et de les tester pour s'assurer qu'elles et ils ne propagent pas le virus sur leurs lieux d'activité et dans leurs foyers. Dans certains Ehpad, on estime à 32 % le taux de contamination du personnel.

Cette situation est catastrophique, l'ensemble de ces personnels doit pouvoir bénéficier de tests. Les tests devant être renouvelés tous les 15 jours, on arrive à un total de : 2x2 millions tests soit **4 millions de tests**.

**– Les personnels de la grande distribution, des secteurs des transports de marchandises, de la Poste et des livraisons** ont permis l'approvisionnement de toute la population en produits de première nécessité, s'exposant par là même à un fort taux de contamination. Cela représente environ **2,4 millions de personnes** qu'il faut tester dès maintenant.

**– Les forces de sécurité intérieure (Police et Gendarmerie) et les forces armées : environ 580 000 personnels.**

Police nationale : 143 000 fonctionnaires (chiffres 2015)

Gendarmerie nationale : 100 488 militaires

Réserve opérationnelle de 1er niveau : 25 000 militaires

Réserve opérationnelle de 2e niveau : 28 000 militaires

Forces armées : 206 317 militaires d'active et 61 287 personnels civils, soit un total de 267 604 hommes et femmes.

##### **– Les personnes symptomatiques et leurs contacts**

Chaque personne présentant des symptômes doit faire l'objet d'un test et d'une **enquête épidémiologique** par des personnes volontaires formées à cet effet, afin de déterminer les personnes qui ont pu entrer en contact avec elle. Une fois identifiées les personnes contacts devront être testées.

Ces tests devront être renouvelés 15 jours plus tard, afin de s'assurer de la non-contagiosité des personnes au moment où elles pourront sortir de chez elles. On estime qu'environ 800 personnes par jour se présentent dans un centre de dépistage avec des symptômes, avec de 7 à 10 contacts.

### Deux scénarios possibles : de 5 à 10 millions de tests nécessaires

- **Scénario 1 : 5 millions de tests par mois**

On teste tous les soignants, des échantillons groupés des autres secteurs essentiels, toutes et toutes les personnes symptomatiques et leurs contacts, tous les 15 jours.

<b>OPTION A</b>			
<i>Catégorie de personnes</i>	<i>Nombre tests</i>	<i>Régularité</i>	
Soignants	2 millions	Tous les 15 jours	4 000 000
Secteurs essentiels ciblés	200 000 (tests aléatoires)	Tous les 15 jours	400 000
Personnes symptomatiques	800 par jour 5 600 par semaine 24 000 par mois	Tous les 15 jours	42 000
Personnes contacts des symptomatiques (moy. 7)	5600 par jour 39 200 par semaine 168 000 par mois	Tous les 15 jours	336 000
		<b>Total mensuel =&gt;</b>	<b>4 778 000</b>
		<b>Total hebdo =&gt;</b>	<b>1 194 500</b>

Avec la mise en place d'une planification efficace, d'une réquisition des laboratoires et des industries, nous pouvons arriver à une production nationale de **200 000 tests par jour** soit **6 millions de tests par mois**. Cela nécessiterait un effort considérable, mais atteignable en étant méthodique, et permettrait de **tester de façon très large la population**, selon une méthodologie large et limitant les possibilités de prospérité du virus là où il se trouve.

- **Scénario 2 : 10 millions de tests par mois**



**On teste tous les soignants et les autres secteurs essentiels, et toutes les personnes symptomatiques et leurs contacts, tous les 15 jours.**

<b>OPTION B</b>			
<i>Catégorie de personnes</i>	<i>Nombre tests</i>	<i>Régularité</i>	
Soignant·es	2 millions	Tous les 15 jours	4 000 000
Secteurs essentiels en totalité	3 millions	Tous les 15 jours	6 000 000
Personnes symptomatiques	800 par jour 5 600 par semaine 24 000 par mois	Tous les 15 jours	42 000
Personnes contacts des symptomatiques (moy. 10)	8000 par jour 56 000 par semaine 240 000 par mois	Tous les 15 jours	480 000
		<b>Total mensuel =&gt;</b>	<b>10 522 000</b>
		<b>Total hebdo =&gt;</b>	<b>2 630 500</b>

Il nous semble dangereux de recourir à des technologies de « tracing »/« tracking », car : 1) leur efficacité sanitaire n'est pas prouvée ; 2) elles constituent un risque majeur en matière de droits et libertés (protection des données personnelles, droits à la vie privée, à l'effacement numérique, etc.).

### ***b) Héberger les personnes testées positives au Covid-19***

Le gouvernement continue de refuser de réquisitionner largement des places d'hôtel vides afin d'héberger les personnes testées positives. La politique consistant à renvoyer chez elles des personnes infectées n'est pas la bonne solution. Certaines ont des conditions de vie difficilement compatibles avec le confinement : familles nombreuses dans un logement petit, logements insalubres, besoin d'aide pour faire les courses, etc. Il conviendrait a minima de leur proposer un hébergement temporaire et un accompagnement.

- **Combien faut-il de places d'hébergements**

Environ 3000 personnes sont déclarées positives par jour. Si l'on estime le taux de contagiosité du virus entre 1 à 3 autres personnes par personne infectée, il est essentiel de trouver, **par tranche de 15 jours, de 67 500 à 202 500 places d'isolement.**

- **Combien en a-t-on ?**

Il faut recourir aux Chambres de commerce et d'industrie (CCI) et aux préfets pour déterminer le nombre de places en hôtel par département.

Nous proposons la **réquisition du personnel médical** (infirmiers, aide-soignantes, agents d'entretien milieu hospitalier, des Armées) et des infrastructures de restauration collectives.

Nous préconisons une **réquisition** importante de lits dans des **établissements hôteliers**. Le personnel serait mis à contribution pour préparer les chambres, les désinfecter, préparer et distribuer les repas. Cela se ferait avec tout le matériel de protection adéquat. C'est ce qu'ont mis en place la ville de Barcelone, l'Italie ou encore la Corée du Sud.

Dans la même optique, en concertation avec les élus locaux, les logements vides doivent être réquisitionnés.

Face à ces besoins gigantesques de tests et de matériels de protection, il faut pouvoir **mobiliser et décupler l'ensemble des forces productives** du pays, pour réduire notre dépendance aux commandes extérieures et **assurer, à terme, notre souveraineté sanitaire, médicale et thérapeutique.**

## **Phase 2 : production massive et recherche intensive**

Les capacités hospitalières ont été saturées dans les zones les plus touchées, demandant des évacuations sanitaires par des moyens civils ou militaires très importants. Cette solution doit être un dernier recours. Avant de déconfiner, il faut s'assurer que les régions ont les capacités de soigner sur place les personnes malades.

### ***a) Production de tests***

Il existe différents types de tests aux usages distincts et complémentaires.

Les **tests virologiques** nécessitent un prélèvement nasal et vérifient la présence du virus dans le corps. La France a été extrêmement en retard dans la production de ces tests. Les **tests par scanner** permettent d'éviter les 30 % de faux négatifs des tests virologiques. Enfin les **tests sérologiques** mesurent la présence d'anticorps et confirment que la personne a été au contact du virus.

La France dispose de nombreux laboratoires, **publics nationaux et départementaux** ; privés ; universitaires et vétérinaires, en mesure de fournir des tests de façon massive. Les laboratoires privés, notamment, doivent participer à l'effort national. L'État devra les amener à n'utiliser que des plateformes ouvertes afin que tous les laboratoires, publics comme privés, puissent lire les résultats des tests.

Nous proposons de lancer une production massive par la mobilisation générale de l'ensemble des capacités. La réaction du gouvernement n'a pas été assez rapide. Les 75 laboratoires départementaux et leurs 4500 employés n'ont pas été immédiatement sollicités, alors qu'ils s'étaient manifestés auprès des services ministériels dans les départements.

Au total, **4391 laboratoires de biologie médicale** étaient recensés par les pouvoirs publics en 2018. Ils doivent tous pouvoir être mis à contribution pour le développement des tests et leur analyse, dans la mesure où ils peuvent assurer les autres soins dont ils avaient la charge. Il y a urgence.

### ***b) Production de matériel de protection (masques, blouses, gants, charlottes)***

Le gouvernement a adapté son discours aux faiblesses du système de production des protections. C'est irresponsable. La pénurie de masques depuis le confinement a montré que nous ne pouvions pas compter sur l'importation pour avoir un stock correspondant à nos besoins, au moment où nous en avons besoin. Le Maroc est capable de produire 3 millions de masques par jour pour sa population. La production de la France n'était, mi-avril qu'à 8 millions par semaine.

Il est indispensable que l'ensemble des soignants bénéficie de matériel adapté, de surblouses en grand nombre pour pouvoir les changer entre chaque patient. Les 2 millions de soignants doivent pouvoir se changer en moyenne 5 fois par jour (beaucoup moins pour certains, beaucoup plus pour d'autres). Cela signifie **300 millions de masques, 300 millions de surblouses, 600 millions de gants et 300 millions de charlottes**, chacun et chacune, **par mois**.

Il est aussi nécessaire de permettre à **l'ensemble de la population d'avoir accès à un masque**, y compris réutilisable, au moment du déconfinement. La distribution doit être organisée par l'État, via les Préfets, puis les maires : établir des points de distribution définis et contrôlés, en tenant compte des paramètres locaux et des priorités dans les publics à équiper.

Le groupe parlementaire de la France insoumise a déposé mardi 7 avril 2020 une proposition de loi (n° 2813) visant à **réquisitionner des entreprises du secteur textile**. Aujourd'hui, si des entreprises se sont montrées volontaires, le seul effort ne suffit pas à équiper l'entièreté de la population.

Par ailleurs, concernant les **masques FFP2** et les **masques chirurgicaux**, la société Honeywell produisait, jusqu'en 2018, dans les Côtes-d'Armor, les masques FFP2 qui nous manquent tant aujourd'hui. Elle a délocalisé en Tunisie sa production afin de dégager plus de marges, alors que l'usine était excédentaire. L'État doit aider le projet de relance de l'activité en Scop porté par les anciens salariés de l'usine, relance estimée dans 9 mois.

### ***c) Production de respirateurs***

Nous manquons drastiquement de respirateurs. La production de 9600 respirateurs par un consortium d'industriels mené par PSA et Air Liquide pour fin mai est insuffisante pour couvrir les besoins des hôpitaux, des transports médicaux, des établissements médico-sociaux et de l'aide humanitaire. Pire, une enquête révèle que ce matériel est prévu pour des équipements légers impropres aux malades du Covid-19. Il est donc nécessaire de relancer une production nationale immédiatement.

Le site de l'entreprise Luxfer à Gerzat est la seule usine de production de bouteilles d'oxygène à usage médical en Europe. En dépit d'un bénéfice s'élevant à 1 million d'euros, en augmentation de 55 % par rapport à l'année précédente, l'actionnaire principal de l'entreprise a fermé le site en mai 2019. Cependant, l'occupation de l'usine par les 136 salariés du site a permis d'empêcher la destruction de l'outil de travail, qui demeure donc intact et immédiatement utilisable afin de reprendre la production de bouteilles d'oxygène médical. Le groupe parlementaire de la France insoumise a déposé mardi 7 avril 2020 une proposition de loi (n° 2812) pour **nationaliser Luxfer**.

D'autres entreprises sur le territoire national peuvent être mobilisées notamment dans les secteurs automobiles, dans l'aéronautique, la plasturgie ou encore la construction de matériel électroménager.

#### *d) Production de médicaments*

##### **Pour lutter contre le virus**

Les premières pistes de traitement contre le Covid-19 pourraient impliquer l'utilisation de la nivaquine. L'usine Famar, installée à Saint-Genis-Laval, seul site habilité par l'Agence nationale de la sécurité du médicament à produire de la **Nivaquine** à base de chloroquine, en France. Malgré cette production hautement stratégique, l'entreprise abandonnée par le fonds d'investissement KKR est actuellement sous administration judiciaire. Sans repreneur, elle risque la fermeture et l'arrêt de sa production.

Le groupe parlementaire de la France insoumise a déposé mardi 7 avril 2020 une proposition de loi (n° 2812) visant à **nationaliser les deux sites de Famar**, afin d'en relancer l'activité immédiate.

##### **Pour nous prémunir contre les pénuries**

La lutte contre le Covid-19 a causé des tensions dans l'approvisionnement en médicaments qui permettent de combattre des formes graves de Covid-19. Ce fut le cas pour les **curares**, les **myorelaxants** (qui ont pour effet de relâcher les muscles), des sédatifs et d'analgésiques.

D'autres médicaments utilisés en réanimation ont pu être sous tension, comme le chlorhydrate de dobutamine, qui permet d'adapter l'activité cardiaque en cas de choc. Ce fut également le cas pour le Kaletra qui est utilisé par des patients infectés par le VIH.

Dans l'application des missions du **pôle public du médicament**, un suivi minutieux des stocks, un stock de réserve et la production publique — qui s'émancipe des choix économiques du privé — permettent d'éviter tout risque de pénuries.

#### *e) Intensifier la recherche fondamentale et la recherche appliquée*

##### **Coordination nationale**

La recherche d'un vaccin ou d'un médicament doit faire l'objet de discussions régulières et transparentes entre les scientifiques et les pouvoirs politiques, afin de permettre aux chercheurs

de disposer des moyens suffisants et aux responsables politiques de rendre des comptes à toute la population des avancées. Nous proposons la création d'une Coordination nationale paritaire qui sera chargée du suivi des connaissances scientifiques et de la diffusion de ces connaissances aux différents secteurs de la société.

### **Recherche pédiatrique**

Une attention particulière doit être portée sur le statut virologique des enfants. Il manque cruellement d'études sur le sujet. Nous proposons de mener une grande campagne de dépistage d'au moins 20 000 enfants en France, répartis selon des régions aux caractéristiques différentes.

- Dans des régions fortement touchées comme l'Île-de-France et la région Grand-Est, dans des régions plus faiblement touchées et dans chacun des territoires d'outre-mer (ou l'épidémie, en raison du caractère insulaire, pourrait être plus facile à contenir).
- Selon des critères d'âges qui permettent de déterminer des paliers de contagiosité du virus et de développement des symptômes.

L'objectif est de pouvoir avoir une cartographie nette du développement de la maladie chez les jeunes sujets et de leur transport éventuel dans la société.

### **Recherche et formation environnementales**

La mobilisation des capacités productrices doit être encadré du maximum de précautions et protections environnementales. Et la préparation de la bifurcation nécessite un investissement important dans les sciences et techniques écologiques.

### **Phase 3 : garantir les droits sociaux de la population**

#### ***a) Des salariés***

Il faut assurer des recrutements massifs de personnels, des revalorisations salariales et des garanties statutaires dans les secteurs suivants :

- Hôpital : personnel soignant, de ménage, administratif
- Industrie : textile, bâtiments
- Transport : privilégier le ferroviaire, fluvial, routier
- Commerces et services alimentaires
- Aides à la personne
- Agriculture : privilégier circuits courts, bio

- Titularisation des contractuels ; intégration des entreprises en sous-traitance au sein des administrations ou des groupes réquisitionnés
- Dégel du point d'indice et revalorisation des grilles salariales
- Augmentation du SMIC et pas un emploi en dessous du SMIC
- Rétablissement des CHSCT
- Suspension de la directive sur le travail détaché

- Abandon de la réforme des retraites ; trimestres supplémentaires à tous les salariés des secteurs essentiels mobilisés

## *b) Des plus précaires*

### **Automaticité des prestations sociales**

Le non-recours aux prestations sociales représente plus de 13 milliards d'euros selon l'observatoire des non-recours aux droits et services : en moyenne 25 % des assurés au régime général renoncent aux soins et 80 % des personnes migrantes en situation précaire ayant droit à une couverture maladie n'en ont aucune.

C'est un grave frein à la lutte contre les épidémies. Pour y remédier, il faut cesser la stigmatisation et la criminalisation des pauvres et précaires et prendre des mesures d'urgence :

- mise en place l'automaticité des prestations sociales ;
- augmentation des dotations aux collectivités territoriales en matière d'aide sociale ;
- subvention à hauteur de leurs besoins des associations, en particulier celles qui viennent en aide aux personnes vulnérables.

La lutte contre le virus implique aussi de :

- garantir l'accessibilité aux personnes allophones et celles en situation de handicap ;
- fermer des centres de rétention et régulariser les travailleurs sans papiers.

### **Pouvoir se nourrir correctement**

Cette crise sanitaire est aussi sociale, et les plus précaires sont en première ligne. Les fermetures des centres sociaux, de certains locaux d'associations et des cantines scolaires pèsent lourd sur le budget des familles, notamment les plus précaires. Des associations se sont organisées pour distribuer de la nourriture et autres denrées aux habitants les plus démunis. En Seine-Saint-Denis et ailleurs, plus la crise s'enlise, plus les files d'attente sont longues, parfois sans possibilité de respecter la distanciation physique.

L'État doit permettre une sécurité alimentaire et énergétique à tous les habitants dans le besoin, sans que ces derniers n'aient à se mettre en danger pour (sur)vivre. Nous proposons de mettre en œuvre plusieurs dispositifs :

- **Encadrement des prix** alimentaires et des produits d'hygiène et de première nécessité ;
- **Bons d'achat** pour permettre l'achat de produit d'hygiène ;
- Réquisition des cantines collectives pour que personne ne soit en précarité alimentaire
- **Fonds d'aide spécial pour les communes** afin que celles-ci, en lien avec des associations, puissent livrer à domicile des paniers alimentaires, pour les personnes les plus en difficulté.

La coordination sera faite entre préfets/élus/associatifs. Elles et ils auront la mission de recenser les familles dans le besoin.

Ce soutien sera octroyé **sans condition de statut administratif** et donc accessible **aux personnes migrantes et celles vivant de l'économie informelle.**

## Logement et sécurité énergétique

Comment respecter la distanciation physique et le confinement lorsque l'on ne dispose pas d'un logement ou qu'il n'est pas possible d'y demeurer ? L'attribution de logement à toutes et tous est un enjeu de dignité et de santé publique en période d'épidémie.

Il faut donc impérativement mettre à disposition des logements décentes en priorité pour les personnes :

- sans domicile fixe ;
- en situation de mal-logement ou d'insalubrité ;
- victimes de violences intrafamiliales.

Pour cela nous proposons l'interdiction des expulsions locatives, la **réquisition immédiate des logements vides ou vacants** (notamment ceux mis en location sur les plateformes numériques), ainsi que des **hôtels**.

Et pour éviter que de nouvelles personnes se retrouvent en difficulté au moment du déconfinement, nous proposons le maintien de la **trêve hivernale** et un **moratoire sur les loyers**.

Il faut aussi assurer la sécurité énergétique des locataires : nous proposons d'appliquer la **gratuité des premières quantités d'eau, gaz et électricité** nécessaires à une vie digne.

Il faut également assurer la mise en place d'un fonds d'aide d'exceptionnel aux bailleurs, abondé par l'État, afin de couvrir les pertes temporaires liées à la suspension des loyers.

## Phase 4 : un déconfinement progressif en croisant les critères

Le déconfinement peut commencer à être programmé une fois que la planification de la mobilisation, démocratique, sanitaire, productive, a été mise en place.

### *a) Les acquis sanitaires de la planification*

– Un **confinement économique strict** a été appliqué avec une réduction des activités aux seuls secteurs essentiels (comme cela a été fait, au bout d'un certain temps, en Italie et en Espagne).

– Un **dépistage massif des secteurs essentiels** est effectué pendant le confinement, afin d'assurer que les salariés en activité sur site extérieur et en contact avec le public ne sont pas contaminés et peuvent continuer à exercer, les personnes positives prises en charge (hôpital ou hébergement en quatorzaine) et leur entourage testé.

– Toutes les personnes assurant une **activité essentielle sur site** disposent de suffisamment de masques pour son usage journalier (au moins 3 par jour) et d'équipements de protection, fournis par leurs entreprises, sans quoi elles peuvent activer leur **droit de retrait**.

– L'État et les entreprises ont **réaménagé l'environnement social collectif** pour permettre le respect des consignes de sécurité sanitaire.

Alors seulement le déconfinement peut être programmé.

Ce déconfinement doit être pensé de manière **méthodique** et exécuté **progressivement**. La détermination de sa date doit se baser sur des éléments objectifs combinant :

- l'estimation du moment où le nombre de cas signalés et d'hospitalisations se sera stabilisé en dessous du seuil critique de saturation ;

- la réorganisation de la production permettra d'assurer les moyens de protection maximale de la population ;
- le réaménagement des réseaux et espaces collectif garantira le respect des consignes de sécurité sanitaire.

### *b) Application stricte des consignes sanitaires*

#### **Assurer l'accès gratuit aux produits et à l'éducation sanitaires**

Toute la population doit avoir accès gratuitement à des **masques**, dont le port est **obligatoire** dans l'espace public et les transports, et à du **gel hydroalcoolique**. La distribution généralisée de masques commençant par les soignants, agents prioritaires de la fonction publique, public à risque et travailleurs exposés, puis la totalité de la population. Les masques seront disponibles gratuitement dans les pharmacies, mairies, transports et tous lieux accueillant du public. Des distributeurs de gels seront installés dans ces mêmes lieux.

Des campagnes d'information rappellent l'exigence d'appliquer rigoureusement **gestes barrières** et **distanciation physique**.

#### **Plan d'aménagement des transports et des espaces**

Il s'agit de limiter la densité des transports et des lieux collectifs. Les lieux clos augmentent les interactions entre les personnes. La reprise progressive des activités déconfinées doit se faire dans des espaces adaptés pour pouvoir maintenir la distanciation physique. Les lieux de travail et les transports en commun sont donc soumis à limite de capacité d'occupation stricte.

Les entreprises doivent mettre en place, **pour toutes les catégories de salariés, des modalités de travail à distance**, pour que la densité des bureaux et site d'activités respecte les limites sanitaires.

En Île-de-France, la fréquentation quotidienne des transports en commun est d'environ 5 millions de personnes. Les unités de transport doivent être adaptées à un nombre limité de voyageurs. Les collectivités doivent inciter à l'usage des transports doux, notamment pour la pratique du vélo et de la marche, et la multimodalité.

### *c) Déconfinement territorial et socio-professionnel progressif*

#### **Déconfiner des régions les moins touchées aux plus touchées et par palier de densité**

Les régions les plus touchées par l'épidémie (Île-de-France et Grand-Est) étant celles où il est probable que le virus circule encore le plus, un déconfinement, progressif, contrôlé, commencera par celles qui sont le moins touchées.

Il convient d'adapter les mesures de déconfinement à la densité de population des zones concernées. Plus les zones sont densément peuplées, plus le risque de recontamination importante est élevé.

Dans les villes densément peuplées : reprise progressive des transports en commun, adaptation du travail à cet impératif et à l'impératif de garde des enfants ;



Dans les régions faiblement peuplées : reprise des transports en commun et de l'activité dans le respect des consignes sanitaires.

Un corollaire important de cette priorisation est la **limitation stricte** de la circulation des biens et des personnes d'une région nationale à l'autre aux seules nécessités d'approvisionnement sanitaire et alimentaire. En l'**absence de véritable coordination européenne**, et afin d'éviter de nouvelles contaminations en provenance de pays non confinés, les **frontières** seront fermées avec ces derniers, la directive sur le **travail détaché** suspendue, et les déplacements **transfrontaliers** restreints à l'indispensable.

### **Planification du déconfinement économique :**

Les ministères du Travail, de l'Économie, des Finances et des comptes publics doivent organiser une concertation avec toutes organisations syndicales et associations professionnelles pour planifier le meilleur ordre de déconfinement économique. Les travailleurs des secteurs d'activité autorisés à reprendre doivent se réunir pour déterminer les conditions de reprise et de sécurité de leur activité. Le chômage technique est assuré pour les secteurs jusqu'à leur déconfinement économique.

Puis le Parlement fixe par la loi les conditions du déconfinement économique :

- soutien aux PME et indépendants
- aides conditionnées aux entreprises respectant des normes sociales, et environnementales, et ne pratiquant pas de désertion fiscale
- planification, à terme, de la relocalisation des activités et mise en œuvre d'un protectionnisme solidaire

### **Pour les établissements scolaires et universitaires :**

Le statut virologique des personnes mineures fait encore l'objet de beaucoup d'inconnues. Aujourd'hui, les épidémiologistes ne peuvent pas dire avec certitude si les enfants éliminent très rapidement le virus (et donc ne le transmettent pas) ou si au contraire la plupart sont asymptomatiques et donc fort vecteurs de propagation.

Or, en raison de l'exiguïté des bâtiments, de la concentration des élèves dans les classes, des mesures de précaution doivent être mises en place.

### **Rentrée en septembre pour toutes et tous et accueil prioritaire pour des enfants en situation de risque :**

L'État n'ayant pas pris en charge des mesures visant à diminuer les risques de contamination, toute rentrée sans mesure préventive paraîtrait prématurée.

**En l'état, par précaution, il ne semble pas souhaitable de déconfiner les enfants et adolescents. Les établissements d'enseignement scolaire et supérieur sont maintenus fermés jusqu'en septembre.**

### **Assurer un accueil prioritaire pour les enfants des personnes travaillant dans les secteurs autorisés et les enfants en situation de risques**

En lien avec les services de l'État, les collectivités territoriales organisent la mise en place de micro-structures d'accueil (centres d'animation, colonies de vacances...), qui recevront en priorité les enfants des personnes travaillant dans les secteurs économiques déconfinés, les enfants confinés dans des situations de précarité et à risque de violences intrafamiliales. Cet accueil serait financé par la réorientation des fonds du SNU.

### **Rentrée en septembre :**

En concertation avec les collectivités territoriales, les syndicats de personnels et les associations de parents et d'élèves, les rectorats sont chargés de :

- préparer la rentrée ;
- renforcer des personnels (administratifs, enseignant, techniques et sanitaires) ;
- renoncer à toutes les fermetures de classes prévues
- assurer la répartition des effectifs pour permettre le strict respect des consignes sanitaires, notamment en assurant un nombre restreint par classe et par établissements ;
- mettre en place les modalités de contrôle pédagogique.
- organiser pour chaque établissement un plan de rattrapage scolaire pour les élèves ayant décroché du fait de la période de confinement.

Le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche procède aux démarches similaires. La reprise des cours a lieu en septembre. Le second semestre 2020 est automatiquement validé.

### **Conseil de l'enfance en situation de pandémie :**

Il sera chargé d'estimer le nombre d'enfants qui pourraient subir des violences, d'estimer l'impact du confinement sur l'ensemble des enfants scolarisés. Il sera composé de professeurs, de sociologues, de personnes spécialistes des sciences de l'éducation, d'assistants sociaux, d'associations, de représentants des parents et des enfants.

## ANNEXES

### *Auditions organisées par LFI :*

Vidéos disponibles en ligne sur le site de La France insoumise :

#### **1) Mardi 14 avril 2020**

- Anne-Claude CRÉMIEUX, infectiologue dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital Raymond Poincaré
- François BLANCHECOTTE, président du syndicat national des biologistes libéraux

#### **2) Mercredi 15 avril 2020**

- Annie THÉBAUD-MONY, directrice de recherche à l'Inserm
- Nathalie GODARD, coordinatrice générale du Centre d'accueil de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde
- Gwen FAUCHOIS, activiste lesbienne féministe, ex-présidente d'Act Up

#### **3) Jeudi 16 avril 2020**

- Anne GERVAIS, du collectif inter-hôpitaux
- Jean-Louis PEYREN, secrétaire de la CGT Sanofi
- Pauline LONDEIX, de l'Observatoire de la transparence des politiques du médicament

#### **4) Vendredi 17 avril 2020**

- Christian GOLLIER, directeur Général de Toulouse School of Economics
- Raul SAMPOGNARO, économiste à l'OFCE
- Alexandre GAUDILLIERE, probabiliste au CNRS, bénévole Centre de santé "Château en santé", Marseille
- Bénédicte GAUDILLIÈRE, médecin du Centre de santé "Château en santé", Marseille

*Pour mémoire* : des auditions ont été réalisées sur le même thème par la commission d'enquête de la France insoumise, coordonnée par **Mathilde Panot**, vice-présidente du groupe et députée du Val-de-Marne, **Eric Coquerel**, député de Seine-Saint-Denis et **Manuel Bompard**, président de la délégation des eurodéputés LFI au Parlement européen. En particulier celles concernant Luxfer ou Air liquide. La liste et les vidéos sont disponibles en ligne sur le site de la France insoumise.

---

## ***Propositions de loi LFI***

- Proposition de loi relative à la nationalisation des sociétés Luxfer Gas Cylinders S.A.S et Famar Lyon, n° 2812, déposée le mardi 7 avril 2020
- Proposition de loi demandant la réquisition des entreprises du secteur du textile au profit de la fabrication de masques pour faire face à l'épidémie de covid-19, n° 2813, déposée le mardi 7 avril 2020
- Proposition de loi visant à créer un pôle public du médicament, n° 2814, déposée le mardi 7 avril 2020
- Proposition de loi instaurant un moratoire sur les loyers pendant l'épidémie de covid-19, n° 2816, déposée le mardi 7 avril 2020
- Proposition de résolution déclarant la nécessité du rachat de la dette publique par la Banque centrale européenne et de sa transformation en dette perpétuelle, déposée le 17 avril 2020
- Pour mémoire : Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), présenté par Mmes Caroline Fiat et Monique Iborra, le 14 mars 2018

## **Bibliographie :**

### • **Pandémies - Épidémies**

Imperial College London, Estimations du nombre d'infections quotidiennes au covid-19 en France : <https://mrc-ide.github.io/covid19estimates/#/details/France>

Organisation mondiale de la santé (OMS), Rapport final de la commission mondiale pour la certification de l'éradication de la Variole, Genève, décembre 1979

Organisation mondiale de la santé (OMS), "Operational Planning Guidelines To Support Country Preparedness and Response", 12 février 2020

"Coronavirus : un cas de recontamination en Corée du Sud", *Le Soir*, 29 février 2020

Sonia SHAH, "Contre les pandémies, l'écologie", *Le Monde diplomatique*, mars 2020

Jean-Paul MARRE, "Coronavirus : des malades contagieux près d'une semaine après la guérison", *pourquidocteur.fr*, 10 mars 2020

Organisation mondiale de la santé (OMS), "WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19", 16 mars 2020

Pascal MARICHALAR, "Savoir et prévoir", *Laviedesidees.fr*, 25 mars 2020

Nicolas HENKES, "« Nous assistons à une véritable faillite de notre démocratie sanitaire »", *Le Monde*, 26 mars 2020

Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE), "Évaluation au 30 mars 2020 de l'impact économique de la pandémie de COVID-19 et des mesures de confinement en France", 30 mars 2020

"Coronavirus : des malades chinois guéris, puis "recontaminés", vraiment ?", *RTL Info*, 31 mars 2020

Alexandra BRESSON, “Des patients atteints du COVID-19 seraient toujours contagieux après la disparition des symptômes”, *Santé magazine*, 1er avril 2020

Christian LOSSON, “Covid-19 : « Si nous sortons d’une première vague avant l’été… »”, *Libération*, 1er avril 2020

Gaël GIRAUD, “Face à une crise économique inédite : le nécessaire engagement massif de l’État”, *Revue projet*, 1er avril 2020

“Coronavirus : entretien avec André Grimaldi, Professeur émérite au CHU Pitié-Salpêtrière (Paris)”, *Société Louise Michel*, 6 avril 2020

Éric FAVEREAU, “Sida et Covid-19 : « Aujourd’hui, c’est un peu la même inconnue »”, *Libération*, 7 avril 2020

François BERDOUGO, Théau BRIGAND, Anne COPPEL, Mathieu DUPLAY, Gwen FAUCHOIS, France LERT, Pauline LONDEIX, Philippe MANGEOT, Christophe MARTET, Jérôme MARTIN, Eve PLENEL, Giovanna RINCON, “Lettre ouverte à Françoise Barré-Sinoussi et Jean-François Delfraissy”, *Les invités de Médiapart*, 7 avril 2020

Nolwenn WEILER, “Avec sa gestion de court terme, « le gouvernement affaiblit notre capacité collective à lutter contre le virus »”, *Bastamag*, 10 avril 2020

Rodolphe GOZLAN et Soushieta JAGADESH, “Comment les changements environnementaux font émerger de nouvelles maladies”, *The Conversation*, 12 avril 2020

“L’inclusion et la participation de la société à la réponse au Covid-19”, note du Conseil scientifique, 14 avril 2020

Éric VERDEIL, “La métropolisation, coupable idéale de la pandémie ?”, *The Conversation*, 15 avril 2020

Alexandre HASSANIN, “Covid-19 : origine naturelle ou anthropique ?”, *The Conversation*, 15 avril 2020

Assemblée nationale, “Impact, gestion et conséquences de l’épidémie de Coronavirus-Covid 19 en France : M. Jean-François Delfraissy, président du Conseil Scientifique Covid-19 et Mme Geneviève Chêne, directrice de Santé publique France”, 15 avril 2020

Observatoire de l’état d’urgence sanitaire, “Premier rapport de l’Observatoire de l’état d’urgence sanitaire”, *Acta*, 16 avril 2020

Elsie MAIGRET, Thibaud POMBET, “Les pauvres paient la crise plus cher que les riches qui en sont responsables”, *Huffington Post*, 17 avril 2020

François AMBLARD, “Comment la démocratie coréenne a-t-elle dompté Covid-19 ?”, 20 avril 2020

Caroline COQ-CHODORGE, “Le président du conseil scientifique demande « d’impliquer la société »”, *Médiapart*, 22 avril 2020

- **Hôpitaux**

Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (Dress), 53 % d’infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins”, mai 2018

OCDE données, “Équipements de santé - Tomodensitomètres (scanners)”, 2019

Frédéric PIERRU, “Le cauchemar de « l’hôpital du futur »”, *Le Monde Diplomatique*, octobre 2019

Daniel ROSENWEG, “30 % de postes de médecins vacants : l’hôpital public veut une « conférence de consensus »”, *Le Parisien*, 15 janvier 2020

André GRIMALDI, Frédéric PIERRU, “L’hôpital, le jour d’après”, *Le Monde diplomatique*, avril 2020.

- **Tests et dépistages**

Agent-based Social Simulation of the Coronavirus Crisis (ASSOCC), “Scenario: effect of track&trace apps”

“Test de dépistage au coronavirus Covid-19 : qui, où et comment ?”? *Santé magazine*

Jean-Marie BLANCHOZ, Adelin BOUCHET, “Le secteur de la biologie médicale en 2016”, Assurance maladie, décembre 2018

Chloé HECKETSWEILER et François BÉGUIN, “Les stratégies de dépistage du coronavirus laissent perplexes patients et professionnels”, *Le Monde*, 11 mars 2020

Pauline LONDEIX, “COVID-19 : la transparence sur le prix des diagnostics est une urgence !”, 14 mars 2020

Loup Besmond de SENNEVILLE, “Jean-François Delfraissy : « Nous préconisons des tests massifs à la sortie du confinement »”, *La Croix*, 20 mars 2020

Lucie ORIOL, “Pourquoi les tests du coronavirus ne sont pas généralisés en France ?”, *Huffington post*, 21 mars 2020

Thomas WIEDER, Cécile DUCOURTIEUX, Isabelle MANDRAUD, Jean-Baptiste CHASTAND, Sandrine MOREL, Jean-Pierre STROOBANTS, Virginie MALINGRE, Anne-Françoise HIVERT et Romain SU, “Coronavirus : en Europe, la pratique de dépistage du Covid-19 diffère d’un pays à l’autre”, *Le Monde*, 21 mars 2020

Office parlementaire d’évaluation des choix scientifiques et technologiques, “Note à l’attention des membres de l’Office — Épidémie de coronavirus — Point sur les traitements, vaccins”, 30 mars 2020

Olivier GOSSNER, Christian GOLLIER et David SRAER, “Nous pouvons « accroître notre capacité de dépistage sans attendre la fabrication de nouveaux tests »”, *Le Monde*, 1er avril 2020

Thomas SCHNEE, “L’Allemagne se prépare à un dépistage encore plus massif”, *Médiapart*, 1er avril 2020

Nicolas BERROD, “Coronavirus : « Pourquoi ne teste-t-on pas tout le monde dès les premiers symptômes ? »”, *Le Parisien*, 1er avril 2020

Sophie CHAPELLE, “Pourquoi la France tarde-t-elle à pratiquer un dépistage massif du coronavirus ?”, *Bastamag*, 1er avril 2020

Aurore GORIUS, “La France échoue au crache-tests”, *Les jours*, 1er avril 2020

“Coronavirus : 30 % des malades non détectés par les tests actuels”, *Liberation.fr*, 2 avril 2020

Olivier GOSSNER et Christian GOLLIER, “Covid-19 : Des tests groupés pour un déconfinement plus rapide”, 2 avril 2020

Étienne LEBLANC, “COVID-19 : les leçons du dépistage à grande échelle de l’Islande | Coronavirus”, *Radio-Canada*, 9 avril 2020

Louis TANCA, AFP, “Coronavirus : ce que nous apprend l’Islande en testant massivement sa population”, *BFM TV*, 16 avril 2020

- **Masques, médicaments, équipements de protection**

Pauline LONDEIX, “COVID-19/Mesure d’urgence n° 1 : transparence du financement de la recherche”, 12 mars 2020

Pauline LONDEIX, “COVID-19/Mesure n° 2 : transparence et encadrement des prix”, 12 mars 2020

Pauline LONDEIX, “COVID-19/Mesure n° 3 : mise en place d’une production locale publique”, 12 mars 2020

Pauline LONDEIX, “COVID-19/Mesure n° 4 : levée immédiate des diverses entraves à l’accès aux soins”, 12 mars 2020

Pauline LONDEIX, “COVID-19/Mesure n° 5 : l’arrêt immédiat des politiques d’austérité en santé”, 12 mars 2020

Benoît COLLOMBAT, “Comment la France a sacrifié sa principale usine de masques”, France inter, 3 avril 2020

Rachel KNAEBEL, “Les grandes entreprises pharmaceutiques déjà sur les rangs pour faire de l’argent avec le Covid-19”, *Bastamag*, 13 avril 2020

Rachel KNAEBEL, “Covid : pour des traitements accessibles à tous, casser les monopoles, socialiser la production”, *Bastamag*, 14 avril 2020

- **Déconfinement**

American Enterprise Institute, “National coronavirus response : A road map to reopening”, 29 mars 2020

Office parlementaire d’évaluation des choix scientifiques et technologiques, “Note à l’attention des membres de l’Office – Épidémie de COVID-19 – Point de situation au 30 mars 2020”, 30 mars 2020

Guillaume JACQUOT, “Sortie du confinement : une note parlementaire invite à la « prudence »”, *Public Sénat*, 31 mars 2020

“Coronavirus : le dépistage, «quasiment la seule» méthode pour sortir du confinement estime un biologiste”, *France info*, 3 avril 2020

Bérénice ROCFORT-GIOVANNI, “« Le déconfinement pourrait commencer par le Grand Est et l’Île-de-France »”, *L’Obs*, 2 avril 2020

Fabienne SINTES, “Le casse-tête du déconfinement : que dit la médecine?”, *France inter*, 7 avril 2020

Thomas WIEDER, Isabelle MANDRAUD, Jean-Baptiste CHASTAND, Sandrine MOREL, Jean-Pierre STROOBANTS et Anne-Françoise HIVERT, “Coronavirus : comment certains pays en Europe préparent une sortie par étapes du confinement”, *Le Monde*, 7 avril 2020

Paul ROMER, “Webinar: Paul Romer on how to re-start the economy after COVID-19”, 7 avril 2020

Angèle MALATRE-LANSAC, Laure MILLET, “Voici la bonne stratégie pour déconfiner les Français”, *Les Echos*, 9 avril 2020

Aaron E. CARROLL, “How Will We Know When It’s Time to Reopen the Nation?”, *The New York Times*, 11 avril 2020

Paul BENKIMOUN, “Une levée du confinement sans mesures strictes de tests et d’isolement serait inefficace, selon une étude de l’Inserm”, *Le Monde*, 12 avril 2020

Laura DI DOMENICO, Giulia PULLANO, Chiara E. SABBATINI, Pierre-Yves BOËLLE, Vittoria COLIZZA, “Expected impact of lockdown in Île-de-France and possible exit strategies”, *INSERM*, 12 avril 2020

Paul BENKIMOUN et Chloé HECKETSWEILER, “Coronavirus : Emmanuel Macron fait le pari d’un déconfinement progressif et sélectif”, *Le Monde*, 14 avril 2020

Pascal MARICHALAR, “« Retour à début mars »”, *Libération*, 14 avril 2020

La Quadrature du net, “Nos arguments pour rejeter StopCovid”, 14 avril 2020

Danièle OBONO, Gwen FAUCHOIS, Ugo BERNALICIS, Aurélie TROUVÉ, Caroline FIAT, Act Up, Sud PTT, “Coronavirus : contre le “tracking”, pour une politique de santé publique émancipatrice”, 16 avril 2020

Mathilde SIRAUD, “Les directives de Matignon aux ministres pour préparer le déconfinement”, *Le Figaro*, 16 avril 2020

---