

### Note sur LES "BRIGADES"

Le projet de loi prorogeant l'état d'urgence sanitaire prévoit en son article 6, la création d'un système d'information pour lutter contre l'épidémie. Ce projet de loi a été adopté en 1<sup>ère</sup> lecture à l'assemblée samedi 9 mai pour un démarrage du tracing dès lundi 11 mai.

Le système d'information reposera sur la création de deux fichiers nationaux dont les modalités de fonctionnement soulèvent des inquiétudes :

- La première base de données, baptisée "**Sidep**", recensera les informations en provenance des laboratoires de biologie médicale lorsqu'un patient a été testé positif au virus.
- La seconde, "**contact tracing**", listera les personnes qui ont côtoyé le malade. Toutes ces personnes seront invitées à se faire tester et se confiner pour éviter la propagation du virus.

Ce fichier pourra contenir des données de santé et d'identification sur les personnes infectées et celles ayant été en contact avec elles. Cette collecte pourra se faire sans leur consentement. Ce fichier pourra être complété par des données de Santé publique France, de l'Assurance maladie et des Agences régionales de santé (ARS).

Les services de santé et les laboratoires autorisés à réaliser les tests pourront avoir accès aux données.

Ces données sont conservées pendant 3 mois.

Il s'agit d'une sorte de dossier médical du coronavirus, partagé afin de pouvoir repérer les personnes en contact avec les malades.

Alors que le projet «stop Covid» semblait quant à lui abandonné, il sera finalement opérationnel dès le 2 juin, le ministre a beau tenter d'expliquer qu'il n'y a aucun lien entre les 2 systèmes, quelle garantie avons-nous à part leur faire confiance ? O.Veran avait lui-même assuré il y a quelques jours l'abandon de ce dispositif, nous avons de multiples raisons légitimes d'en douter.

Sans attendre le vote de la loi, l'Assurance maladie avait déjà anticipé la mise en place du dispositif opérationnel dès le 11 mai.

Les consultations/ information des CSE ainsi que la constitution des équipes de « volontaires » se sont tenues avant le débat parlementaire, tandis que les conseiller(ères) CPAM n'étaient pas informé.e.s.

Le contact tracing aura plusieurs strates d'intervention qui s'appuieront sur le recueil des résultats des tests par les laboratoires :

- **Niveau 1** : Les médecins généralistes seront chargés de recenser les personnes ayant été en contact avec un patient atteint du Covid-19 et ainsi effectuer une première analyse du risque de contamination, ils percevront pour cela un forfait de 55 euros par patient, soit une majoration de 30 euros pour la saisie informatique des coordonnées de la personne infectée et renseigner le maximum de noms de personnes qui sont entrées en contact avec lui. Ils bénéficieront d'un complément de deux euros en plus pour chaque contact supplémentaire identifié. Ce montant sera porté à quatre euros quand les coordonnées permettant de les joindre seront renseignées.
- **Niveau 2** : Il sera « organisé par l'Assurance-maladie » avec environ 4 000 salariés (les brigades sanitaires) qui seront mobilisés pour cette activité sans que des moyens supplémentaires soient alloués au traitement de leur tâches habituelles. Ces personnels choisis pour leur qualité relationnelle occupent souvent des métiers en relation avec les personnes les plus précaires. Ils devront donc mettre de « côté » des assurés sociaux pour dresser un fichier des personnes atteintes du Covid ainsi que des contacts qu'elles auraient pu avoir. Ils devront vérifier qu'aucune personne potentiellement malade n'ait pu échapper au premier tracing et donner des consignes aux intéressés. Ils appelleront les personnes et les inviteront à réaliser les démarches de test, de traitement ou isolement.
- **Niveau 3** : ce sera celui qui est organisé, comme c'est le cas depuis le début de l'épidémie, par les agences régionales de santé [ARS]. Il s'agit d'aller identifier des chaînes de contamination, des chaînes de transmission, ce qu'on appelait à un moment donné les « clusters », a précisé le ministre de la Santé.  
Pour renforcer ce dispositif, seront mises en place des « cellules d'appui à l'isolement » qui, nécessiteront des milliers d'intervenants volontaires (pouvant être des personnels des CCAS, des mairies ou des personnes volontaires mises à disposition par des associations (ex croix rouge...))

Un dispositif du gouvernement, lourd, démesuré, et faisant preuve une fois encore d'amateurisme, tout cela pour masquer son incapacité à apporter des solutions de grande ampleur comme le testing de masse, l'apport de protections suffisantes et ce, depuis le début de l'épidémie.

En cause : ses choix politiques antérieurs (comme accepter et favoriser les délocalisations de l'industrie en santé, la diminution des budgets de recherche, politique d'économie libérale) et ceux d'aujourd'hui, de poursuivre le démantèlement de la Sécurité sociale et des services publics et plus particulièrement ceux de santé et d'action sociale pendant la crise sanitaire.

Ce dispositif de « contact tracing », ne répond en rien aux besoins de la population en termes de prévention et d'efficacité pour être protégée et interroge sur le respect du secret médical

## Pourquoi un nouveau dispositif ?

Actuellement, il existe déjà un dispositif **de surveillance de 34 maladies à déclaration obligatoire** qui repose sur la transmission de données par les médecins et les biologistes (libéraux et hospitaliers) aux médecins inspecteurs de santé publique (Misp) et leurs collaborateurs des Agences régionales de santé (ARS) ; puis aux épidémiologistes de Santé publique France. La transmission des données est anonymisée.

Ce dispositif peut être étendu puisque l'inscription *ou le retrait d'une maladie sur la liste des MDO se fait sur décision du ministre chargé de la Santé par décret pris après avis du Haut conseil de la santé publique (HCSP). Selon le groupe de MDO, ce décret modifie l'article D3113-6 ou l'article D 3113-7 du CSP.*

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe pour chaque MDO les données individuelles cliniques, biologiques et sociodémographiques transmises à l'autorité sanitaire après avis de la Cnil. Ce dispositif qui a donc reçu l'accord de la CNIL permet de garantir que les données personnelles et médicales restent confidentielles.

A l'inverse, le dispositif « contact tracing » pose des problèmes quant à la confidentialité des données personnelles et médicales. Il se fera sans le consentement des personnes, les salariés de la Sécurité sociale, pour la plupart non assermentés, pourront avoir connaissance de ces données médicales-devront en informer les assurés suspectés d'avoir été en contact avec une personne malade. Quant à la CNIL, elle n'a pas encore statué sur ce dispositif

- Qui gère le stockage des données ?
- Quel est l'hébergeur de la plateforme stockant données ? Microsoft \*
- Quel niveau d'accès aux données médicales confidentielles ?
- Comment circulent-elles ? Des réseaux sécurisés ?
- Quelle utilisation coercitive si les brigades constatent par l'accès au fichier personnel que les personnes contactées ne se sont pas faites tester ?

Pour la CGT, ce système est à la fois inopérant pour protéger la population, intrusif et dangereux en matière de libertés individuelles et publiques

Il s'apparente à la mise en place d'un dispositif de contrôle social principalement à destination des plus fragiles, des plus pauvres et sera un frein à des mesures de santé publique nécessitant au contraire l'adhésion de toute la population.

C'est d'ailleurs ce qui a été soulevé dans le débat parlementaire.

**Le conseil constitutionnel (cf. extraits en fin de note)** a lui de son côté émis des réserves sur les fichiers issus des bridages sanitaires

Il formule trois réserves d'interprétation, notamment sur l'anonymisation des données pour la surveillance épidémiologique et la recherche sur le virus qui doit être étendue aux numéros de téléphone et courriels des personnes.

Il censure **comme méconnaissant le droit au respect de la vie privée**, une disposition du texte permettant aux organismes qui assurent un accompagnement social d'avoir accès aux données traitées dans le système d'information, sans le consentement des personnes. Sont également déclarés contraires à la Constitution l'avis "conforme" de la CNIL, voulu par le Sénat, sur les décrets d'application du système. Il demande, que le ministre et les diverses autorités chargées de la santé, transmettent sans délai à l'Assemblée nationale et au Sénat "copie de tous les actes" qu'ils prennent au titre du nouveau dispositif de suivi et de traçage.

L'information des parlementaires sur le dispositif est renforcée (rapports trimestriels à la charge du gouvernement). Un **Comité de contrôle et de liaison covid-19** associant la société civile et le Parlement est prévu.

### Ce qu'il faut pour protéger la population :

Il faut avant tout mettre en place rapidement un plan de dépistage massif de la population. Cela commence par les secteurs les plus à risque, les hôpitaux, les EHPAD, les intervenants à domicile... dont la liste s'élargit avec le déconfinement. Mais aussi les enseignants lors de la réouverture des écoles et les autres salariés dès leur retour en entreprises. Tous ceux qui souhaitent être dépistés, symptomatiques ou non doivent pouvoir l'être.

Un dépistage pris en charge par l'assurance maladie comme le devrait l'être d'ailleurs l'ensemble des EPCI qui doivent être en nombre suffisant, avec une répartition équilibrée, juste et contrôlée, organisée par les services de l'état que sont les ARS et les préfetures.

Un ddépistage permettant un confinement ciblé des personnes infectées : avec la recherche de cas contact en mobilisant et renforçant les dispositifs médicaux existants : médecine de ville, centres de santé qui travailleraient en lien avec les services sociaux des collectivités.

Un dispositif de traçage oui mais cela ne nécessite pas la constitution d'un fichier

Un dispositif sécurisant qui, pour être efficace doit être accepté de tous et donc reposer sur un ensemble de garanties :

- Le maintien de l'emploi,
- Le maintien à 100% des ressources financières,
- L'accueil dans un logement (hôtel) pour les personnes devant être isolées,
- La mise en place d'aides familiales pour la garde d'enfants ...,
- Tout ce qui peut favoriser l'adhésion des personnes au dispositif avec une attention particulière aux plus précaires et aux plus fragiles.

Il faut pour cela des tests en nombre suffisant, ce qui n'est pas le cas actuellement, un grand nombre est en attente d'homologation.

Les ARS doivent assurer la gestion du matériel et des moyens à disposition dans les territoires en lien avec les professionnels de santé.

La Sécu doit veiller à la répartition des moyens pour une véritable politique de prévention. La mise à disposition de personnels de la branche maladie mais aussi de la branche famille sur cette mission nouvelle déjà présentée dans les CSE des différentes caisses vont s'imposer à certaines catégories au détriment de leurs missions actuelles.

### Quel dispositif de coordination ?

Dans la « *gouvernance* » de l'assurance-maladie telle qu'elle fonctionne aujourd'hui, cette coordination est du ressort de l'Etat (préfet et agences régionale de santé). La question peut se poser du rôle éventuel de l'assurance-maladie dans ce dispositif, mais dans la pratique les CPAM sont sous la tutelle étroite de l'ARS sur tout ce qui concerne l'organisation du système sanitaire.

En tout état de cause, il y a besoin de concevoir un dispositif de coordination territorial, pour permettre aux opérateurs de terrain d'exercer leurs missions. Il est en particulier nécessaire de mettre en place un dispositif qui permette d'articuler sur le terrain l'action des professionnels de santé, et des dispositifs d'accompagnement social qui ne peuvent être de la responsabilité de ces derniers et qui sont aujourd'hui éclatées (action sociale des CPAM et des GPS), action des collectivités locales.

La question posée est de savoir si ce rôle incombe aux ARS, ou si une articulation avec les CPAM doit être envisagée.

### Ce qu'il faut en matière de financement :

L'aide sociale, dans une approche principalement d'assistance, a toujours été l'une des compétences des collectivités locales (communes avec les CCAS, mais aussi départements). C'est dans ce cadre qu'un certain nombre de communes prennent des initiatives (formelles ou non) dans le cadre de la crise du Covid-19 : par exemple mise à disposition de masques, éventuellement mise à disposition de repas...

Ces initiatives sont utiles mais elles sont éclatées et potentiellement inégalitaires. Elles sont par définition prises en charge in fine par les impôts locaux. Il ne faut pas oublier, comme il a été dit, qu'à côté les CPAM disposent d'enveloppes pour l'action sociale.

Dans le cadre notamment des enjeux du déconfinement, se pose la question de la responsabilité qui pourrait être exercée par la Sécurité sociale d'un financement solidaire des actions liées à la lutte contre la pandémie par la Sécurité sociale : financement massif du dépistage (sachant que la CNAM s'engage à ce que les tests soient pris en charge à 100%), mise à disposition de masques gratuits pour l'ensemble de la population, équipements médicaux de protection, port de repas pour les personnes isolées, et logement notamment dans des structures hospitalières des personnes infectées notamment.

La mise en place de financements solidaires permettant une couverture équivalente de l'ensemble du territoire (et non dépendant des initiatives à l'échelon local) rentre clairement dans les attributions de la Sécurité sociale.

De la même manière que celle-ci a été fortement mise à contribution dans le cadre du Covid (abondement à hauteur de 4 Mds€ de Santé publique France, exonérations de cotisations sociales pour les entreprises de moins de 10 salariés qui ont fait l'objet de mesures de fermeture administrative), des financements pourraient être alloués à la Sécurité sociale et affectés à l'assurance maladie.

La répartition des enveloppes et leur gestion au plus près du terrain pourraient se faire en coopération avec les ARS et les CPAM.

### La question des conventions d'objectif et de gestion (COG)

L'ensemble des COG des branches de la Sécurité sociale doivent être amendées, il est urgent que des avenants soient votés afin de stopper les suppressions d'emplois notamment.

Les orientations stratégiques qui avaient été définies en 2018 devant courir jusqu'en 2022 doivent être revues et d'autres priorités doivent être mise en exergue pour prendre en compte la crise sanitaire.

Il est plus que nécessaire que les avenants proposés abondent les budgets d'action sanitaire et sociale pour accompagner les plus fragiles car cette crise sanitaire accentue les inégalités sociales, elle a éloigné les plus fragiles de leurs droits fondamentaux à se nourrir, se loger dignement, se soigner etc.

Nous devons réclamer en urgence que la déclinaison de ces avenants aux COG se décline au travers des CPG en territoires au plus près des besoins des assurés, des allocataires.

Il est nécessaire de stopper la spirale des COG qui entérinent des mesures d'économies à grande échelle.

- « **Big Brother médical** » :

En effet, comme le détaillait à l'époque Mediapart, une nouvelle plateforme, le «Health Data Hub», qui centralise les données de santé des Français, a été mise en place en décembre 2019. Elle a remplacé le Système national des données de santé (SNDS). Son but ? «Favoriser l'utilisation et multiplier les possibilités d'exploitation des données, aussi bien en recherche clinique qu'en termes de nouveaux usages, notamment ceux liés au développement des méthodes d'intelligence artificielle».

Nouveau «**big brother médical**», ou façon plus efficace de traiter les données de santé ? La question a été soulevée lors du lancement (récent) de la plateforme. D'autant que le choix de l'hébergeur s'est en effet porté sur Microsoft, alimentant les soupçons d'une mainmise des Gafam sur ces données personnelles, alors qu'aux Etats-Unis, Google détient déjà les données médicales de millions d'Américains.

Interrogée à l'époque, Stéphanie Combes, cheffe de la mission d'administration des données de santé à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et cheffe de projet Health Data Hub, assurait à Mediapart : «Cela ne veut pas dire que c'est Microsoft qui administrera la plateforme [...]

Il y a différentes briques permettant d'assurer un maximum de sécurité entre les différentes couches. Les données seront chiffrées et ce n'est pas Microsoft qui détiendra la clef des déchiffrements.» libération 6 mai 2020

## Extrait du rendu du conseil constitutionnel

*« L'article 11 prévoit que, par dérogation à l'exigence fixée à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, les données à caractère personnel relatives à la santé des personnes atteintes par le covid-19 et des personnes en contact avec elles peuvent être traitées et partagées, sans le consentement des intéressés, dans le cadre d'un système d'information ad hoc ainsi que dans le cadre d'une adaptation des systèmes d'information relatifs aux données de santé déjà existants. La collecte, le traitement et le partage d'informations portent donc non seulement sur les données médicales personnelles des intéressés, mais aussi sur certains éléments d'identification et sur les contacts qu'ils ont noués avec d'autres personnes. Ce faisant, les dispositions contestées portent atteinte au droit au respect de la vie privée.*

*Toutefois, en premier lieu, en adoptant les dispositions contestées, le législateur a entendu renforcer les moyens de la lutte contre l'épidémie de covid-19, par l'identification des chaînes de contamination. Il a ainsi poursuivi l'objectif de valeur constitutionnelle de protection de la santé.*

*Ensuite, la collecte, le traitement et le partage des données personnelles précitées ne peuvent être mis en œuvre que dans la mesure strictement nécessaire à l'une des quatre finalités suivantes :*

*L'identification des personnes infectées par le covid-19, grâce à la prescription, la réalisation et la collecte des résultats des examens médicaux pertinents ainsi que la transmission des éléments probants de diagnostic clinique ;*

*L'identification des personnes qui, ayant été en contact avec ces dernières, présentent un risque d'infection ;*

*L'orientation des unes et des autres vers des prescriptions médicales d'isolement prophylactiques ainsi que leur accompagnement pendant et après la fin de ces mesures d'isolement ;*

*La surveillance épidémiologique nationale et locale ainsi que la recherche sur le virus et les moyens de lutter contre sa propagation. Pour ce qui concerne la dernière finalité, relative à la surveillance épidémiologique et la recherche contre le virus, il est prévu que les nom et prénoms des intéressés, leur numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques et leur adresse soient supprimés. Sauf à méconnaître le droit au respect de la vie privée, cette exigence de suppression doit également s'étendre aux coordonnées de contact téléphonique ou électronique des intéressés. »*

## **Le conseil constitutionnel retoque la transmission des données à caractère personnel et médical aux organismes sociaux**

*(...) « En revanche, sont également inclus dans ce champ, pour le partage des données, les organismes qui assurent l'accompagnement social des intéressés. Or, s'agissant d'un accompagnement social, qui ne relève donc pas directement de la lutte contre l'épidémie, rien ne justifie que la communication des données à caractère personnel traitées dans le système d'information ne soit pas subordonnée au recueil du consentement des intéressés. Dès lors, la deuxième phrase du paragraphe III de l'article 11, qui méconnaît le droit au respect de la vie privée, est contraire à la Constitution ».*