 **Note aux organisations**

|  |
| --- |
| 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  | 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.  |  |

|  |
| --- |
| 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.  |

Montreuil, le 12 mai 2020

**Note sur LES ”BRIGADES”**

ère

-

-

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.

Le contact tracing aura plusieurs strates d’intervention qui s’appuieront sur le recueil des

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

résultats des tests par les laboratoires :

▪   **Niveau 1 :** Les médecins généralistes seront chargés de recenser les personnes ayant

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 :**cesera 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 ur le respect du secrét
médical

**Pourquoi un nouveau dispositif ?**

|  |
| --- |
| Ce dispositif peut être étendu puisque l’inscription *ou le retrait d'une maladie sur la* |
| *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  |
| connaissance de ces données médicales devront en informer les assurés suspectés  |
| été en contact avec une personne malade. Quant à la CNIL, elle n’a pas encore statué  |
| ce  |  |

**Le conseil constitutionnel (cf. extraits en fin de note)**a lui de son côté émis des réserves

été en contact avec une personne malade. Quant à la CNIL, elle n’a pas encore statué

|  |
| --- |
| 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.  |  |

|  |
| --- |
| 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.  |  |
|  |

*liste*

  avoir

 d’avoir

 sur

 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 ?

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

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

|  |
| --- |
|  |
| **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 préfectures.  |
|  |
| 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.  |
|  |

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.

▪

▪

▪

▪

▪

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

|  |
| --- |
| 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.  |
|  |

|  |
| --- |
| 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.  |  |

La Sécu doit veiller à la répartition des moyens pour une véritable politique de prévention.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | •   | **« Big Brother médical» :** |  |
|  |  |  |
|  | En effet, [comme le détaillait à l’époque  Mediapart, une nouvelle plateforme, le «Health](https://www.mediapart.fr/journal/france/221119/health-data-hub-le-mega-fichier-qui-veut-rentabiliser-nos-donnees-de-sante) |  |
|  | 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 ?](http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1767/AN/462) |  |
|  | «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](https://www.mediapart.fr/journal/france/221119/health-data-hub-le-mega-fichier-qui-veut-rentabiliser-nos-donnees-de-sante)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 […]   |  |

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» :**

Il y a différentes briques permettant d’assurer un maximum de sécurité entre les différentes

|  |
| --- |
| *« 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* |
| *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* |
| *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,* |
| *aussi sur certains éléments d'identification et sur les contacts qu'ils ont noués avec* |
| *personnes.****Ce faisant, les dispositions contestées portent atteinte au droit au respect*** |
| ***de la vie privée.*** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***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. »* |  |

**Extrait du rendu du conseil constitutionnel**

*personnes*

*aux*

*mais*

*d'autres*

*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***

**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* |
| *respect de la vie privée, est contraire à la Constitution ».* |  |

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

*au*