

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
CENTRE DE CRISE SANITAIRE

DATE : 09/09/2020

REFERENCE : MINSANTE n°155

OBJET : RENFORCEMENT DU DISPOSITIF DU CONTACT-TRACING

Pour action ☒

Pour information ☒

Mesdames, Messieurs,

Le présent MINSANTE complète le MINSANTE n°99 modifié du 9 mai 2020 relatif à la stratégie de contact-tracing visant à préciser la coordination et le partage des responsabilités entre les niveaux 2 et 3 du dispositif.

Le MINSANTE n°155 présente ainsi des mesures de renforcement des différents niveaux du dispositif de contact-tracing, dont vous trouverez le détail ci-dessous :

1/ Capacités de montée en puissance du niveau 2 du dispositif de contact-tracing (CPAM)

Les plateformes de contact-tracing de niveau 2 de l'Assurance Maladie ont été dimensionnées à la sortie du confinement sur la base de projections épidémiologiques qui prévoyaient un nombre moyen quotidien de 2 000 à 3 000 cas, avec pour chaque cas une vingtaine de personnes contacts à risque. Ce dimensionnement reposait ainsi au début du mois de mai sur 6 000 agents pour permettre d'assurer jusqu'à 60 000 appels par jour, avec une organisation départementale des plateformes.

Jusqu'au début du mois de juillet le nombre d'appels quotidiens à réaliser n'a pas dépassé 3 000 appels. Un ajustement des plateformes avec un redimensionnement des équipes a donc été opéré début juillet par l'AM pour refléter la réalité des besoins tout en garantissant la réactivité du dispositif :

- Mutualisation des plateformes à une maille supra-départementale ou régionale pour assurer une taille minimum des plateformes ;
- Organisation d'un roulement des équipes des plateformes pour maintenir les compétences dans l'ensemble des territoires ;
- Mise en place d'un dispositif d'entraide dans les régions et entre les régions pour assurer la réactivité du dispositif en cas de regain de l'épidémie (dans le cas d'un accroissement généralisé ou localisé du nombre de cas).

L'accélération de la circulation du virus sur le territoire national depuis la mi-juillet a engendré une **augmentation significative de l'activité des plateformes des CPAM** et a pu, de manière localisée et ponctuelle, engendrer une tension sur les ressources. Ce constat a amené la CNAM à diffuser à son réseau de nouvelles consignes de dimensionnement de l'activité de contact-tracing pour anticiper la hausse prévisible de l'activité. Ainsi, **plusieurs étapes de redimensionnement ont été opérées**, pour arriver à absorber 8 000, puis 12 000 et 20 000 appels par jour au mois d'août et désormais la cible de **30 000 appels par jour pour le début du mois de septembre** est en cours de déploiement. La CNAM travaille encore à l'augmentation de cette cible pour permettre, si nécessaire, le traitement de **60 000 appels par jour**, en lien avec le CCS et avec les travaux en cours pour assurer la pérennisation du dispositif, dans le contexte actuel d'augmentation exponentielle du nombre de cas.

Les remontées d'information signalant un éventuel manque de réactivité du contact-tracing de niveau 2 reflètent principalement des difficultés d'articulation entre les plateformes de l'Assurance Maladie et les ARS et appellent à une clarification des rôles des niveaux 2 et 3, notamment pour les situations complexes de niveau 3.

A noter que les questionnaires d'enquête des cas et des personnes contacts au niveau 2 (questionnaires Contact-Covid) sont actuellement en cours de révision par l'AM à la demande du CCS et de Santé publique France (SpF), pour recueillir de nouvelles données sur les modes et lieux d'exposition notamment, et augmenter l'efficacité du contact-tracing.

2/ Partage des responsabilités entre les CPAM et les ARS pour les situations complexes de niveau 3

Les ARS sont responsables de la coordination générale du dispositif de contact tracing avec le plein concours des cellules régionales de Santé publique France. S'agissant spécifiquement des **situations de niveau 3**, comme mentionné dans le message MINSANTE n°99, la mise en œuvre du dispositif de contact-tracing est de la responsabilité de l'ARS.

Pour rappel les **situations complexes de niveau 3** détaillées dans le MINSANTE n°99 sont les suivantes :

- **1 cas confirmé ou probable TDM+ de Covid19, appartenant, vivant ou travaillant dans l'une des collectivités ou structures suivantes** : crèches, milieu scolaire (y compris les établissements d'enseignement supérieur), établissements de santé, EHPAD, EMS de personnes handicapées, établissements pénitentiaires, structures de l'aide sociale à l'enfance, établissements sociaux d'hébergement et d'insertion et structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe ;
- **3 cas confirmés ou probables TDM+ ou plus au sein d'une même collectivité quelle qu'elle soit ou d'une même communauté ;**
- **1 cas ayant eu 11 contacts à risque ou plus au sein d'un même lieu (ouvert ou fermé) ou dans des mêmes circonstances** (rassemblement de personnes, campements, bidonvilles, squats... ; hormis les transports en commun) ; NB : les situations pour lesquelles un cas a eu moins de 11 contacts à risque au sein d'un même lieu ou dans des mêmes circonstances rassemblant plus de 11 personnes ne sont pas des situations de niveau 3. Etant donné l'augmentation très significative des rassemblements de plus de 10 personnes, une adaptation de la prise en charge de ces signalements entre niveau 2 et niveau 3 est proposée, cf. point spécifique détaillé dans l'encadré ci-après.

A ces situations de niveau 3 précisées dans le message MINSANTE n°99 s'ajoutent **deux nouvelles situations** devant faire l'objet d'un signalement immédiat du niveau 2 au niveau 3 et d'une coordination du dispositif de contact-tracing par le niveau 3, conformément au Décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 :

- **1 cas confirmé ou probable TDM+ de Covid19 logeant ou travaillant dans une structure d'hébergement collectif touristique** (cas dans un camping ou une colonie de vacances par exemple), pour agir au plus vite autour de ces situations à fort risque de propagation du virus et de survenue de clusters ;
- **1 cas confirmé ou probable TDM+ de Covid19 appartenant, vivant ou travaillant dans une structure d'accueil du jeune enfant quelle qu'elle soit (micro-crèches, crèches et MAM, et non plus uniquement les crèches)**, pour tenir compte des suppressions de limitations d'accueil dans ces structures et assurer une intervention de l'ARS autour de ces situations sensibles.

Comme précisé dans le message MINSANTE n°99, pour toutes les situations de niveau 3, **l'identification des personnes contacts à risque des cas au sein de la structure/collectivité/communauté/rassemblement concerné(e) est de la responsabilité de l'ARS, en lien avec le directeur/organisateur de la structure/rassemblement**, dans le respect de la confidentialité des informations concernant les personnes contact. **La prise de contact téléphonique avec les personnes contact à risque ainsi identifiées par l'ARS et leur prise en charge individuelle** (information sur le statut de contact à risque, CAT avec quatorzaine et test de dépistage RT-PCR, prescription d'un arrêt de travail éventuel) **peut par contre être déportée de façon systématique au niveau 2 CPAM.**

Pour assurer cette prise en charge par le niveau 2 des personnes contacts à risque identifiées, les ARS doivent assurer la transmission aux CPAM de données identifiantes de qualité pour ces personnes. Pour ce faire, **les ARS doivent soit renseigner directement Contact-Covid, en saisissant les personnes contact à risque dans l'outil, soit transmettre comme actuellement par messagerie sécurisée les fichiers listant ces personnes** (sur la base du fichier type transmis par les CPAM). ARS et CPAM sont invitées à définir conjointement leurs modalités de prise en charge et de saisie dans

Contact-Covid des personnes contacts à risque identifiées pour les situations de niveau 3. Toutefois, **l'organisation suivante est préconisée par la CNAM et le CCS :**

- **Lorsque la liste des personnes contacts à risque est établie par un tiers en lien et selon les consignes de l'ARS, sans que l'ARS n'ait à réaliser d'interrogatoires pour l'établir** (liste pour une collectivité comme les élèves d'une école par exemple, ce type de liste pouvant potentiellement comporter un grand nombre de personnes contacts), **la liste est transmise au niveau 2 par messagerie sécurisée soit par le tiers avec l'ARS en copie, soit par l'ARS elle-même**, pour saisie dans Contact-Covid et appels (il est alors indispensable que la liste comporte les nom/prénom, la date de naissance et les coordonnées téléphoniques des personnes) ;

- **Lorsque des investigations et interrogatoires de l'ARS sont nécessaires pour établir la liste, l'ARS saisit directement les données des personnes contact identifiées dans Contact-Covid** (à noter que pour les personnes contact la saisie du NIR n'est pas obligatoire dans Contact-Covid ; la saisie du nom/prénom, de la date de naissance et des coordonnées téléphoniques suffit à la prise en charge des appels par le niveau 2).

A cet effet, **un nouveau service d'authentification sécurisée pour l'accès au téléservice Contact-Covid** est déployé depuis le début du mois d'août par l'Assurance Maladie pour **faciliter l'accès à Contact-Covid au sein des ARS et permettre la création de plusieurs comptes utilisateurs en ARS et DD-ARS**. Des représentants des DCGDR ont pris contact avec les ARS pour demander la désignation d'administrateurs locaux chargés de la création des comptes d'accès pour les personnes en charge de la mission de contact-tracing en ARS. Un accompagnement pour la création de ces comptes et la saisie des personnes contacts dans Contact-Covid est assuré par les DCGDR auprès des ARS et le guide d'aide à la saisie dans Contact-Covid a été complété d'un tutoriel pour la création des comptes.

A noter que ce nouveau service pour l'accès à Contact-Covid est également progressivement déployé dans les établissements de santé, ce qui permettra une meilleure appropriation de la mission de contact-tracing de niveau 1 en milieu hospitalier.

Evolution dans le partage des responsabilités entre niveau 2 et niveau 3 pour la situation d'1 cas ayant eu 11 contacts à risque ou plus au sein d'un même lieu (ouvert ou fermé) ou dans des mêmes circonstances.

Toute situation de ce type est renseignée par le niveau 2 dans Contact-Covid (case dédiée cochée) mais **ne fait plus l'objet d'un signalement systématique au niveau 3 pour prise en charge**. **Seules les situations où toutes les personnes contacts ne sont pas nominativement et facilement identifiables par le niveau 2 sont transmises pour traitement par le niveau 2 au niveau 3** (situations potentiellement non maîtrisées, pour lesquelles l'ARS est chargée de l'enquête et de la recherche des personnes contacts ; situations qui peuvent déclencher la mise en œuvre d'actions dédiées comme une communication grand public avec un appel à la vigilance, des dépistages préventifs populationnels, etc.).

3/ Renforcement du niveau 3 du contact-tracing (ARS)

Face à l'augmentation constante du nombre de cas et de clusters, les ressources humaines actuelles des plateformes de veille et de sécurité sanitaire régionales des ARS ne suffiront pas à pérenniser sur le long terme les activités de contact-tracing de niveau 3 malgré l'appui des CPAM aux ARS pour les situations complexes, comme décrit ci-dessus. Pourtant seule une intervention rapide autour des cas et des clusters peut permettre de briser les chaînes de contamination.

Aussi, il convient de **dimensionner au sein de chaque ARS une équipe pluridisciplinaire en charge du contact-tracing de niveau 3, en capacité de monter en charge au-fur-et-à-mesure en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique**, en initiant dès à présent le recrutement d'agents avec différents profils pour la réalisation des investigations épidémiologiques, l'organisation des dépistages, la définition des mesures de gestion à engager et la coordination des actions en lien avec les différents acteurs et services impliqués, pour les situations de niveaux 3. Différents profils peuvent être retenus (administratifs, professionnels de santé, retraités, étudiants...) qui pourront être formés aux principes de l'épidémiologie de terrain et au contact-tracing de niveau 3 par les équipes de Santé publique France (les éventuels besoins de formation devront être anticipés et adressés aux Cellules régionales de SpF).

Si le plafond d'emploi 2020 reste à ce jour la seule référence légale, les recrutements de contractuels (de durée déterminée) consacrés à la gestion de la crise COVID sont possibles. Les ARS peuvent également faire appel à la sous-traitance pour la mission de contact-tracing, comme l'article 14 du décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 le prévoit.

4/ Remobilisation du niveau 1 du dispositif de contact-tracing (médecins)

La réactivité et la pérennité du dispositif de contact-tracing imposent une pleine mobilisation de tous les niveaux du dispositif. Aussi la CNAM et le CCS adresseront dans le courant de la semaine des **messages de sensibilisation aux médecins de ville et aux établissements de santé pour leur rappeler leur nécessaire implication dans la stratégie « tester-tracer-isoler »** (activité de contact-tracing et conduites à tenir pour les patients pour l'isolement et le test).

En effet, le service médical de l'Assurance Maladie prend actuellement en charge, à la place du niveau 1 du dispositif de contact-tracing (médecine de ville et établissements de santé), 70 à 80 % des cas confirmés (déport sur le niveau 2 pour partie lié aux congés estivaux mais aussi à une certaine démobilisation du niveau 1). Par ailleurs, plus de 70 % des prélèvements sont sans prescription dans SIDEPA, ne facilitant pas l'initiation du contact-tracing par le niveau 1 (les laboratoires d'analyses ont été sensibilisés à la nécessité de renseigner dans la mesure du possible le nom du médecin traitant des personnes se présentant pour le test et d'indiquer aux personnes dont le résultat est positif de consulter un médecin sans délai, pour prise en charge).

Les établissements de santé renseignent également peu les cas dans Contact-Covid et favorisent pour le moment les envois de listes de cas et de personnes contacts par messagerie sécurisée. L'accès désormais simplifié à Contact-Covid devrait permettre une meilleure appropriation de l'outil dans les établissements (les créations de comptes sont en cours).

5/ Implication de la population dans le contact-tracing

L'implication de la population dans le dispositif de contact-tracing par la **tenue de « carnets de contacts »**, au-delà de l'apport aux acteurs du contact-tracing lors des enquêtes (identification préalable de ses contacts et de leurs coordonnées avant l'appel des plateformes permettant un gain de temps), peut également **avoir un effet bénéfique sur la limitation des contacts à risque** : en s'interrogeant quotidiennement sur les personnes que l'on côtoie, on s'interroge également sur le type de contacts que l'on a. Ce dispositif incitatif ne remplacera pas la prise en charge individuelle des contacts à risque par le contact-tracing institutionnel, mais toute personne positive sera invitée à prévenir sans attendre ses contacts à risque, pour qu'ils s'isolent dans l'attente de l'appel des plateformes de l'Assurance Maladie.

En ce sens, des travaux sont actuellement menés par le CCS pour **promouvoir la tenue de tels carnets ou l'utilisation d'applications permettant de recenser ses contacts**. Une campagne de communication nationale accompagnera la diffusion de ces outils. Les ARS seront invitées à relayer cette campagne et les supports associés.

A noter qu'une autre campagne de communication nationale portera sur le respect par les cas et les personnes contacts à risque des mesures d'isolement et de quarantaine, dans le cadre d'un plan d'actions plus large visant à améliorer le respect de ces mesures (le dispositif sera détaillé dans un autre message MINSANTE, qui sera diffusé en fin de semaine).

Nous vous remercions pour votre mobilisation.

Pr. Jérôme Salomon
Directeur Général de la Santé

