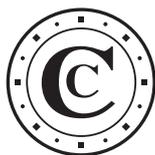


Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

TRACER LES CONTACTS DES  
PERSONNES CONTAMINÉES  
PAR LA COVID 19 : UNE  
FORTE IMPLICATION DE  
L'ASSURANCE MALADIE,  
UNE EFFICACITÉ INCERTAINE

Exercices 2020-2021-actualisation à septembre 2022

AUDIT FLASH

Décembre 2022



# SOMMAIRE

4	PROCÉDURES ET MÉTHODES
6	SYNTHÈSE
9	I - UN DISPOSITIF INÉDIT ET DE GRANDE AMPLEUR, REPOSANT PRINCIPALEMENT SUR L'ASSURANCE MALADIE
9	A - Une implication de portée variable des acteurs concernés
15	B - Des coûts significatifs pour l'assurance maladie
19	II - UN DISPOSITIF À L'EFFICACITÉ INCERTAINE DONT LA DISPARITION EST PROGRAMMÉE FIN JANVIER 2023
20	A - Une grande majorité de personnes jointes par l'assurance maladie, mais un recensement de plus en plus incomplet des contacts
25	B - Une efficacité d'ensemble du <i>contact tracing</i> limitée par des facteurs structurels
29	C - Une disparition programmée début 2023, des enseignements à tirer
33	ANNEXES

## PROCÉDURES ET MÉTHODES

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres thématiques<sup>1</sup> que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles, et enquêtes que l'élaboration des rapports publics qui en résultent : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance institutionnelle** des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Leurs réponses sont présentées en annexe du rapport publié par la Cour.

Le présent audit a été conduit sur le fondement des articles L.111-2 et suivants du code des juridictions financières. Il est rendu public en vertu des dispositions de l'article L.143-1 alinéa 2 du même code. Contrairement à d'autres publications de la Cour des comptes, il ne donne pas lieu à un rapport exhaustif sur un organisme ou une politique publique mais permet de dresser dans un délai resserré un état des lieux factuel sur un dispositif public bien délimité.

---

1. La Cour comprend aussi une chambre contentieuse, dont les arrêts sont rendus publics.

L'audit a été effectué par la Sixième chambre de la Cour selon plusieurs modalités complémentaires :

- la réalisation d'entretiens et le recueil d'éléments documentaires auprès des administrations et organismes auxquels l'enquête a été notifiée : la direction générale de la santé (DGS), le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), l'agence nationale de santé publique ou Santé publique France (SPF), la caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et deux caisses primaires d'assurance maladie de son réseau (Hauts-de-Seine et Rouen-Elbeuf-Dieppe), ainsi que deux agences régionales de santé (Île-de-France et Normandie) ;
- l'analyse des données suivies par l'assurance maladie en ce qui concerne les personnes dépistées positives et leurs cas contact ;
- l'exploitation des données de Santé Publique France et des études publiées en France et en Europe en vue d'apprécier l'incidence du *contact tracing* sur les chaînes de contamination.

\*

\*\*

Le projet d'audit a été préparé, puis délibéré le 13 septembre 2022, par la sixième chambre présidée par Mme Véronique Hamayon, présidente de chambre, et composée de Mme Anne Mondoloni, conseillère maître, MM. Laurent Rabaté, François de La Guéronnière, David Appia, Stéphane Seiller, Nicolas Fourier, Gilles Bizeul, conseillers maîtres, M. Yves Guégano, conseiller maître en service extraordinaire, ainsi qu'en tant que rapporteurs Mme Gala Munforte et M. Ollivier Vacchino, conseillers maître en service extraordinaire, et en tant que contre-rapporteur, M. Jean-Pierre Viola, conseiller maître.

Il a été examiné le 11 octobre 2022, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, Mme Camby, rapporteure générale du comité, M. Andréani, Mme Podeur, M. Charpy, Mme Démier, M. Bertucci, Mme Hamayon et M. Meddah, présidents de chambre, M. Martin, M. Advielle, M. Lejeune et Mme Renet, présidents de chambre régionale des comptes, et M. Gautier, Procureur général, entendu en ses avis.

\*

\*\*

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

# SYNTHÈSE

## **L'identification des personnes cas contact à risque ou *contact tracing***

Entre 2020 et août 2022, 34,5 millions de cas de contamination à la covid 19<sup>2</sup> ont été identifiés en France (hors résultats des auto-tests). Plus de 150 000 personnes sont décédées, dont près de 126 400 à l'hôpital<sup>3</sup>.

Le *contact tracing*, déployé à partir de mai 2020 à la sortie du premier confinement<sup>4</sup>, est l'un des outils de lutte contre cette épidémie. Il consiste à joindre, par téléphone, par SMS ou par courriel, les personnes dépistées positives afin qu'elles recensent les personnes avec lesquelles elles ont eu un contact à risque, puis à prendre l'attache de celles-ci, en préservant l'anonymat des personnes positives, et à utiliser ces échanges pour communiquer des consignes de prévention (tests pour détecter une contamination pour les personnes contact ou une guérison pour celles positives ; isolement dans l'attente ou à la suite de leurs résultats).

## **L'implication de l'assurance maladie dans une mission de santé publique inédite, de grande ampleur et évolutive**

Dans l'urgence, l'assurance maladie a créé un nouveau système d'information, mis en place des plateformes départementales d'enquêteurs, recruté des milliers de contractuels à durée déterminée, puis indéterminée pour stabiliser les effectifs et adapté continûment son dispositif.

Depuis mai 2020, l'assurance maladie a joint plus de 32 millions de personnes dépistées positives et près de 22,7 millions de personnes contact, d'abord par téléphone puis essentiellement par SMS ou par courriel.

Au total, les dépenses liées au *contact tracing*, notamment de personnel, pourraient dépasser 600 M€ au titre des trois années 2020 à 2022.

## **Une efficacité globale incertaine**

Sans le *contact tracing*, il est vraisemblable que les contaminations auraient été plus nombreuses ou rapides et leur incidence plus forte sur les hôpitaux, mais ces impacts ne peuvent être quantifiés en l'absence d'évaluation scientifique.

---

2. Contaminations recensées dans SiDep de mars 2020 à août 2022. L'enquête de la Cour a pris en compte les résultats des tests enregistrés dans SiDep et, *a contrario*, pas ceux des auto-tests qui n'y sont pas retracés.

3. Données Santé Publique France et Data.gouv.fr

4. La Cour a porté de premiers constats sur ce dispositif dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale publié en octobre 2021 (chapitre IV « Les organismes de sécurité sociale dans la crise sanitaire, premiers constats »).

L'assurance maladie est parvenue à joindre plus de neuf personnes sur dix dépistées positives ou qui lui ont été déclarées comme cas contact et plus de 90 % des personnes positives jointes l'ont été dans les 24 heures suivant l'annonce du résultat du test. En revanche, seules 70 à 80 % des personnes contact ont été jointes dans les 24 heures suivant leur recensement.

Surtout, l'assurance maladie n'est parvenue à recenser qu'une partie, potentiellement minoritaire, des personnes contact. En moyenne, une personne dépistée positive sur deux ne lui a déclaré aucune personne contact en 2020 et en 2021. En augmentant sa charge de travail, les vagues épidémiques ont conduit l'assurance maladie à alléger ses procédures de recherche des cas contact. Devant l'impact des 5<sup>e</sup> à 7<sup>e</sup> vagues sur le nombre de personnes à contacter, l'assurance maladie a dématérialisé l'essentiel des procédures de traçage. Or, l'envoi de SMS aux personnes positives pour les inviter à télédéclarer leurs contacts sur un site internet entraîne moins de déclarations de cas contact que les appels téléphoniques. Près de 90 % des personnes positives n'en ont déclaré aucun au premier semestre 2022.

En outre, les rares éléments d'analyse disponibles font apparaître un respect partiel par les personnes positives et par leurs contacts des consignes de prévention qu'elles ont reçues, ce qui n'a pu qu'amoindrir l'efficacité du *contact tracing*.

### **Un dispositif en voie d'extinction, des enseignements à tirer**

La vaccination est devenue le principal instrument de lutte contre l'épidémie, alors que le *contact tracing* ne recense plus qu'une part réduite des personnes contact (moins de 0,5 en moyenne par personne positive en juillet 2022, contre près de 2,5 en novembre 2021).

La loi du 30 juillet 2022 mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid 19 conduit à interrompre ce dispositif au 31 janvier 2023, après la nouvelle vague épidémique qui a débuté et potentiellement au cours d'une nouvelle vague en hiver. Les effectifs consacrés par l'assurance maladie au *contact tracing* ont été fortement réduits (350 ETP de CDD-CDI en septembre 2022, contre 6 500 en moyenne en 2021).

Il apparaît cependant essentiel que les outils, procédures et effets d'apprentissage du *contact tracing* soient valorisés pour l'avenir. Dans l'éventualité de la survenance de nouvelles épidémies de grande ampleur ou d'une virulence accrue de celle de la covid 19 (dans l'hypothèse où la protection apportée par les vaccins disponibles deviendrait insuffisante), il convient de permettre aux pouvoirs publics d'activer rapidement un dispositif opérationnel et plus performant dans l'attente d'une couverture vaccinale efficace.

### Les principaux enseignements de l'enquête

Le traçage des personnes contact à risque de personnes dépistées positives, ou *contact tracing*, est un dispositif de prévention de la covid 19, devenu secondaire à la suite de la montée en charge de la vaccination.

L'assurance maladie s'est fortement impliquée dans cette mission de santé publique inédite et de grand ampleur et a joint dans des délais rapides plusieurs dizaines de millions de personnes positives et de personnes contact.

Cependant, elle n'est parvenue à recenser qu'une partie des personnes contact. Le remplacement des appels téléphoniques par des demandes par SMS de déclaration des contacts sur internet s'est accompagné d'une chute des nombres de contacts déclarés. L'efficacité du *contact tracing* a par ailleurs été affectée par des facteurs sur lesquels l'assurance maladie ne pouvait avoir prise (non-respect des consignes de prévention données).

Alors que le *contact tracing* va s'arrêter fin janvier 2023, il convient de procéder à une évaluation scientifique de son impact sur les chaînes de contamination de la covid 19 afin de concevoir un dispositif plus efficace dans l'éventualité de nouvelles épidémies.

## RECOMMANDATION

- **Recommandation unique**

À partir d'une évaluation scientifique de l'impact du *contact tracing* sur les chaînes de contamination de la covid 19, concevoir un dispositif de crise visant à rompre ces chaînes et pouvant être activé puis désactivé dans des délais rapides dans l'éventualité de nouvelles épidémies de grande ampleur (ministère de la santé et de la prévention, SPF, Cnam).

## I - UN DISPOSITIF INÉDIT ET DE GRANDE AMPLEUR, REPOSANT PRINCIPALEMENT SUR L'ASSURANCE MALADIE

Afin de protéger la santé de la population, notamment des personnes les plus fragiles, et de prévenir le débordement du système de santé, tout particulièrement des hôpitaux publics, les pouvoirs publics ont mis en œuvre une stratégie de santé publique fondée sur le triptyque Tester-Tracer-Isoler, puis Tester-Alerter-Protéger (TAP), complétée par la vaccination à partir de décembre 2020<sup>5</sup>.

La recherche des sujets contacts à des fins de prévention est une démarche habituelle de santé publique, mise en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) en liaison avec les établissements et professionnels de santé et Santé Publique France (SPF) pour 36 maladies à déclaration obligatoire. Dès l'alerte donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), fin 2019, les ARS ont appliqué les procédures relatives aux maladies émergentes.

Dans un avis du 20 avril 2020 (« *Sortie progressive de confinement, prérequis et mesures phares* »), le Conseil scientifique covid 19 a proposé une stratégie comprenant le déploiement d'« un service professionnalisé de santé publique de détection, de suivi, d'isolement des cas et de leurs contacts », fondé sur :

- des plateformes professionnalisées territoriales reliées aux résultats des tests et disposant des informations permettant d'appeler les cas répertoriés et leurs contacts et de proposer une solution d'isolement ;

- des équipes mobiles ciblant les populations isolées ou précaires ou en cas d'éclosion de foyers de transmission ;
- des outils numériques en cours de développement.

Le Gouvernement a alors décidé le déploiement d'un dispositif d'identification des personnes ayant eu un contact à risque (dites personnes contact ou cas contact) avec des personnes dépistées positives à la covid 19 (dite personnes positives) – le *contact tracing*<sup>6</sup> – adapté à l'échelle inédite de l'épidémie. Des dispositifs similaires ont été mis en œuvre dans plusieurs pays européens (notamment l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni).

Le *contact tracing* a été conçu, avant tout, comme un outil de prévention non contraignant, respectueux des libertés individuelles, proposant à la population un accompagnement personnalisé en cas de dépistage positif ou de contact à risque.

### A - Une implication de portée variable des acteurs concernés

Au regard de besoins alors estimés à 60 000 cas contact par jour, la stratégie définie en mai 2020 prévoyait la mise en œuvre sur l'ensemble du territoire national d'un *contact tracing* individuel, assuré par les professionnels de santé et par l'assurance maladie, et d'un *contact tracing* collectif, confié aux ARS. Cette

5. En décembre 2020, le Gouvernement a annoncé une stratégie vaccinale donnant la priorité à la protection des personnes les plus vulnérables ; en mai 2021, la vaccination a été généralisée à l'ensemble de la population. La stratégie a alors été renommée TAP2.

6. Le *contact tracing* est la terminologie employée par le Gouvernement, par référence à celle retenue par l'OMS. SPF utilise la terminologie « traçage des personnes contact ». Dans le cadre de ce rapport, ces termes sont employés indifféremment, ainsi que ceux, à caractère générique, d'identification des contacts ou de recherche des contacts.

activité prenait appui sur deux applications informatiques sécurisées : SiDep, développé par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) sous la maîtrise d'ouvrage de la Direction générale de la santé (DGS), pour l'enregistrement des tests de dépistage à la covid, et Contact Covid, développé par la Cnam pour celui des personnes positives et de leurs cas contact. Cette organisation a par la suite évolué.

### **1 - Les ARS, une double fonction d'opérateur du traçage collectif et d'animation régionale**

À partir d'une évaluation des risques de dissémination au sein de collectivités d'individus (lieux de travail ou de vie collectif, établissements de santé, médico-sociaux ou sociaux) ou à l'occasion de rassemblements, le *contact tracing* collectif a pour objet d'émettre des mesures de prévention et de gestion à caractère collectif.

Selon la vulnérabilité des collectivités concernées ou de leurs membres (dès le premier cas pour les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou handicapées), ou le nombre de cas constatés (constat d'un foyer de contagion ou cluster dès trois cas sur sept jours dans les collectivités), un signalement peut être transmis à l'ARS par l'assurance maladie ou par d'autres acteurs. L'ARS effectue alors des investigations visant à définir des mesures de nature à circonscrire les contaminations : isolement des personnes

cas contact ; fermetures temporaires totales ou partielles de structures ou de services ; dépistages collectifs ; intervention de renforts (comme les infirmiers mobiles d'hygiène dans les Ehpad) ; reconfiguration des lieux et flux de personnes pour éviter la mise en contact de groupes d'individus contaminés ou à fort risque de contamination des autres (par exemple dans les restaurants collectifs).

Le traçage collectif des contacts a donné lieu à des partenariats locaux rassemblant les cellules de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) des ARS et d'autres acteurs régionaux ou départementaux : l'assurance maladie, les cellules d'intervention en région (CIRE) de SPF, des professionnels libéraux, des établissements de santé et médico-sociaux, les services de santé au travail, des médecins de la protection maternelle et infantile, l'éducation nationale et les préfetures au titre des cellules territoriales d'appui à l'isolement.

La plupart des personnes contact ont été identifiées par les structures collectives elles-mêmes, avec l'appui méthodologique des ARS. En revanche, l'assurance maladie a été le principal pourvoyeur de signalements de collectivités à risque, d'après l'ARS Île-de-France.

Il n'existe pas de données nationales spécifiques sur le nombre total de signalements de cas positifs traités par les ARS et sur les mesures de gestion visant à limiter les contaminations qu'elles ont mises en œuvre. En effet, chaque ARS a mis en place son propre

---

7. Contact Covid a connu 77 versions successives depuis mai 2020, traduisant des évolutions de la doctrine ou des demandes de Santé Publique France.

8. Ces cellules doivent coordonner les mesures de gestion mises en œuvre en cas d'événement susceptible de menacer la santé de la population.

9. Les CIRE peuvent mener des investigations épidémiologiques lors de situations inhabituelles (maladies rares, cas groupés, épidémies, etc.).

10. Pilotées par les préfetures, les CTAI rassemblent les opérateurs locaux susceptibles d'évaluer les besoins d'isolement, de mettre en place des prestations dans ce sens et d'organiser la prise en charge d'hébergement des personnes contaminées.

outil de suivi, doté de fonctionnalités limitées comme constaté pour les ARS Île-de-France et Normandie. Il n'a pas non plus été effectué d'étude de niveau national sur la portée de l'activité des ARS pour la prévention de la diffusion de la covid 19, pour ce qui concerne notamment le *contact tracing* collectif.

Le ministère de la santé a confié aux ARS<sup>11</sup> la responsabilité « de la *coordination générale du dispositif de contact tracing et de la mise en œuvre du niveau 3 du dispositif* ». En pratique, elles ont joué un rôle d'animation des acteurs du *contact tracing*.

## 2 - Une participation limitée des professionnels de santé au *contact tracing* individuel

Le *contact tracing* individuel opère une prévention ciblée sur les personnes positives à la covid 19 et celles qui ont eu un contact à risque avec ces dernières.

Le médecin de ville devait jouer un rôle central, en prenant en charge les personnes positives, en traçant les personnes du foyer et en leur indiquant la conduite à tenir. En deuxième niveau, l'assurance maladie devait tracer les personnes contact extérieures au foyer du patient ; le médecin avait cependant la faculté d'effectuer tout ou partie de ce traçage.

La comparaison des nombres de fiches de personnes positives et de leurs cas contacts créées sous Contact Covid par des professionnels de santé fait apparaître une contribution croissante, mais globalement limitée de leur

part, au *contact tracing*. Ainsi, ils ont créé un million de fiches de personnes positives en 2020 et 2,4 millions en 2021, soit respectivement 16 % et 15 % des nombres totaux de fiches en question<sup>12</sup>. Au cours de la même période, ils ont créé 180 000 fiches (2020) et 500 000 fiches (2021) au titre des cas contact, soit 4 % de leur total pour chacune de ces deux années. L'écart entre ces deux séries de pourcentages indique que les professionnels de santé ont peu investi la mission de *contact tracing*.

Malgré des communications visant mobiliser les médecins, leur participation au *contact tracing* a chuté à partir de juillet 2020, date à laquelle la prescription médicale des tests de dépistage, qui les plaçait au centre de la prise en charge de la covid 19, a été levée. Ainsi, en 2020, 547 000 consultations médicales ont fait l'objet de la majoration tarifaire spécifique de 30 euros au tarif de base de la consultation de 25 euros, intégralement prise en charge par l'assurance maladie et visant à rémunérer la recherche de personnes contact par les médecins. Pour autant, le nombre des consultations a chuté à 75 700 en 2021, avant que la majoration ne soit supprimée au 1<sup>er</sup> avril 2022<sup>13</sup>. Par ailleurs, la mise sur le marché des tests antigéniques en septembre 2020 a eu des effets limités sur la participation des pharmaciens au *contact tracing* : en 2021, ils ont été à l'origine de 3 % des enregistrements de personnes contact (410 000 fiches), tandis que ceux effectués par les médecins généralistes ont chuté à moins de 1 % (60 000 fiches).

11. Instruction Minsanté-99 du 5 mai 2020 modifiée les 6 et 9 mai 2020.

12. Les médecins généralistes ont enregistré 14 % des personnes positives en 2020 et seulement 3 % en 2021. À la suite de la mise sur le marché des tests antigéniques en septembre 2020, les pharmaciens ont effectué 12 % des enregistrements en 2021, contre 1 % en 2020.

13. Au total, l'assurance maladie a supporté 18,7 M€ de dépenses à ce titre.

### 3 - Une activité intense de l'assurance maladie, devenue entièrement dématérialisée

Grâce à la déclaration au laboratoire d'analyses biologiques ou au pharmacien de leur numéro de téléphone portable et/ou de leur adresse courriel, les personnes dépistées positives sont destinataires de messages adressés par courriel et SMS par SiDep (consignes sanitaires, lien vers le site de l'assurance maladie pour déclarer les contacts et le cas échéant demander un arrêt de travail dérogatoire)<sup>14</sup>.

Au titre du *contact tracing*, l'assurance maladie devait de surcroît appeler à J+1 toutes les personnes positives afin d'identifier avec elles leurs contacts à risque, en complément des professionnels de santé, puis appeler ces personnes contact. Ces entretiens personnalisés devaient freiner les contaminations, favoriser l'adhésion aux mesures individuelles d'isolement et de dépistage, répondre aux interrogations et rassurer.

Au-delà de l'information apportée spontanément par les personnes positives à leur entourage, l'intervention de l'assurance maladie était de nature à assurer la diffusion de consignes de prévention, en préservant l'anonymat des personnes positives, auprès de personnes exposées à un risque de contamination et auxquelles elles n'avaient pas songé ou ne souhaitaient pas s'adresser directement.

Dans un premier temps, l'assurance maladie a mis en place dans chaque département une

plateforme de *contact tracing*, ouverte de 8 heures à 19 heures, y compris le week-end, rattachée à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

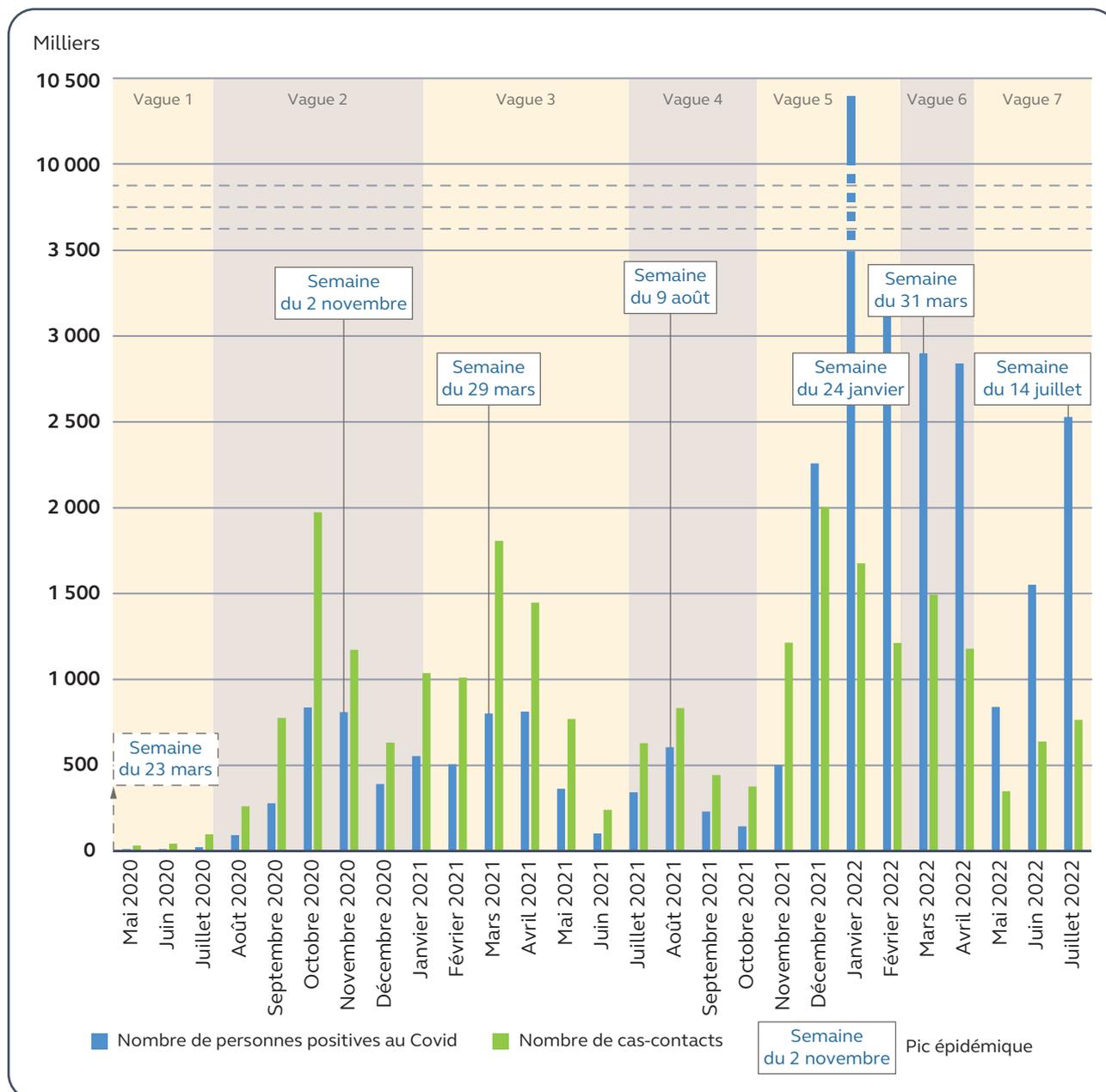
En 2020, l'assurance maladie a enregistré et contacté 2,5 millions de personnes positives et 5 millions de cas contact, puis, en 2021, 7,2 millions de personnes positives et 11,8 millions de cas contacts. Entre janvier et juillet 2022, elle a joint près de 23 millions de personnes positives et 7,2 millions de cas contact. Au total, 56,7 millions de personnes ont été contactées entre mai 2020 et juillet 2022. À titre de comparaison, l'assurance maladie a reçu sur le numéro téléphonique 3646 ouvert aux assurés 22,6 millions d'appels en 2020 et 29,3 millions en 2021.

Comme le montre le graphique suivant, les nombres de personnes positives et de cas contact à joindre par l'assurance maladie ont connu d'amples variations, en fonction des vagues épidémiques. La 5<sup>e</sup> vague liée au variant Omicron, puis la 6<sup>e</sup> vague imputable au sous-variant BA2 ont suscité, entre décembre 2021 et avril 2022, un nombre inédit de contacts à prendre avec des personnes positives, y compris après le pic de janvier 2022 (plus de neuf millions en janvier 2022 et près de trois millions pour chacun des trois mois suivants). La 7<sup>e</sup> vague liée notamment au sous-variant BA5 s'est traduite par 2,5 millions de personnes positives en juillet 2022. Le nombre de personnes contact jointes par l'assurance maladie a également été très important : près de 9 millions de décembre 2021 à juillet 2022.

---

14. Ce dispositif concerne les personnes dépistées positives au moyen d'un test RT-PCR en laboratoire ou d'un test antigénique en pharmacie, mais pas celles dépistées par un autotest seul, dont les résultats ne sont pas intégrés à SiDep.

Graphique n° 1 : évolution des nombres de personnes positives et de cas contact recensés par l'assurance maladie



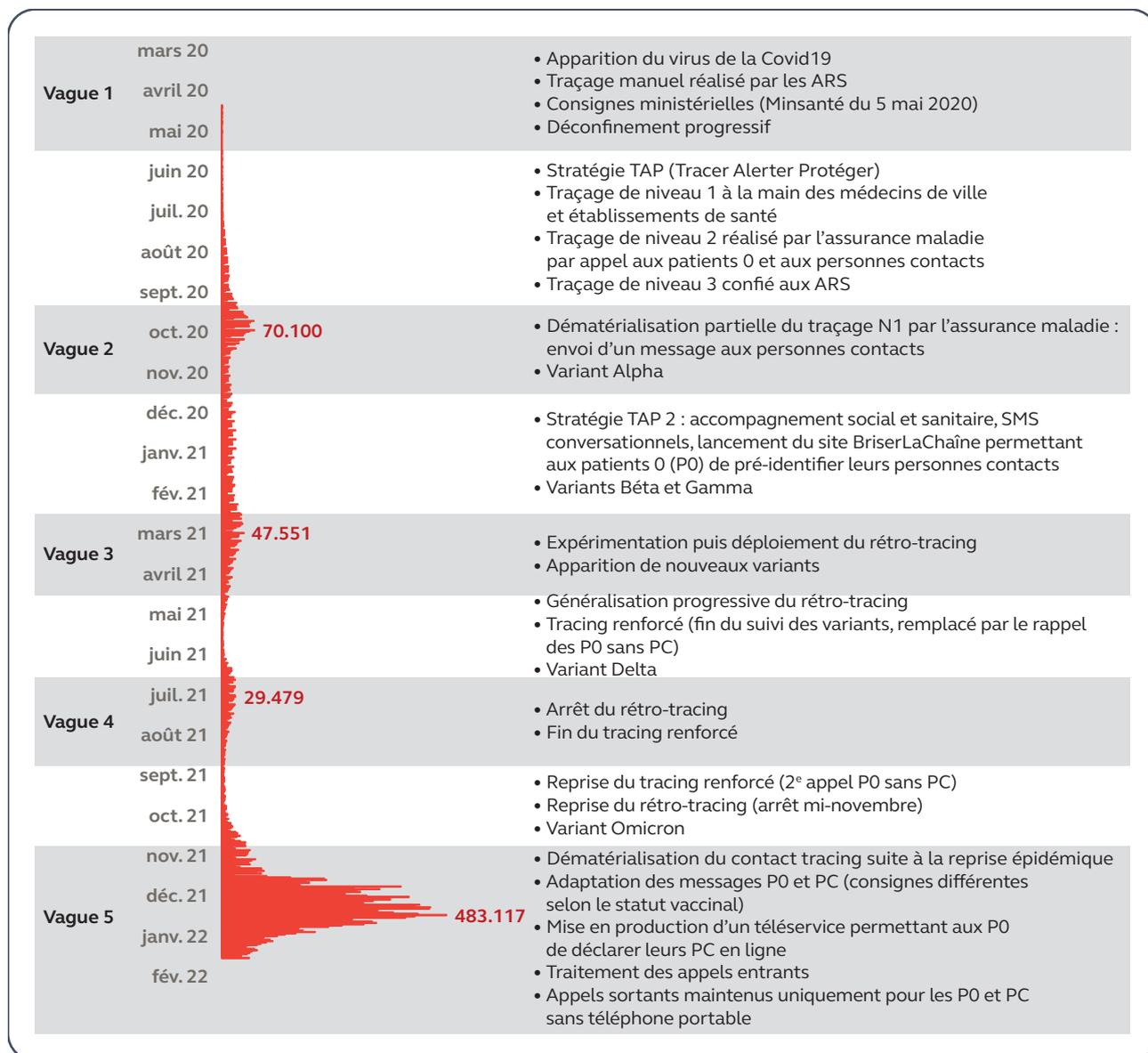
Note de lecture : le nombre de personnes positives en janvier 2022, soit 9,4 millions, n'est pas représenté à l'échelle dans le graphique.

Source : Cour des comptes, d'après les données de la Cnam

L'assurance maladie s'est adaptée dans des délais rapides au contexte fortement évolutif de l'épidémie. Le graphique suivant détaille les

interactions entre l'évolution de l'épidémie et celle du dispositif mis en œuvre jusqu'au début de l'année 2022.

**Graphique n° 2 : évolution du dispositif de traçage des contacts  
(mars 2020 – février 2022)**



Note de lecture : le nombre de nouveaux cas s'entend par jour. Les personnes positives sont dites P0 et les personnes contact PC.

Source : Cnam

À la suite du déploiement de la vaccination, l'assurance maladie a réduit la place des appels téléphoniques et dématérialisé de plus en plus les échanges avec les personnes positives et les personnes contact. L'émergence fin 2021 du variant Omicron, dont la contagiosité a démultiplié le nombre de personnes

contaminées, l'a conduite à dématérialiser, sauf exception, la relation avec les personnes positives et leurs contacts afin d'absorber des volumes d'activité considérablement accrus. Depuis juillet 2022, le *contact tracing* est entièrement dématérialisé.

### La dématérialisation croissante du *contact tracing*

À partir de novembre 2020, les personnes positives ont reçu un SMS leur permettant de préparer l'entretien téléphonique avec l'enquêteur sanitaire. Les cas contact ainsi renseignés recevaient alors, à leur tour, un SMS les renvoyant vers le site de l'assurance maladie et précisant les informations relatives aux mesures sanitaires et à leurs droits. L'assurance maladie a continué à appeler les personnes contact qui ne se rendaient pas sur ce site.

Fin 2021, la dématérialisation s'est poursuivie. En décembre 2021 et janvier 2022, les personnes positives ont été invitées par SMS à alerter elles-mêmes leurs cas contacts, qui n'étaient ainsi plus recensés par l'assurance maladie. Début février 2022, la Cnam a mis en ligne le téléservice « Lister mes cas contacts » afin de dématérialiser l'ensemble du dispositif. Ce téléservice aide les personnes positives à identifier leur période de contagiosité et les situations à risque et permet d'informer automatiquement les cas contact par SMS. Les appels téléphoniques sont alors devenus résiduels, les enquêteurs sanitaires n'appelant plus que les personnes positives n'ayant pas renseigné au préalable leur numéro de téléphone portable. Depuis juillet 2022, le *contact tracing* est entièrement dématérialisé : l'assurance maladie ne passe plus d'appels, même aux personnes pour lesquelles elle ne disposait pas au préalable des coordonnées téléphoniques ; elle continue en revanche à traiter des appels entrants.

Compte tenu de cette dématérialisation intégrale, les personnes n'ayant pas communiqué au préalable leur numéro de téléphone portable ne reçoivent pas de SMS de l'assurance maladie les invitant à déclarer leurs cas contact. Elles représentent une part réduite des assurés (moins de 5 %) et restent en revanche destinataires des messages adressés par SiDep par courriel et SMS.

## B - Des coûts significatifs pour l'assurance maladie

Entre 2020 et 2022, l'assurance maladie pourrait supporter plus de 600 M€ de dépenses administratives au titre du *contact tracing*, dont un peu plus de 500 M€ en interne et près de 110 M€ pour la couverture de dépenses des ARS et de l'État.

### 1 - Une hausse du budget administratif de l'assurance maladie pour recruter plusieurs milliers d'agents, désormais en nombre réduit

La Cnam estime à un peu plus de 500 M€ en cumul entre 2020 et 2022 les dépenses administratives directement liées au *contact*

*tracing* : dépenses de personnel liées au recrutement de contractuels à durée déterminée (CDD) et indéterminée (CDI), autres dépenses de fonctionnement (intérimaires, communications téléphoniques et par SMS) et dépenses d'investissement (équipement des plateformes et de leurs agents). Le montant constaté pour 2021 représente près de 5 % du montant total des dépenses brutes de gestion administrative de l'assurance maladie. Celui indiqué ci-après pour 2022 correspond à une estimation du mois de juillet 2022, qui tient compte du recalibrage à la baisse des moyens des plateformes de *contact tracing* décidé en mai 2022, renforcé par la dématérialisation complète du dispositif (voir I.A.3. *supra*).

Tableau n° 1 : dépenses directes de l'assurance maladie au titre du *contact tracing* (en M€)

	2020 (exécuté)	2021 (exécuté)	2022 (prévision juillet)	Total
Dépenses de personnel	71,0	233,6	91,5	396,1
Autres dépenses de fonctionnement	2,5	23,9	75,0	101,4
<i>Dont intérim</i>	0,0	7,9	48,3	56,2
Investissements	0,9	3,9	-	4,8
<b>Total</b>	<b>74,4</b>	<b>261,4</b>	<b>166,5</b>	<b>502,3</b>

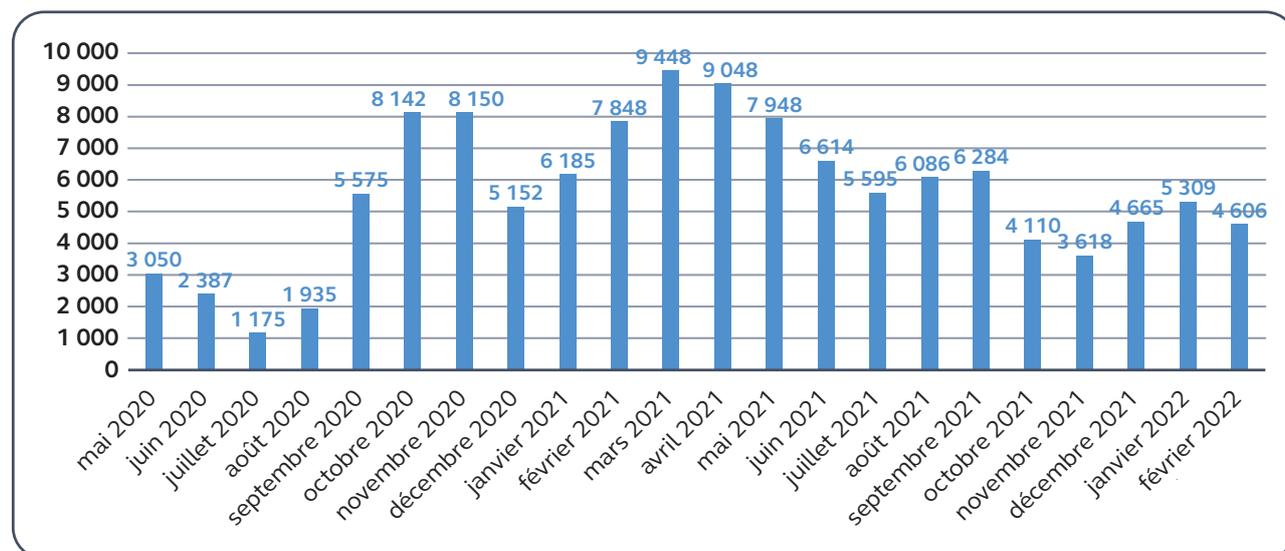
Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnam

En 2020, les dépenses supplémentaires liées au *contact tracing* ont été financées, sur autorisation des administrations de tutelle, par des marges budgétaires inutilisées en 2018 et 2019, dans la limite des plafonds d'emplois et de dépenses fixés par la convention d'objectifs et de gestion (COG) avec l'État pour les années 2018 à 2022. Pour 2021 et 2022, un avenant à la COG (juin 2021) a relevé ces plafonds au titre

des dépenses relatives au *contact tracing* et à la vaccination contre la covid 19.

Des moyens humains très significatifs ont été affectés aux plateformes de *contact tracing* de l'assurance maladie, dont le graphique ci-après retrace l'évolution. À titre de comparaison, l'assurance maladie comptait en 2020 un peu plus de 85 300 ETP en moyenne annuelle.

Graphique n° 3 : évolution des effectifs affectés au *contact tracing* par l'assurance maladie (ETP en moyenne mensuelle)



Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnam

Parmi les effectifs représentés dans le graphique précédent, les données communiquées par la Cnam ne permettent pas de distinguer les contributions respectives des redéploiements internes aux CPAM, de l'entraide interne à l'assurance maladie ou d'autres partenaires et des recrutements en CDD et CDI.

Dans un premier temps, la mission de *contact tracing* a été confiée à des agents volontaires, notamment chargés de la relation clients ou affectés à des missions dépriorisées dans le contexte de la crise sanitaire (gestion du risque, services juridiques, fonctions supports). En outre, les CPAM ont bénéficié de l'aide d'autres structures de l'assurance maladie (directions régionales du service médical, services de prévention des Carsat et centres d'examen de santé) et de partenaires (CAF, MSA, MGEN) qui aurait, selon la Cnam, procuré 590 ETP par semaine (soit plus de 80 ETP par jour) entre octobre et décembre 2021.

Ces ressources étant insuffisantes, l'assurance maladie a obtenu de ses autorités de tutelle des autorisations de recrutement de contractuels à

durée déterminée (CDD) au-delà des plafonds de dépenses et d'emplois fixés par la COG 2018-2022 avec l'État, puis également de contractuels à durée indéterminée (CDI) afin de limiter le renouvellement continu de l'effort de formation inhérent à la rotation rapide des CDD et surmonter l'assèchement progressif des viviers de recrutement de ces derniers.

Les effectifs de CDD et de CDI s'inscrivent aujourd'hui en-deçà des plafonds d'emplois supplémentaires au titre du *contact tracing* autorisés par l'avenant de juin 2021 à la COG 2018-2022, que décrit le tableau ci-après : en mai 2022, les effectifs du *contact tracing* ont été ramenés à 2 900 ETP mensuels, notamment par le non-renouvellement de CDD ; en septembre 2022, ils n'atteignaient plus que 350 ETP. Depuis la mi-juillet 2022, l'assurance maladie ne compte plus que 14 plateaux actifs (dont quatre dans les DOM), au lieu d'un plateau par département à l'origine. Les CDD et CDI pourvus à fin 2022 seront intégrés aux plafonds d'emplois et de dépenses qui seront fixés par la nouvelle COG 2023-2027.

**Tableau n° 2 : plafonds de recrutements autorisés au titre du *contact tracing* (en ETP en cumul) et variation autorisée par rapport à l'année précédente**

	Fin 2020	Fin 2021	Fin 2022
CDD	4 000	5 800 (+ 1 800)	5 800
CDI	-	1 200 (+ 1 200)	900 (- 300)

Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnam

Compte tenu du caractère progressif des recrutements de CDD et de l'activité des plateformes, les CPAM ont, par ailleurs, recouru aux heures supplémentaires, pour un montant de 25,3 M€ entre mai 2020 et juin 2021. Confrontées à des difficultés de recrutement, elles ont été autorisées à recourir à l'intérim, de manière alternative ou cumulative à des CDD ; en

septembre 2022, 325 agents intérimaires étaient en activité. Sur les deux années 2021 et 2022, le montant agrégé de dépenses liées au recours à l'intérim est estimé à un peu plus de 56 M€.

En revanche, la Cnam n'est pas parvenue à allonger la durée d'activité des agents en CDD affectés au *contact tracing* au-delà de la durée maximale de six mois prévus par la convention

collective des agents du régime général de sécurité sociale. En juin 2021, un accord conclu avec une organisation représentative des salariés qui ouvrait la possibilité de prolonger cette durée jusqu'à 18 mois au titre du seul *contact tracing*, moyennant certaines contreparties, a fait l'objet d'une opposition majoritaire exprimée par deux autres organisations.

## 2 - Le financement par l'assurance maladie de dépenses des ARS et de l'État

Les ARS, dont les dépenses de gestion administrative sont financées par des dotations de l'assurance maladie, ont engagé en 2020 et en 2021 près de 64 M€ de dépenses pour le *contact tracing*, dont 35,9 M€ afin de recruter 808 salariés supplémentaires en CDD entre 2020 et 2022, essentiellement affectés au traçage des contacts. À titre de comparaison, leur plafond d'emplois s'élève à près de 13 300 CDI en 2021 et 2022.

En outre, un abondement spécifique de 28 M€ du fonds d'intervention régional (FIR Covid) a financé des plateformes de *contact tracing* ainsi que l'externalisation du processus par trois ARS (Grand-Est, Centre-Val-de-Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur).

D'autres dépenses ont été engagées par le ministère de la santé, pour environ 15 M€, au titre des applications StopCovid en 2020 et TousAntiCovid (TAC, voir annexe 2) en 2021. Leur financement a été assuré par un fonds de concours financé par SPF à partir de dotations exceptionnelles versées par la Cnam. La Cour a critiqué ce dispositif et préconisé que les dépenses du budget de l'État liées à la crise sanitaire soient intégralement financées par des ouvertures de crédits en loi de finances<sup>15</sup>.

## 3 - Des effets indirects sur les autres activités de l'assurance maladie

Dans un premier temps, la montée en charge du *contact tracing* au printemps 2020 a reposé sur des effectifs préexistants de l'assurance maladie, avant qu'intervienne le recrutement de CDD, puis de CDI et d'intérimaires. Il s'agissait notamment, lors du premier déconfinement, d'agents dont l'activité était encore à l'arrêt ou en lente reprise (agents d'accueils et des centres d'examen de santé avant leur réouverture, agents affectés aux activités de contrôle et de lutte contre les fraudes et de prévention et de gestion du risque).

Indépendamment des cinq services « socle » essentiels (traitement des feuilles de soins, règlement des indemnités journalières, instruction des demandes de complémentaire santé solidaire ou C2S, réponses aux appels téléphoniques et aux courriels) dont les effectifs ont été préservés, voire renforcés, le *contact tracing* a pu en revanche avoir une incidence sur les conditions d'exercice d'autres missions ou fonctions de l'assurance maladie (par exemple la gestion des ressources humaines du fait des recrutements en grand nombre de CDD et de CDI auxquels elle a procédé). Les données disponibles ne permettent cependant pas de porter une appréciation précise sur ce point.

De manière conjoncturelle, la réaffectation par les CPAM, depuis mai 2022, d'agents recrutés en CDI au titre du *contact tracing* à deux services de base en difficulté (indemnités journalières et appels téléphoniques) contribue à atténuer le déséquilibre entre les ressources disponibles et une charge de travail plus élevée qu'avant la crise sanitaire.

---

15. Cour des comptes, *Les dépenses publiques pendant la crise sanitaire et le bilan opérationnel de leur utilisation*, communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale, juillet 2021.

## II - UN DISPOSITIF À L'EFFICACITÉ INCERTAINE DONT LA DISPARITION EST PROGRAMMÉE FIN JANVIER 2023

Les effets du *contact tracing* sur le niveau et le rythme des contaminations sont par nature difficiles à apprécier et n'ont pas donné lieu à une évaluation à ce jour.

En fonction d'une hypothèse conventionnelle portant sur l'année 2021<sup>16</sup> et de certaines données<sup>17</sup>, la Cnam avance que le *contact tracing* pourrait avoir permis d'éviter 1,4 million de contaminations, près de 65 000 hospitalisations<sup>18</sup> et 14 000 passages en réanimation. Sous réserve de la validité de cette hypothèse, 0,5 Md€ de dépenses d'hospitalisation pourraient avoir été évitées<sup>19</sup>.

Au regard des informations communiquées par la Cnam, les dépenses directes de l'assurance maladie au titre du *contact tracing* en 2020 et 2021, soit près de 336 M€, pourraient être compensées par des économies, à condition qu'au moins 43 000 hospitalisations, correspondant à environ un million de contaminations, aient été évitées grâce à ce dispositif au cours de ces deux années.

Si le *contact tracing* a vraisemblablement atténué les vagues épidémiques successives et leurs conséquences sur le système de santé, notamment hospitalier, ces effets n'ont pu être quantifiés dans le cadre de l'enquête de

la Cour. Il apparaît d'ailleurs difficile d'isoler les effets propres du *contact tracing* de ceux des autres vecteurs de consignes d'isolement, de déclaration des contacts et de réalisation d'un nouveau test pour s'assurer d'une guérison (courriel et SMS adressés par SiDep, communication publique, autres sources d'information).

Alors que la loi n° 2022-1089 du 30 juillet 2022 mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid 19 va conduire à interrompre ce dispositif au 31 janvier 2023, la Cour souligne certaines réussites du *contact tracing*, mais aussi ses limites, de fait prépondérantes. Une étude<sup>20</sup> publiée en septembre 2021 indique, au regard de l'expérience britannique, que lorsque 80 % des contacts sont tracés et que l'adhésion au traçage et à l'isolement est élevée, le taux de reproduction de l'épidémie diminue de 6 à 13 %. Si la proportion de cas contact tracés descend à 40 %, cette diminution est inférieure à 6 %. Les éléments d'information disponibles sur la situation française ne permettent pas de quantifier ces deux critères essentiels de l'efficacité du *contact tracing*. Néanmoins, les constats réalisés par la Cour suggèrent qu'ils n'ont été que partiellement satisfaits.

16. Le *contact tracing* aurait permis d'éviter une contamination supplémentaire pour 20 % des 7,2 millions de personnes contaminées en 2021, soit 1,4 million de personnes.

17. Le taux moyen d'hospitalisation des personnes atteintes par la covid 19 s'est élevé à 4,5 % en 2021.

18. Le nombre de patients hospitalisés du fait de la covid 19 a atteint 218 000 en 2020 et 332 000 en 2021 (Agence technique de l'information hospitalière, in Analyse de l'activité hospitalière 2020 – covid 19, publiée en octobre 2021, et rapport d'activité 2021 publiée en juillet 2022).

19. Le rapport *Charges et Produits* pour 2023 établi par la Cnam (juillet 2022) indique 200 000 hospitalisations dues à la covid 19 en 2021, dont 42 000 en soins critiques, pour un coût de 1,6 Md€, soit 7 800 € en moyenne par patient.

20. Centre for Mathematical Modelling of Infectious Diseases, « *Contact tracing is an imperfect tool for controlling COVID-19 transmission and relies on population adherence* », *Nature Communications*, septembre 2021.

## **A - Une grande majorité de personnes jointes par l'assurance maladie, mais un recensement de plus en plus incomplet des contacts**

L'assurance maladie contacte la plupart des personnes dépistées positives et les personnes contact dans des délais généralement rapides, mais le recensement des cas contact de personnes positives est resté incomplet, et ce dans des proportions nettement accrues depuis décembre 2021.

### **1 - Plus de neuf personnes sur dix jointes, généralement dans des délais très rapides**

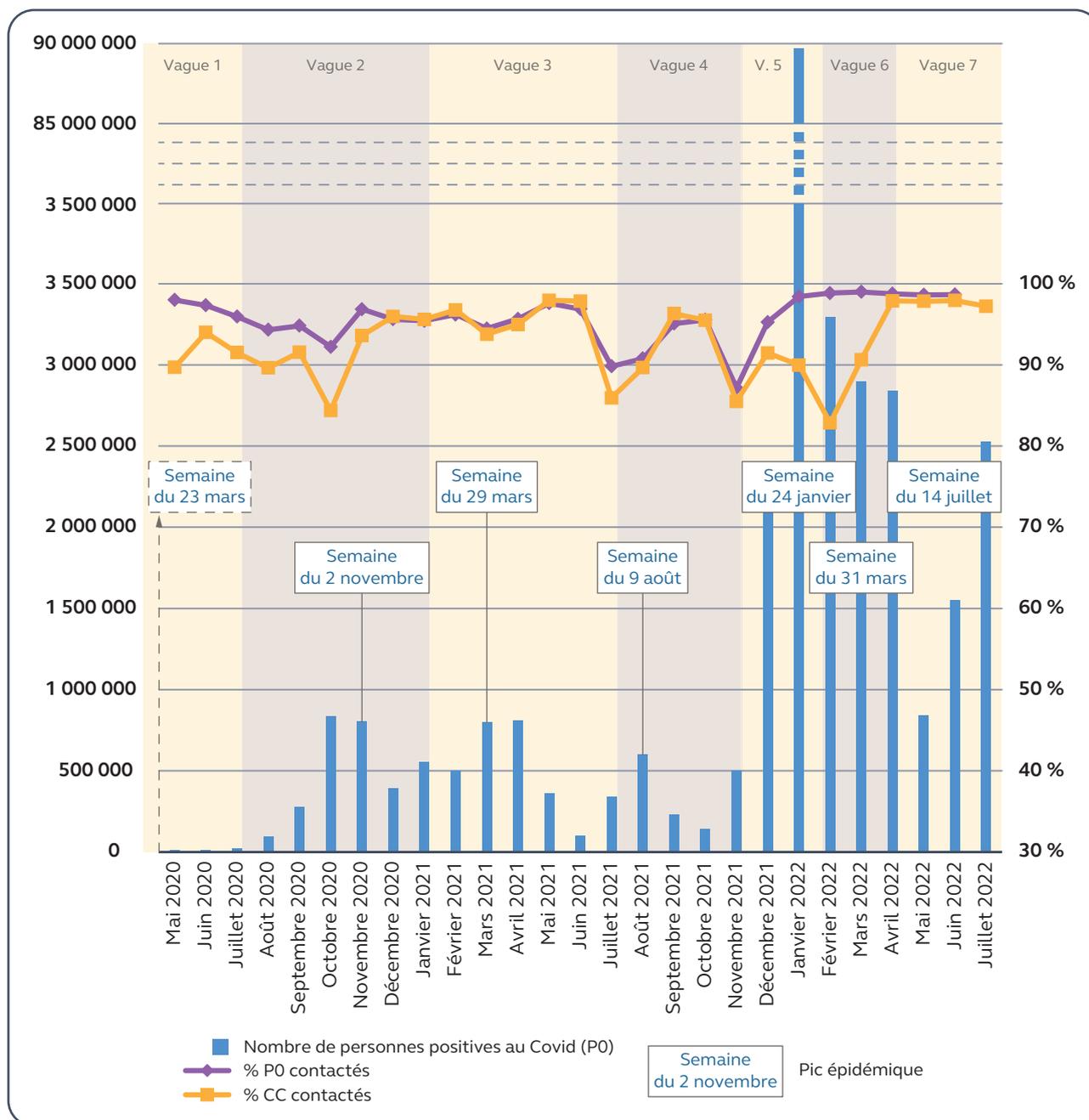
En moyenne, l'assurance maladie est parvenue à joindre 95 % des personnes positives (après 4 appels en moyenne en 2020 et 3,4 en 2021<sup>21</sup>) et 92 % des personnes contact (après 1,3 appel en moyenne en 2020 et 1,2 en 2021) entre mai 2020 et décembre 2021.

Ces moyennes recouvrent des disparités dans le temps. Les résultats ont été moins bons lorsque l'épidémie s'est accélérée et que la charge d'activité du *contact tracing* s'est, par conséquent, accrue.

---

21. Pour les personnes positives, plusieurs appels devaient être effectués. Par exemple, celles dont le criblage du test RT-PCR révèle un variant (comme le variant delta) ont été systématiquement rappelées. Par ailleurs, à certaines périodes notamment de basse circulation de l'épidémie, les personnes positives n'ayant pas déclaré de cas contact ont pu être rappelées.

Graphique n° 4 : fréquence des prises de contact par l'assurance maladie  
(mai 2020-juillet 2022)



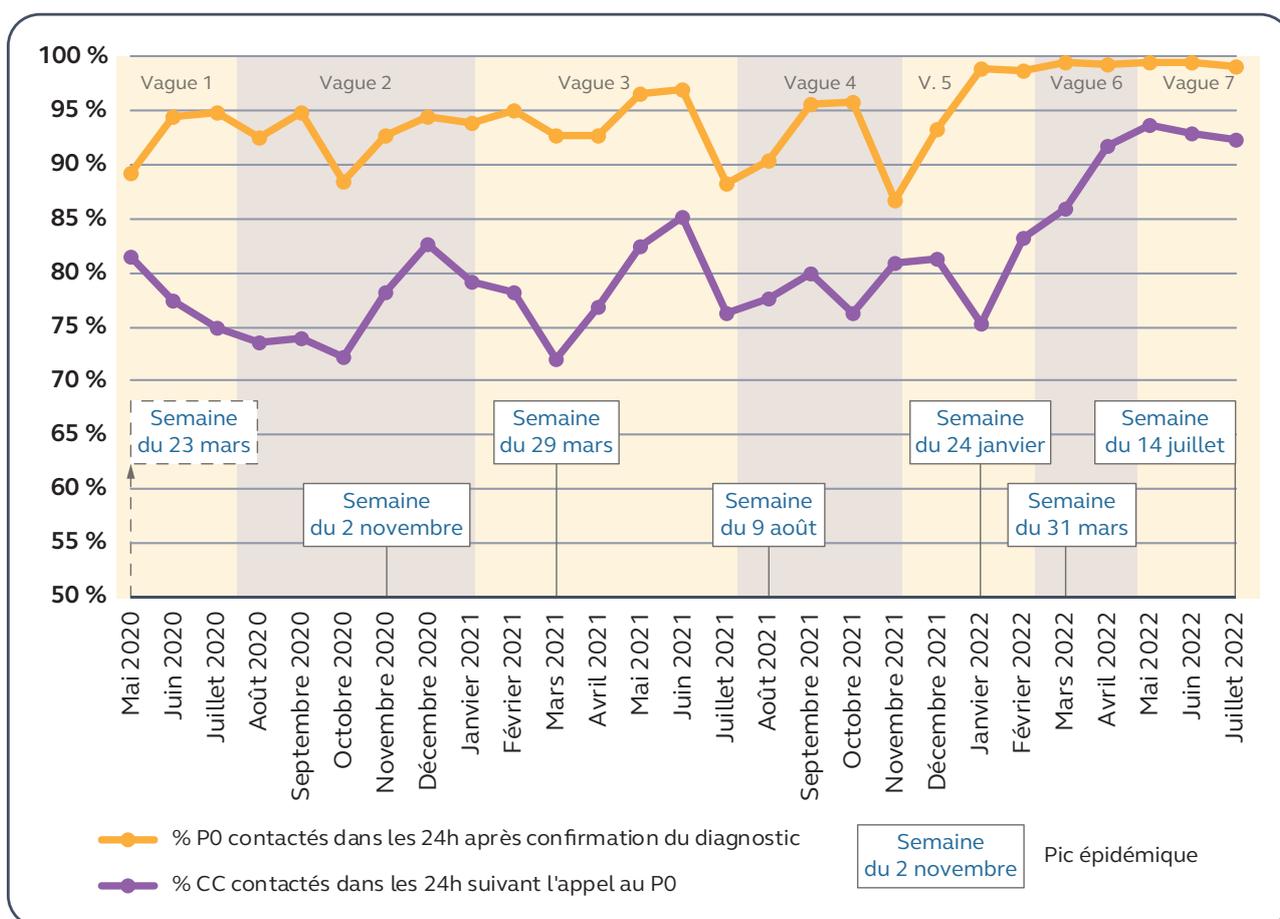
Notes de lecture : l'axe de gauche correspond au nombre de personnes positives (P0), l'axe de droite au taux de personnes positives (PO) ou de cas contact (CC) jointes par l'assurance maladie. À partir de décembre 2021, les prises de contact ont été pour l'essentiel dématérialisées par SMS. Le nombre de personnes positives en janvier 2022, soit 9,4 millions, n'est pas représenté dans le graphique.

Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnam

De surcroît, 92 % des personnes positives contactées l'ont été dans les 24 heures suivant la disponibilité des résultats d'un test positif en 2020, et 93 % en 2021. Le résultat est moins favorable pour les cas contact, puisque 76 %

des personnes contact jointes l'ont été dans les 24 heures suivant leur identification par une personne positive, et 78 % en 2021. Là encore, les résultats ont été moins bons lors des phases d'accélération de l'épidémie.

Graphique n° 5 : délai de contact par l'assurance maladie (mai 2020-juillet 2022)



Note de lecture : à partir de décembre 2021, les prises de contact ont été pour l'essentiel dématérialisées par SMS.  
Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnam

L'assurance maladie s'est attachée à maîtriser les délais en optimisant l'activité des plateformes départementales de *contact tracing*. À partir de juillet 2020, grâce à l'outil national de gestion des personnes dépistées et de leurs contacts Contact Covid, elle a réparti de manière automatisée les fiches à traiter en fonction des niveaux relatifs de charge d'activité et des moyens humains des plateformes. Ce dispositif national d'entraide a été complété, entre avril 2021 et mars 2022, par une plateforme nationale située en Normandie, dotée de 50 emplois.

À partir de décembre 2021, le taux d'atteinte des personnes positives proche de 100 % et celui des personnes contact tendant vers 100 % (cf. graphiques n° 3 et 4 ci-dessus) s'expliquent pour l'essentiel par la dématérialisation du *contact tracing* (voir I.A.3. *supra*). Toutefois, l'envoi de SMS aux personnes positives pour les inviter à déclarer leurs contacts sur un téléservice est moins efficace qu'un entretien téléphonique pour identifier l'ensemble des personnes contact, comme le font apparaître les données ci-après.

## 2 - Un recensement des personnes contact de plus en plus incomplet

Le traçage repose sur une déclaration facultative pour les personnes positives. Son efficacité repose ainsi sur la bonne compréhension des questions posées et la disposition des personnes positives à indiquer l'ensemble des personnes contact à risque.

Or, en moyenne, 49 % des personnes positives contactées en 2020 n'ont déclaré aucune

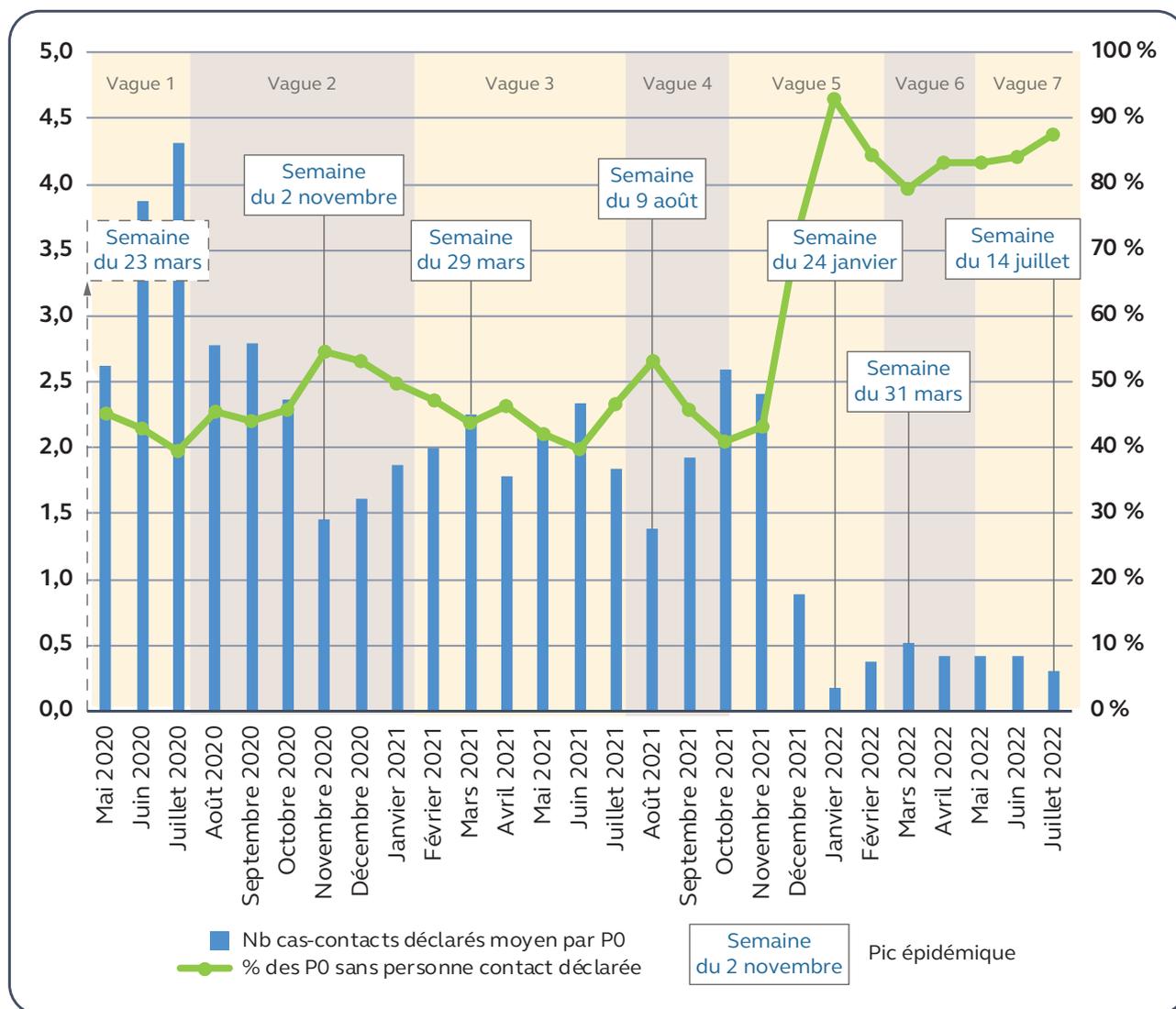
personne contact. Cette proportion a atteint 55 % en 2021, alors même que l'Insee estime à 20,5 % la proportion de personnes de quinze ans ou plus vivant seules dans leur logement en 2018<sup>22</sup>. Ces résultats soulignent *a contrario* l'intérêt de TousAntiCovid (TAC), qui laisse à chacun la faculté de signaler ses contacts de manière anonyme, fonctionnalité cependant peu utilisée (voir annexe n° 2).

Le nombre de personnes contact par personne positive est demeuré réduit tout au long de la crise, indépendamment des mesures de confinement et de couvre-feu qui ont limité les interactions sociales. En 2020, les personnes positives déclaraient en moyenne deux personnes contact. En 2021, cette moyenne se réduisait à 1,6, du fait, notamment, d'une chute entre juin et août, puis en décembre. Le nombre moyen de contacts par personne positive ayant déclaré au moins un contact a également diminué, passant de quatre, en 2020, à 3,6 en 2021.

Depuis décembre 2021, dans le contexte de la 5<sup>e</sup> vague épidémique liée au variant Omicron, particulièrement contagieux, le nombre de personnes cas contact déclarées, tout en s'inscrivant à un niveau élevé en valeur absolue, est tombé nettement en deçà de celui des personnes dépistées positives (voir graphique n° 1 *supra*) et la proportion de personnes positives ne déclarant aucun contact s'est inscrite à un niveau particulièrement élevé (73 % en décembre 2021 et 87 % en moyenne sur le premier semestre 2022, avec une tendance à la hausse), comme le montre le graphique ci-après.

22. Insee, Chiffres clés, 2 juillet 2021.

Graphique n° 6 : évolution des cas contacts déclarés par personne positive  
(mai 2020-juillet 2022)



Note de lecture : l'axe de gauche correspond aux nombres moyens de cas contact par personne positive, celui de droite aux différentes données en pourcentage. À partir de décembre 2021, les prises de contact ont été pour l'essentiel dématérialisées par SMS.

Source : Cour des comptes, d'après les données de la Cnam

Cette situation reflète le passage à un *contact tracing* essentiellement dématérialisé. En décembre 2021 et en janvier 2022, les personnes positives ont été invitées par SMS à alerter elles-mêmes leurs cas contacts, qui n'ont, de ce fait, plus été recensés par l'assurance maladie. Depuis début février 2022, le téléservice « Lister mes cas contacts » proposé par l'assurance maladie aux personnes

dépistées positives contactées par SMS n'a pas conduit à redresser significativement la proportion de personnes contact déclarées. Ainsi, en juillet 2022, 88 % des personnes dépistées positives n'ont déclaré aucune personne contact, soit deux fois plus qu'en novembre 2021 ; en moyenne, chaque personne positive n'a déclaré que 0,5 contact, contre 2,5 en novembre 2021.

Le manque d'ergonomie du dispositif a pu affecter le recensement des cas contact : les personnes dépistées positives qui reçoivent un

SMS de l'assurance maladie doivent cliquer un lien sur leur téléphone mobile pour y saisir leurs contacts, ce qui s'avère peu pratique.

### Des comparaisons internationales à manier avec prudence<sup>23</sup>

En Angleterre, en novembre 2020, les traceurs échouaient à contacter une personne positive sur huit, soit une proportion plus élevée qu'en France. Mais lorsque le contact était établi, seules 18 % déclaraient n'avoir eu aucun contact ; cette proportion atteignait en revanche 50 % aux États-Unis.

Le nombre de cas identifiés par personne positive a varié de 17 à Taiwan à 2 au Royaume-Uni et à moins de 1 dans certains états des États-Unis.

L'absence d'informations détaillées sur les protocoles d'appel mis en œuvre par ces pays limite par nature les possibilités de comparaison avec les résultats obtenus par le dispositif français.

## B - Une efficacité d'ensemble du contact tracing limitée par des facteurs structurels

### 1 - Les délais d'obtention des résultats des tests des personnes dépistées positives : une difficulté résolue fin 2020

Le *contact tracing* individuel par l'assurance maladie ne peut débuter qu'à partir du moment où les résultats de tests positifs ont été intégrés à l'application SiDep.

Or, à la suite de la suppression de la prescription médicale obligatoire des tests RT-PCR<sup>24</sup> en juillet 2020, l'activité des laboratoires d'analyses biologiques a connu une embolie : en septembre 2020, plus de 25 %

des résultats n'étaient pas disponibles dans les 48 heures, d'après le rapport de décembre 2020 de la commission d'enquête du Sénat<sup>25</sup>.

L'arrivée des tests antigéniques en pharmacie, en septembre 2020, a élargi les possibilités de dépistage et réduit le délai d'obtention des résultats de tests de la covid 19 (ces derniers étant disponibles en 15 à 30 minutes) ; il a par ailleurs eu pour effet de reporter des laboratoires vers les pharmacies une partie de la charge de travail liée à la création des fiches relatives aux personnes positives. Les résultats des tests antigéniques sont toutefois moins fiables que ceux des tests RT-PCR, qui détectent une proportion plus élevée de personnes infectées.

23. Dyani Lewis, « *Why many countries failed at COVID contact-tracing – but some got it right* », Nature Communications, 17 décembre 2020.

24. *Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction* (réaction en chaîne par polymérase après transcription inverse).

25. *Santé publique : pour un nouveau départ – Leçons de l'épidémie de covid 19*, rapport n° 199(2020-2021 de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid 19 et de sa gestion, Sénat, décembre 2020.

Entre décembre 2020 et juin 2022<sup>26</sup>, les tarifs des tests RT-PCR ont été modulés en fonction de la rapidité de restitution de leurs résultats par les laboratoires d'analyses biologiques dans SiDep. Cette utilisation de l'outil tarifaire à des fins de prévention de la covid 19 a été efficace : plus de 90 % des résultats ont été validés en moins de 24 heures pendant cette période<sup>27</sup>.

## 2 - Une efficacité du recensement des cas contact obérée par plusieurs facteurs

Les personnes dépistées positives sont inégalement enclines à se remémorer les personnes avec lesquelles elles ont eu un contact rapproché et à déclarer celles-ci. Souvent, elles ne connaissent pas les circonstances dans lesquelles elles ont été contaminées, ni l'ensemble de leurs contacts, particulièrement lors d'évènements collectifs. La faible utilisation des fonctionnalités de *contact tracing* de l'application TousAntiCovid (voir annexe 2) n'a pas permis de pallier cette difficulté.

La proportion de personnes ne déclarant aucun cas contact augmente lorsque la diffusion de l'épidémie s'accélère et elle se réduit quand cette dernière ralentit. Son évolution n'est pas corrélée à celle de la définition des personnes contact (voir annexe n° 1). Elle reflète surtout

les adaptations auxquelles l'assurance maladie a procédé afin d'absorber une charge de travail ascendante en phase d'accélération de l'épidémie, comme la suspension du deuxième appel aux personnes positives n'ayant déclaré aucun contact lors du premier appel et le raccourcissement de la durée des appels<sup>28</sup>.

En France, n'ont été recherchées que les personnes contact de premier niveau, c'est-à-dire celles directement en contact avec la personne positive, et non les contacts des contacts. À cet égard, le Vietnam<sup>29</sup>, qui a tracé et isolé les contacts de deuxième, voire de troisième niveau si un cas de contamination était détecté ultérieurement, a pu identifier jusqu'à 200 contacts par personne positive.

En outre, le *retrotracing*, qui étudie les circonstances dans lesquelles les personnes positives ont été contaminées afin de repérer des moments ou des lieux à l'origine des chaînes de contamination<sup>30</sup>, n'a été déployé par l'assurance maladie que tardivement, en juin 2021, et ponctuellement, y compris lors des phases de basse circulation du virus, lorsque ce dernier pouvait être plus facilement contenu. Or plusieurs études attestent de l'efficacité accrue du *retrotracing* par rapport au *contact tracing* classique, la propagation du virus étant favorisée par des « super contaminateurs »<sup>32</sup>.

---

26. Un arrêté du 21 juin 2022 a mis fin au dispositif de bonus/malus tarifaire en fonction du délai d'intégration des résultats des tests RT-PCR dans SiDep. Depuis lors, les tests dont les résultats sont rendus dans un délai supérieur à 36 heures suivant le prélèvement ne sont plus remboursés du tout par l'assurance maladie aux laboratoires d'analyses (en tiers payant).

27. Voir Chapitre VI, *Les dépenses de biologie médicale : des efforts d'efficience encore insuffisants*, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021.

28. La Cnam estime la durée moyenne d'un appel à 45 minutes pour une personne positive et à 15 minutes pour une personne contact. Elle ne dispose pas d'un suivi détaillé, à caractère mensuel, des durées des appels sortants.

29. Dyani Lewis, op.cit.

30. Le *retrotracing* permet de remonter les chaînes de contamination en identifiant les personnes co-exposées de trois à quatorze jours avant la date des premiers symptômes, soit la durée d'incubation maximale, non identifiées par le *contact tracing* classique (deux jours avant la date des premiers symptômes).

31. Après l'avoir expérimenté dans deux départements début 2021, la Cnam a généralisé le *retrotracing* à l'échelle nationale fin juin 2021 en partenariat avec les ARS, les collectivités étant souvent à l'origine des contaminations. Elle l'a interrompu dès l'été 2021 et la 4<sup>e</sup> vague épidémique. Après l'avoir repris en septembre 2021, elle l'a arrêté en novembre, dans le contexte de la 5<sup>e</sup> vague Omicron.

32. Selon une étude publiée en septembre 2020, à Hong-Kong, 19 % des cas de covid 19 étaient responsables de 80 % des transmissions ; au contraire, 69 % n'auraient contaminé personne.

À la demande de la Cnam, le ministère chargé de la santé a admis que ce dispositif, qui nécessite des entretiens plus longs et donc des moyens humains plus importants, n'était plus praticable à partir de 5 000 nouveaux cas quotidiens.

Comme il a été souligné (voir II.A.2. *supra*), la dématérialisation du *contact tracing* permet de traiter, sans dégradation des délais, des volumes croissants de personnes dépistées positives, mais a pour corollaire un recensement très incomplet des personnes contact. Elle a de surcroît eu pour effet de réduire le nombre de

signalements de foyers épidémiques (clusters) potentiels par l'assurance maladie, car les personnes positives ne peuvent plus faire connaître les circonstances possibles de leur contamination, et l'assurance maladie repérer celles appelant un signalement à l'ARS.

Enfin, les limites du contrôle qualité de la mise en œuvre des procédures de recensement ont pu affecter l'exhaustivité du recensement des personnes contact, malgré le soutien apporté par la Cnam aux organismes de son réseau et aux enquêteurs eux-mêmes.

### **Un pilotage étroit de l'activité de *contact tracing* par la Cnam, mais un contrôle qualité des entretiens insuffisamment probant**

À l'attention des CPAM, une mission nationale de la Cnam a défini des procédures standardisées, rédigé des scripts, établi des consignes d'appels, conçu en continu des supports de formation, régulièrement mis à jour les évolutions de la doctrine du *contact tracing* et organisé des webinaires hebdomadaires (à titre d'illustration, la première expérimentation du *retrotracing* s'est traduite par plus de 16 webinaires en un mois, impliquant 3 000 agents). La Cnam suit des tableaux de bord comportant une batterie réduite d'indicateurs quantitatifs, élaborés selon les préconisations de SPF.

Sur instruction de la Cnam, les plateformes ont déployé un dispositif de double écoute pour superviser l'activité des agents nouvellement recrutés, dans un contexte de rotation rapide des effectifs en CDD, les plus nombreux, ou en cas d'évolution majeure des consignes. Bien qu'il s'agisse du principal dispositif d'évaluation de la qualité des entretiens, ses résultats n'ont pas été consolidés au niveau national. Sauf exception, la qualité des entretiens, dont le déroulement est déterminant pour le recueil exhaustif des données, ne peut ainsi être appréciée.

La supervision de la qualité du traçage a essentiellement reposé sur les équipes administratives des caisses d'assurance maladie, dépourvues de compétences particulières en matière de santé publique et d'épidémiologie. À titre principal, les médecins conseils du service médical de l'assurance maladie sont intervenus dans des situations individuelles complexes requérant des appels de réassurance.

### **3 - Un respect partiel des consignes de prévention**

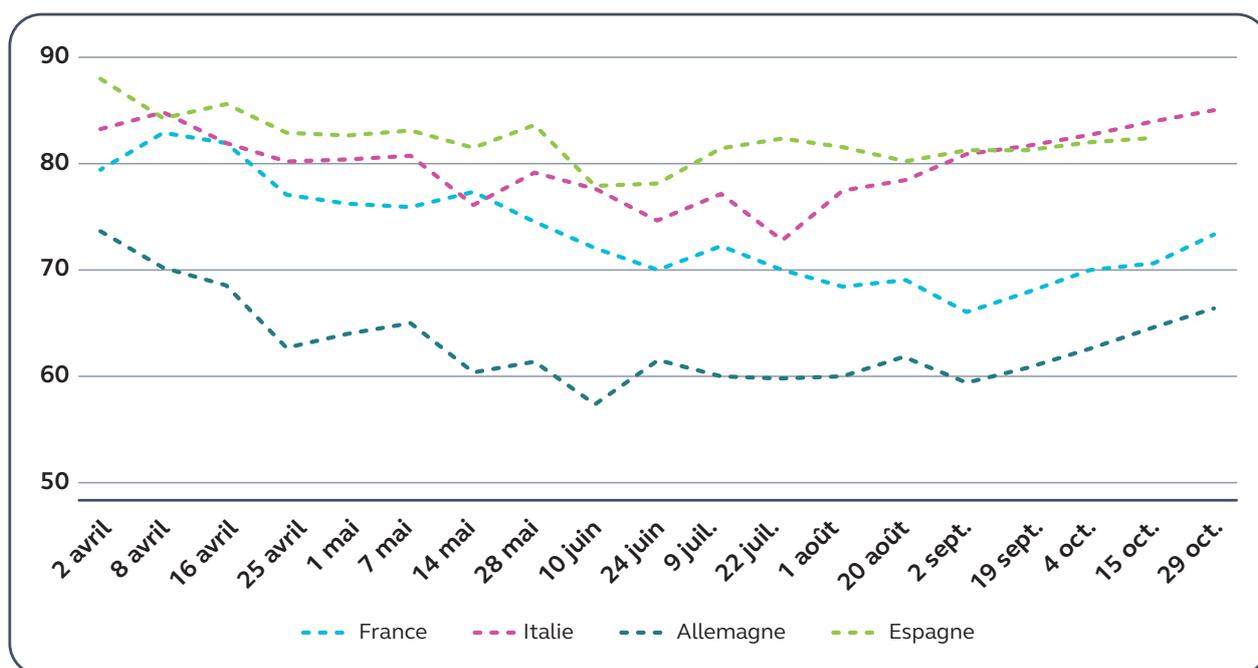
L'efficacité du *contact tracing* dépend non seulement de l'étendue du recensement des

personnes contact, mais aussi du respect, par les personnes positives et contact, des mesures de prévention, notamment d'isolement, alors que ce dernier n'a pas un caractère contraignant.

L'enquête CoviPrev de SPF portant sur l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie (données déclaratives)<sup>33</sup> suggère une adhésion élevée des personnes à l'isolement dans l'attente du résultat du test (92 % en juillet 2021, 89 % fin septembre 2021). Pour les personnes non-vaccinées, cette adhésion est cependant moindre (85 %). Pour les personnes asymptomatiques, elle est encore moins élevée (79 %). Il n'a pas été réalisé d'évaluation du respect effectif des mesures d'isolement par des personnes positives et contact.

D'après l'étude *YouGov et Imperial College Covid Datahub* citée par la Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise covid 19 et sur l'anticipation des risques pandémiques dans son rapport de mars 2021<sup>34</sup>, l'observance de l'isolement est meilleure en France qu'en Allemagne, mais moindre qu'en Italie ou en Espagne. Les données reposent cependant sur des déclarations d'intention. S'agissant de la France, la réalité du respect de l'isolement n'a pas fait l'objet d'études donnant lieu à publication.

**Graphique n° 7 : déclarations d'intention d'isolement en cas d'apparition de symptômes de la covid 19 (avril – octobre 2020)**



Note de lecture : Les pourcentages indiquent la proportion de répondants qui ont répondu oui à la question « vous isoleriez-vous si vous aviez les symptômes de la Covid ? ».

Source : YouGov et Imperial College Covid Datahub

33. Enquête CoviPrev, Santé Publique France, 2021. Questionnaire déclaratif qui mesure la connaissance et la mise en œuvre des mesures de protection sur un échantillon de 2 000 personnes.

34. Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise covid 19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, présidée par Pr. Didier Pittet, rapport de mars 2021.

Une étude interne de la Cnam indique que le taux de dépistage des personnes contact est un peu plus élevé quand elles ont été appelées que dans le cas contraire, tout en demeurant faible (64 %, contre 57 % pour la période du 17 août au 19 novembre 2020)<sup>35</sup>. La Cnam n'a pas analysé ses bases de données afin d'apprécier dans quelle mesure les personnes positives et leurs contacts se dépistent suivant les protocoles en vigueur, en vue notamment de sortir de l'isolement.

À partir de janvier 2021, les enquêteurs de l'assurance maladie ont proposé systématiquement aux personnes dépistées positives jointes par téléphone une visite à domicile d'accompagnement à l'isolement par un infirmier, prise en charge à 100 % par l'assurance maladie, sans avance de frais. En 2021, 13 % des personnes positives ont accepté cet accompagnement, soit près de 940 000 demandes. Le nombre de visites effectuées est cependant beaucoup plus faible : seules 518 000 visites ont été acceptées par un infirmier (55,1 %) et seules 250 000 visites, tarifées à 22,64 euros, ont été facturées entre janvier 2021 et la mi-mars 2022 au régime général de sécurité sociale. D'après la Cnam, les infirmiers libéraux se sont inégalement mobilisés, selon les départements, pour assurer ces consultations.

## C - Une disparition programmée début 2023, des enseignements à tirer

### 1 - Un rôle devenu secondaire parmi les outils de prévention de la covid 19

En mai 2020, le *contact tracing* constituait un dispositif central de la stratégie de déconfinement, dans un contexte où les

instruments de prévention se limitaient aux tests RT-PCR, aux gestes barrière et au port du masque.

Dans un avis de juillet 2021 (« Réagir maintenant pour limiter une nouvelle vague associée au variant delta »), le Conseil scientifique covid 19 estimait que la nouvelle vague épidémique liée au variant Delta « ne pourra pas être complètement absorbée par le niveau élevé de la vaccination, qui reste encore insuffisant au sein de la population pour assurer une protection collective efficace ». Parmi diverses mesures, il invitait à « utiliser au maximum la stratégie « *Tester, Tracer, Isoler, Accompanyer* » en maintenant suffisamment d'équipes actives et motivées au niveau de la Cnam, en dépit de la période de vacances », en relevant que « Le niveau bas de l'incidence permet d'avoir une approche très opérationnelle, en principe plus efficace qu'auparavant ». Aucun des 26 avis ou notes ultérieurs n'évoque plus le *contact tracing* pour la France, sauf pour soutenir en juin 2022 le maintien de Contact Covid jusqu'en mars 2023, terme proposé par le projet de loi maintenant provisoirement un dispositif de veille et de sécurité sanitaire en matière de lutte contre la covid 19, déposé le 4 juillet 2022<sup>36</sup>.

Dispositif de sortie du confinement général en mai 2020, le *contact tracing* a été poursuivi malgré la mise en œuvre d'autres mesures de confinement et de couvre-feu entre octobre 2020 et mai 2021. La vaccination est ensuite devenue le principal instrument de lutte contre l'épidémie, avec une ouverture à l'ensemble de la population fin mai 2021, puis la mise en place du passe sanitaire en juin 2021 et celle du passe vaccinal en janvier 2022.

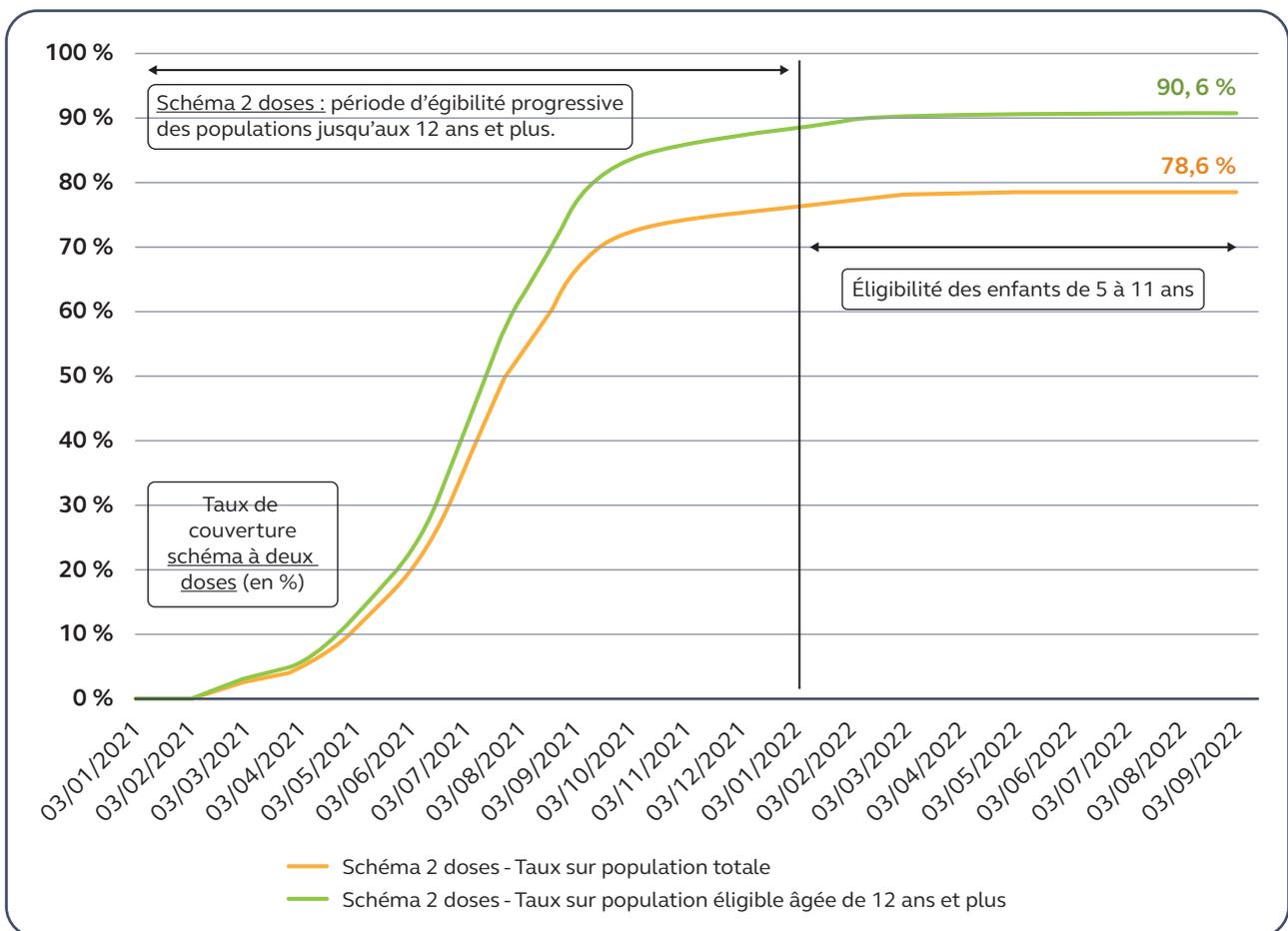
35. L'analyse porte sur une période allant de trois jours avant le signalement dans Contact Covid à neuf jours après.

36. Ce projet de loi a été remanié au cours de la discussion parlementaire, pour devenir la loi n° 2022-1089 du 30 juillet 2022 mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid 19.

Depuis l'automne 2021, comme le montre le graphique suivant, le taux élevé de vaccination de la population française, limite la dangerosité de la covid 19, à défaut de sa transmissibilité,

et a conduit à envisager qu'elle devienne une maladie endémique. Le risque de débordement des hôpitaux par un afflux de patients connaissant une situation sévère s'est réduit.

**Graphique n° 8 : évolution de la couverture vaccinale de la population  
(janvier 2021-septembre 2022)**

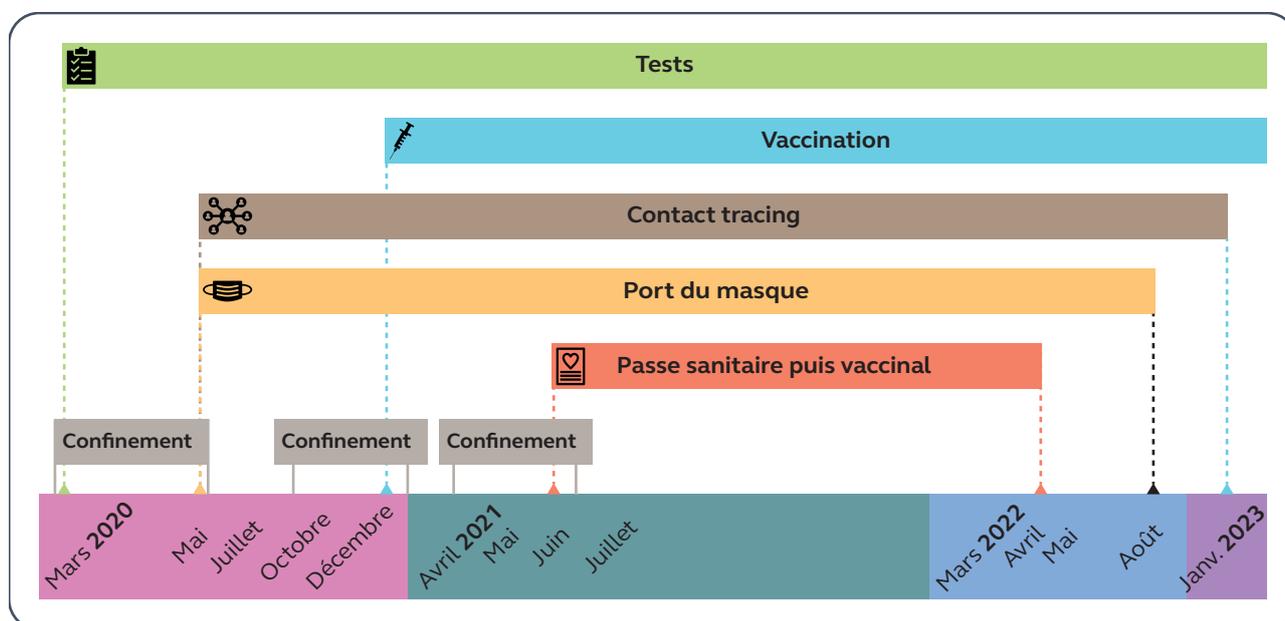


Source : Cour des comptes

Dans ce contexte, le *contact tracing* joue un rôle de plus en plus secondaire, même si la levée progressive des mesures contraignantes<sup>37</sup>

conduit *de facto* à faire de lui, depuis le printemps 2022, la principale mesure visant à rompre les chaînes de contamination.

## Schéma n°1 : enchaînement des actions de prévention de la covid 19 depuis mars 2020



Source : Cour des comptes

## 2 - L'interruption du *contact tracing* fin janvier 2023

La loi du 10 novembre 2021<sup>38</sup> avait reporté au 31 juillet 2022 la fin des dispositions fondant l'état d'urgence sanitaire. La loi du 30 juillet 2022<sup>39</sup> prévoit la fin de l'utilisation de Contact Covid, et donc du *contact tracing*, au 31 janvier 2023.

Dans un contexte de nouvelle vague épidémique observée depuis l'automne 2022, le *contact tracing* dématérialisé, qui échoue à recenser la plupart des personnes contact, permettra malgré tout d'adresser des messages de prévention à plusieurs millions de personnes, jusqu'à fin janvier 2023. Dans la perspective d'une vague d'hiver succédant à une vague

d'automne, le projet de loi gouvernemental proposait de fixer le terme de Contact Covid à fin mars 2023.

Compte tenu de la dématérialisation complète de ce dispositif (voir I.A.3. *supra*), les effectifs affectés au *contact tracing* en septembre 2022 se consacrent au traitement des rejets issus de la base SiDep (recherche manuelle d'informations manquantes ou erronées, comme le NIR ou le numéro téléphonique), à celui des rejets d'injections de données de SiDep dans l'outil utilisé par l'assurance maladie (correction manuelle d'informations complètes mais mal renseignées) et à celui d'appels téléphoniques émanant de personnes dépistées ou contact et de professionnels de

37. Les personnes contact ne sont plus tenues de s'isoler depuis le 3 janvier 2022. Le passe vaccinal, qui avait remplacé le passe sanitaire le 24 janvier 2022, et l'obligation de port du masque ont été suspendus le 14 mars 2022 (sauf, pour ce dernier, dans les transports et les lieux de santé). À partir du 16 mai 2022, le port du masque demeurait obligatoire dans les seuls lieux de santé. Depuis le 1<sup>er</sup> août 2022, cette obligation a été levée, sauf décision contraire des responsables des lieux de santé.

38. Loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire.

39. Loi n° 2022-1089 du 30 juillet 2022 mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la covid 19.

santé (appels portant notamment sur les arrêts de travail dérogatoires).

### 3 - Une expérience et des outils à valoriser

Compte tenu de l'évolution de l'épidémie, la direction générale de la santé (DGS) prévoit, en collaboration avec la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé (Drees), Santé publique France et la Cnam, la mise en œuvre d'une stratégie globale de surveillance des infections respiratoires aiguës. Cette stratégie, qui prendra en compte les enseignements de la crise sanitaire, intégrera la surveillance de la covid 19 et ciblera les foyers épidémiques (*clusters*) et les cas groupés dans des collectivités réunissant des personnes risquant de développer une forme grave.

La DGS prévoit, par ailleurs, de développer à compter de fin 2022 un entrepôt national des données de biologie (ENDB) pour l'intervention et la recherche en épidémiologie. L'ENDB prendra la suite de SiDep, outil performant pour l'intégration des résultats des laboratoires, dont la loi du 30 juillet 2022 précitée prévoit l'arrêt fin juin 2023. L'ENDB permettra le

suivi d'autres pathologies que la covid 19, notamment la grippe saisonnière, sera accessible aux professionnels de santé habilités et comprendra un module de gestion de crise.

Par ailleurs, l'assurance maladie a démontré au cours de la crise sanitaire sa capacité à prendre en charge rapidement et à grande échelle une mission entièrement nouvelle de santé publique. Il apparaît essentiel que les outils et procédures qu'elle a établis et les effets d'apprentissage dont elle a bénéficié puissent être valorisés, afin de permettre la préfiguration de dispositifs de *contact tracing* plus efficaces, pouvant être activés puis désactivés dans des délais rapides, dans l'éventualité d'un regain de virulence de l'épidémie (du fait de nouveaux variants face auxquels les vaccins seraient moins efficaces) ou de la survenance de nouvelles épidémies de grande ampleur.

À cette fin, il importe que les parties prenantes du *contact tracing* procèdent à un retour d'expérience complet et documenté, comportant, en particulier, une évaluation de son impact sur les chaînes de contamination de la covid 19 depuis mai 2020.

**Recommandation unique :** à partir d'une évaluation scientifique de l'impact du *contact tracing* sur les chaînes de contamination de la covid 19, concevoir un dispositif de crise visant à rompre ces chaînes et pouvant être activé puis désactivé dans des délais rapides dans l'éventualité de nouvelles épidémies de grande ampleur (ministère de la santé et de la prévention, SPF, Cnam).

# ANNEXES

**Annexe n° 1.** Une définition de la personne contact à risque en constante évolution

**Annexe n° 2.** TousAntiCovid (TAC) : une application qui invite les usagers au traçage des contacts, mais dont l'utilisation à cette fin est restée limitée

## **Annexe n° 1**

### **Une définition de la personne contact à risque en constante évolution**

En mai 2020, en l'absence de mesures de protection efficaces (masques par exemple) pendant toute la durée du contact, était personne contact à risque la personne partageant le même lieu de vie qu'une personne dépistée positive à la covid 19 ; celle ayant eu un contact direct avec une telle personne, en face à face, à moins d'un mètre, quelle qu'en soit la durée<sup>40</sup> ; celle lui ayant prodigué ou reçu d'elle des actes d'hygiène ou de soins ; celle ayant partagé avec elle un espace confiné pendant au moins 15 minutes. Étaient en revanche considérées contact à risque négligeable toutes les autres situations de contact, les cas de covid 19 déjà identifiés, guéris ou encore malades. Cette définition a par la suite évolué à quatre reprises.

La mise à jour de novembre 2020 a adopté une notion plus restrictive de protection suffisante. Ainsi, n'étaient plus considérées comme mesures de protection efficaces : une plaque de plexiglas posée sur un comptoir, les masques en tissu « maison » et les visières en plastique transparent portées seules.

En décembre 2020, les personnes à nouveau contaminées ont été considérées à risque de contamination : toute détection de la covid 19 chez une personne (symptomatique ou non) ayant un antécédent de covid 19 confirmé datant d'au moins deux mois est susceptible de correspondre à une nouvelle contamination ; la personne concernée est à nouveau considérée comme un cas de covid 19 appelant la mise en œuvre de mesures d'isolement et le traçage de ses contacts.

En janvier 2021, la distance avec une personne dépistée positive conduisant à caractériser une situation à risque a été élargie : la personne contact à risque est désormais toute personne ayant notamment eu un contact direct avec une personne dépistée positive, en face à face, à moins de deux mètres, quelle qu'en soit la durée, et non plus d'un mètre.

---

40. En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes-contacts à risque.

La dernière modification, en juillet 2021, distingue trois niveaux de contact à risque, en fonction du schéma vaccinal. Est considérée comme personne-contact à risque élevé celle n'ayant pas reçu un schéma complet de primo-vaccination ou ayant reçu très récemment un schéma complet de primo-vaccination non encore valide, ou étant atteinte d'une immunodépression grave, et ayant eu un contact direct avec un cas confirmé<sup>41</sup>. Est à risque modéré toute personne-contact ayant reçu un schéma complet de primo-vaccination valide et ayant eu un contact direct avec un cas confirmé ou probable, en face à face, à moins de deux mètres, quelle qu'en soit la durée. Les personnes-contact à risque négligeable correspondent à toutes les autres situations de contact, ainsi qu'à toute personne-contact ayant un antécédent de contamination par la covid 19 datant de moins de deux mois.

Ces évolutions ont élargi ou au contraire réduit la population des cas contacts à tracer. Dans le sens de l'élargissement : définition des mesures efficaces de protection, cas de nouvelle contamination. Dans le sens de la réduction : contact à deux mètres ; depuis juillet 2021 traçage des seules personnes contact à risque élevé ou modéré, à l'exclusion de celles à risque négligeable, qui ne sont pas enregistrées comme personne cas contact.

---

41. En face à face, à moins de deux mètres, quelle qu'en soit la durée, ou ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins à ou par un cas confirmé ou probable, ou ayant partagé un espace intérieur pendant au moins 15 minutes consécutives ou cumulées sur 24 h avec un cas confirmé ou probable ou étant resté en face-à-face avec un cas confirmé ou probable durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement.

## **Annexe n° 2**

### **TousAntiCovid (TAC) : une application qui invite les usagers au traçage des contacts, mais dont l'utilisation à cette fin est restée limitée**

En juin 2020, la direction générale de la santé a lancé l'application mobile StopCovid, remplacée en octobre 2020 par TousAntiCovid, qui a progressivement intégré des évolutions destinées à s'adapter aux besoins des utilisateurs et au contexte sanitaire.

TAC est une application de contact tracing qui permet d'établir, de façon anonyme, que plusieurs personnes se sont croisées et ont pu être exposées à des contacts à risque de transmission de la covid 19. S'il active la fonction *Bluetooth* du smartphone et la fonction contact tracing, TAC notifie l'utilisateur qu'un autre utilisateur testé positif était à proximité alors qu'il était contagieux.

Depuis juin 2021, la fonctionnalité « cahier de rappel numérique » permet, après avoir scanné un QR code attribué à un établissement, de signaler sa présence dans un lieu recevant du public. Si une personne contagieuse se déclare positive dans l'application ou si un cluster est suspecté, des notifications sont envoyées à tous les autres utilisateurs ayant fréquenté ce même lieu sur la même plage horaire.

En outre, depuis avril 2021, l'utilisateur de TAC est informé de son éligibilité à la vaccination et au rappel vaccinal et peut stocker dans son carnet ses résultats de tests (positifs ou négatifs) et les informations relatives aux injections de vaccination qui peuvent lui être demandées en fonction du cadre sanitaire en vigueur.

Un rapport du Sénat a souligné en juin 2021 le démarrage difficile de l'application StopCovid, puis de TousAntiCovid. En avril 2021, l'application avait été téléchargée par environ 22 % de la population, soit des niveaux inférieurs à ceux constatés pour des applications similaires en Allemagne ou au Royaume-Uni (31 % pour ces deux pays). En janvier 2022, le rapport d'activité de l'application TousAntiCovid établi par la DGS indique toutefois que l'application avait été téléchargée sur près de 50 millions de téléphones portables et contenait plus de 39 millions d'enregistrements, sous l'effet notamment de la mise en place du passe vaccinal.

Selon le rapport précité du Sénat, le nombre de personnes averties via l'application est resté faible : 1,1 % de la population contre 8 % au Royaume-Uni. L'application britannique a fait l'objet d'une étude scientifique visant à évaluer son efficacité à partir de modèles statistiques. Publiée par l'Institut Alan Turing, cette étude estime qu'elle a permis d'éviter 600 000 contaminations. Plus précisément, elle estime qu'une hausse de 1 % du nombre d'utilisateurs induit une baisse de 2,3 % du nombre de contaminations. Une évaluation scientifique de cette nature n'a pas été conduite en France, comme le relève le rapport du Sénat.

### Données quantitatives relatives à TousAntiCovid

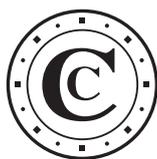
Selon le rapport d'activité de l'application TousAntiCovid pour la période du 2 juin 2020 au 30 novembre 2021, intégrant des données actualisées au 10 janvier 2022, établi par le ministère des solidarités et de la santé et le secrétariat d'État chargé de la transition numérique et des communications électroniques, l'application était présente au 1<sup>er</sup> janvier 2022 sur 49,8 millions d'appareils uniques (premiers téléchargements iOS ou Android).

39,4 millions d'enregistrements avaient été effectués à cette même date dans l'application (l'utilisateur a activé une première fois l'application après l'avoir installée sur son smartphone).

Depuis le lancement de TousAntiCovid, le nombre de personnes qui se déclarent positives dans TousAntiCovid a représenté entre 5 et 25 % de l'ensemble des personnes testées positives à la covid 19 en France et rapportées dans SiDep selon les périodes concernées.

Les notifications effectuées dans le cadre du cahier de rappel numérique ont représenté 15 % des notifications totales sur la période du 10 au 28 novembre 2021.

Au 28 novembre 2021, parmi les utilisateurs ayant accepté la collecte de données issues de l'application pour réaliser des statistiques anonymes, seuls 2,3 % des utilisateurs se déclarant positifs à la covid 19 dans l'application avaient été notifiés auparavant comme contacts à risque. À titre de comparaison, la proportion de personnes testées positives qui avaient été préalablement identifiées comme personnes contact à risque par le *contact tracing* de l'assurance maladie oscillait entre 17 et 24 % entre début septembre et fin novembre 2021 selon Santé publique France.



---

Le présent rapport  
est disponible sur le site internet  
de la Cour des comptes : [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

AUDIT FLASH

Décembre 2022

---