

Le Premier Ministre

Paris, le **28 MARS 2022**

Cher Monsieur le Président, *Cher Richard*

En application du dernier alinéa du VI de l'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire, le Gouvernement doit communiquer mensuellement au Parlement « *les mesures prises en application [de ce même article 1^{er}] et précisant leur impact sur les indicateurs sanitaires tels que le taux de vaccination, le taux de positivité des tests de dépistage, le taux d'incidence ou le taux de saturation des lits de réanimation* ». En outre, en vertu de l'article 11 de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, dans sa rédaction résultant de la même loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 précitée et de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, le Gouvernement doit remettre chaque mois au Parlement une évaluation hebdomadaire de l'impact économique de l'application du passe sanitaire et du passe vaccinal aux activités qui y sont soumises, en intégrant notamment une évaluation de la perte de chiffre d'affaires liée à l'application de ces dispositions, ainsi que des résultats en matière de lutte contre l'épidémie de covid-19.

En application de ces dispositions, vous voudrez bien trouver ci-joint les informations requises par la loi au titre du mois de **février 2022**.

Ce point d'étape comprend trois volets :

- un récapitulatif des mesures réglementaires prises sur le fondement de l'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire (la description précise de ces mesures faisant déjà l'objet d'un envoi hebdomadaire au Parlement) ;
- un rapport sur les résultats en matière de lutte contre l'épidémie de covid-19 ;
- un rapport de l'impact économique de l'application du passe sanitaire et du passe vaccinal.

Restant à votre disposition, je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma haute considération.

et de toute ma amitié


Jean CASTEX

Monsieur Richard FERRAND
Président de l'Assemblée nationale
Député du Finistère
Assemblée nationale
126, rue de l'Université
75007 PARIS



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Mesures réglementaires prises en application

du régime de sortie de crise sanitaire

Point d'étape au titre du mois de février 2022

Conformément à l'article 2 de la loi n° 2021-160 du 15 février 2021 prorogeant l'état d'urgence sanitaire, l'état d'urgence sanitaire était applicable jusqu'au 1^{er} juin 2021 inclus. A compter du 2 juin 2021, les mesures prises par les autorités exécutives en matière de gestion de la crise sanitaire le sont sur le fondement de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire. Cette loi a été modifiée par la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire puis par la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire. La loi du 31 mai 2021 a ensuite été modifiée par la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique afin notamment de transformer le passe sanitaire en passe vaccinal dans la plupart des lieux et établissements soumis au passe.

Depuis le 24 janvier 2022, en application du I de l'article 1^{er} de la loi du 31 mai 2021 précitée, pendant la période allant du 2 juin 2021 au 31 juillet 2022 inclus, le Premier ministre a la possibilité, dans les territoires autres que ceux dans lesquels l'état d'urgence sanitaire est prorogé, 1) de réglementer ou, dans certaines parties du territoire dans lesquelles est constatée une circulation active du virus, d'interdire la circulation des personnes et des véhicules ainsi que l'accès aux moyens de transport collectif et les conditions de leur usage et, pour les seuls transports aériens et maritimes, interdire ou restreindre les déplacements de personnes et la circulation des moyens de transport, sous réserve des déplacements strictement indispensables aux besoins familiaux, professionnels et de santé 2) réglementer l'ouverture, voire ordonner la fermeture provisoire, au public d'une ou de plusieurs catégories d'établissements recevant du public ainsi que des lieux de réunion, 3) réglementer les rassemblements de personnes, les réunions et les activités sur la voie publique et dans les lieux ouverts au public.

Le II de l'article 1^{er} de la même loi prévoit quant à lui qu'un décret du Premier ministre **peut**, du 2 juin 2021 jusqu'au 31 juillet 2022 inclus, aux seules fins de lutter contre l'épidémie de covid-19 et si la situation sanitaire le justifie au regard de la circulation virale ou de ses conséquences sur le système de santé, appréciées en tenant compte d'indicateurs sanitaires, **instaurer** :

- **un « passe vaccinal »** (applicable depuis le 24 janvier 2022) (présentation d'un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19) pour 1) l'accès des personnes âgées d'au moins seize ans à certains lieux, établissements, services ou événements limitativement énumérées (activités de loisirs, activités de restauration commerciale ou de débit de boissons, etc.) et 2) les personnes qui interviennent dans ces lieux, établissements, services ou événements concernés lorsque la gravité des risques de contamination en lien avec l'exercice des activités qui y sont pratiquées le justifie, au regard notamment de la densité de population observée ou prévue ;

- **un « passe sanitaire »** (obligation de présenter le résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19 ou un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 pour 1) les personnes d'au moins douze ans souhaitant se déplacer à destination ou en provenance du territoire hexagonal, de la Corse ou de l'une des collectivités ultramarines 2) sauf en cas d'urgence, l'accès des personnes âgées d'au moins douze ans aux services et aux établissements de santé, sociaux et médico-

sociaux, pour les seules personnes accompagnant les personnes accueillies dans ces services et ces établissements ou leur rendant visite ainsi que pour celles qui y sont accueillies pour des soins programmés 3) l'accès des personnes âgées de douze à quinze ans pour les activités et établissements dont l'accès est soumis au passe vaccinal pour les personnes de plus de seize ans.

Le III de l'article 1^{er} prévoit quant à lui que lorsque le Premier ministre prend des mesures mentionnées aux I et II mentionnés ci-dessus, il peut habiliter le préfet de département à prendre toutes les mesures générales ou individuelles d'application de ces dispositions. Lorsque ces mesures doivent s'appliquer dans un champ géographique qui n'excède pas le territoire d'un département, le Premier ministre peut habiliter le préfet du département à les décider lui-même. Ces décisions sont alors prises par le préfet après avis, rendu public, du directeur général de l'agence régionale de santé. Les mesures prises par les préfets le sont après consultation des exécutifs locaux ainsi que des parlementaires concernés.

Les dispositions des I des articles 1^{er} et 2 ne sont pas applicables dans les territoires où l'état d'urgence sanitaire est en cours d'application.

En application du dernier alinéa du VI de l'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire, le Gouvernement doit communiquer mensuellement au Parlement les mesures prises en application de ce même article 1^{er}.

Le présent document constitue un récapitulatif des mesures réglementaires prises sur le fondement de cet article 1^{er} au titre du mois de février 2022, étant rappelé que la description précise de ces mesures fait déjà l'objet d'un envoi hebdomadaire au Parlement.

Les mesures prises en application de l'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire

A. Rappel du cadre législatif

- Dans les territoires autres que ceux où l'état d'urgence a été prorogé (article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021) :

Article 1^{er}

I. - A compter du 2 juin 2021 et jusqu'au 31 juillet 2022 inclus, le Premier ministre peut, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, dans l'intérêt de la santé publique et aux seules fins de lutter contre la propagation de l'épidémie de covid-19 :

1° Réglementer ou, dans certaines parties du territoire dans lesquelles est constatée une circulation active du virus, interdire la circulation des personnes et des véhicules ainsi que l'accès aux moyens de transport collectif et les conditions de leur usage et, pour les seuls transports aériens et maritimes, interdire ou restreindre les déplacements de personnes et la circulation des moyens de transport, sous réserve des déplacements strictement indispensables aux besoins familiaux, professionnels et de santé ;

2° Réglementer l'ouverture au public, y compris les conditions d'accès et de présence, d'une ou de plusieurs catégories d'établissements recevant du public ainsi que des lieux de réunion, à l'exception des locaux à usage d'habitation, en garantissant l'accès des personnes aux biens et aux services de première nécessité. Cette réglementation est adaptée à la situation sanitaire et prend en compte les caractéristiques des établissements concernés.

La fermeture provisoire d'une ou de plusieurs catégories d'établissements recevant du public ainsi que des lieux de réunion peut, dans ce cadre, être ordonnée lorsqu'ils accueillent des activités qui, par leur nature même, ne permettent pas de garantir la mise en œuvre des mesures de nature à prévenir les risques de propagation du virus ou lorsqu'ils se situent dans certaines parties du territoire dans lesquelles est constatée une circulation active du virus ;

3° Sans préjudice des articles L. 211-2 et L. 211-4 du code de la sécurité intérieure, réglementer les rassemblements de personnes, les réunions et les activités sur la voie publique et dans les lieux ouverts au public.

II.-A.-A compter du 2 juin 2021 et jusqu'au 31 juillet 2022 inclus, le Premier ministre peut, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, dans l'intérêt de la santé publique, aux seules fins de lutter contre l'épidémie de covid-19 et si la situation sanitaire le justifie au regard de la circulation virale ou de ses conséquences sur le système de santé, appréciées en tenant compte des indicateurs sanitaires tels que le taux de vaccination, le taux de positivité des tests de dépistage, le taux d'incidence ou le taux de saturation des lits de réanimation :

1° Imposer aux personnes âgées d'au moins douze ans souhaitant se déplacer à destination ou en provenance du territoire hexagonal, de la Corse ou de l'une des collectivités mentionnées à l'article 72-3 de la Constitution, ainsi qu'aux personnels intervenant dans les services de transport concernés, de présenter le résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19 ou un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 ;

2° Subordonner à la présentation d'un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19 l'accès des personnes âgées d'au moins seize ans à certains lieux, établissements, services ou événements où sont exercées les activités suivantes :

a) Les activités de loisirs ;

b) Les activités de restauration commerciale ou de débit de boissons, à l'exception de la restauration collective, de la vente à emporter de plats préparés et de la restauration professionnelle routière et ferroviaire ;

c) Les foires, séminaires et salons professionnels ;

d) (Abrogé) ;

e) Les déplacements de longue distance par transports publics interrégionaux au sein de l'un des territoires mentionnés au 1° du présent A, sauf motif impérieux d'ordre familial ou de santé, sous réserve de présenter le résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19. Le présent e n'est pas applicable en cas d'urgence faisant obstacle à l'obtention du justificatif requis ;

f) Sur décision motivée du représentant de l'Etat dans le département, lorsque leurs caractéristiques et la gravité des risques de contamination le justifient, les grands magasins et centres commerciaux, au delà d'un seuil défini par décret, et dans des conditions garantissant l'accès des personnes aux biens et services de première nécessité ainsi, le cas échéant, qu'aux moyens de transport.

3° Subordonner à la présentation soit du résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19, soit d'un justificatif de statut vaccinal concernant la covid-19, soit d'un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 :

a) Sauf en cas d'urgence, l'accès des personnes âgées d'au moins douze ans aux services et aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, pour les seules personnes accompagnant les personnes accueillies dans ces services et ces établissements ou leur rendant visite ainsi que pour celles

qui y sont accueillies pour des soins programmés. La personne qui justifie remplir les conditions prévues au présent 3° ne peut se voir imposer d'autres restrictions d'accès liées à l'épidémie de covid-19 pour rendre visite à une personne accueillie et ne peut se voir refuser l'accès à ces services et à ces établissements que pour des motifs résultant des règles de fonctionnement et de sécurité, y compris sanitaire, de l'établissement ou du service ;

b) L'accès des personnes âgées de douze à quinze ans inclus à certains lieux, établissements, services ou événements où sont exercées les activités suivantes :

- les activités de loisirs ;
- les activités de restauration commerciale ou de débit de boissons, à l'exception de la restauration collective, de la vente à emporter de plats préparés et de la restauration professionnelle routière et ferroviaire ;
- les foires, séminaires et salons professionnels ;
- les déplacements de longue distance par transports publics interrégionaux au sein de l'un des territoires mentionnés au 1° du présent A, sauf en cas d'urgence faisant obstacle à l'obtention du justificatif requis ;
- sur décision motivée du représentant de l'Etat dans le département, lorsque leurs caractéristiques et la gravité des risques de contamination le justifient, les grands magasins et centres commerciaux, au-delà d'un seuil défini par décret, dans des conditions garantissant l'accès des personnes aux biens et services de première nécessité ainsi, le cas échéant, qu'aux moyens de transport.

Le 2° du présent A est applicable au public et, lorsqu'elles ne relèvent pas du chapitre II de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, aux personnes qui interviennent dans les lieux, établissements, services ou événements concernés lorsque la gravité des risques de contamination en lien avec l'exercice des activités qui y sont pratiquées le justifie, au regard notamment de la densité de population observée ou prévue.

Le décret mentionné au premier alinéa du présent A détermine, en fonction de l'appréciation de la situation sanitaire effectuée en application du même premier alinéa et lorsque les activités organisées, par leur nature même, ne permettent pas de garantir la mise en œuvre des mesures de nature à prévenir les risques de propagation de la covid-19, les cas relevant du 2° du présent A dans lesquels l'intérêt de la santé publique nécessite d'exiger la présentation cumulée d'un justificatif de statut vaccinal et du résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19. Il prévoit également les conditions dans lesquelles, par exception, un certificat de rétablissement à la suite d'une contamination par la covid-19 peut se substituer au justificatif de statut vaccinal.

Le décret mentionné au premier alinéa du présent A prévoit les conditions dans lesquelles un justificatif d'engagement dans un schéma vaccinal vaut justificatif de statut vaccinal pour l'application du 2° au public et aux personnes qui interviennent dans les lieux, établissements, services ou événements concernés, pour la durée nécessaire à l'achèvement de ce schéma, sous réserve de la présentation d'un résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination par la covid-19.

L'application de cette réglementation ne dispense pas de la mise en œuvre de mesures de nature à prévenir les risques de propagation du virus si la nature des activités réalisées le permet.

(...)

- Dans les territoires où l'état d'urgence est en vigueur (article L. 3131-15 du code de la santé publique) :

Au titre de l'article L. 3131-15 du code de la santé publique, dans les circonscriptions territoriales où l'état d'urgence sanitaire est déclaré, le Premier ministre peut, par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé, aux seules fins de garantir la santé publique :

1° Réglementer ou interdire la circulation des personnes et des véhicules et réglementer l'accès aux moyens de transport et les conditions de leur usage ;

2° Interdire aux personnes de sortir de leur domicile, sous réserve des déplacements strictement indispensables aux besoins familiaux ou de santé ;

3° Ordonner des mesures ayant pour objet la mise en quarantaine, au sens de l'article 1^{er} du règlement sanitaire international de 2005, des personnes susceptibles d'être affectées ;

4° Ordonner des mesures de placement et de maintien en isolement, au sens du même article 1^{er}, à leur domicile ou tout autre lieu d'hébergement adapté, des personnes affectées ;

5° Ordonner la fermeture provisoire et réglementer l'ouverture, y compris les conditions d'accès et de présence, d'une ou plusieurs catégories d'établissements recevant du public ainsi que des lieux de réunion, en garantissant l'accès des personnes aux biens et services de première nécessité ;

6° Limiter ou interdire les rassemblements sur la voie publique ou dans un lieu ouvert au public ainsi que les réunions de toute nature, à l'exclusion de toute réglementation des conditions de présence ou d'accès aux locaux à usage d'habitation ;

7° Ordonner la réquisition de toute personne et de tous biens et services nécessaires à la lutte contre la catastrophe sanitaire. L'indemnisation de ces réquisitions est régie par le code de la défense ;

8° (abrogé)

9° En tant que de besoin, prendre toute mesure permettant la mise à la disposition des patients de médicaments appropriés pour l'éradication de la catastrophe sanitaire ;

10° En tant que de besoin, prendre par décret toute autre mesure réglementaire limitant la liberté d'entreprendre, dans la seule finalité de mettre fin à la catastrophe sanitaire mentionnée à l'article L. 3131-12 du présent code.

Les mesures prescrites en application des 1° à 10° du présent article sont strictement proportionnées aux risques sanitaires encourus et appropriées aux circonstances de temps et de lieu. Il y est mis fin sans délai lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.

B. Bilan des mesures prises au cours du mois de février 2022

7 décrets ont été pris par le Premier ministre au titre de la période considérée.

Décret n° 2022-107 du 2 février 2022 déclarant l'état d'urgence sanitaire en Nouvelle-Calédonie (JORF du 3 février 2022)

Décret n° 2022-115 du 2 février 2022 modifiant le décret n° 2021-699 du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire (JORF du 3 février 2022)

Décret n° 2022-120 du 3 février 2022 modifiant le décret n° 2021-699 du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire (*JORF* du 4 février 2022)

Décret n° 2022-165 du 11 février 2022 modifiant le décret n° 2021-699 du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire (*JORF* du 12 février 2022)

Décret n° 2022-176 du 14 février 2022 modifiant le décret n° 2021-699 du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire (*JORF* du 15 février 2022)

Décret n° 2022-204 du 18 février 2022 modifiant le décret n° 2021-699 du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire (*JORF* du 19 février 2022)

Décret n° 2022-247 du 25 février 2022 modifiant le décret n° 2021-699 du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire (*JORF* du 26 février 2022)

Par ailleurs, au titre de la même période, ont été publiés 8 arrêtés du ministre des solidarités et de la santé pris en complément des décrets du Premier ministre pris au titre de la gestion de sortie de la crise sanitaire.

Arrêté du 1^{er} février 2022 modifiant la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et l'arrêté du 12 décembre 2020 portant modification des conditions de remboursement de l'acte de détection du génome du SARS-CoV-2 par amplification génique (*JORF* du 2 février 2022)

Arrêté du 1^{er} février 2022 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire (*JORF* du 2 février 2022)

Arrêté du 3 février 2022 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire (*JORF* du 4 février 2022)

Arrêté du 3 février 2022 modifiant l'arrêté du 7 juin 2021 identifiant les zones de circulation de l'infection du virus SARS-CoV-2 (*JORF* du 4 février 2022)

Arrêté du 11 février 2022 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire et les arrêtés des 14 octobre et 10 novembre 2021 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021 (*JORF* du 12 février 2022)

Arrêté du 15 février 2022 modifiant l'arrêté du 7 juin 2021 identifiant les zones de circulation de l'infection du virus SARS-CoV-2 (*JORF* du 16 février 2022)

Arrêté du 25 février 2022 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire (*JORF* du 26 février 2022)

Arrêté du 26 février 2022 prescrivant des mesures nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire (*JORF* du 27 février 2022)



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

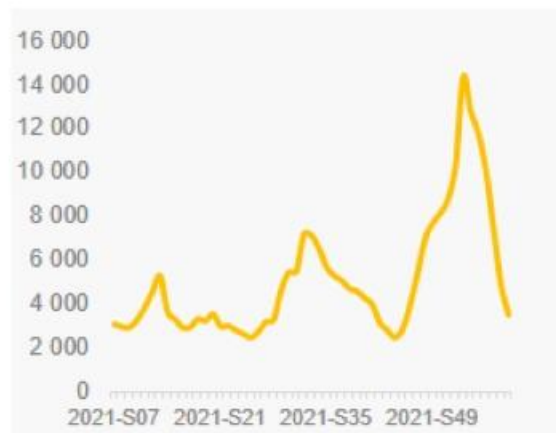
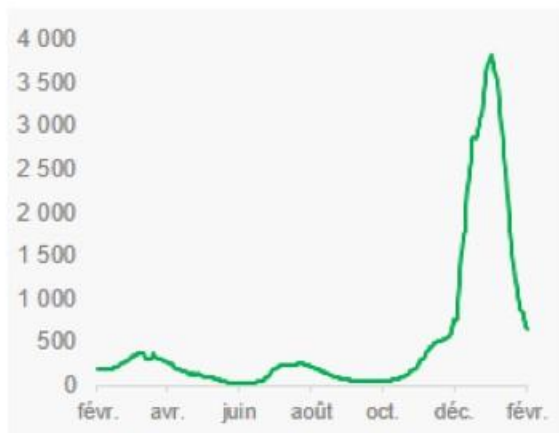
COVID-19

Suivi des indicateurs mois de février 2022

*Données disponibles à date du
28/02/2022*

Synthèse nationale des indicateurs épidémiques

Point de situation et évolution vs. la semaine précédente



Taux d'incidence (pour 100 000 habitants) :

612,3 (-31,1%)

Taux de dépistage (pour 100 000 habitants) :

2 942,6 (-19,1%)

Taux de positivité :

20,8% (-3,6 pts)

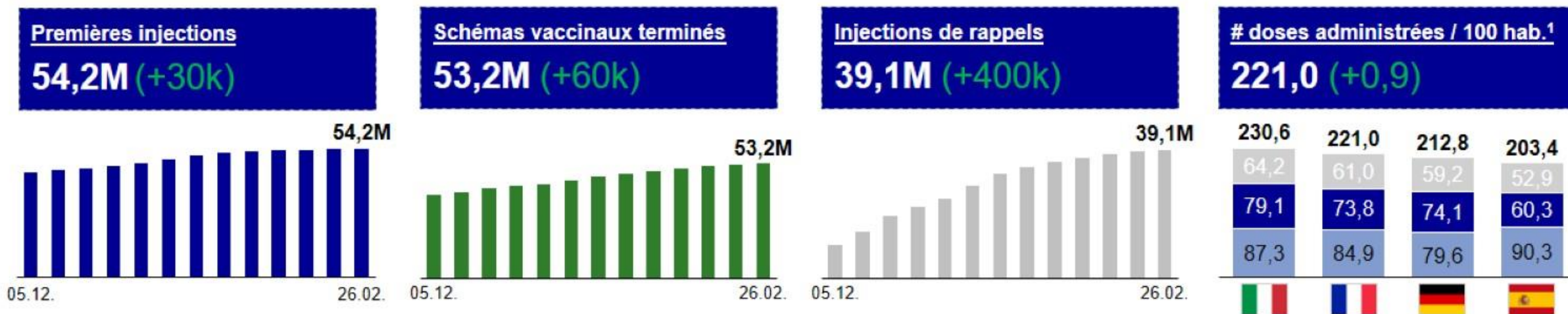
Taux de reproduction effectif (Reff) :

0,56 (-0,01pt)

Le TI est désormais passé sous le seuil symbolique de 1 000 puisqu'il est à 612,3, en baisse de 31,1% par rapport à la semaine dernière et le Reff diminue de 0,01 point pour atteindre 0,56. Le taux de positivité est toujours en baisse de 3,6 points cette semaine et atteint 20,8%, le taux de dépistage poursuit sa baisse (2 942,6; - 19,1%).

Synthèse nationale des indicateurs vaccination

Point de situation et évolution vs. la semaine précédente



Passage de la barre des 39M de rappels le vendredi 25 février et passage de la barre des 53M de schémas-complets le vendredi 11 février

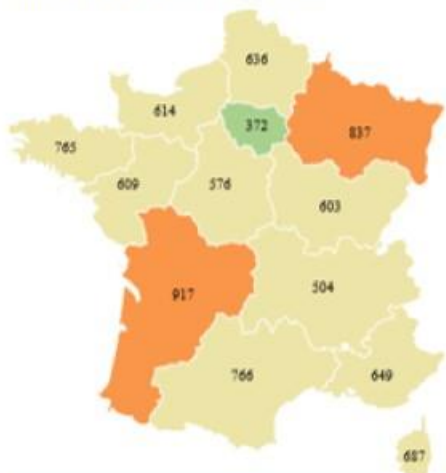
Baisse du rythme de la vaccination à un niveau équivalent à celui de février 2021

La France dans les premiers pays européens en nombre de doses pour 100 habitants, devant l'Espagne et l'Allemagne

Synthèse régionale des indicateurs COVID

Taux d'incidence par région

Indicateurs sur 7 jours glissants



- >800
- 500-800
- <500

Taux d'occupation en réanimation par région

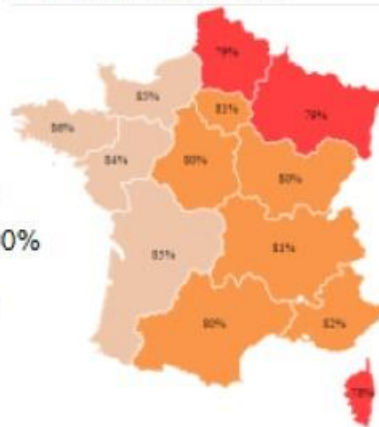
Taux d'occupation en réanimation au 27 février (COVID et hors-COVID)



- >90%
- 80%-90%
- <80%

Couverture vaccinale en primo-vaccination

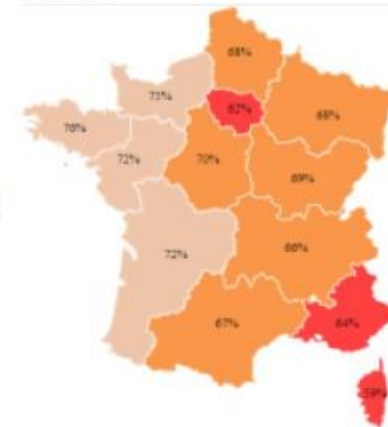
Taux de couverture de la population totale en primo-vaccination au 26/02 par lieu de vaccination



- >84%
- 80% - 84%
- <80%

Couverture vaccinale en rappels

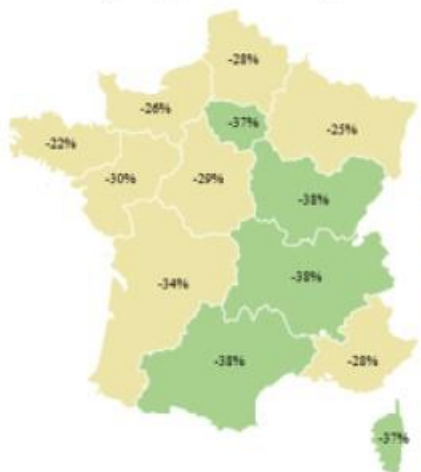
Taux de couverture des 12+ en rappels au 26/02 par lieu d'injection



- >72%
- 66% - 72%
- <66%

Evolution du TI par région

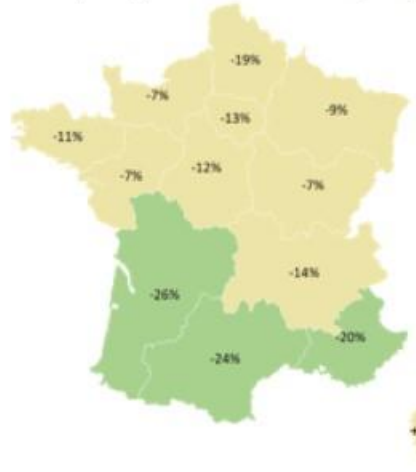
Evolution par rapport à la semaine précédente



- >0
- 0 - (-)35%
- <(-)35%

Evolution du nombre de patients COVID en SC par région

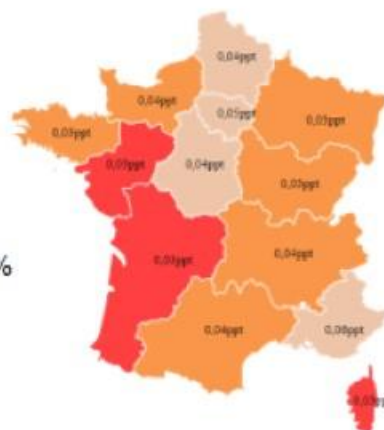
Evolution par rapport aux indicateurs sur 7 jours glissants



- 0%-20%
- 0-20%
- <-20%

Evolution de la couverture en primo-vaccination

Evolution par rapport à la semaine précédente



- >0,04pp
- 0,03 - 0,04pp
- <0,03pp

Evolution de la couverture en rappels

Evolution par rapport à la semaine précédente



- >0,66pp
- 0,55 - 0,66pp
- <0,55pp

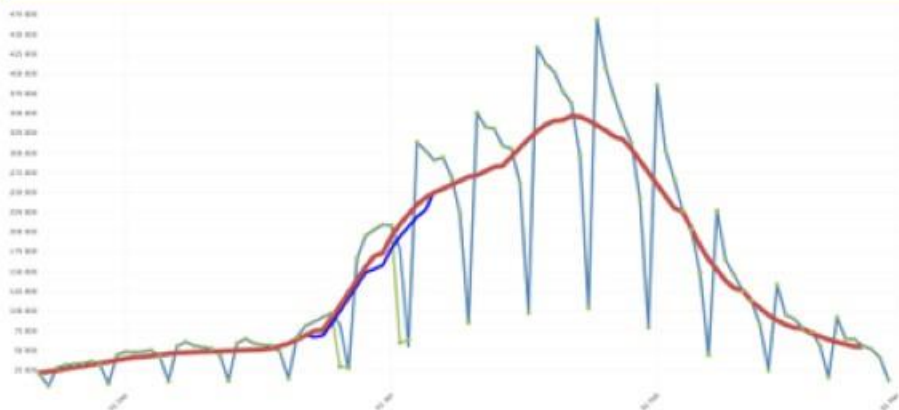
Le taux d'incidence poursuit sa décrue

À noter :

Le nombre de cas quotidiens est de 58 706 en moyenne, en baisse de 30,7% sur 7 jours.

	22 fév	23 fév	24 fév	25 fév	26 fév	27 fév	28 fév
Taux d'incidence / 100K (7 jours glissants) : vs le même jour semaine précédente	845,1 -39,6%	832,7 -29,4%	762,7 -36,8%	719,2 -35,1%	679,5 -33,5%	646,0 -32,0%	612,3 -31,1%
Nombre de cas moyens sur 7j: vs le même jour semaine précédente	81 029 -39,3%	79 837 -39,1%	73 121 -36,6%	68 956 -34,9%	65 144 -33,3%	61 936 -31,8%	58 706 -30,7%
Taux de dépistage / 100K (7 j glissants) : vs le même jour semaine précédente	3 534,8 -28,4%	3 505,4 -28,0%	3 329,6 -25,6%	3 235,2 -23,7%	3 126,8 -22,3%	3 041,0 -20,4%	2 942,6 -19,1%

Nouveaux cas en date de validation (au 28 février)



Données à date de parution (décalage de trois jours : les données du 28 février concernent la semaine du 19 au 25 février).

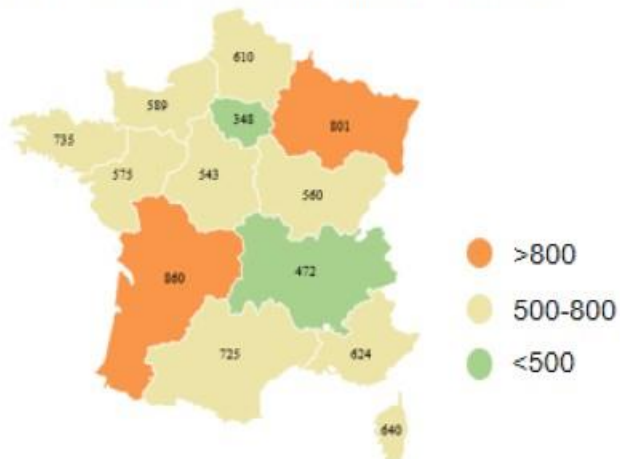
Une baisse du taux d'incidence et des nouveaux cas quotidiens

- Le taux d'incidence s'élève à 612,3/100 000 habitants, (baisse de 31,1%) sur les 7 derniers jours glissants.
- Le taux de positivité est de 20,8% (en baisse de 3,6 points).
- Le taux de dépistage est de 2 942,6 (en baisse de 19,1%).

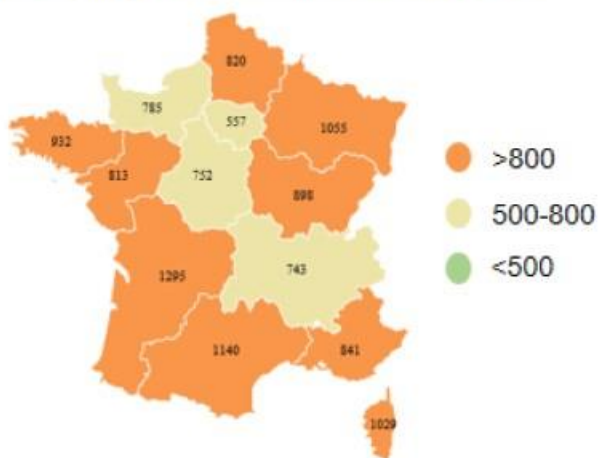
Dans toutes les régions, l'incidence poursuit une décrue cette semaine

Taux d'incidence par région

Indicateurs sur 7 jours glissants sur la semaine du 22 au 28 février

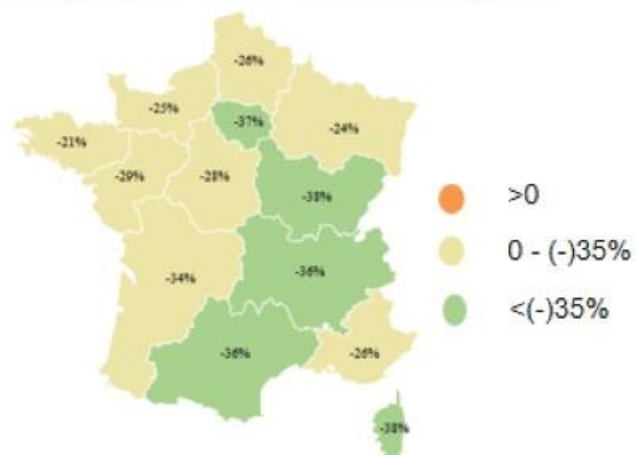


Indicateurs sur 7 jours glissants sur la semaine du 15 au 21 février

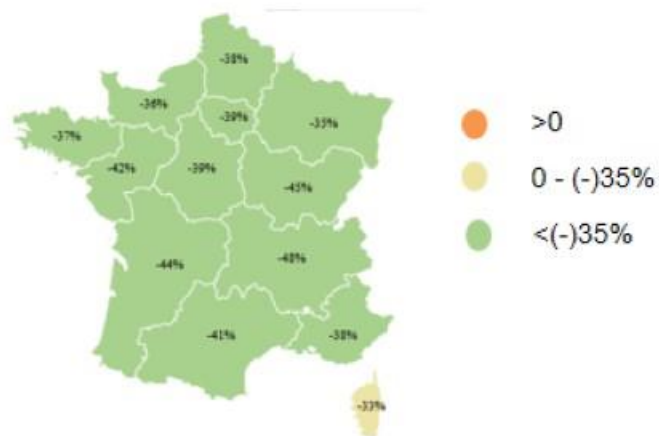


Evolution du TI par région sur 7j

Indicateurs sur 7 jours glissants sur la semaine du 22 au 28 février



Indicateurs sur 7 jours glissants sur la semaine du 15 au 21 février

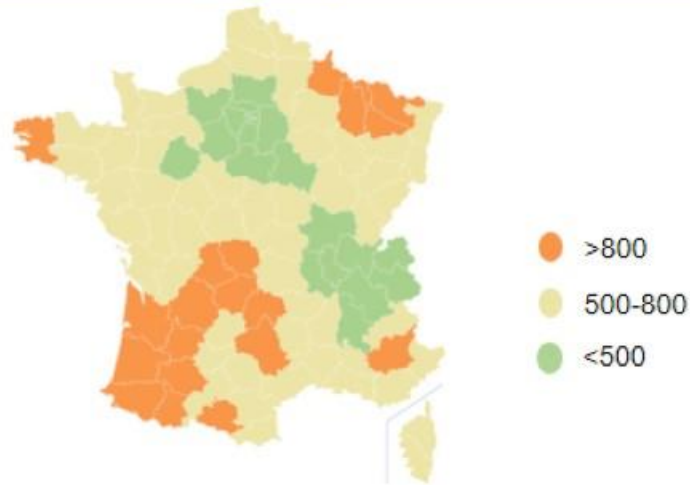


A l'échelle régionale :

- Le TI est supérieur à 800 dans deux régions, la Nouvelle Aquitaine et le Grand Est.
- Dans toutes les régions, le TI diminue. La baisse est particulièrement significative en Corse et en Bourgogne Franche-Comté où elle atteint -38%.
- Depuis deux semaines, le TI en IDF est moins élevé que dans le reste de la France (IDF 348).

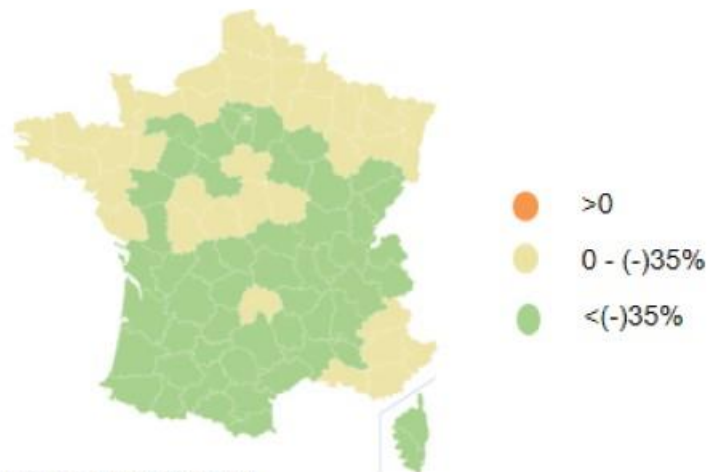
La plupart des départements ont un TI en-dessous de 1 000 et tous connaissent une baisse de l'incidence

TI par département



Indicateurs sur 7 jours glissants sur la semaine du 21 au 27 février

Variation hebdomadaire du TI



Evolution sur 7 jours glissants

A l'échelle départementale :

→ Hormis, les Hautes Pyrénées, la Moselle et les Landes, tous les départements ont un TI inférieur à 1000 cas pour 100 000 habitants, 82 d'entre eux ont un TI inférieur à 850, et 22 d'entre eux ont un TI inférieur à 500.

→ Le TI est en baisse dans tous les départements cette semaine :

- Dans 64 départements, le TI a diminué cette semaine jusqu'à -35%.
- Dans 32 départements, la baisse du TI cette semaine était supérieure à 35% et atteignait -44% en Seine-et-Marne.

→ Tous les départements d'Ile de France présentent un TI en baisse et inférieur à 500. Cependant, cette baisse est à relativiser en raison d'une forte diminution du taux de dépistage. En Seine-St-Denis par exemple, le TI est le plus bas de la métropole (259,1) mais le taux de dépistage est faible et en baisse (2 868,8 ; -28%).

En S07, le taux d'incidence a diminué dans toutes les classes d'âge

À noter :

En S07, le taux d'incidence a diminué dans toutes les classes d'âge. Les baisses les plus fortes étaient de nouveau observées chez les 0-9 ans (664/100 000, -50%) et les 10-19 ans (906, -48%). Le taux d'incidence était supérieur à 1 000 cas pour 100 000 habitants chez les 20-49 ans et atteignait 1 193 chez les 30-39 ans (-40%). Le taux de dépistage était aussi en diminution dans toutes les tranches d'âge. Les baisses les plus fortes étaient observées chez les plus jeunes : -40% chez les 0-9 ans (2 598/100 000) et -33% chez les 10-19 ans (3 529). Les 90 ans et plus avaient le taux le plus élevé (4 999, -21%). Le taux de positivité était également en baisse dans toutes les classes d'âges. Il était le plus élevé chez les 30-39 ans (27,8%, -4,8 points) et le plus bas chez les 80-89 ans (16,9%, -1,9 point). Chez les enfants d'âge scolaire, le taux d'incidence le plus haut était observé chez les 15-18 ans (891, -50%), avec un taux de dépistage de 3 468 (-34%) et un taux de positivité de 26% (-7,8 points).

Évolution du TI par semaine et par classe d'âge depuis la semaine 48

214	227	229	289	712	872	1061	1418	1707	1679	1227	883	90 ans et +
148	154	155	200	636	687	664	864	1002	951	711	526	80-89 ans
224	214	204	253	787	853	761	973	1082	1000	729	540	70-79 ans
314	326	318	399	1076	1187	1096	1345	1400	1194	814	577	60-69 ans
392	432	459	670	1763	2127	2091	2433	2353	1829	1140	741	50-59 ans
550	635	677	981	2288	3087	3525	4377	4154	3014	1682	1013	40-49 ans
631	732	844	1375	2940	3839	4295	5276	4819	3421	1984	1193	30-39 ans
457	553	792	1781	3641	5305	4171	4539	3842	2712	1617	1048	20-29 ans
531	637	670	909	2231	4607	5528	6828	6231	3959	1754	906	10-19 ans
580	637	581	531	1097	2574	4029	4877	4383	2743	1317	664	0-9 ans
450	511	556	839	1933	2869	3116	3754	3476	2458	1371	833	Tous âges
S48	S49	S50	S51*	S52*	S01	S02	S03	S04	S05	S06	S07	



En S07, l'incidence baisse dans toutes les classes d'âge scolaire

Évolution du TI par semaine et par classe d'âge scolaire depuis la semaine 50

533	812	1869	2704	2630	3126	2914	2176	1314	845	18 ans +
533	766	2124	5430	5996	7271	6620	4132	1769	892	15-17 ans
723	741	1831	3846	5754	7443	6938	4401	1912	954	11-14 ans
953	767	1603	3873	5550	6931	6458	4025	1832	919	6-10 ans
466	376	758	2461	4342	4848	4025	2386	1125	537	3-5 ans
211	234	458	897	1546	2014	1822	1306	784	449	0-2 ans
S50	S51	S52	S01	S02	S03	S04	S05	S06		



Caractéristiques du sous lignage BA.2

OMS : COVID-19 Weekly Epidemiological Update. 15/02/2022

Epidémiologie La prévalence BA.2 semble augmenter à la fois dans les pays en déclin des cas d'Omicron et dans les pays en phase de croissance .

Prévalence du BA.2 parmi les cas Omicron Monde : 35,8 % en semaine 7 de 2022 (données GISAID) (26,7% en semaine 7 en France; données Emergen).

Les sujets non vaccinés, infectés par Omicron ne neutralisent pas les autres variants

Transmission BA.2 est plus transmissible que BA.1

- Danemark : BA.2 est 30% plus transmissible que BA.1
- Taux d'attaque secondaire (SAR) – étude de transmission dans des foyers de cas positifs :
 - Danemark - SAR plus élevé pour BA.2 par rapport à BA.1 à 1 (8% vs 6%), 7 (39% vs 29%) et 14 (42% vs 36%) jours de suivi.
 - Royaume-Uni - SAR plus élevé pour le BA.2 (13,4 % ; IC 95 % 10,7 %-16,8 %) par rapport au BA.1 (10,3 % ; IC 95 % 10,1 %-10,4 %).

Gravité de la maladie (*Clinical severity of Omicron sub-lineage BA.2 compared to BA.1 in South Africa. 19/02/2022 [Link](#)*)_Données en vie réelle Afrique du Sud 01/12/2021 - 20 /01/2022. : **Le profil clinique de la maladie causée par BA.1 et BA.2 reste similaire.**

- La probabilité d'hospitalisation ne différait pas entre les infectés par BA.2 et par à BA.1 (ORa= 0,96, IC 95 % 0,85-1,09).
- Parmi les hospitalisés, la probabilité d'une maladie grave ne différait pas entre les infectés par BA.2 et par à BA.1 (Ora= 0,91,IC95 % 0,68-1,22).

Vaccination : au moins aussi efficace pour prévenir l'acquisition de BA.2 et plus efficace pour prévenir la transmission de BA.2 que de BA.1.

- Etude cas-témoins, Royaume-Uni : aucune différence d'efficacité vaccinale contre la maladie symptomatique entre BA.1 et BA.2 a été révélé 25 semaines après D2 : (9 % [IC95 % 7-10] vs 13 % [IC95 % -26-40]) ou deux semaines après rappel (63 % [IC95 % 63-64] vs 70 % [IC95 % 58-79]).
- Transmission Danemark : les cas primaires infectés par BA.2 avec deux doses (OR = 0,60 ; IC à 85 % : 0,42-0,85) et les cas primaires infectés par BA.2 avec rappel (OR = 0,62 ; IC à 95 % : 0,42-0,91) étaient moins susceptibles d'infecter leurs contacts familiaux que les cas primaires infectés BA.1.

Echappement immunitaire (*Antibody Evasion Properties of SARS-CoV-2 Omicron Sublineages. Préprint 09/02/2022*)

- BA.2 présente également une résistance marquée à 17 des 19 anticorps monoclonaux neutralisants testés : **Le sotrovimab, qui avait conservé une activité appréciable contre le BA.1 et le BA.1+R346K, a une activité neutralisante 27 fois plus basse contre le BA.2 par rapport à D614G.** Bebtelovimab semble avoir une activité sur les trois lignées Omicron
- NB le 11/02/2022 Bebtelovimab reçoit autorisation urgence de la FDA Bet24/02/22 : la FDA a limité l'utilisation du Sotrovimab.

BA.3 : Etat des connaissances

Les données afférentes au sous-lignage BA.3 sont encore préliminaires. D'après un [article](#) de fin janvier sur ce dernier, il disposerait de 33 mutations au total. Il partage **dix mutations (A67V, H69del, V70del, T95I, V143del, Y144del, Y145del, N211I, L212del et G446S) de BA.1** et **deux (S371F et D405N) mutations de BA. 2** sur sa protéine de pointe (cf. figure 1). Il est évoqué une possible transmissibilité moindre du fait de la perte de six mutations (ins214EPE, S371L, G496S, T547K, N856K et L981F) de BA.1 ou de l'obtention de deux mutations de BA.2 (S371F et D405N). Cette hypothèse pourrait être cohérente avec une très faible détection à ce stade détaillée ci-après.

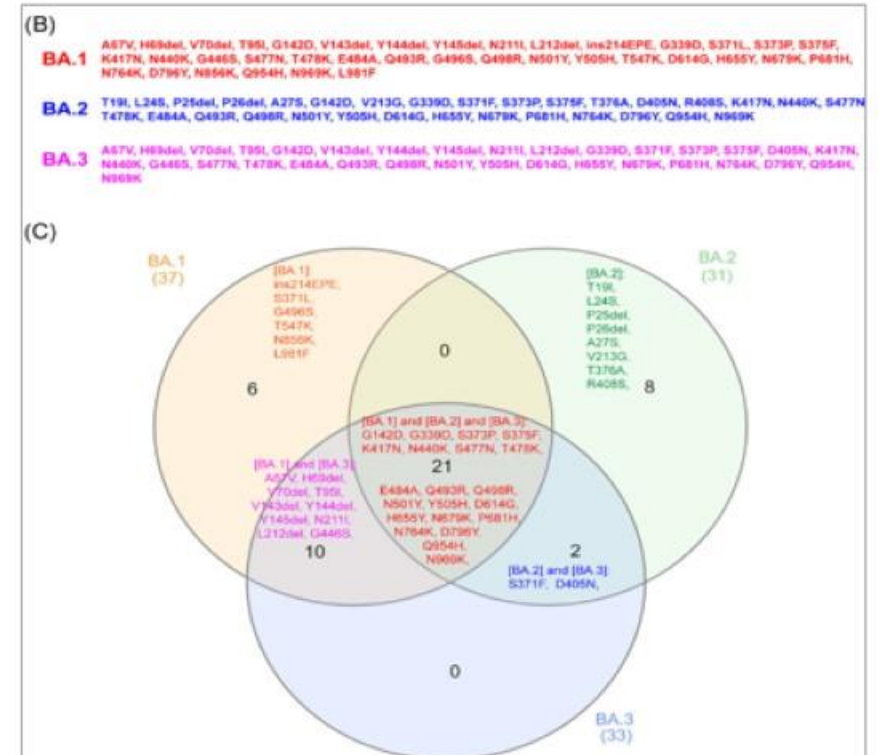
Ces éléments restent cependant à confirmer et donc à prendre avec précaution dans l'attente d'une caractérisation plus précise du sous-lignage en termes de transmissibilité, et d'échappement vaccinal/immunitaire.

Seules 440 séquences correspondant au sous-lignage BA.3 sont disponibles sur la base de données internationale GISAID. **Ces détections sont extrêmement rares**, sauf en Pologne où plusieurs centaines de cas actifs de BA.3 ont été séquencés.

Au total, 14 séquences correspondant à BA.3 ont été identifiées au 21/02 (d'après la base de données EMERGEN), dont deux seulement au cours d'enquêtes Flash. Une part importante de ces 14 séquences BA.3 proviennent d'un même cluster géré par l'ARS Nouvelle-Aquitaine sur un navire en Charente-Maritime.

Avec les connaissances à date sur ce dernier, et à l'image du BA.2, il n'est pas identifié de méthode ou de kit spécifique de criblage permettant de le distinguer des autres sous-lignage. A ce stade, seul la détection par séquençage reste possible et implique dès lors un délai supplémentaire mais incompressible de traitement des prélèvements.

Figure 1 : Comparison of Spike protein mutations of the BA.1, BA.2, and BA.3 lineages in the Omicron variant



Co-infections

- En France, un suivi renforcé des co-infections Delta/Omicron a été mis en place afin de détecter au plus tôt les possibles recombinants.
- Les prélèvements ayant un résultat de criblage C1D1 (présence de la mutation L452R associée à Delta, et d'une des mutations D associées à Omicron), qui sont donc des suspicions de co-infection, font l'objet d'un séquençage systématique.
- Le profil C1D1 en criblage a été identifié majoritairement entre mi-décembre et la mi-janvier, ce qui correspond à la période de co-circulation de Delta et d'Omicron.
- Au 21/02/2021, **59 co-infections Delta/Omicron probables ont été identifiées en France.**

Recombinaisons

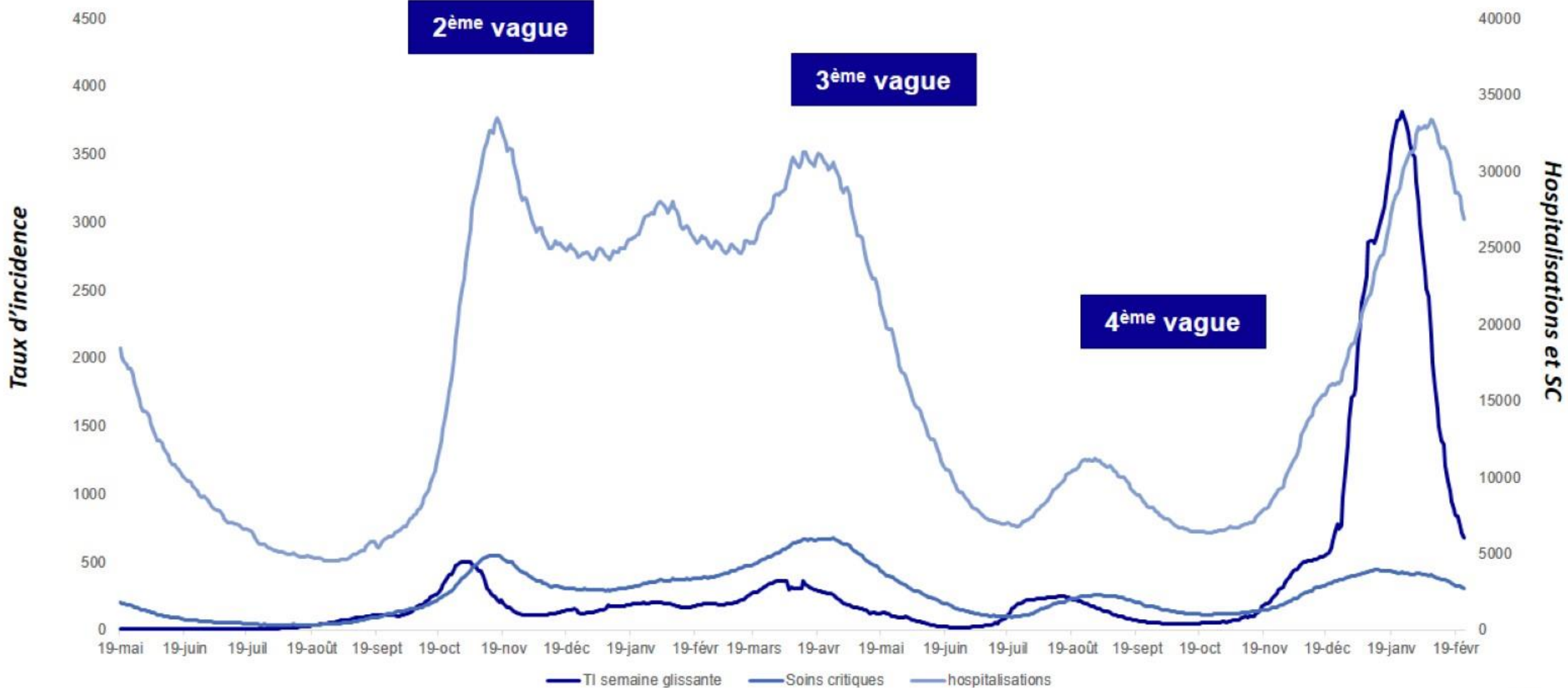
- Depuis le 16/02/2022, les potentiels recombinant Delta/Omicron sont spécifiquement surveillés en France.
- Mi février, à partir de la base de données GISAID, il avait été identifié 4 séquences de France, 4 séquences du Danemark et une séquence des Pays-Bas qui forment une branche phylogénétique à part.
- **Au 21/02/2022 en France, 10 séquences de la base de données EMERGEN portaient les trois mutations évocatrices**, dont 9 ayant été séquencées au cours des enquêtes Flash. Ces prélèvements proviennent de différentes régions et le plus ancien remonte au 17/01.
- La détection au cours d'enquêtes Flash et la dispersion géographique des cas peuvent laisser penser que **ce recombinant circule potentiellement déjà à des niveaux très bas depuis la mi-janvier.**
- Des analyses complémentaires sont en cours au niveau national pour confirmer ces résultats :
 - *In vitro* : un re-séquençage complet doit être réalisé par le CNR sur les 9 séquences identifiées. En parallèle, des prélèvements ont été mis en culture pour procéder à la validation et à la caractérisation de ce recombinant. Le temps pour obtenir les résultats dépendra, entre autres, de la difficulté à cultiver ces souches.
 - *In vivo* : les cellules régionales de Santé publique France mènent des investigations sur les cas identifiés afin d'identifier au mieux l'impact de ce recombinant. Il est difficile de prédire quelles seront leurs caractéristiques par rapport aux variants dont ils sont issus, et donc leur impact en santé publique. Cependant, **actuellement aucune information quant à une gravité particulière des cas n'a été rapportée.**
- Ces résultats confirmeraient l'hypothèse de janvier de SpF décrivant un variant Delta ayant acquis des mutations portées par Omicron.

Plusieurs suspicions de recombinants Delta/Omicron ont été rapportées récemment à l'international, notamment aux Etats-Unis, au Danemark, ou en Australie, et d'autres sont en cours d'investigation.

Au Royaume-Uni, 34 séquences assimilées à une recombinaison AY4.2.2 et BA.1.1 avaient été identifiées au 14 février 2022. Aucune autre information n'était à ce jour publiée par l'UKHSA.

Impact de l'incidence sur les hospitalisations et les soins critiques

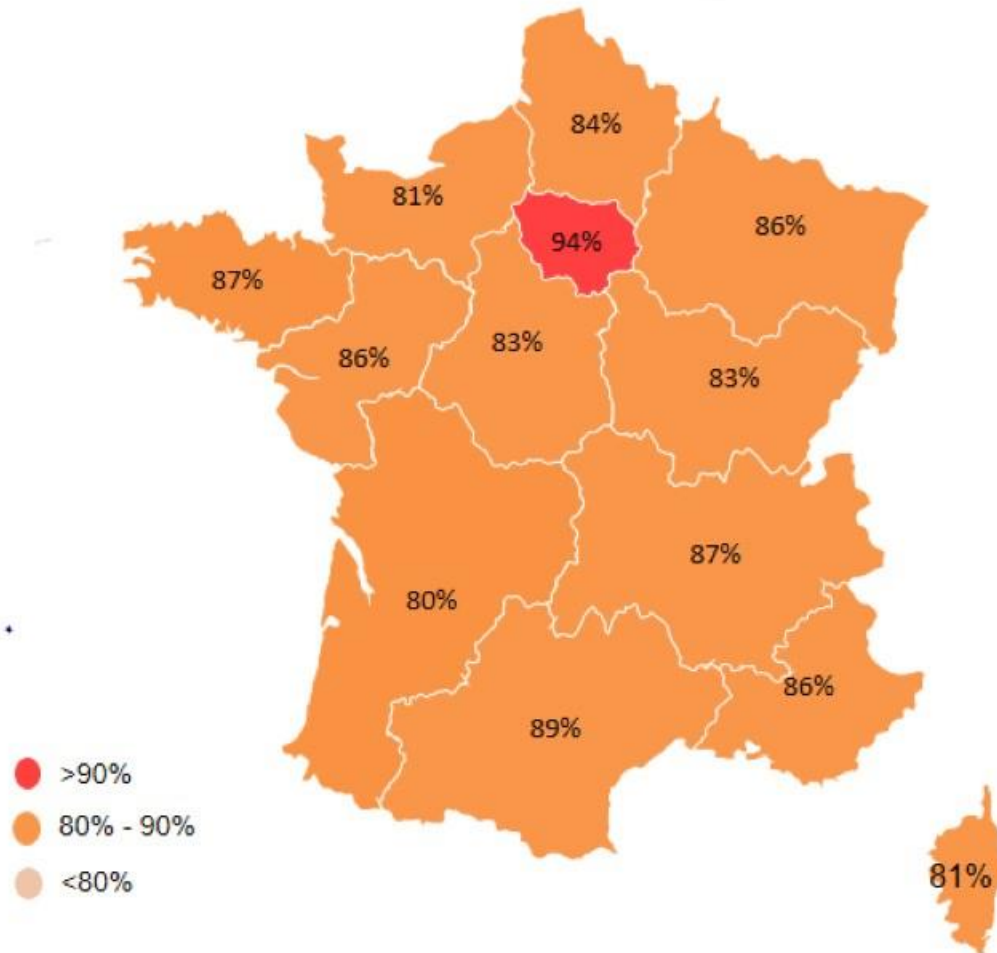
France entière



Le nombre de patients COVID en réanimation est en nette baisse et désormais, seule l'IDF a un TO supérieur à 90%

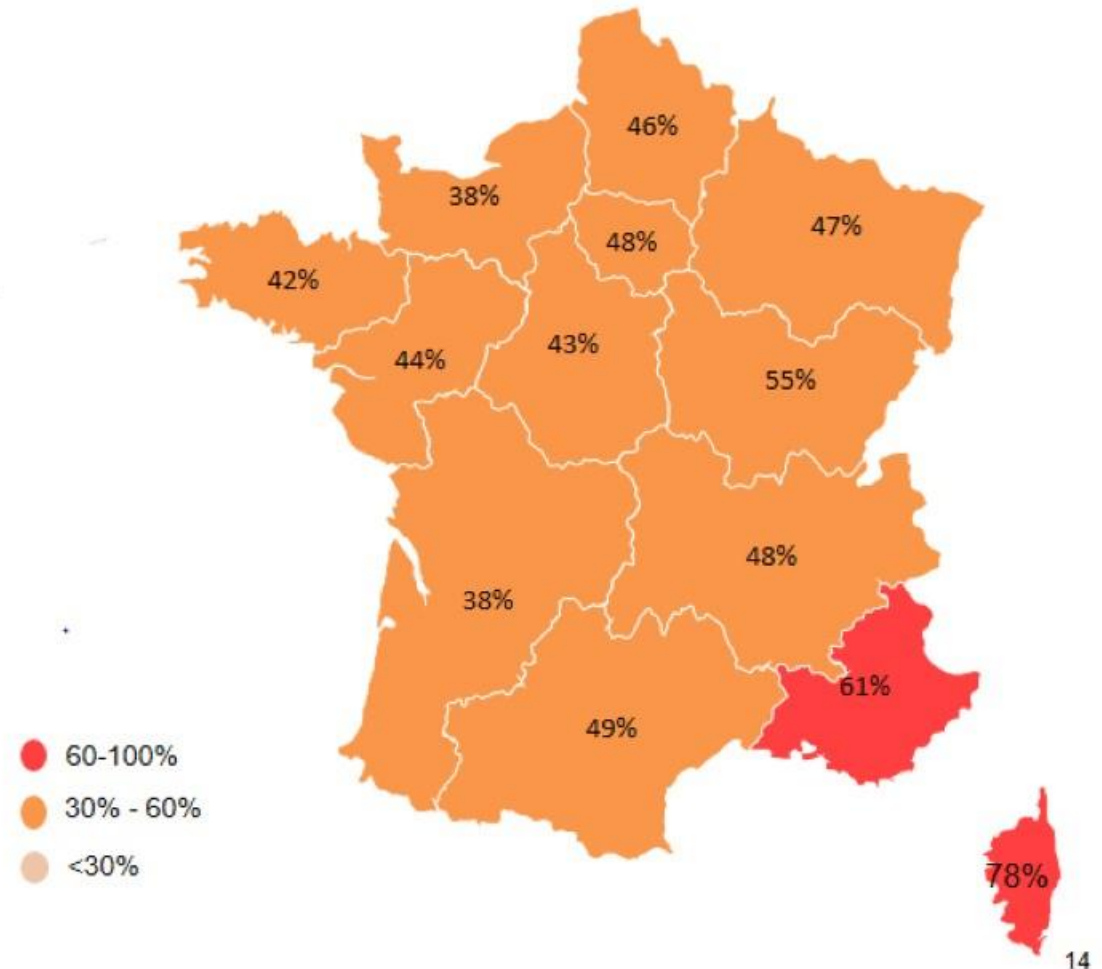
Taux d'occupation en réanimation

Le taux d'occupation (TO) des lits par les patients COVID et non COVID était de 87% des capacités déployées.



Indicateur de tension COVID

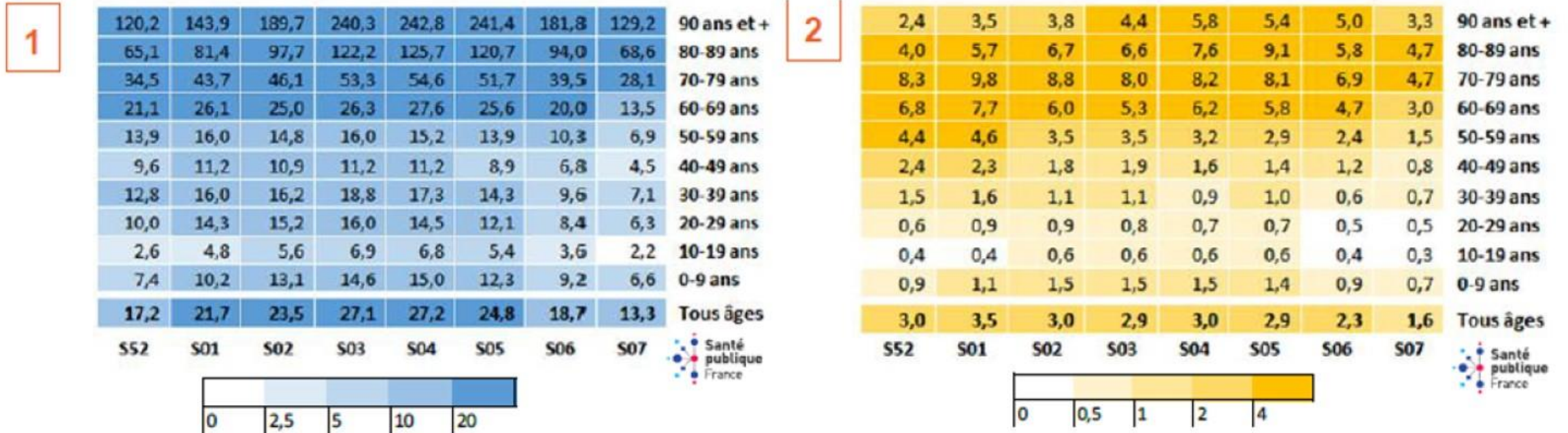
La tension COVID hospitalière au niveau métropolitain est de 48%



En S07, les taux hebdomadaires de nouvelles hospitalisations étaient en diminution dans toutes les classes d'âge sauf chez les 20-39 ans

En S07, les taux hebdomadaires de nouvelles hospitalisations et de nouvelles admissions en soins critiques étaient en diminution dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 20-39 ans où les taux de nouvelles admissions en soins critiques étaient stables.

Taux hebdomadaire de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés (1) et de nouvelles admissions en services de soins critiques (2) pour 100 000 habitants, par classe d'âge, de S52-2021 à S07-2022, France



Evolution du nombre de patients COVID en hospitalisation conventionnelle

France entière

Patients porteurs du SRAS-CoV-2 pris en charge en hospitalisation conventionnelle au 28/02 : 13 676
Patients pris en charge pour COVID : 9 796

Pics épidémiques en hospitalisation conventionnelle sur la période :

- le 14/04/2020 : 20 704 patients COVID+ en hospitalisation conventionnelle ;
- le 12/11/2020 : 20 730 patients COVID+ en hospitalisation conventionnelle ;
- le 02/02/2021 : 15 235 patients COVID+ en hospitalisation conventionnelle ;
- le 07/04/2021 : 17 408 patients COVID+ en hospitalisation conventionnelle ;
- le 25/08/2021 : 6 068 patients COVID+ en hospitalisation conventionnelle.

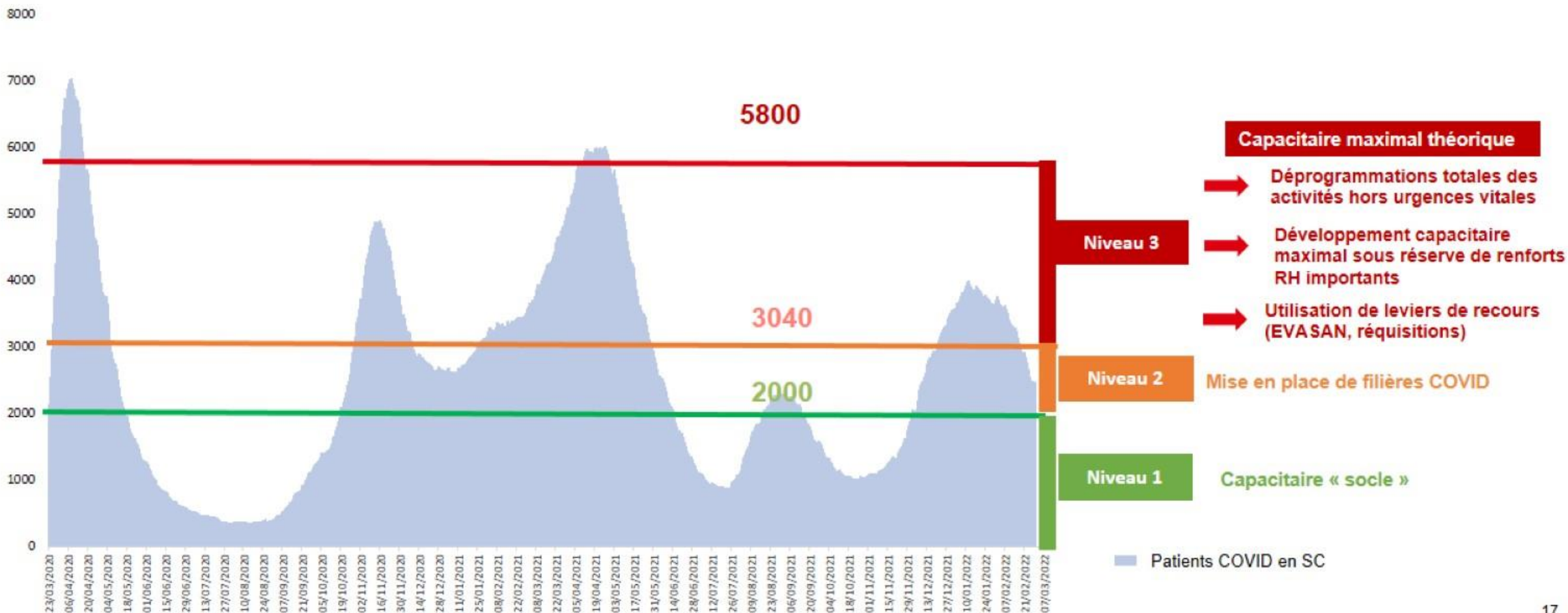


Au 28 février 2 459 patients COVID+ sont hospitalisés en soins critiques

France entière

Au 28 février 2 459 patients COVID+ sont pris en charge en soins critiques ce jour en France entière. Le nombre de patients COVID en soins critiques poursuit sa baisse puisqu'il était de 3987 le 12 janvier. Nous sommes désormais au niveau 2 des seuils capacitaire et nous rapprochons de notre niveau 1 correspondant au capacitaire socle.

Du 21 février 2022 au 28 février 2022, ont été déclarés : 911 admissions en services de soins critiques, soit - 30%. 77% de ces patients étaient hospitalisés pour le traitement de la COVID-19.



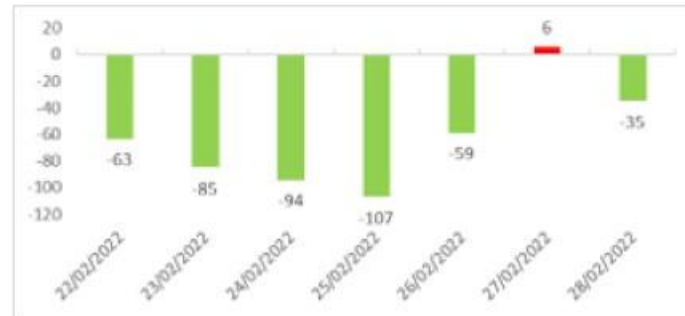
Au niveau métropolitain, le nombre de patients COVID en soins critiques et en hospitalisations conventionnelles est en nette baisse

Au 28 février, en France métropolitaine, **2 347 patients COVID+** sont pris en charge en soins critiques

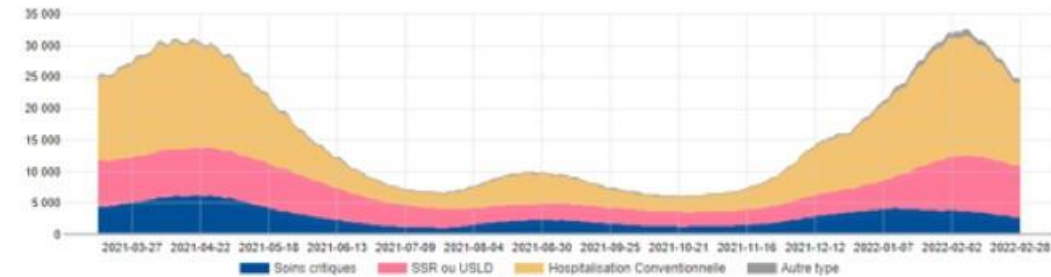
Evolution hebdomadaire



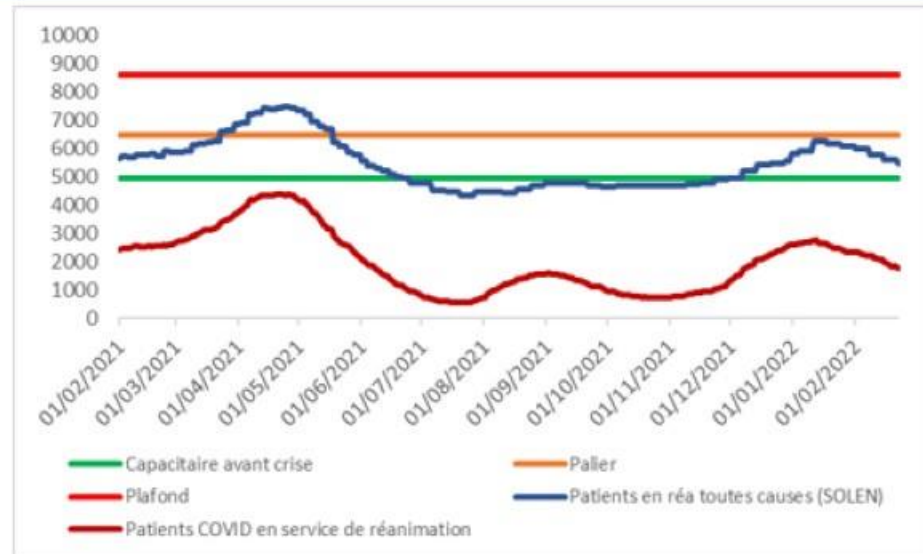
Evolution quotidienne



Evolution du nombre de patients en hospitalisations conventionnelles et en soins critiques



Evolution du nombre de patients en réanimation et seuils capacitaires



Projections Pasteur

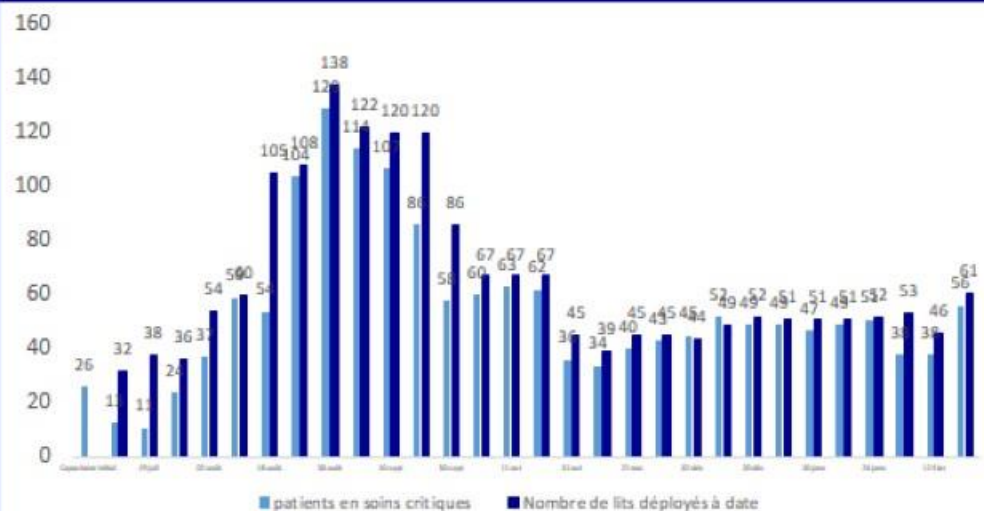
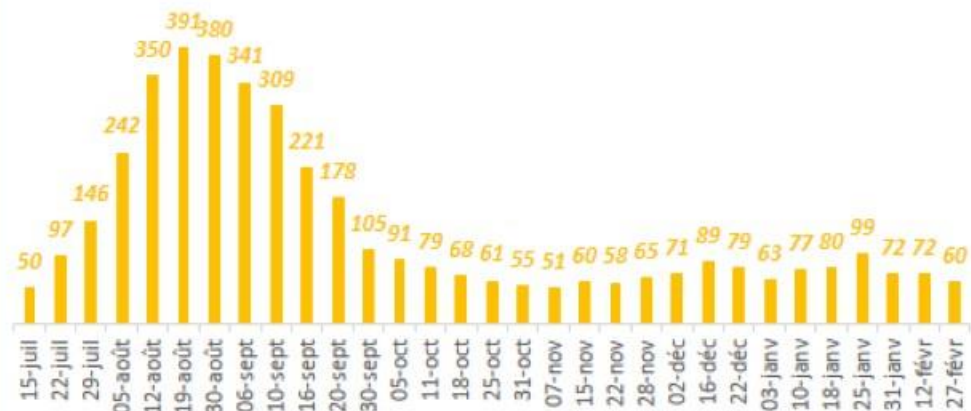


Soins critiques	projections non corrigées		Projections ajustées au delta initial	
	07/03/2022	16/03/2022	07/03/2022	16/03/2022
Hospit. Conv.	1582	1108	11 069	8569
	8638	6138		

En Martinique, détente sur le secteur COVID mais tension hospitalière forte liée aux retards de prise en charge accumulés depuis l'été 2021



Hospitalisations conventionnelles



La tension COVID à l'hôpital a fortement diminué depuis quelques semaines, notamment en soins critiques. Un point de vigilance est émis par l'ARS concernant la forte augmentation du nombre de patients poly-traumatiques se présentant aux urgences avec une infection à la COVID et pour lesquels la prise en charge est particulièrement lourde. De même, il convient de rester vigilant compte-tenu d'un phénomène d'absentéisme très marqué, de l'épuisement du personnel, du climat social toujours tendu ainsi que de la période carnavalesque.



Le capacitaire du CHU de Martinique est adapté au plus juste du besoin afin de dégager du personnel et permettre une reprise de l'activité médico-chirurgicale non-COVID. Néanmoins, l'hôpital est confronté au départ de nombreux personnels médicaux, à un absentéisme croissant dans les services supports ainsi qu'à des difficultés informatiques qui congestionnent les urgences et entraînent un retard de prise en charge et orientations des patients.

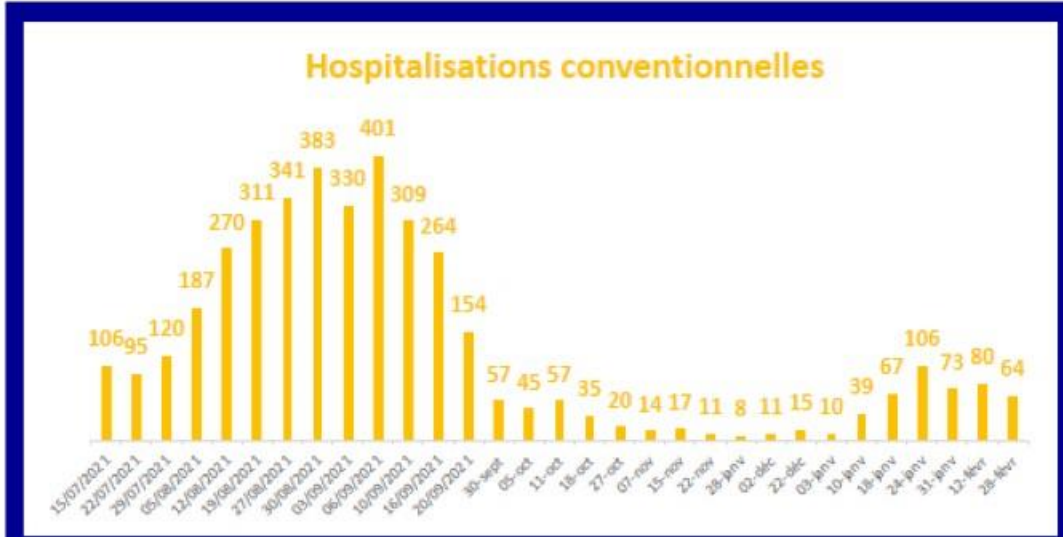


Les établissements périphériques du territoire sont pleinement mobilisés pour la prise en charge de patients dans des lits d'aval de médecine COVID et médecine polyvalente. Environ 250 patients COVID sont toujours pris en charge à domicile, et l'ARS travaille à l'augmentation des amplitudes horaires de la régulation libérale et de la maison médicale de garde pour limiter l'affluence aux urgences. Néanmoins, des perturbations de l'activité sont à prévoir pendant la semaine 8 compte-tenu de la fermeture de plusieurs structures d'offre de soin en période de carnaval.

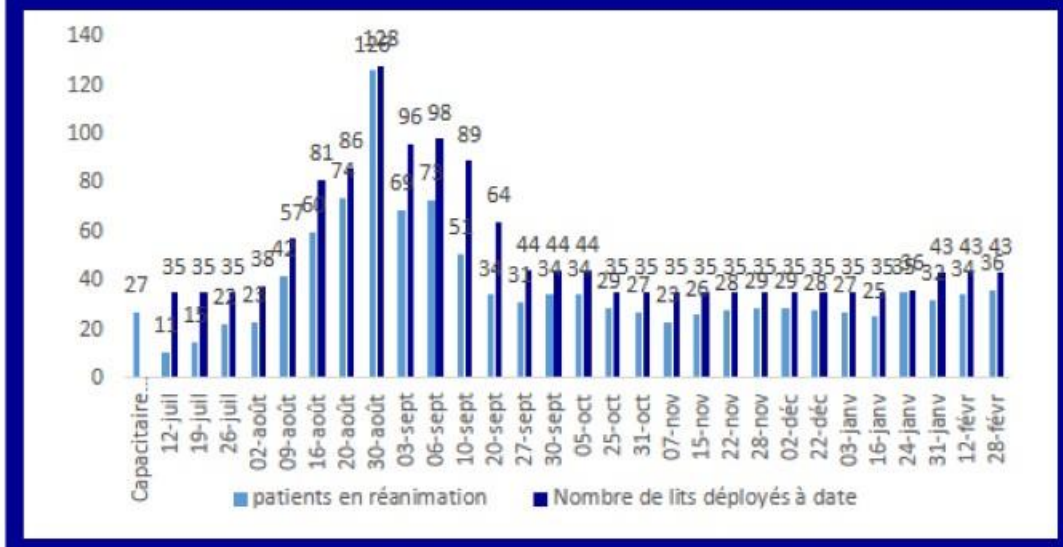


La stratégie retenue est celle d'une diminution progressive du soutien national afin d'accompagner le CHU dans sa reprise d'activité non-COVID. A ce titre, les 60 Réservistes sanitaires déployés sur le territoire jusqu'au 28 février seront remplacés par une rotation de 47 professionnels de santé dont la grande majorité seront affectés à la prise en charge des patients en médecine COVID.

En Guadeloupe, tension hospitalière marquée par un nombre important de patients COVID, notamment en soins critiques



La tension hospitalière qui avait fortement augmenté au mois de janvier s'est stabilisée à un niveau haut depuis deux semaines. Compte-tenu de la dynamique épidémiologique favorable, une tendance à la baisse, notamment dans le secteur de la réanimation COVID, devrait être observée dans les prochains jours.

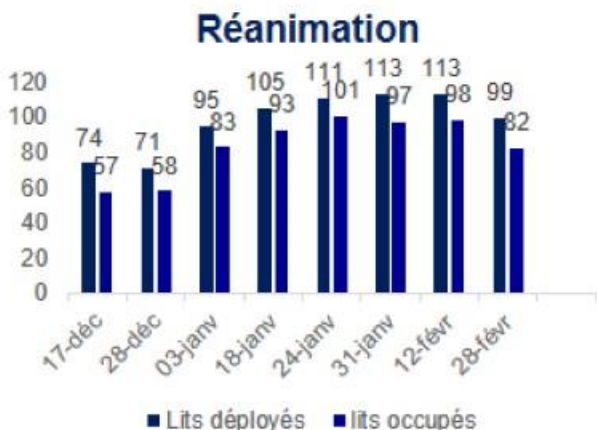
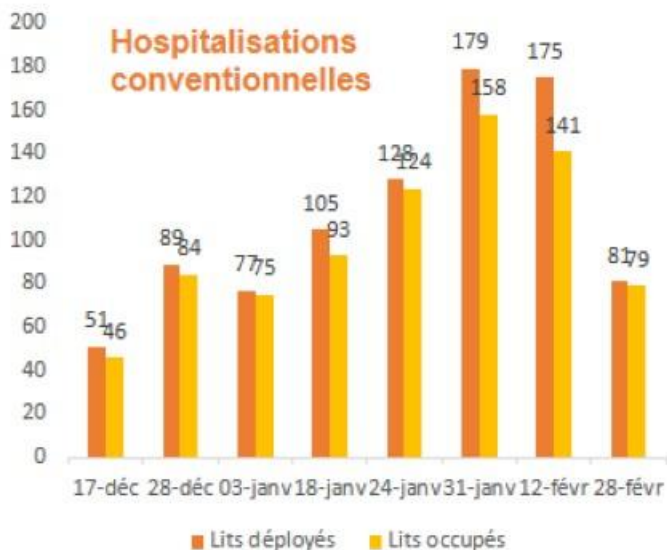


Les effectifs de renforts nationaux sont en baisse sur le mois de février. A compter du 3 mars, seuls cinq personnels soignants de la Réserve sanitaire seront mobilisés en Guadeloupe, notamment sur les profils réanimatoires pour soutenir le capacitaire en cas de nécessité tout en permettant une reprise de l'activité déprogrammée.

A la Réunion, dynamique épidémique favorable et pression hospitalière à la baisse



On note une légère recrudescence du taux de positivité (+3% sur 7 jours glissants), qui s'inscrit dans un contexte de diminution de tous les autres indicateurs de pression épidémique. Une veille active est maintenue sur ces indicateurs. Le TI est à 1 166,3 en baisse de 28% par rapport à la semaine précédente. Cette dynamique baissière concerne toutes les classes d'âge. On note cependant une baisse de l'activité de dépistage, notamment impactée par deux épisodes cycloniques intenses –Batsirai et Emnati, survenus respectivement les 3 et 18 février.



Le nombre de patients Covid+ hospitalisés poursuit sa diminution en médecine Covid et est également en baisse sur les 2 dernières semaines. Le territoire recense une diminution du nombre d'admissions journalières et des durées moyennes de séjour en réanimation et en HC Covid à La Réunion.

Dans ce contexte, le territoire a engagé un désarmement progressif des lits de réanimation (113 lits armés en semaine 7 à 99 lits armés en fin de semaine 8) et une levée des plans blancs (à compter du 25/02). Cette réorganisation à l'hôpital permettra au territoire de reprogrammer progressivement l'activité des blocs opératoires. Le désarmement de lits concerne aussi la HC Covid.



Un total de 12 renforts civils sont présents jusqu'au 4 mars sur le territoire. Compte-tenu de la situation sanitaire favorable à La Réunion, le territoire suspend jusqu'à nouvel ordre ses demandes de renforts auprès de la Réserve Sanitaire.



De plus, l'alerte du MMR 5 lits (dont le délai avait été allongé à 72h en semaine 7) est levée à La Réunion dès cette fin de semaine 8. Le MSS n'identifie pas, pour les prochaines semaines, de besoin d'appui MMR dans les Outre-mer qui l'amènerait à réitérer une demande de concours.

Le territoire prévoit de procéder à un allègement suivant le calendrier suivant :

Au 28 février : suppression du couvre-feu, levée des jauges dans les ERP ; le télétravail ne sera plus obligatoire ; levée de l'obligation du port du masque en extérieur, levée de la limitation des tablées à 6 personnes ; levée des restrictions de rassemblements dans l'espace public ; passage du protocole dans les établissements du 1^{er} degré du niveau 3 au niveau 2.

A partir du 14 mars, et éventuellement en allègement par phase : réouverture des discothèques ; autorisation des concerts debout ; autorisation de la consommation debout dans les bars, cafés et restaurants ; levée de l'interdiction des moments de convivialité dans les ERP et entreprises ; fin de l'interdiction des activités de danse dans les ERP ; levée de l'obligation du port du masque dans tous les ERP soumis au passe vaccinal ; retour des escales de bateaux de croisière (à compter du 28 mars).

A Mayotte : circulation virale maîtrisée

Les indicateurs épidémiologiques sont en forte baisse depuis 1 mois. Le Ti est à 10,4 en baisse de 40,6% par rapport à la semaine précédente.

Le territoire a désactivé le plan blanc du CHM compte-tenu de la dynamique observée. La réanimation n'est pas en tension.

Un nombre important de réservistes sanitaires (N=31) reste déployé jusqu'au 14 mars pour un appui Covid (vaccination, et au laboratoire du CHM), ainsi que pour l'épidémie de gale. En outre, le territoire a effectué une expression de besoin auprès de Santé Publique France pour un renfort au niveau du service de néo-natalité et pédiatrie du CHM (4 pédiatres, 10 sages-femmes et 18 IDE puéricultrices).

Mesures de gestion

Compte-tenu de la situation sanitaire, le calendrier d'allègement des mesures acté au niveau national sera suivi à Mayotte, territoire en état d'urgence sanitaire depuis le 6 janvier 2022.

Le Préfet de Mayotte a décidé d'un allègement des mesures dès le 16 février : levée des jauges dans les établissements accueillant du public ; interdiction des rassemblements de plus de 10 personnes dans l'espace public, y compris les manzarakas et les voulés (sauf évènement dûment autorisé par la préfecture et appliquant le passe sanitaire).

Les organisateurs doivent adresser une déclaration au moins 10 jours avant l'évènement aux services de la préfecture ; fin de l'interdiction de diffusion de musique amplifiée dans l'espace public ; la consommation debout sera de nouveau autorisée dans les cafés et les bars ; les discothèques, fermées depuis le 10 décembre, pourront rouvrir dans le respect du protocole sanitaire ; les concerts debout pourront reprendre à compter du 16 février dans le respect du protocole sanitaire.



En Guyane, nette amélioration de la situation épidémiologique et de la tension hospitalière



Situation épidémiologique

Depuis 5 semaines consécutives, le taux d'incidence est en net recul : il a été divisé par deux chaque semaine depuis plus d'un mois. Il s'élève à 59,5 cas pour 100 000 habitants le 28/02 et le R effectif est stable et bas (0,40).

La prise en charge des tests de dépistage est effective jusqu'à la fin de l'Etat d'Urgence Sanitaire ou le 31/03/2022.

La grippe est en phase épidémique sur le territoire depuis la semaine 5.

Suivi de la situation hospitalière

Les indicateurs de prise en charge hospitalière (passages aux urgences, hospitalisations conventionnelles et admissions en réanimation) **sont en diminution traduisant la baisse des contaminations observées depuis début janvier.**

Le nombre de décès hebdomadaire demeure faible malgré une légère augmentation en semaine 7.

Mesures de freinage

Là où elles s'appliquaient, les mesures de couvre-feu ont été progressivement levées dans les communes, en tenant compte des disparités infrarégionales en termes de pression épidémique et hospitalière.

Le 4 février, le CF est levé pour 7 communes ; le 12 février le CF est levé dans 8 autres communes ; et le 22 février il est levé à Kourou et Macouria qui étaient les deux dernières communes sous CF.

Au vu de l'amélioration de la situation sanitaire et hospitalière, la levée de l'EUS peut être envisagée pour le début du mois de mars.

Polynésie Française : début d'amélioration de la situation sanitaire avec toujours un impact modéré sur l'hôpital



Baisse du nombre de cas actifs : 3 626 cas actifs de COVID-19. Le pic épidémique semble avoir été atteint en fin de semaine dernière (semaine 7).
Le territoire dénombre de nombreuses hospitalisations avec COVID (et non pas pour COVID), ce qui témoigne toujours d'une forte circulation virale.
La situation dans les îles éloignées n'appelle pas de vigilance particulière et les quelques cas détectés sont bien maîtrisés à l'échelle locale (dispensaire de santé et cellule de crise communale).
Une enquête de séroprévalence a par ailleurs été menée par l'Institut Louis Malardé sur la population de Tahiti : 95% des échantillons prélevés présentaient des anticorps soit par infection au COVID-19 soit par vaccination.



Légère augmentation du nombre d'hospitalisations pour COVID au CHPF (+2 en 48h dont 1 patient en réanimation COVID), ce qui témoigne d'une nécessaire prudence quant à l'analyse des indicateurs, et ne permet pas de conclure pour le moment à l'atteint du pic, du moins hospitalier.
A ces chiffres s'ajoutent 54 patients COVID dont 2 en réanimation mais hospitalisés au CHPF pour d'autres pathologies. L'hôpital a élaboré un plan de montée en charge pour augmenter le capacitaire hospitalier à 24 lits de réanimation COVID et à 25 lits en médecine COVID non réanimatoire (le capacitaire initial en secteur COVID est de 18 lits de réanimation lourde et de 6 lits de surveillance continue de réanimation).
L'hôpital a également travaillé sur les 2 axes suivants avec l'ARASS pour faire face à une forte activité : **dérogation d'isolement pour les agents positifs au COVID asymptomatiques et coopération avec les autres structures de santé** (CH périphériques, cliniques et SSR) **pour un délestage et pour éviter au maximum les déprogrammations.**



Le passe vaccinal a remplacé le passe sanitaire depuis le 08/02 et s'applique dans le même périmètre que le passe sanitaire qui avait été mis en place dès le 22/11/21. Le passe sanitaire est en revanche maintenu pour les visites dans les structures de santé et centres de soins.
La loi sur l'obligation vaccinale pour certaines professions, principalement pour les personnes en contact avec le public, est applicable sur le territoire depuis le 23/12 et l'entrée en vigueur des sanctions est mise en place depuis le 23/01/22.



Le territoire a transmis plusieurs expressions de besoins en médicaments (Evusheld, Xevudy et Paxlovid). Une première dotation d'Evusheld a été envoyée au CHPF et les autres demandes sont en cours de traitement par le CCS.
Le territoire a par ailleurs transmis une demande en vaccin Novavax et un premier envoi de 10 000 doses (1 000 flacons) est prévu prochainement.

Nouvelle Calédonie : ralentissement de la circulation virale – impact hospitalier léger mais à surveiller



Le nombre de nouvelles contaminations quotidiennes demeure élevé mais diminue ostensiblement (686 nouveaux cas au cours des dernières 24h), **ce qui se traduit par une décreue des indicateurs épidémiologiques avec un taux d'incidence de 2 173/100.000 habitants** au 25/02, soit -69% sur 7 jours glissants. **Le taux de dépistage (5 525/100 000 hbts) est en nette diminution** (-30% sur 7 jours glissants), **tandis que le taux de positivité demeure élevé (42%) mais est néanmoins en baisse** (-6 points par rapport à la semaine précédente).

La prévalence de la circulation Omicron est confirmée avec près de 100% de cas contaminés par ce variant.



La fin de la prise en charge des tests pour « convenance personnelles » depuis le 1er février pour tous contribue à la baisse du nombre de tests (-28% sur 7 jours glissants) et impacte le taux de positivité.

Est observé un léger impact hospitalier en réanimation (6 patients COVID en réanimation au 28/02), peu significatif compte-tenu du faible nombre de patients concernés. La capacité d'accueil en réanimation est actuellement de 20 lits COVID et non-COVID avec possibilité de monter jusqu'à 25 lits (réorganisation nécessaires au-delà). Pour rappel, le territoire était monté lors de la précédente vague à 42 lits sans renforts et 71 lits avec près de 300 renforts.

Après une hausse notable des hospitalisations en médecine COVID, impliquant une réorganisation de l'offre de soins pour assurer la continuité des prises en charge (ouverture de lits médecine), **les données sont à nouveau à la baisse (32 patients hospitalisés en unité COVID)**. L'aggravation de la situation supposerait l'ouverture d'une seconde unité COVID au CHT, induisant *de facto* des déprogrammations.

Les travaux de modélisation du territoire, transmis le 24/02, prévoient une décreue progressive du nombre quotidien de nouveaux cas COVID, avec un point de vigilance quant à la rentrée scolaire. **Le pic du nombre quotidien de patients COVID nécessitant une hospitalisation devrait être atteint dans les jours à venir**

La déclaration de l'EUS le 03/02 n'a engendré aucune mesure de freinage de la part du territoire. Le couvre-feu n'est pas mis en place et peu de mesures de gestion s'appliquent sur place. A titre d'exemple et en dépit de l'évolution de la situation épidémiologique, **les discothèques sont actuellement ouvertes** (ouverture conditionnée à la mise en place de jauges, protocoles et passe sanitaire).

Néanmoins, le territoire estime que même si les tendances sont favorables, il est trop tôt pour lever les mesures de freinage en vigueur, qui sont ainsi prolongées pour 15 jours supplémentaires.

Le territoire réitère son souhait de supprimer la septaine prophylactique à l'arrivée des voyageurs (mais maintient le test à J2), et estime que l'obligation vaccinale des voyageurs entrants – sans doute bientôt injustifiable compte tenu de l'abrogation de l'obligation vaccinale en population générale – doit être harmonisée avec les réglementations en vigueur dans les autres pays de la zone et intégrer le risque de formes sévères pour les voyageurs non-vaccinés.

Le congrès a adopté le 24/02 une délibération actant l'abrogation de l'obligation vaccinale en population générale. Cette décision pourrait entraîner des évolutions en Nouvelle-Calédonie concernant la mise en place du passe vaccinal, que les autorités calédoniennes n'avaient jusqu'alors pas l'intention de mettre en place compte tenu de l'obligation vaccinale.



Saint-Pierre-et-Miquelon : baisse de la circulation virale – pas d’impact hospitalier



La situation sanitaire semble s’améliorer avec une diminution du nombre de cas actifs sur l’archipel (19 nouveaux cas cette semaine vs. 29 nouveaux cas vendredi dernier) et un taux d’incidence en constante diminution (**305/100.000 habitants** à date). Il n’y a aucun cas actif à Miquelon. Le niveau de dépistage diminue en raison du faible niveau de personnes contaminées.

Des contaminations dues au relâchement des gestes barrières et un transfert de classes d’âge. Les contaminations se concentrent désormais moins sur les enfants mais davantage parmi les tranches d’âge les plus élevées, phénomène dû à une contamination adulte en milieu professionnel et lié à un relâchement important en population générale des gestes barrières. **4 cas actifs ont plus de 65 ans** (dont deux présentent des facteurs de risque) mais il n’y a aucun signe de détérioration. Il est nécessaire de faire preuve de vigilance sur le risque de transfert de classes d’âge sur des populations âgées et non vaccinées.

La moindre adhésion de la population aux restrictions sanitaires (port du masque, isolement, dépistage) s’explique par une lassitude de la population et par l’influence des règles d’assouplissement au Canada (probable levée des gestes barrières à la mi-mars). Pour faire face au désinvestissement des habitants envers les gestes barrières, le territoire maintient ses dispositifs de communication et des démarches personnalisées de sensibilisation.

Le territoire ne déplore aucun patient hospitalisé en unité de soins COVID ni de passage aux urgences pour raison COVID. Il n’y a plus de tensions sur les effectifs et sur l’activité hospitalière dues à l’absentéisme des professionnels soignants. Un réserviste sanitaire au profil IDE est toujours déployé sur l’hôpital.

Le capacitaire hospitalier s’élève à 2 lits de réanimation et 1 lit conventionnel COVID, avec une possibilité de monter à 25 lits COVID en cas de déclenchement du Plan Rebond.

Le territoire a reçu ou recevra prochainement les anticorps monoclonaux EVUSHELD et XEVUDY.

Le périmètre d’application du passe sanitaire mis en place depuis le 12/01 sur l’archipel a été assoupli puisqu’il s’applique depuis le 04/02 aux structures de santé (ES et ESMS). Cette décision est contrebalancée selon le préfet par un renforcement des mesures (distributeurs de gel hydro-alcoolique dans plusieurs lieux...) et une intensification des contrôles déjà réalisés et ciblés en cas de relâchement des gestes barrières de la part de la population, qui n’ont pas l’air de porter leurs fruits.

Le territoire souhaiterait maintenir le port du masque en intérieur jusqu’au 7 mars, date de rentrée scolaire. Cependant, le changement protocolaire à venir en métropole (levée du port du masque dans les ERP soumis à passe vaccinal à compter du 28 février) contraste avec cette volonté, compte tenu qu’aucun ERP à Saint-Pierre-et-Miquelon n’est soumis à la présentation du passe vaccinal ni sanitaire, ce qui peut nourrir une incompréhension de la part de la population.

Le territoire va entamer des travaux sur une éventuelle sortie de crise afin d’adapter le fonctionnement et l’organisation du territoire dans un contexte de situation virale maîtrisée et de se préparer à l’éventualité d’un rebond épidémique, sur la base de pistes de réflexion octroyées par le CSS qui accompagnera le territoire dans ses démarches.



Wallis et Futuna : Un territoire toujours « Covid-free »



A ce jour, **aucun cas positif n'a été identifié depuis le 26 avril 2021**. Les autorités locales se préparent toujours à prendre les mesures adéquates dès la détection d'un éventuel premier cas COVID sur le territoire (organisation sanitaire, dépistage, mesures de freinage).

Les premiers vols avec passagers de Nouméa à Wallis ont repris le 18 novembre 2021 avec un vol par semaine (60 à 80 passagers sur chaque vol).

Un **protocole sanitaire très strict est respecté pour ces passagers** avec l'obligation d'un isolement en SAS hôtelier (7 jours pour les vaccinés ; 14 jours pour les non-vaccinés et avec toute une batterie de tests selon le statut vaccinal) avant le départ à Nouméa puis pendant 3 jours après l'arrivée à Wallis, jusqu'à l'obtention d'un résultat négatif au test effectué à J3.



La gestion des SAS est devenue complexe au regard de la dégradation de la situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie, puisque de nombreux voyageurs sont testés positifs avant et pendant l'isolement dans le SAS à Nouméa. Le mécontentement de la population vis-à-vis du maintien de la fermeture du territoire et des contraintes liées au SAS hôtelier se fait de plus en plus ressentir. **Un allègement du protocole sanitaire sera envisagé et proposé au COMIS quand les indicateurs épidémiologiques et hospitaliers s'amélioreront en Nouvelle-Calédonie.**



Les évacuations sanitaires se poursuivent toutes les semaines et concernent un flux constant de 15 à 25 patients hebdomadaires (urgences et malades chroniques). Cependant, le faible nombre de rotations aériennes Nouméa<>Wallis limite le flux d'EVASAN entre les deux territoires, ce qui impose à l'ADS d'affréter des vols dédiés coûteux pour les EVASAN et les retours de patients depuis le Médipole.



Rapport au Parlement Impact du passe sanitaire et du passe vaccinal sur l'activité des secteurs concernés Point pour le mois de février 2022

L'article 11 de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire et de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, dispose que le Gouvernement remet au Parlement une évaluation mensuelle de l'impact économique de l'application du passe sanitaire et du passe vaccinal aux activités qui y sont soumises, en intégrant notamment une évaluation de la perte de chiffre d'affaires liée à l'application de ces dispositions, ainsi que des résultats en matière de lutte contre l'épidémie de covid-19.

Le présent document établit un quatrième point mensuel au titre du mois de février 2022 de l'impact économique de l'application du passe sanitaire et du passe vaccinal (entré en vigueur le 24 janvier 2022) aux activités mentionnées au A du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

1 - Approche proposée

Initialement limité aux discothèques et aux lieux accueillant plus de 1 000 personnes, le passe sanitaire a été étendu le 21 juillet 2021 aux lieux de loisir et de culture rassemblant plus de 50 personnes, puis depuis le 9 août et jusqu'au 14 mars, à de nouveaux secteurs : restaurants, cafés, hôpitaux, trains et autocars longue distance, etc. Le 24 janvier 2022, le passe sanitaire a été remplacé par le passe vaccinal dans de nombreux lieux (cf. *infra*). Le 14 mars 2022, son application a été suspendue.

L'introduction du passe sanitaire, après une première phase d'adaptation, a eu un effet limité sur l'activité des entreprises. L'impact a diminué avec le temps, par l'adaptation des acteurs et l'augmentation du taux de vaccination, passé de 35 % de la population totale le 1^{er} juillet 2021 (à avoir complété leur schéma vaccinal initial), à 73 % le 1^{er} octobre, et 79 % au 1^{er} février 2022 ; toutes les classes d'âge au-dessus de 18 ans étant même au-dessus de 85 % de taux de vaccination.

L'estimation *a priori* de l'impact économique du passe sanitaire est très difficile, étant donné que cet impact dépend très directement de l'adaptation des comportements des consommateurs, à la fois dans leurs habitudes de consommation et dans leur choix vaccinal. Par ailleurs, *a posteriori*, il est délicat d'estimer ce qui se serait passé si le passe sanitaire n'avait pas été introduit (quels comportements de précaution de la part des consommateurs, quelle persistance de l'épidémie). Néanmoins, les données relatives à la consommation, qui sont disponibles en quasi-temps réel et à haute fréquence, peuvent apporter une première indication de la tendance, même si ces données sont incomplètes et ne couvrent pas l'étendue de l'activité économique des secteurs étudiés. Ces données peuvent ensuite être affinées avec des données plus complètes et fiables mais disponibles plus tardivement, notamment les indices de production dans les services de l'Insee, qui se basent sur les données fiscales (TVA).

La méthodologie utilisée repose sur un calcul de « double différence » temporelle, reflétant : (i) l'écart des dépenses du secteur lors de la période considérée aux mêmes dates en 2019 afin de corriger en partie des variations saisonnières ; (ii) l'écart des dépenses du secteur partiellement corrigées des variations

saisonniers lors de la période considérée par rapport aux dépenses lors d'une période de référence de durée identique, juste avant l'introduction du passe. Cette méthode permet à court terme, et en l'absence de perturbation de la conjoncture liée à d'autres facteurs, d'identifier l'effet du seul passe sanitaire sur l'activité. **Il est à noter que, plus l'on s'éloigne de la période d'instauration du passe sanitaire, plus les variations de dépenses dans les lieux concernés reflètent d'autres éléments que le passe.** Des modifications ont été apportées au dispositif (fin de la gratuité systématique des tests le 15 octobre 2021, nécessité d'une dose de rappel pour les plus de 65 ans à partir du 15 décembre 2021 selon la date de leur dernière vaccination ou infection, etc.), susceptibles *a priori* d'avoir un effet spécifique, vraisemblablement plus faible que l'impact initial.

Précédemment, cette analyse était effectuée avec des périodes de 7 jours glissants. Désormais, l'analyse est faite sur 4 semaines glissantes, ce qui permet de lisser les fluctuations de très court terme. Avec ces moyennes sur 4 semaines, les conséquences d'un éventuel choc, qui affecterait positivement ou négativement une série de manière soudaine mais prolongée, ne s'observerait donc que progressivement, avec un impact étalé sur 4 semaines.

Afin d'estimer les effets conjoncturels non liés au passe sanitaire, les évolutions des dépenses totales (et éventuellement de quelques secteurs non affectés par le passe) sont également présentées. Ces évolutions chiffrées sont récapitulées dans un tableau et accompagnées de commentaires qualitatifs (voir partie 2). Une annexe présente une comparaison des données de paiements par carte bancaire avec les indices de chiffre d'affaires et de production dans les services de l'Insee, en prenant pour exemple le secteur des restaurants, pour donner une idée des biais existants dans les données de paiements par carte bancaire.

Fréquence de mise à jour : la mise à jour des estimations dépend de la transmission des données par le Groupement des cartes bancaires qui s'effectue entre J+8 et J+11. **Par exemple, les données concernant la semaine du 23 au 29 août sont disponibles entre le 3 et le 6 septembre.**

2 - [Suivi de l'évolution des mesures liées au passe sanitaire ou vaccinal](#)

Tableau 1 – mise en place du passe sanitaire en 2021

Date	Du 30 juin au 20 juillet 2021	À partir du 21 juillet 2021	À partir du 9 août 2021	A partir du 30 août 2021	À partir du 30 septembre 2021
Public concerné	Toutes les personnes majeures	Toutes les personnes majeures	Toutes les personnes majeures	Tous les travailleurs en contact avec du public	Toutes les personnes dont l'âge est supérieur à 12 ans et 2 mois
Lieux concernés	Grandes salles de spectacle, événements sportifs ou culturels, festivals, foires et salons, discothèques.	Extension à toutes les activités culturelles, sportives et de loisirs.	Extension aux cafés, restaurants, centres commerciaux de 20 000 m ² (sur décision du préfet en raison de ses conditions sanitaires), hôpitaux, maisons de retraite, établissements médico-sociaux, ainsi qu'aux voyages en avions, trains et cars pour les trajets de longue distance.	Obligation du passe sanitaire pour les personnes qui travaillent dans certains lieux recevant du public et où le passe sanitaire est en vigueur, à l'exception des établissements de soin (règles particulières).	
Jauge	Tous les événements dont le public dépasse les 1 000 personnes.	Tous les événements ou lieux recevant au moins 50 personnes.	Abandon des jauges, contrôle généralisé		

Tableau 2 – changements notables après la mise en place

Date	À partir du 15 octobre 2021	À partir du 15 décembre 2021	À partir du 15 janvier 2022	À partir du 24 janvier 2022	À partir du 1 ^{er} février 2022	À partir du 15 février 2022

Changement	Fin de la gratuité systématique des tests dits « de confort ».	<p>Passé sanitaire désactivé pour les personnes de plus de 65 ans n'ayant pas effectué de dose de rappel dans les temps (si la dernière dose d'un schéma initial à deux doses ou la dernière contamination remonte à plus de 7 mois ; 2 mois pour un vaccin Janssen) ; ces personnes doivent recevoir une dose de rappel, ou faire des tests, pour activer leur passe sanitaire.</p>	<p>Passé sanitaire désactivé pour les personnes de 18 ans et un mois à 64 ans n'ayant pas effectué de dose de rappel dans les temps.</p>	<p>Passé vaccinal remplace le passe sanitaire pour toute personne âgée de plus de 16 ans ; il consiste en la présentation d'une preuve de schéma vaccinal complet, d'un certificat de rétablissement de moins de six mois ou d'un certificat de contre-indication à la vaccination ; par rapport au passe sanitaire, la preuve d'un test négatif de moins de 24h n'est plus autorisé.</p>	<p>Un schéma vaccinal complet avec rappel doit dorénavant comporter trois « stimulations » (vaccination ou infection) dont au moins une dose de vaccin ; la dose de rappel n'est donc plus nécessaire pour ceux qui ont été deux fois vaccinés et une fois contaminés ou deux fois contaminés et un fois vaccinés.</p>	<p>Le délai de validité du certificat de vaccination sans rappel passera à 4 mois au lieu de 7 mois. De même, une infection doit désormais dater d'au plus 4 mois pour valider le passe.</p>

Date	A partir du 28 février 2022	A partir du 14 mars 2022
Changement	<p>Fin du port du masque obligatoire dans les lieux soumis au passe vaccinal, sauf dans les transports en commun et établissements de santé ;</p>	<p>Fin du passe vaccinal dans tous les lieux où il est requis mais conservation du passe sanitaire (donc y compris résultat de test négatif de moins de 24h) dans les établissements de santé, maisons de retraites (dont EHPAD), établissements accueillant des personnes en situation de handicap.</p>

3 - Données de l'Insee et analyse du CAE

Données Insee : comptes nationaux trimestriels, indicateurs mensuels d'activité

Les résultats détaillés des [comptes nationaux pour le quatrième trimestre 2021](#), publiés par l'Insee le 25 février 2022, font état **d'une croissance de la consommation des ménages au T4, de +0,5 %, après +5,5 % au 3^e trimestre**. La forte hausse au 3^e trimestre était portée par la consommation en services, notamment ceux liés au tourisme (y compris tourisme national), en particulier en hébergement-restauration. Cette consommation en hébergement-restauration est ensuite quasi-stable au 4^e trimestre. La consommation en services de transports poursuit son rattrapage (à +7,5 % après +46,5 %) mais reste encore nettement inférieure à son niveau du quatrième trimestre 2019 (-14,0 %) ; la consommation en « autres activités de services », qui inclut notamment les arts et spectacles, est pratiquement revenue à son niveau d'avant-crise (voir ci-dessous).

Comptes nationaux trimestriels 2021 - écarts au quatrième trimestre 2019

Activité	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre
Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	-3%	-3%	-2%	-1%
Transports et entreposage	-21%	-17%	-9%	-5%
Hébergement et restauration	-58%	-46%	-22%	-21%
Autres activités de services (dont arts et spectacles)	-28%	-23%	-6%	0%

Consommation des ménages	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre
Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	-2%	-3%	-2%	2%
Transports et entreposage	-52%	-45%	-20%	-14%
Hébergement et restauration	-58%	-39%	-2%	-1%
Autres activités de services (dont arts et spectacles)	-25%	-22%	-4%	-1%

Les chiffres mensuels de production de services de l'Insee¹, construits en exploitant les données de TVA, sont disponibles plus tardivement que les données de carte bancaires (présentés *infra*), mais constituent une source plus fiable de l'évolution mensuelle de l'activité dans ces secteurs. Elles **montrent une activité en recul dans les services en décembre 2021** (-0,7 % en variation mensuelle, données publiées le 25 février) après une forte hausse en novembre (+2,6 %) - cf. annexe pour une comparaison détaillée avec ces données, pour le secteur des restaurants. **L'activité dans les services est supérieure au niveau d'avant crise (février 2020) depuis juillet 2021.**

En novembre 2021, la majorité des branches d'activité soumises au passe sanitaire, dont la restauration, connaissent une activité supérieure à celle d'avant crise. **Un repli a lieu dans certains secteurs en décembre**, mais l'activité reste tout de même supérieure à son niveau d'avant-crise pour la moitié de ces secteurs. Par ailleurs, ce repli n'a pas touché le transport aérien, l'hébergement ou le cinéma.

L'hébergement ainsi que les arts et spectacles et les activités de loisir étaient en-dessous de leur niveau d'avant-crise en décembre ; concernant ces derniers, la fermeture des discothèques a certainement contribué au retour sous le niveau d'avant-crise. Le seul secteur où l'activité est restée continuellement en-dessous du niveau d'avant crise est le transport aérien ; les arts et spectacles et l'hébergement n'ont encore jamais retrouvé leur niveau d'avant crise, mais s'en sont davantage rapprochés.

Le repli pour certains secteurs en décembre semble dû à des comportements de prudence face au risque sanitaire, et pas seulement aux règles sanitaires elles-mêmes. Le repli a très peu de chances d'être lié au passe sanitaire, dont les modalités n'ont que marginalement changé en décembre (seule a été ajoutée, à partir du 15 novembre, la nécessité de faire une dose de rappel pour les plus de 65 ans vaccinés depuis plus de 6 mois ; sachant que demeurait alors l'alternative de se faire tester). Il ne doit être qu'en partie lié

¹ Publication de l'Insee du 25/02/2022 sur les chiffres de décembre 2021 :

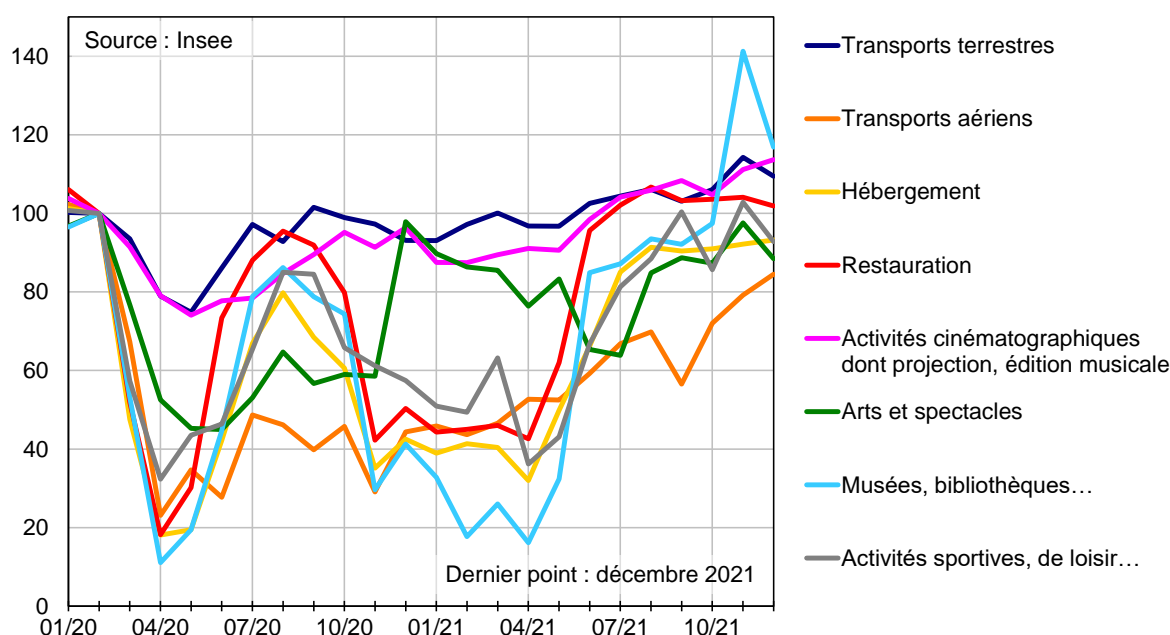
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6205663>

à l'entrée en vigueur d'autres règles sanitaires. En effet, la principale restriction était la fermeture des discothèques à partir du 10 décembre, ce qui ne peut affecter que les secteurs des « activités de loisirs » (dans « Activités sportives, de loisir », qui est une partie de « Autres activités de services (dont arts et spectacles) »), et marginalement le secteur de la restauration (certaines discothèques pouvant être classées dans les débits de boissons, si le service de boissons y est prédominant). Il semble donc que ce repli soit également lié à des comportements individuels de prudence, au début de la vague Omicron, qui auraient conduit à moins fréquenter certains lieux de brassage, comme les musées et bibliothèques, ou les lieux de spectacles vivants (inclus dans « arts et spectacles »). La moindre affluence de touristes étrangers, liée au contexte sanitaire, a aussi dû jouer en partie : la baisse des dépenses des touristes en France a été de -4,1 % en décembre par rapport à novembre², un repli moindre que pour l'activité des arts et spectacles ou des musées et bibliothèques. Enfin, le calendrier des vacances scolaires peut également jouer.

Indices de production dans les services Insee – écart à février 2020

Branche des services	Code NAF de la division correspondante	juin-21	juil-21	août-21	sept-21	oct-21	nov-21	déc-21
Transports terrestres	49	3%	4%	6%	3%	6%	14%	9%
Transports aériens	51	-41%	-33%	-30%	-43%	-28%	-21%	-15%
Hébergement	55	-34%	-15%	-9%	-10%	-9%	-8%	-7%
Restauration	56	-4%	2%	7%	3%	4%	4%	2%
Activités cinématographiques dont projection, édition musicale	59	-2%	4%	6%	8%	5%	11%	14%
Arts et spectacles	90	-35%	-36%	-15%	-11%	-13%	-2%	-12%
Musées, bibliothèques...	91	-15%	-13%	-6%	-8%	-3%	41%	17%
Activités sportives, de loisir...	93	-33%	-19%	-12%	0%	-14%	3%	-7%

Indices de production dans certaines divisions des services (base 100 février 2020)



² Chiffres mensuels de la Balance des paiements, publiés par la Banque de France : [lien](#).

4 - Suivi des paiements par carte bancaire, des remontées des organisations professionnelles et des données dans l'aviation

Données CB : établissements concernés par la mise en place du passe sanitaire

Après des baisses en janvier, les dépenses par CB ont rebondi en février et début mars dans presque tous les secteurs concernés par le passe sanitaire.

Dans le détail : les dépenses dans les clubs, activités et attractions sportives, après un rebond de mi-janvier à mi-février, s'établissent de nouveau au même niveau qu'en décembre 2021 mais bien en-dessous de leur niveau de l'été 2021. Les dépenses dans les aquariums, zoos et pacs d'attraction, bien que plus volatiles, ont aussi progressé en février et début mars et restent dégradées par rapport à l'été 2021. Les dépenses dans les théâtres et concerts, suivent une tendance similaire bien que leur rebond soit beaucoup plus marqué (+20 pt entre janvier et février 2022); elles retrouvent leur niveau de la première quinzaine d'octobre 2021. Enfin, les dépenses dans les cinémas conservent une forte variabilité, même lissées sur quatre semaines, à cause notamment du calendrier de sortie des films ; elles ont atteint mi-février un plus bas depuis six mois, avant une forte remontée.

La baisse des dépenses en décembre semble s'expliquer par des comportements de prudence face à la résurgence de l'épidémie ; dans de nombreux secteurs les dépenses baissent de nouveau en janvier avant de rebondir en février.

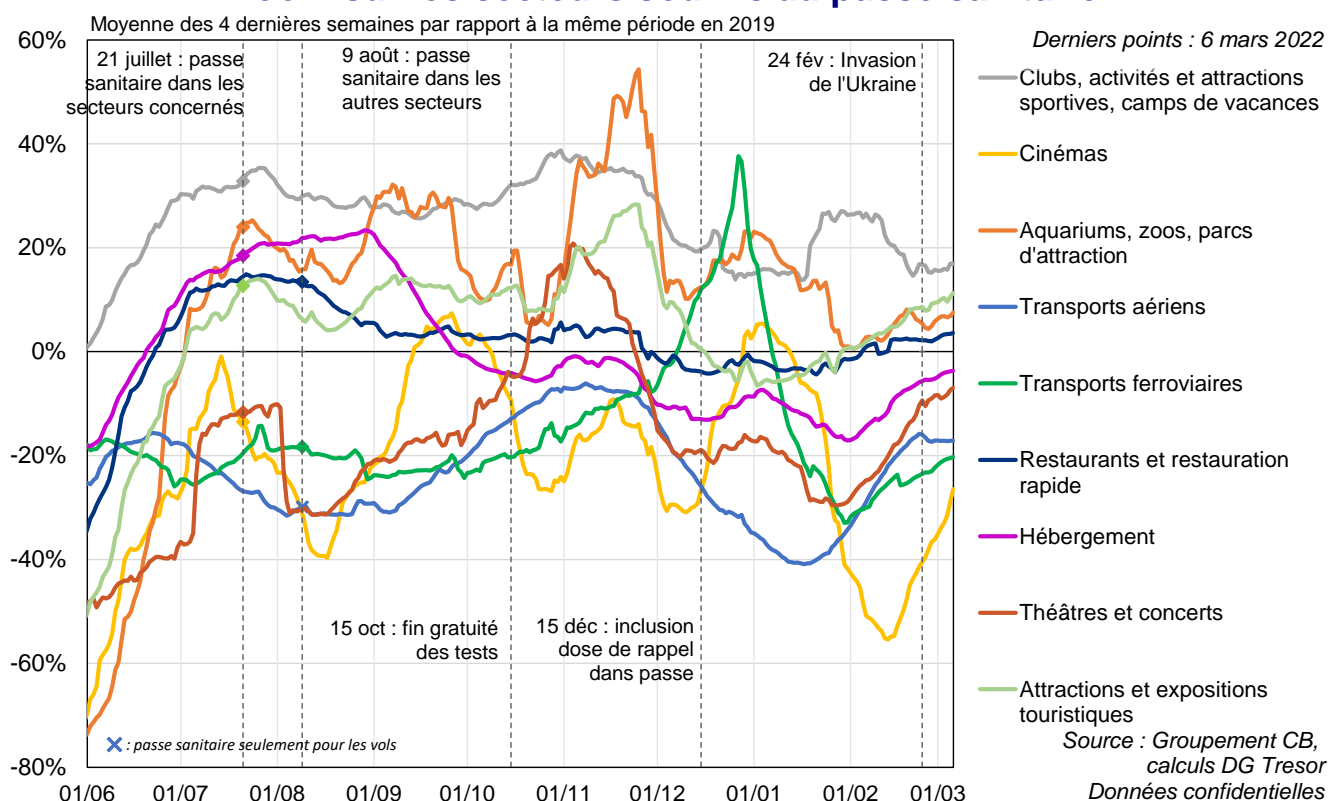
Dans les transports de voyageurs (dont ferroviaire et aérien), les dépenses par carte bancaire se situent à -9 % de leur niveau d'avant-crise durant les quatre semaines du 7 février au 6 mars (contre +1 % durant les quatre semaines du 6 décembre au 2 janvier et -15 % durant les quatre semaines du 3 au 30 janvier), avec toutefois de fortes disparités entre les modes de transport.

Pour les dépenses en transports ferroviaires, tout au long du mois de février 2022, les dépenses se situent environ 20 % en-dessous de leur niveau de 2019 à la même période (contre 30 % en-dessous en janvier 2022). Le mois de décembre 2021 étant comparé à celui de décembre 2019, période marquée par des mouvements sociaux, notamment à la SNCF et à la RATP, et durant laquelle l'activité dans les transports ferroviaires avait été réduite ; cela fait apparaître comparativement l'activité comme plus haute en décembre 2021 et donc la baisse en janvier 2022 plus brutale. Après cette baisse en janvier, les dépenses augmentent en février et début mars, mais restent inférieures à leur niveau de septembre et octobre 2021.

Les dépenses dans le transport aérien, secteur sujet à des régulations antérieures au passe sanitaire, pour les vols internationaux notamment, avaient atteint un niveau proche de celui d'avant crise en octobre et au début novembre 2021. **Après une chute en décembre et janvier, les dépenses dans le transport aérien se redressent en février, se situant 17 % en-dessous de leur niveau de 2019 à la même période (cf. *focus* pour plus de détails).**

Pour la restauration, les dépenses s'établissent sur la période du 7 février au 6 mars à +4 % de leur niveau d'avant-crise ; elles restent plus de 10 pts en-dessous de leur niveau pré-passe sanitaire (cf. *Note de lecture ci-dessous*).

Montant des paiements par CB par type de commerce - zoom sur les secteurs soumis au passe sanitaire



Note de lecture : les données de ce graphique sont présentées en moyenne sur les 4 dernières semaines. Ainsi, le niveau représentatif de l'activité d'un mois entier (environ) par rapport au même mois en 2019 peut se lire juste avant le début du mois suivant. S'agissant par exemple des *restaurants et restauration rapide* :

- en novembre 2021 les paiements par carte bancaire ont été très légèrement supérieurs à ceux de novembre 2019 (courbe bleue légèrement au-dessus de 0 % juste avant le 1^{er} décembre) ;
- en décembre 2021 ils ont été très légèrement inférieurs à décembre 2019 (points juste avant le 1^{er} janvier) ;
- il en est globalement de même en janvier 2022 (tous derniers points).

À l'intérieur de ces bornes et en particulier relativement à celles-ci, les évolutions reflètent les dynamiques infra-annuelles de 2021-2022 relativement à celles de 2019.

Données CB : total des dépenses

Les dépenses totales par carte bancaire **se situaient à +14 % de leur niveau de 2019 à la même période durant les quatre semaines du 7 février au 6 mars 2022**. Ce niveau plus élevé qu'avant-crise, alors que la consommation des ménages en volume doit être proche de son niveau d'avant-crise (elle est revenue quasiment au même niveau qu'au 4^e trimestre 2019, à moins de 0,1 % près, dans les résultats détaillés des comptes nationaux du 4^e trimestre 2021 de l'Insee), s'explique à la fois par une plus forte utilisation de la carte bancaire par rapport à d'autres modes de paiement (comme en témoigne le niveau plus faible des retraits en distributeurs), et par la progression des prix sur la période (environ +3 % entre le 4^e trimestre

2019 et le 4e trimestre 2021 pour le déflateur de la consommation des ménages, selon les comptes nationaux du 4e trimestre).

Après une baisse fin novembre et en décembre, les dépenses totales s'améliorent en janvier et février, évoluant à un niveau équivalent voire supérieur à la moyenne de début août à fin novembre. Les variations récentes sont sans commune mesure avec celles observées durant les vagues pandémiques et restrictions sanitaires passées (cf. note du tableau *infra*). De plus, la baisse observée début décembre ne peut pas directement être imputée aux changements législatifs autour du passe sanitaire (dose de rappel, passe vaccinal, etc.), la vague Omicron ayant entraîné des modifications de comportements ayant un impact direct sur les modes de consommation.

Montants de différents types de transactions par carte bancaire CB (depuis février 2020)

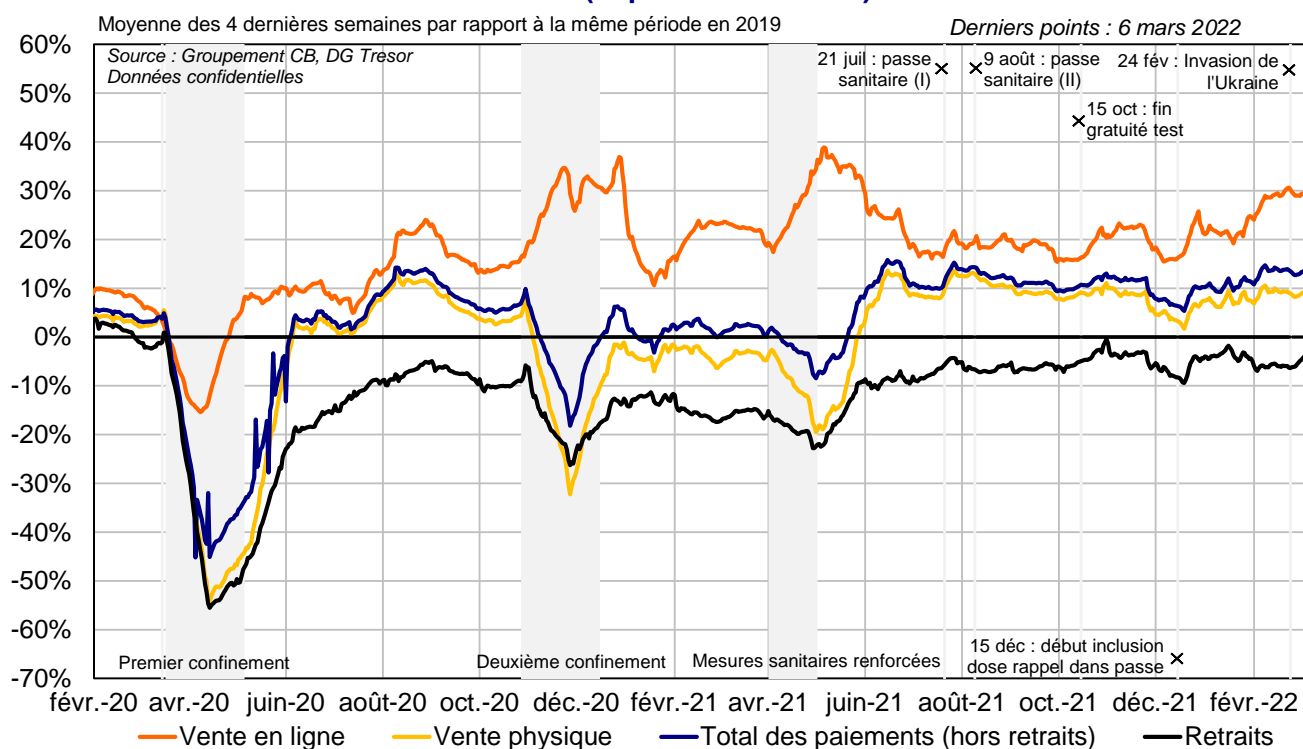


Tableau – évolution des dépenses par carte bancaire³

Secteurs	Période de référence - du 21 juin au 18 juillet 2021 (a)	Du 13 septembre au 10 octobre 2021 (d)	Du 11 octobre au 7 novembre 2021 (e)	Du 8 novembre au 5 décembre 2021 (f)	Du 6 décembre au 2 janvier 2022 (g)	Du 3 au 30 janvier 2022 (h)	Du 31 janvier au 27 février 2022 (i)	Du 7 février au 6 mars 2022 (j)	Différence entre les quatre dernières semaines et la période de référence (j - a)	
		en écart à la même période en 2019	en écart à la même période en 2019							en écart à la même période en 2019
Transport et entreposage	09-août	-11%	-8%	-5%	-7%	1%	-15%	-10%	-9%	2
Transports aériens	09-août	-25%	-15%	-6%	-18%	-32%	-35%	-17%	-17%	8
Transports ferroviaires	09-août	-21%	-20%	-13%	-3%	22%	-33%	-23%	-20%	1
Restaurants et restauration rapide	09-août	14%	2%	6%	-2%	-3%	-1%	2%	4%	-10
Aquariums, zoos, parcs d'attraction	21-juil	21%	11%	31%	11%	17%	1%	5%	8%	-13
Clubs, activités et attractions sportives, camps de vacances	21-juil	32%	28%	39%	24%	12%	27%	15%	17%	-15
Cinémas	21-juil	-11%	1%	-16%	-30%	-1%	-41%	-37%	-26%	-15
Théâtres et concerts	21-juil	-12%	-8%	23%	-17%	-19%	-29%	-9%	-7%	5
Attractions et expositions touristiques	21-juil	10%	10%	20%	8%	-8%	1%	9%	11%	1
Sous-total des montants payés par CB pour les secteurs étudiés	/	3%	-1%	3%	-4%	-1%	-7%	-3%	-2%	-5
Total des montants payés par CB	/	10%	10%	15%	8%	10%	11%	13%	14%	4

Source : GIE CB, calculs DG Trésor

À noter : Les écarts à 2019 sont à interpréter avec précaution :

- les données portent exclusivement sur les transactions CB (carte bancaire CB chez des commerçants CB, en commerces physiques ou en ligne), soit quasi exclusivement sur des transactions de résidents français en France. Ces données excluent donc les paiements de résidents étrangers en France ou des résidents français à l'étranger. Cela affecte les données en écart à 2019 à la hausse : elles sont rehaussées par le fait que les Français restent davantage en France qu'à l'accoutumée, et y effectuent des dépenses, sans refléter en revanche les moindres venues de touristes en France (cf. dossier « Durant l'été 2020, les dépenses touristiques en France des résidents ont retrouvé leur niveau de l'an passé » de la Note de conjoncture de l'Insee du 6 octobre). Ce biais est plus fort pour les achats liés au tourisme (dont hébergement-restauration) : voir les précisions supra pour le secteur de la restauration.
- Par ailleurs, le paiement par CB a augmenté depuis le début de la crise sanitaire, au détriment d'autres moyens de paiement, en particulier les espèces. À niveau de dépenses totales donné, cet effet rehausse les dépenses par CB en 2021 de l'ordre de quelques points de pourcentage par rapport à 2019 ; cet effet est

³ Pour une raison de place, sont seulement indiquées dans ce tableau les huit dernières semaines de données disponibles. Les nombres en rouge correspondent aux baisses significatives des dépenses par carte bancaire, c'est-à-dire des niveaux inférieurs à ceux observables dans l'intervalle de variation de la période de référence.

variable au cours du temps et selon les types d'établissements. Enfin, certains paiements correspondent à des réservations en vue d'une consommation ultérieure.

Ces deux écarts sont a priori pris en compte dans la double différence utilisée ici, où l'on compare deux écarts successifs à 2019.

Remontées des organisations professionnelles (au 7 février 2022)

Les organisations professionnelles des secteurs affectés par la mise en place du passe sanitaire ont remonté **des retours contrastés de son introduction, que ce soit en termes sectoriels, géographiques ou de taille**. Certaines baisses constatées initialement semblaient ainsi corrélées à une faible couverture vaccinale locale. Des données consolidées des organisations professionnelles peuvent toutefois encore manquer, ce qui ne permet pas de tirer toujours des conclusions étayées. Les points mentionnés ci-dessous sont donc à considérer le plus souvent comme une représentation des ressentis des acteurs.

- **Des baisses d'activité liées à l'introduction du passe sanitaire sont ainsi mentionnées** par les acteurs de la **restauration**, en cohérence avec les données de carte bleue. Une première enquête menée l'an dernier par le secteur après la mise en place du passe a montré l'hétérogénéité de son impact, en fonction des zones et de la typologie de service. Les restaurants de chaînes par exemple auraient été les plus touchés par l'obligation faite à la clientèle de justifier d'un passe sanitaire dans les centres commerciaux où ils sont installés. Au global, la mise en place du passe sanitaire a entraîné un ralentissement de l'activité du secteur en France. L'impact du passe sanitaire tend toutefois à se réduire avec le temps : avant sa mise en place, le mois d'août suivait une tendance proche de celle de 2020 ; l'activité a ensuite ralenti sur les deux semaines suivantes, avant de reprendre sur la dernière semaine d'août. Les professionnels ont ensuite signalé une reprise particulièrement marquée. En fin d'année et au début de l'année 2022, les annulations de réservations étaient particulièrement marquées (fin 2021, 50 % des restaurants déclaraient 45% d'annulations, d'après une enquête du GNI), probablement davantage en lien avec les inquiétudes concernant la situation sanitaire qu'avec le passe sanitaire.
- Les représentants des **centres commerciaux** concernés estiment également que l'introduction du passe sanitaire a pu entraîner une baisse de fréquentation supérieure à 15% la première semaine, alors que ceux des **casinos** mentionnent actuellement une chute moyenne de 35% de la fréquentation par rapport à la même période en 2019, davantage marquée dans les territoires ruraux moins vaccinés. Dans le champ des loisirs, les **petits parcs d'attraction**, qui ont davantage de visites d'opportunité, seraient également touchés, ainsi que **certaines loisirs en intérieur** (salles d'escalade par exemple). Les **salles de sport** auraient fait face à un nombre accru de résiliations d'abonnement depuis la mise en place du passe sanitaire (jusqu'à un triplement), avec une sous-activité toujours observée en septembre. Enfin, dans le champ de la culture, les **cinémas** enregistrent des pertes importantes qui avaient commencé avant la mise en place du passe sanitaire. L'effet cumulé de la mise en place du passe sanitaire le 21 juillet et de la prolongation de la crise cet été a en effet conduit à une baisse de la fréquentation des cinémas atteignant -51 % par rapport à 2019 à la mi-août. La situation s'est tendanciellement améliorée jusqu'à la rentrée et la fréquentation du 13 au 19 septembre a même été meilleure qu'en 2019 (+8 %). Cette amélioration a toutefois été de courte durée. La fréquentation mensuelle est restée inférieure de -18% en moyenne au cours du mois de septembre par rapport à 2019, et inférieure de -30 % en octobre et en novembre. Du 22 au 28 novembre, elle était inférieure de -44 % par rapport à 2019. Les **établissements patrimoniaux nationaux** ont également enregistré des chutes de fréquentation importantes par rapport à 2019, de l'ordre de -50 % de juillet à septembre. La situation semblait s'améliorer depuis le 18 octobre, avec des niveaux de fréquentation inférieurs de 20 % seulement par rapport à 2019 pendant les vacances scolaires. Mais du 15 au 21 novembre, l'écart par rapport à 2019 était encore de -30 %.
- **À l'inverse, certains secteurs ne constatent pas d'effet du passe sanitaire, et citent au contraire les effets positifs, permettant de rassurer leur clientèle et facilitant la reprise de leur activité**

(événementiel professionnel, traiteurs). Concernant les **traiteurs**, le « passe sanitaire » est en effet perçu comme une excellente mesure pour la sécurité de tous qui a permis de déclencher la demande cet été même si celle-ci est jugée encore insuffisante par manque d'événements reposant sur les touristes internationaux. On note un bon niveau d'acceptation du passe sanitaire au niveau des salariés, cependant cette mesure a été difficile à mettre en place vis-à-vis des salariés qui ont dû recourir aux tests lorsqu'ils n'étaient pas vaccinés. Concernant **l'événementiel**, les professionnels portent également un regard favorable sur le passe sanitaire qui, selon eux, permet de restaurer la confiance des exposants et visiteurs. Il est toutefois difficile d'indiquer précisément dans quelle mesure (quantitativement) le passe sanitaire contribue au retour des participants sur les événements, qui n'est pas encore revenu à son étiage. Se classent également dans cette catégorie les secteurs tels que les **locations saisonnières, les entreprises du voyage, les secteurs de la thalassothérapie ou du thermalisme, la majorité des grands parcs ou discothèques**. L'hôtellerie a pu voir de son côté une baisse des réservations en juillet, à la suite des annonces de la mise en place d'un passe sanitaire, mais qui ont repris en août. Enfin, dans les **stations de ski**, il semblerait que le passe sanitaire, requis pour acheter les forfaits de ski, n'ait pas d'effet sur la fréquentation, qui est satisfaisante, le retour de la clientèle britannique compensant les perturbations du début de saison liées aux restrictions et à la cinquième vague.

- **Depuis décembre 2021, une partie des secteurs s'inquiète de l'instauration de la dose de rappel (ou « 3^e dose »), pour toute personne âgée de 18 ans et plus, et de l'application du passe vaccinal à partir du 15 janvier.** Cette mesure inquiète particulièrement le monde de la montagne (secteurs HCR, cluster montagne, entreprises du voyage), qui voit un risque sur la fréquentation et sur le recrutement avec : i) les clients français sans passe sanitaire / vaccinal valide ; ii) les salariés qui n'ont pas un schéma vaccinal complet et qui seront donc dans l'incapacité de travailler, contraints par les délais à respecter entre les doses et ; iii) les clients étrangers pour qui le schéma vaccinal diverge largement selon les pays. Le secteur des espaces de loisirs et d'attraction, les colonies de vacances et dans une moindre mesure estiment également qu'ils pourraient être affectés par la mise en place du passe vaccinal.

Focus sur le secteur de l'aérien et remontées de la DGAC (au 27 février 2022)

Les données de trafic aérien apportent une information partielle sur l'activité du secteur aérien.

- Le trafic aérien concerne la fréquentation et donne ainsi une indication de l'impact du passe sanitaire sur l'utilisation des transports aériens en métropole. Il faut souligner que seuls les vols aériens métropolitains sont soumis au passe sanitaire ; les vols en direction / en provenance de l'international et de l'outre-mer sont soumis à d'autres protocoles sanitaires en vigueur depuis une plus longue période.
- Il ne s'agit pourtant que d'une indication partielle du chiffre d'affaire du secteur aérien, qui dépend des fréquentations mais aussi des prix (à trajet équivalent) et de la composition des trajets (hausse de la part des vols métropolitains relativement moins chers comparés aux vols internationaux, baisse des vols d'affaires, etc.). Cependant, lorsque ces effets ne concernent pas les vols métropolitains, ils sortent de ce fait du périmètre de ce rapport, puisqu'ils ne dépendent pas de la mise en place du passe sanitaire. Enfin, l'utilisation d'avoires accumulés depuis un an et demi et le décalage entre l'achat du billet et le vol peuvent aussi induire des différences entre les recettes de trésorerie du secteur et les données sur le trafic aérien.

Par rapport aux premières versions de ce rapport, une partie de l'écart entre les données de passagers et celles de paiements par CB se sont révélés être dues à un problème technique sur certaines données CB : ainsi, un volume important de transactions du secteur aérien n'était pas pris en compte. Le graphique *infra* présente des données redressées depuis le début de l'année. Les dépenses CB semblent davantage corrélées avec les données concernant des passagers de vols métropolitains ou entre métropole et l'outremer, avec un décalage de l'ordre deux mois. **Ni ces données CB mises à jour, ni les données de**

passagers ne semblent refléter un impact spécifique du passe sanitaire sur les transports aériens. Plus largement, la situation épidémique semble continuer à affecter le nombre de passagers transportés : ainsi le ressaut de janvier 2022 semble correspondre à une forte baisse du nombre de passagers ce mois-ci, tandis que la forte baisse des contaminations en février est contemporaine d'un retour à des flux de passagers comparables à novembre. *A contrario*, cette temporalité dans les données de transport aérien ne semble guère correspondre à celle des mesures, qui se sont renforcées de mi-janvier à mi-février (voir tableau 2 sur les mesures prises).

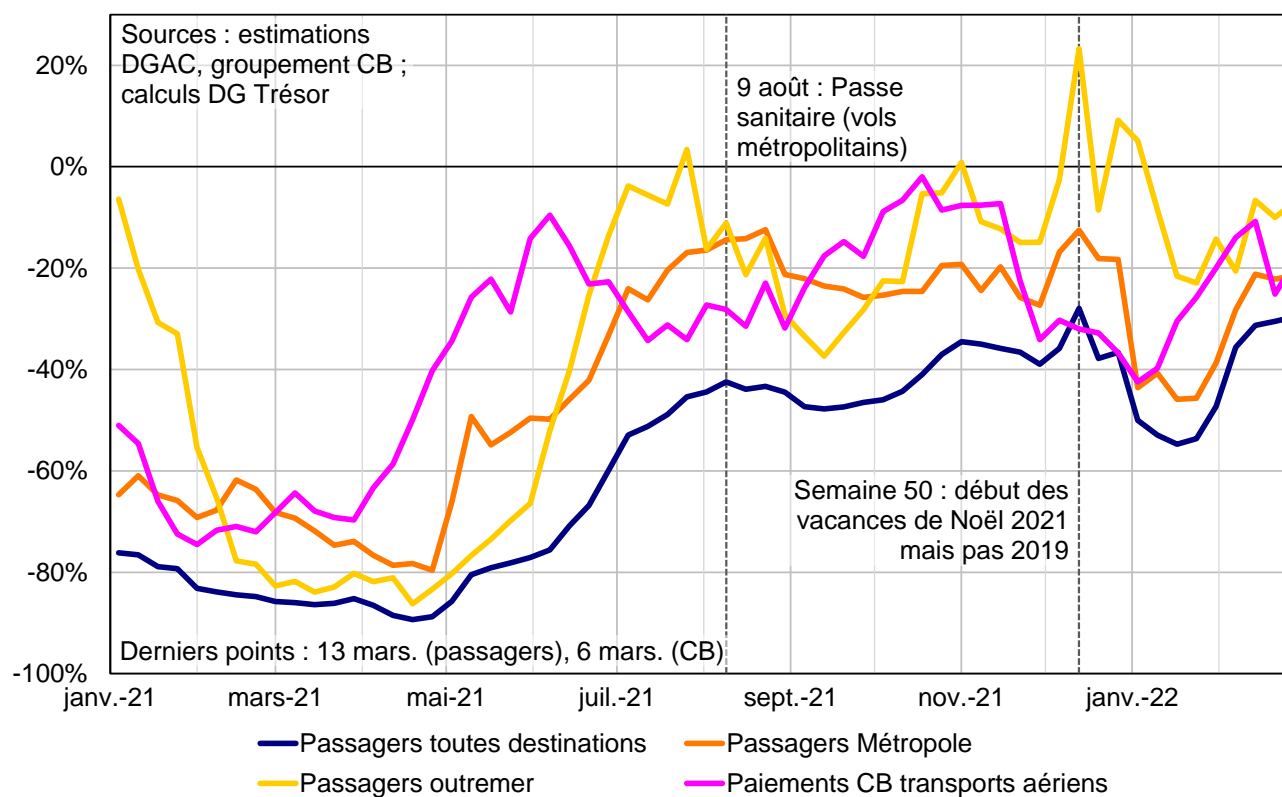
Au final, les données sur le trafic aérien métropolitain apportent une vision complémentaire de l'impact du passe sanitaire sur l'utilisation des transports aériens en métropole. Les données présentées ci-dessous sont extrapolées par la DGAC à partir de données partielles (tableau *infra*).

Tableau – évolution du trafic aérien (en écart à la même période de 2019)

en écart à la même période en 2019	Période de référence - du 21 juin au 18 juillet 2021 (a)	Du 19 juillet au 15 août 2021 (b)	Du 16 août au 12 septembre 2021 (c)	Du 13 septembre au 10 octobre 2021 (d)	Du 11 octobre au 7 novembre 2021 (e)	Du 8 novembre au 5 décembre 2021 (f)	Du 6 décembre 2021 au 2 janvier 2022 (g)	Du 3 au 30 janvier 2022 (h)	Du 31 janvier au 27 février 2022 (i)	Différence entre les quatre dernières semaines et la période de référence (i - a)
Nombre de passagers – vols intérieurs métropolitains	-31%	-17%	-18%	-25%	-22%	-24%	-17%	-44%	-27%	+4

Source : estimation DGAC, calculs DG Trésor

Indicateurs d'activité dans le transport aérien en 2021



Méthodologie : évolutions à la semaine comparable en 2019, en glissement hebdomadaire.

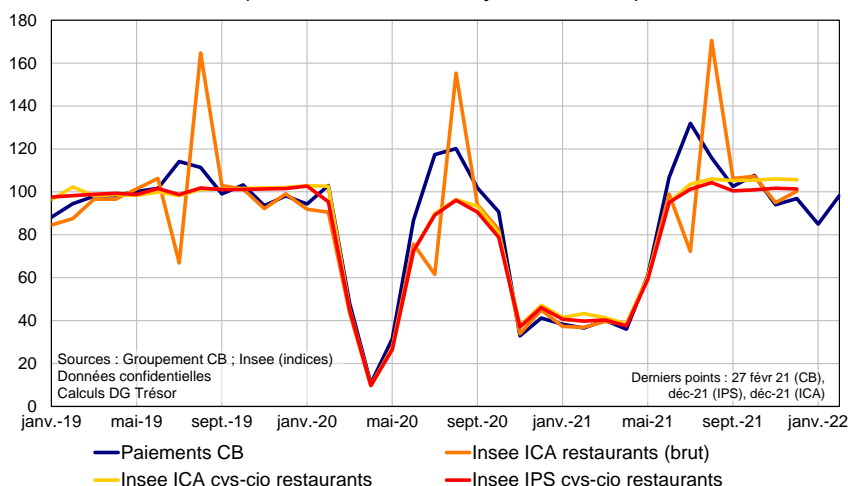
Annexe : comparaison avec l'indice de production dans les services de l'Insee – l'exemple de la restauration

Les données de carte bancaire peuvent être comparées aux données mensuelles des indices de production (IPS) ou de chiffre d'affaires (ICA) dans les services, publiées par l'Insee⁴. Ces indices donnent une image beaucoup plus précise et complète de l'évolution de l'activité, car ils s'appuient sur des données fiscales (TVA), mais ils sont disponibles plus tardivement (environ 2 mois après la fin de chaque mois). L'écart entre les données CB et ces données de l'Insee sur des champs correspondants, et l'évolution de cet écart, donne une idée des incertitudes sur les données CB, liées en particulier aux moindres dépenses des touristes étrangers en France, et à la surutilisation des cartes bancaires au détriment des espèces depuis le début de la crise ; mais également aux variations de prix, ainsi qu'au fait que la comparaison aux mois de l'année de référence (2019) ne constitue qu'un moyen imparfait de corriger des variations saisonnières (CVS) et des jours ouvrables (CJO).

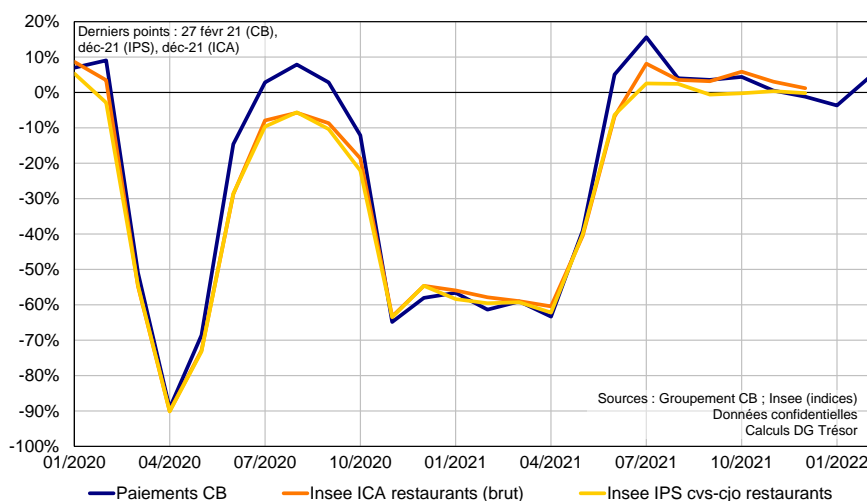
Les publications de l'Insee, interviennent en fin du mois M+2, par exemple fin novembre pour le mois de septembre. Elles apparaissent plutôt bien corrélées aux paiements par CB, même si des écarts non négligeables apparaissent chaque année au cours des mois d'été, que ce soit avec ou sans correction des variations saisonnières et des jours ouvrés. **Cet écart a assez fortement varié depuis juin 2021.** Les IPS et ICA CVS-CJO sont moins volatiles que les dépenses par CB, même quand on prend celles-ci en écart au même mois de 2019.

⁴ [Séries](#) des indices chiffres d'affaires (ICA) dans les services sur le site de l'Insee, que l'Insee calcule à partir des déclarations mensuelles de TVA ; et [publications](#) sur les indices de production dans les services (IPS), qui sont les indices de chiffre d'affaires déflatés par des indices de prix, pour tenir compte de l'inflation. Les ICA et IPS sont disponibles soit « bruts », soit corrigés des variations saisonnières et des jours ouvrables (CVS-CJO), ce qui rend mieux compte du niveau sous-jacent de l'activité.

Indicateurs d'activité pour les restaurants (en base 100 = moyenne 2019)



Indicateurs d'activité pour les restaurants - écarts au même mois en 2019



Notes de lecture :

- Premier graphique, en niveau : en janvier 2020, les paiements par carte bancaire représentent 95 pour cent d'un mois moyen de 2019, contre 92 pour le chiffre d'affaire mesuré par l'Insee, 103 pour la même métrique mais corrigée des effets saisonniers et de jours ouvrés, et 103 également une fois corrigé des variations de prix et de la saisonnalité (indice de production corrigé des variations saisonnières et des jours ouvrables – CVS-CJO).
- Deuxième graphique, en évolutions : en janvier 2020, les paiements par carte bancaire augmentent de 11 % par rapport au mois de janvier 2019, contre 9 % pour le chiffre d'affaire mesuré par l'Insee, et 5 % une fois corrigé des variations de prix (indice de production) ainsi que des effets saisonniers et de jours ouvrés.
- Attention : dans le premier graphique, les fortes variations à la baisse en juillet et pour une partie à la hausse en août concernant les indices de chiffre d'affaire sont un artefact des données TVA, lié au calendrier d'enregistrement par les comptables. Celui-ci est neutralisé dans les indices corrigés des variations saisonnières, mais aussi dans le graphique de droite, qui compare des mois de juillet et d'août entre eux.

Par rapport aux chiffres de l'Insee, les paiements par CB semblent surestimer le niveau d'activité dans la restauration d'environ 5 pts en moyenne, mais avec de fortes variations au cours de la période ; la surestimation monte jusqu'à environ 12-15 point pendant l'été, saison où les touristes étrangers font particulièrement défaut. Un maximum d'écart est atteint en juillet 2021, où l'IPS de la restauration (CVS-CJO) est juste au-dessus de son niveau moyen en 2019, alors que les paiements par CB dans les restaurants

dépassent de 18 % à leur niveau de juillet 2019. Au contraire, en août 2021, l'écart va jusqu'à s'inverser : les données CB en comparaison d'août 2019 sous-estiment l'IPS de 2 points, peut-être en lien avec le retour partiel des touristes étrangers. En septembre et octobre, le biais retrouve son sens et ordre de grandeur moyen : les dépenses par CB surestiment de 4 à 5 points l'IPS ; ce biais se réduit en novembre à moins de 1 point, et s'inverse même en décembre mais tout en restant faible à 1 point seulement.

Le fait de s'intéresser aux variations mensuelles de ces indicateurs d'un mois sur l'autre (ce qui se rapproche de ce que l'on observe pour juger de l'impact du passe sanitaire) diminue *a priori* ce « biais ». Cependant, l'écart absolu moyen entre les variations mensuelles des dépenses CB (en écart au même mois de 2019) et les variations mensuelles des IPS (en écart à la moyenne de 2019) est de 6 points, ce qui est assez important, et a atteint 19 points de juillet à août 2021. En moyenne, cet écart est toutefois quasiment nul : si les variations des données CB, même d'un mois sur l'autre, doivent être interprétées avec précaution, celles-ci permettent de repérer des mouvements importants sur l'activité des secteurs, avec une latence très réduite.

Dans l'ensemble, la comparaison avec les données de l'Insee pour le secteur de la restauration tend plutôt valider l'utilisation des données de carte bancaire pour évaluer l'évolution récente de l'activité. Il faut toutefois noter que les biais devraient être variables selon les secteurs, en fonction notamment de la plus ou moins grande fréquentation par des touristes étrangers, et par les changements de modes de paiements induits par la crise.