

## Evaluation de la situation épidémiologique

RAG 28/04/2021

*La stratégie de gestion de l'épidémie approuvée par le Comité de Concertation distingue deux situations différentes, une phase de contrôle et une phase de confinement (lockdown), où la circulation du virus augmente au-delà d'un seuil défini et où des mesures efficaces doivent être prises pour revenir à la phase de contrôle. Les indicateurs quantitatifs utilisés pour cette évaluation sont le nombre de nouvelles hospitalisations quotidiennes, le nombre de nouvelles infections quotidiennes, le taux de positivité et le taux de reproduction.*

*Si la situation se détériore pendant la phase de confinement, des mesures supplémentaires doivent être prises. Les plans A, B et C ont été élaborés à cet effet par le GEMS. Les seuils définissant le passage du plan A vers le plan B et du plan B vers le plan C sont décrits [ici](#). En plus de ces seuils spécifiques, l'analyse de la situation épidémiologique repose sur une évaluation plus large, prenant en compte des indicateurs qualitatifs (ex. existence de clusters) et stratégiques (ex. stratégie de test).*

### PRINCIPAUX CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Comme attendu avec la fin des vacances de Pâques et la reprise de l'école, le nombre de tests effectués est à nouveau en hausse, principalement pour les jeunes en âge scolaire. Cela a conduit à une légère augmentation du nombre de nouveaux cas dans ces groupes d'âge ainsi qu'une diminution du taux de positivité (en raison de l'augmentation du nombre de tests en partie pour les personnes présentant des symptômes, mais aussi suite à la recherche de contacts autour d'un cas). Dans les autres groupes d'âge, peu de changements sont observés, avec une tendance plutôt stable du nombre de nouveaux cas.

L'incidence des infections chez les jeunes est maintenant la plus élevée dans le groupe d'âge de 15 à 18 ans, alors que depuis le changement de stratégie de testing (avec plus de tests également dans les écoles primaires) au cours des derniers mois, elle était surtout la plus élevée chez les 7 à 12 ans. Les vacances scolaires semblent donc avoir eu moins d'impact chez les élèves plus âgés, qui ont vraisemblablement plus de contacts sociaux en dehors de l'école.

Le nombre de nouvelles admissions dans les hôpitaux présente une légère tendance à la baisse. Le nombre de lits occupés dans les hôpitaux et dans les unités de soins intensifs est également en légère diminution/stabilisation. Il est encore trop tôt pour dire si la tendance s'est inversée grâce à l'augmentation de la couverture vaccinale, mais l'évolution est encourageante (avec prudence).

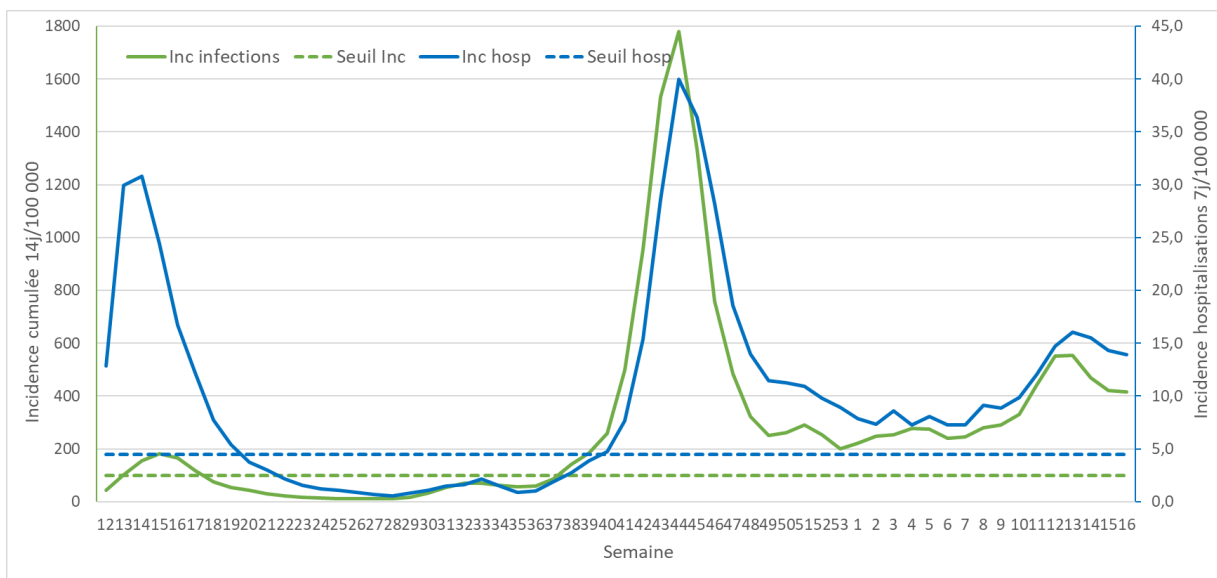
La situation épidémiologique au niveau provincial reste instable. Alors que la semaine dernière, la situation dans les provinces de Liège et du Limbourg semblaient évoluer de façon défavorable, c'est à présent plutôt le cas à Anvers et surtout dans la Région de Bruxelles-capitale.

Sur base des résultats et de l'analyse des risques, nous sommes toujours au plan B de la phase de confinement (Figure 1). Maintenant que davantage de contacts sont possibles à

l'extérieur, le RAG attire l'attention sur l'importance de la communication des principes de base pour un contact en sécurité à l'extérieur (voir les recommandations du GEMS, [Avis 13/04/21 Annexe p17](#)), surtout auprès des jeunes. Bien qu'il soit généralement admis que le risque de transmission du SARS-CoV-2 à l'extérieur soit beaucoup plus faible qu'à l'intérieur, très peu de recherches ont été effectuées et des foyers de cas de transmission lors d'événements en plein air ont déjà été décrit. Une transmission du virus à l'extérieur n'est donc pas exclue.

Etant donné (i) la présence du nouveau variant B.1.617, identifié pour la première fois en Inde, (ii) la réouverture des voyages non essentiels et (iii) le fait que de nombreux voyageurs ne sont pas testés, entraînant un risque d'importation et de propagation virale, le RAG insiste sur une politique plus stricte en matière de voyages, avec une forte restriction des règles d'exemption existantes en matière de tests et de quarantaine et un suivi rigoureux de l'application de celles-ci.

Figure 1 : Evolution de l'épidémie par rapport aux seuils de nouvelles infections et de nouvelles hospitalisations définis pour la gestion de l'épidémie



*Décision de classement: Plan B de la phase de confinement avec tendance à la stabilisation.*

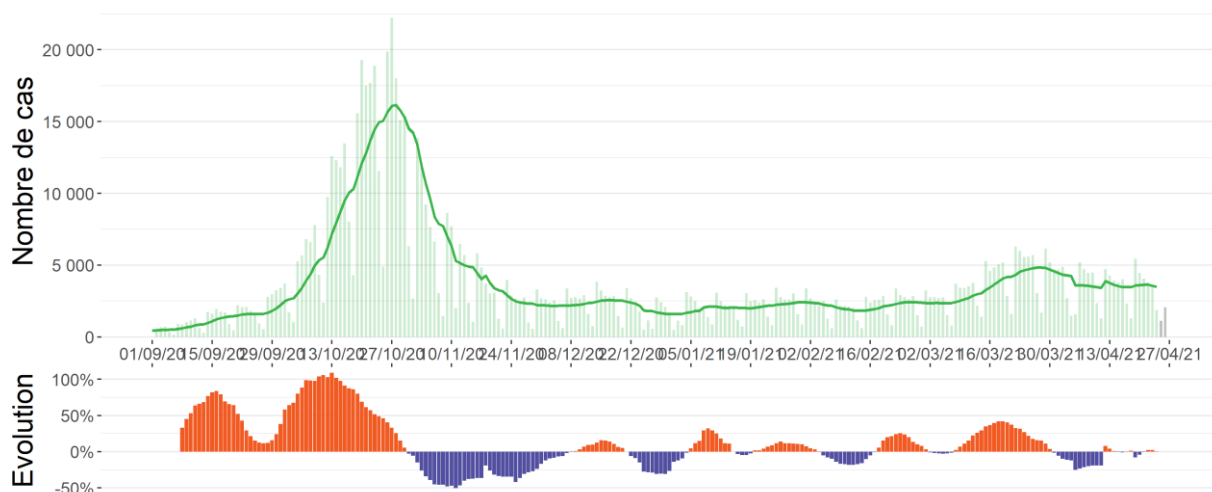
## NIVEAU NATIONAL

### Indicateurs d'intensité

Le nombre de nouvelles infections est resté globalement stable au cours de la semaine écoulée, avec une moyenne de 3 502 nouvelles infections par jour au cours de la semaine du 18 au 24 avril, par rapport à 3 480 la semaine précédente (+1 %) (Figure 2).

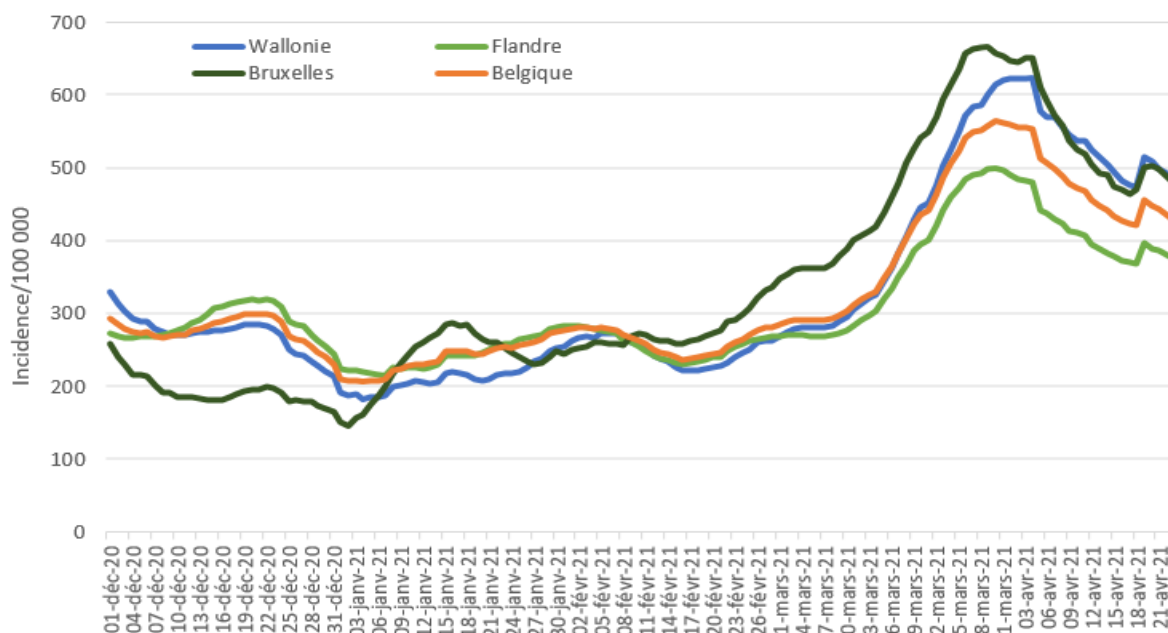
Le taux de reproduction (Rt) basé sur le nombre de nouvelles infections reste inférieur à 1, mais a encore légèrement augmenté, passant de 0,956 à 0,976 la semaine passée.

Figure 2 : Évolution du nombre total de nouvelles infections confirmées en Belgique depuis 01/09/2020



L'incidence cumulée sur 14 jours ne diminue plus, mais est à présent plutôt stable, passant de 422/100 000 la semaine dernière à 425/100 000 cette semaine. La tendance est très semblable dans les trois régions (Figure 3).

Figure 3 : Incidence cumulée sur 14 jours pour 100 000, Belgique et par région, depuis 01/12/2020



Dans les tranches d'âge 0 - 9 ans et 10 -19 ans, l'incidence cumulée sur 14 jours est stable ou en légère augmentation. Dans les autres groupes d'âge, elle est plutôt en diminution (Figure 4). Une analyse plus détaillée de l'incidence dans la population en âge scolaire (4 à 18 ans) montre que l'incidence augmente avec l'âge des enfants (Figure 5).

Figure 4: Incidence cumulée sur 14 jours pour 100 000, par groupe d'âge et par région, septembre 2020 à la semaine écoulée et focus sur la période depuis janvier 2021

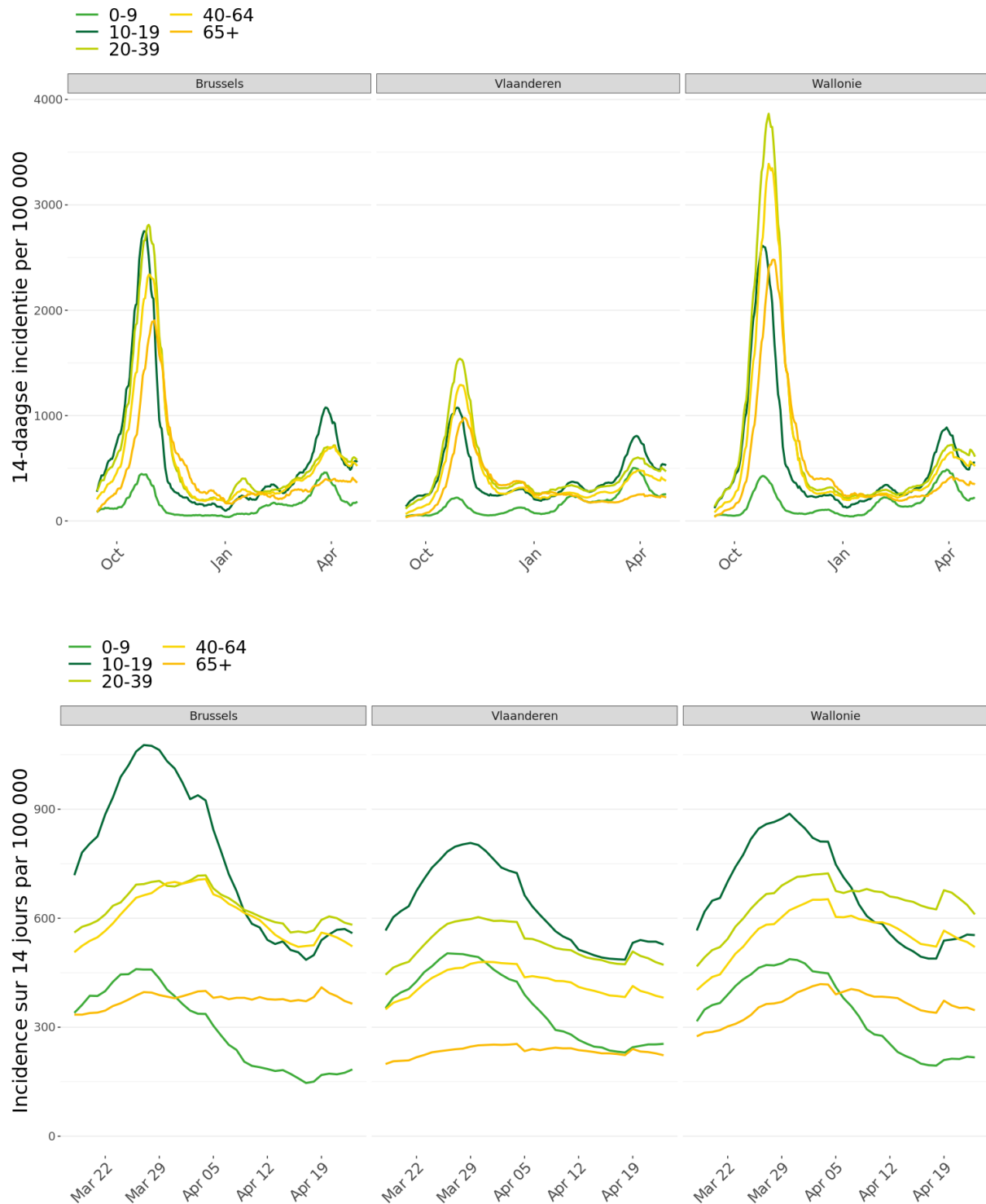
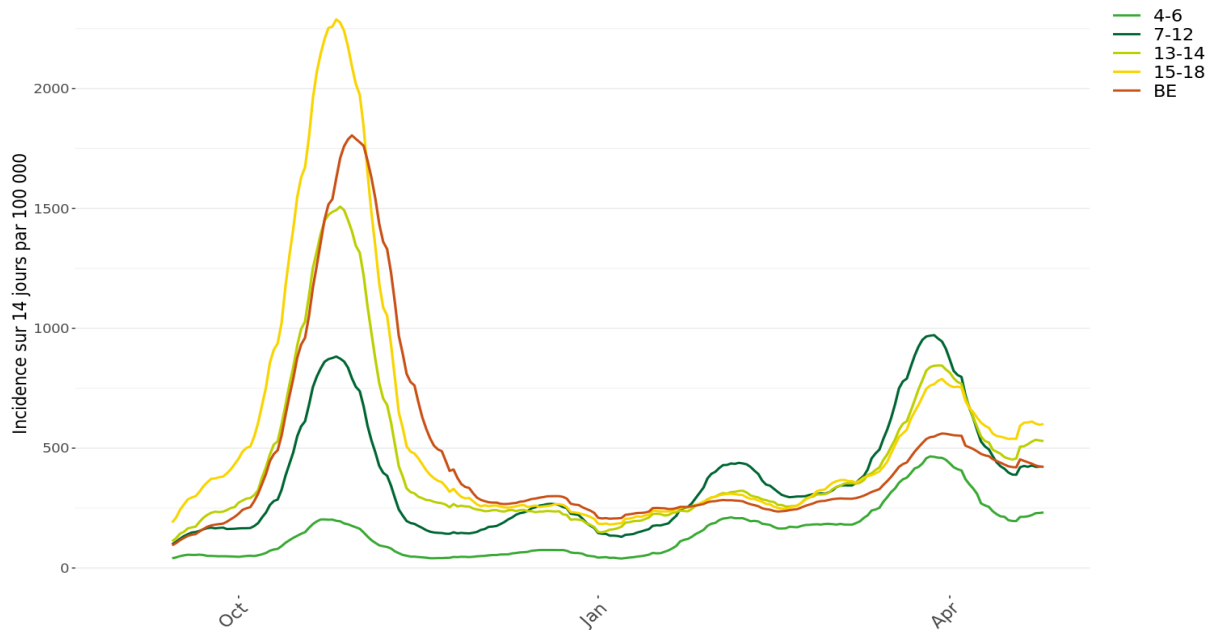
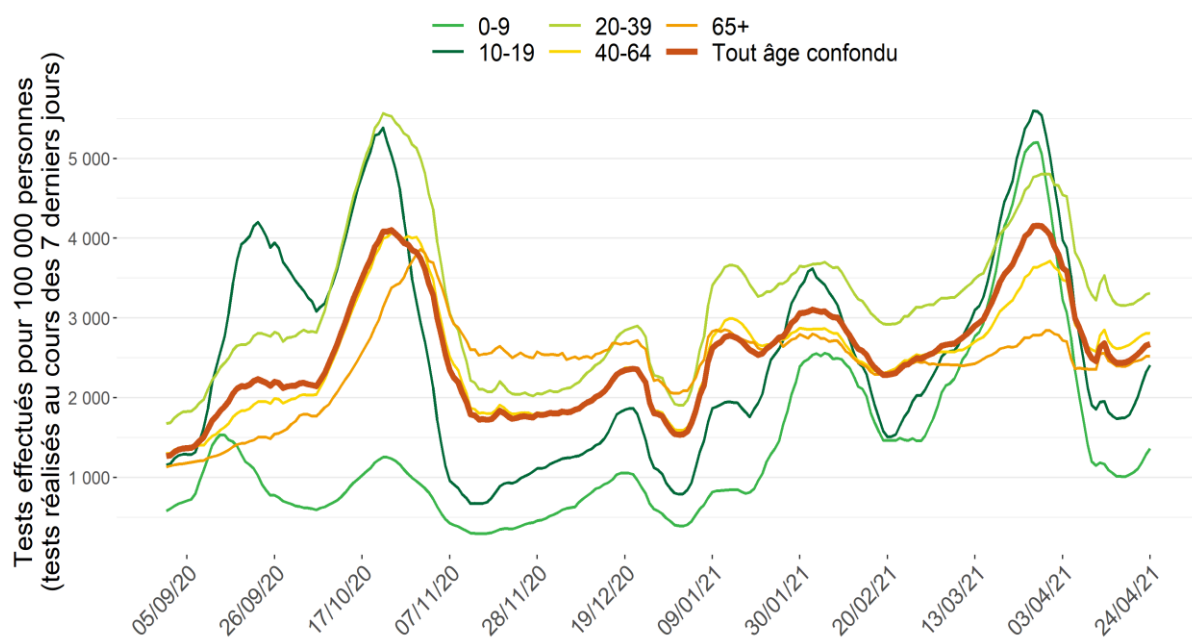


Figure 5 : Incidence cumulée sur 14 jours pour 100 000, par groupe d'âge pour les enfants et adolescents d'âge scolaire, et comparaison avec la population générale, sur la période depuis septembre 2020



Comme attendu suite à la fin des vacances scolaires, le nombre de tests effectués a augmenté. Au cours de la semaine du 18 au 24 avril, une moyenne de 44 009 tests ont été effectués par jour comparé à 40 083 la semaine précédente. L'augmentation concerne principalement le groupe des 10 – 19 ans, suivi par les 0 – 9 ans. Dans les autres groupes d'âges il n'y pas ou peu d'augmentation (Figure 6).

Figure 6 : Nombre de tests réalisés par groupe d'âge à partir du 31/08/20



Pour les tests associés à un eform/CTPC (environ 60 % des tests), une légère augmentation est observée, tant pour les tests effectués pour des individus symptomatiques (cas possible de COVID-19) que pour ceux de contacts à haut risque (Figures 7 et 8).

Figure 7 : Nombre de tests effectués par indication et par jour, depuis le 01/01/2021  
*Sur base des eforms / CTPC, disponibles pour environ 60 % des tests*

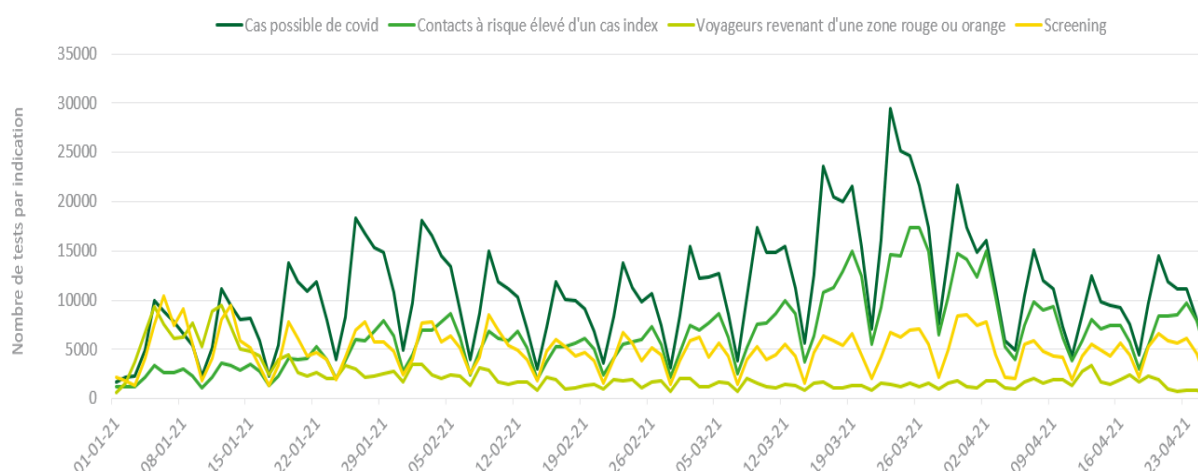
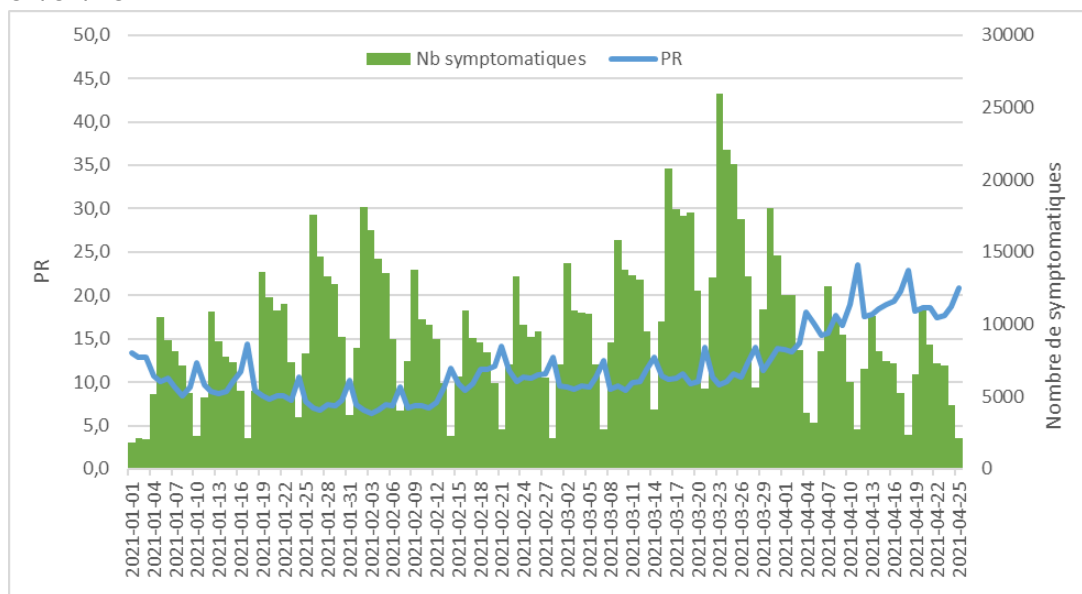


Figure 8 : Nombre de patients symptomatiques testés et taux de positivité, depuis le 01/01/2021

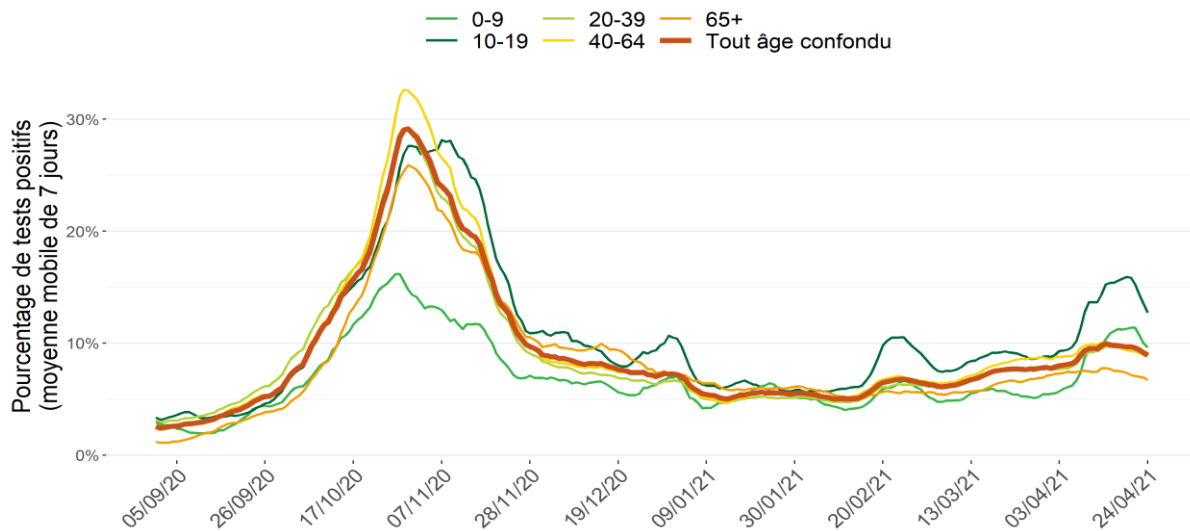


Au total, environ 312 000 autotests ont été vendus en pharmacie depuis le 6 avril. Les ventes montrent une tendance à la baisse, avec 85 426 tests vendus au cours de la semaine du 20 au 26 avril<sup>1</sup> (Source : APB & OPHACO). Depuis le 7 avril, seuls 45 codes CTPC ont été générés par un call center pour la confirmation d'un autotest positif. Pour 39 d'entre eux, un test PCR a été effectué, dont 75 % étaient positifs. Aucune donnée n'est encore disponible pour les confirmations d'autotests par un médecin généraliste.

<sup>1</sup> Données préliminaires, retard possible dans le rapportage pour les jours plus récents

Après une période d'augmentation, le taux de positivité (PR) a maintenant diminué au cours de la semaine écoulée, avec une valeur moyenne de 8,9 % pour la période du 18 au 24 avril (comparé à 9,8 % la semaine précédente) (Figure 9). Le PR a surtout diminué dans la tranche d'âge 10 - 19 ans (12,7 % par rapport à 15,6 % la semaine dernière) et de façon plus limitée dans celle des 0 - 9 ans (9,6 % comparé à 11,3 %). Cela s'inscrit dans un contexte d'augmentation du nombre de tests réalisés. Dans les autres groupes d'âge, la tendance n'est que légèrement en baisse.

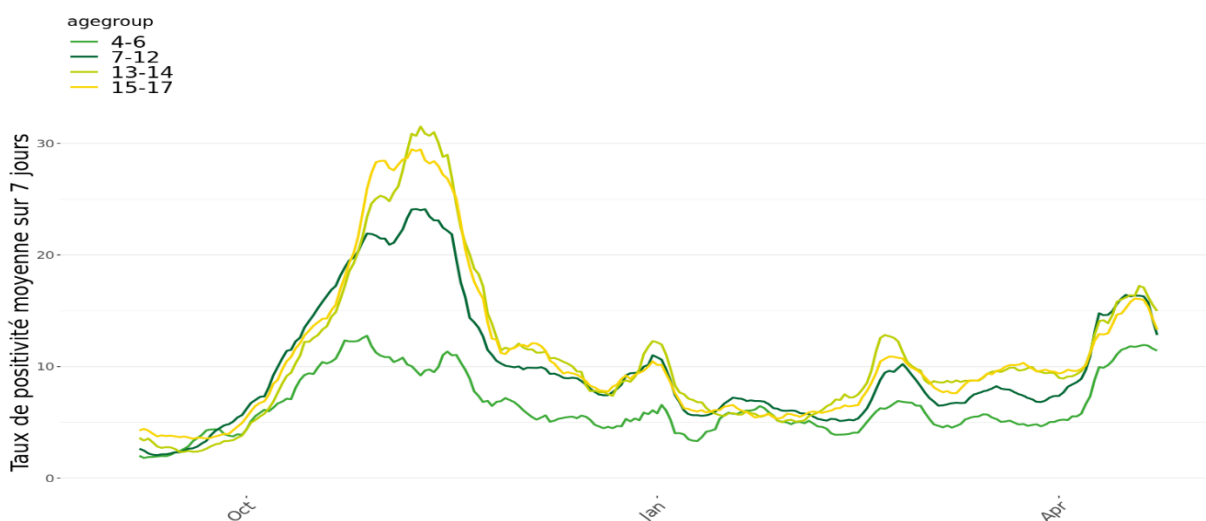
Figure 9 : Taux de positivité par groupe d'âge à partir du 31/08/20



Une analyse plus détaillée du PR par groupe d'âge scolaire montre que celui-ci a le plus diminué pour les 7 - 12 ans (enseignement primaire) et les 15 - 17 ans (deuxième et troisième degré de l'enseignement secondaire) (Figure 10). Comme ces derniers mois, le PR reste plus élevé pour les 13 - 14 ans.

La diminution du PR concerne les personnes asymptomatiques (8,9 % comparé à 9,5 % la semaine précédente), dans le contexte du renforcement du dépistage autour des cas confirmés. Pour les personnes symptomatiques le PR reste relativement stable (19,1 % comparé à 19,3 %, voir aussi la Figure 8)

Figure 10: Taux de positivité (moyenne mobile sur 7 jours) par sous-catégories d'âge pour les jeunes de 4 à 17 ans, à partir de septembre 2020

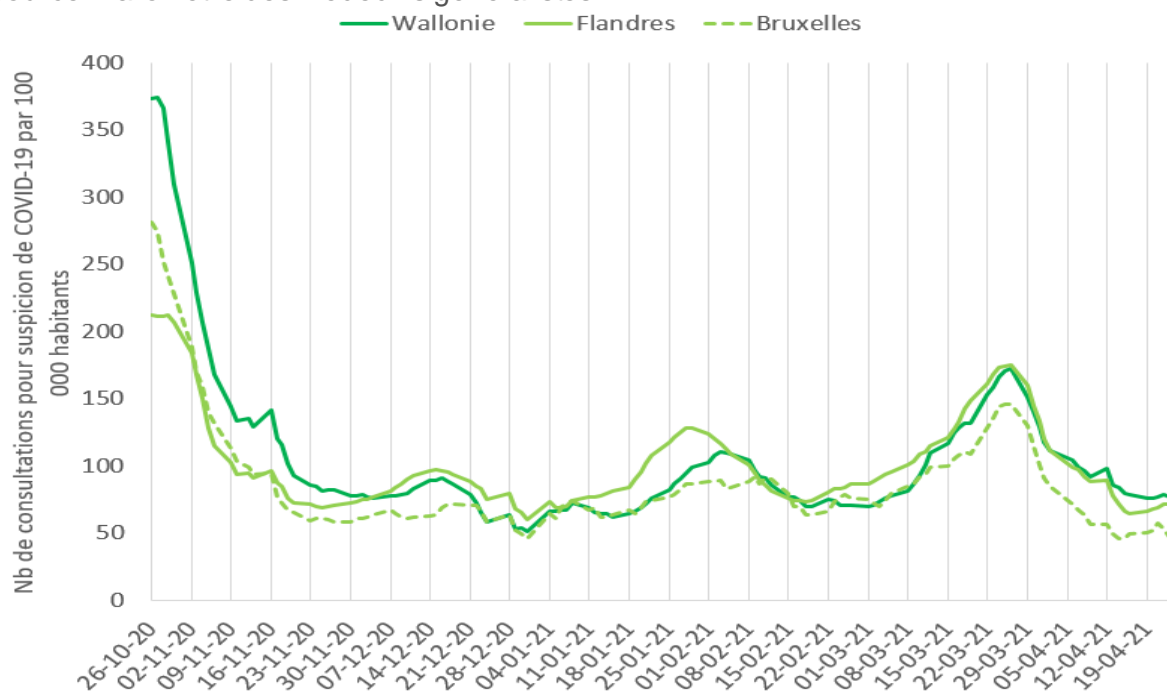


En semaine 16, le nombre de consultations pour une suspicion de COVID-19 chez les médecins généralistes a légèrement augmenté (moyenne de 71 contacts pour 100 000 habitants par jour comparé à 66/100 000 la semaine dernière, Baromètre des médecins généralistes, Figure 11). Ce chiffre reste plus faible à Bruxelles qu'en Flandre et en Wallonie. L'évolution de la croissance montre une tendance fluctuante, mais toujours dans la zone la plus sûre.

L'incidence des consultations pour symptômes grippaux rapportée par le réseau des médecins vigies a également légèrement augmenté (100 consultations pour 100 000 habitants par semaine). La charge de travail pour COVID-19 estimée par les médecins vigies a encore diminué avec 25 % des médecins estimant cette charge comme élevée à très élevée (comparé à 39 % la semaine précédente).

Figure 11: Nombre de contacts quotidiens chez les médecins pour suspicion de COVID-19 par 100 000 habitants et par région, 26/10/2020 - 23/04/2021<sup>2</sup>

Source: Baromètre des médecins généralistes



<sup>2</sup> Weekends et fériés non inclus; chaque jour représente une moyenne mobile sur 5 jours.

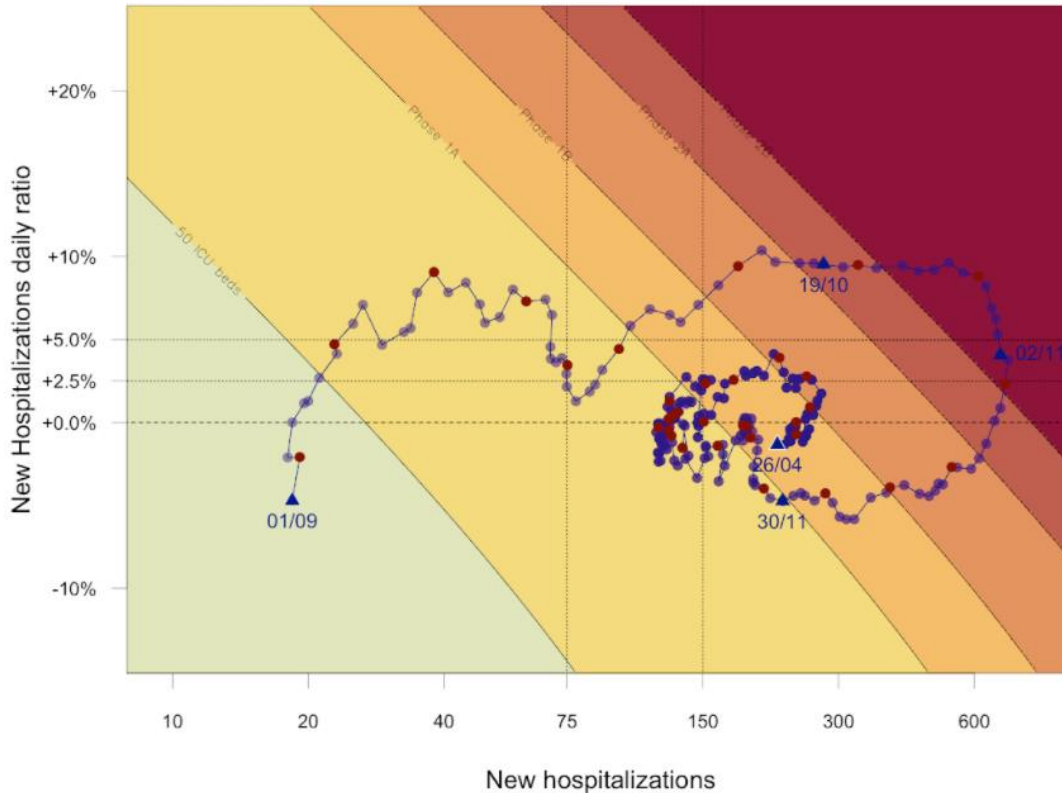


### Indicateurs de sévérité

Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a encore légèrement diminué, avec en moyenne 210 nouvelles hospitalisations par jour pour la semaine du 21 au 27 avril par rapport à 238 la semaine précédente (- 11 %). La Figure 12 montre un nouveau déplacement des prédictions dans la zone orange plus claire.

Figure 12 : Evolution du nombre de nouvelles hospitalisations et du rapport qui indique la croissance ou décroissance, 01/09/20 – 26/04/21. Les lignes en pointillé horizontales représentent une croissance de 2,5 % et de 5 %. Les lignes en pointillé verticales représentent les seuils de 75 et 150 nouvelles hospitalisations.

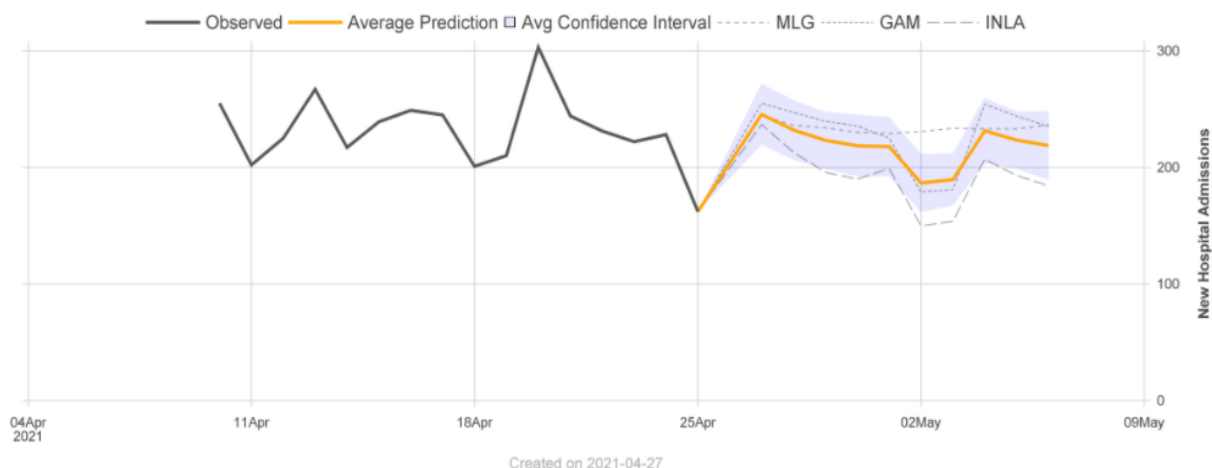
Travail de Christel Faes, UHasselt



La proportion de résidents de MRS dans le nombre total d'admissions a légèrement augmenté mais reste faible (1,9 % par rapport à 1,3 % la semaine dernière, source Surge Capacity Surveillance). La proportion de personnes de plus de 60 ans dans le nombre d'hospitalisations a encore légèrement diminué pour atteindre 58 % en semaine 14 comparé à 64 % la semaine précédente. Ceci est dû à une nouvelle diminution des hospitalisations des personnes de plus de 80 ans (16 % par rapport à 22 % la semaine précédente). Plus d'informations sur la surveillance hospitalière sont disponibles dans un [rapport](#) mis à jour toutes les semaines.

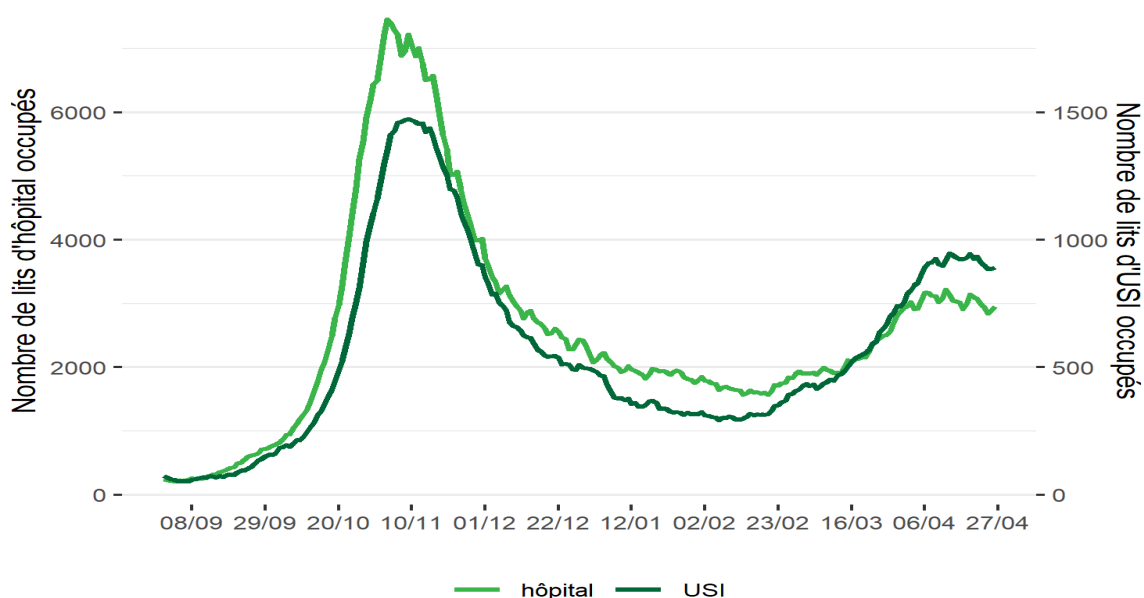
Le taux de reproduction ( $R_t$ ) basé sur le nombre de nouvelles hospitalisations a encore diminué lors de la période du 21 au 27 avril, pour atteindre 0,896 par rapport à 0,989 la semaine précédente. Les modèles de prédiction du nombre de nouvelles hospitalisations montrent une tendance stable (Figure 13).

Figure 13 : Évolution et prédiction du nombre de nouvelles hospitalisations, basé sur des modèles de l'Université de Hasselt, de l'ULB et de Sciensano



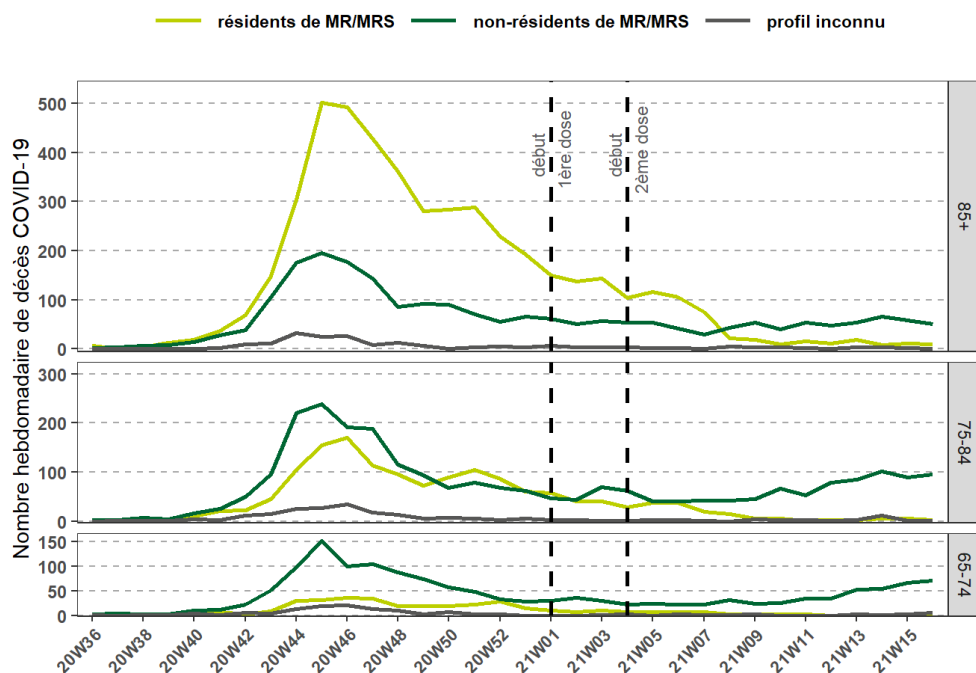
Le nombre de lits d'hôpitaux occupés par des patients COVID-19 (n = 2 858, - 8 %) montre une tendance légèrement décroissante ; le nombre de lits occupés en soins intensifs (n = 892, - 4 %) est également en légère diminution mais reste élevé (Figure 14).

Figure 14 : Nombre de lits occupés à l'hôpital et aux soins intensifs, 01/09/20 - 27/04/21



Au cours de la semaine du 19 au 25 avril, le nombre de décès est resté stable, avec un total de 276 décès enregistrés (comparé à 270 la semaine précédente), soit 34 à 50 décès par jour. Le taux de mortalité en semaine 16/2021 était de 2,4 /100 000 habitants en Belgique, 3,4/100 000 en Wallonie, 1,8/100 000 en Flandre et 3,1/100 000 à Bruxelles. Le nombre de décès de résidents de MRS reste limité (5,1 % du nombre total de décès). Dans la population hors MRS, une diminution de la mortalité liée au COVID-19 a été observée pour le groupe d'âge des 85 ans et plus, mais une légère augmentation est constatée dans les groupes d'âge 75-84 ans et 65-74 ans (Figure 15).

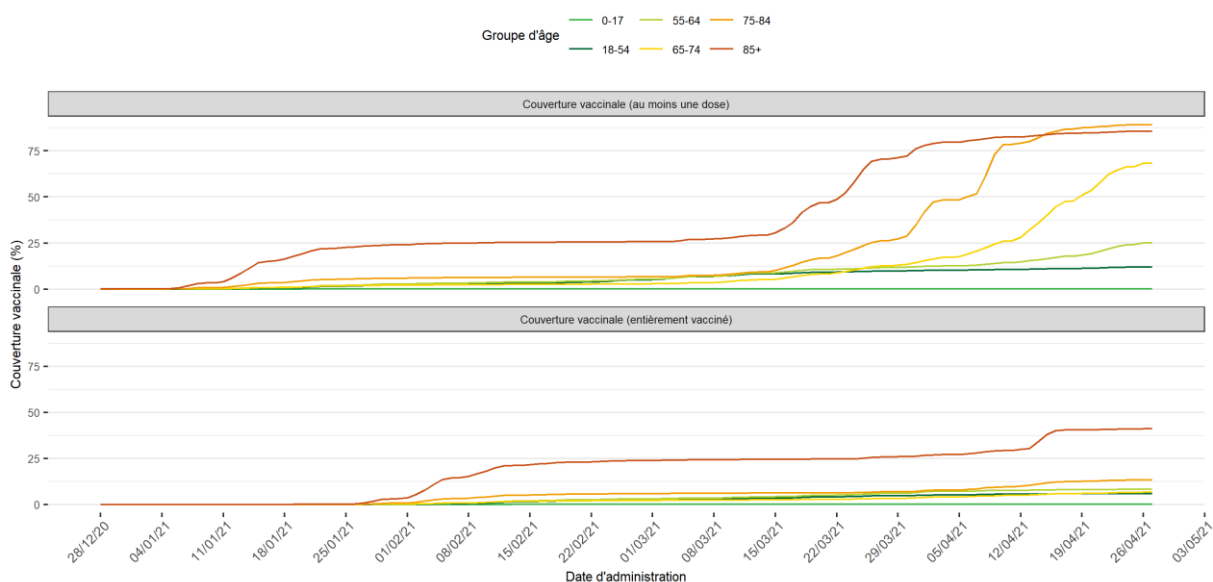
Figure 15 : Nombre de décès dus au COVID-19 chez les personnes âgées de 65 ans et plus, résidents ou non-résidents de MRS, par semaine



### Autres indicateurs

La couverture vaccinale pour la première dose (vaccination partielle) est passée à 68 % dans la tranche d'âge 65 - 74 ans. Une augmentation est également observée dans le groupe d'âge 55 - 64 ans (couverture vaccinale de 25 %). Chez les personnes de 75 - 84 ans, la couverture vaccinale pour la première dose est de 89 %, dans le groupe des 85 ans et plus, elle est de 86 %. La couverture vaccinale pour la vaccination complète dans le groupe d'âge de 85 ans et plus est actuellement de 41 % (Figure 16).

Figure 16 : Couverture vaccinale en Belgique, par tranche d'âge, vaccination partielle et complète



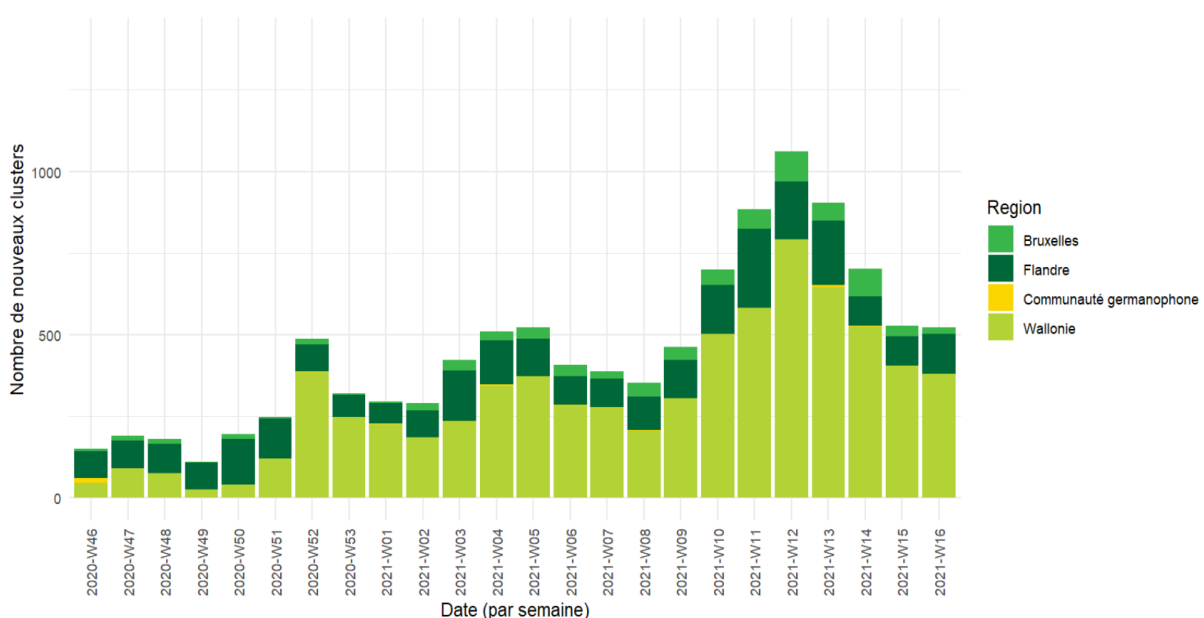
La situation dans les maisons de repos et de soins (MRS) continue de présenter de légères variations hebdomadaires, mais la situation reste favorable. Au cours de la semaine du 21 au 27 avril, le nombre de cas confirmés pour 1 000 résidents était de 1,3 en Wallonie, 0,5 en Flandre, 0,6 à Bruxelles. Aucun nouveau cas confirmé n'a été signalé dans la communauté germanophone au cours de la semaine dernière. Le nombre de nouvelles hospitalisations dues au COVID-19 reste également faible ( $\leq 0,2$  pour 1 000 résidents) et le nombre de nouveaux clusters possibles<sup>3</sup> reste limité ( $n = 11$  par rapport à 8 la semaine précédente). Le nombre de nouveaux cas parmi le personnel a diminué partout sauf en communauté germanophone ( $\leq 1,6$  pour 1 000 membres du personnel).

Plus de données sur la situation en MRS sont disponibles dans le rapport hebdomadaire publié le vendredi : [https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19\\_Surveillance\\_MR\\_MRS.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Surveillance_MR_MRS.pdf)

Le nombre de clusters a encore diminué au cours de la semaine 16 (19 – 25 avril 2021), avec 2 392 clusters actifs<sup>4</sup> (comparé à 2 972 la semaine précédente), dont 523 nouveaux foyers (comparé à 527 la semaine avant) (Figure 17).

Comme les semaines précédentes, la plupart des clusters actifs se trouvent sur les lieux de travail et dans les écoles. En raison de la période de vacances, le nombre de clusters actifs dans les écoles a encore diminué en semaine 16 (430 par rapport à 725 la semaine 15). Le nombre de clusters actifs sur des lieux de travail a également diminué, avec 1 456 clusters actifs en semaine 16 par rapport à 1 631 la semaine précédente (Figure 18).

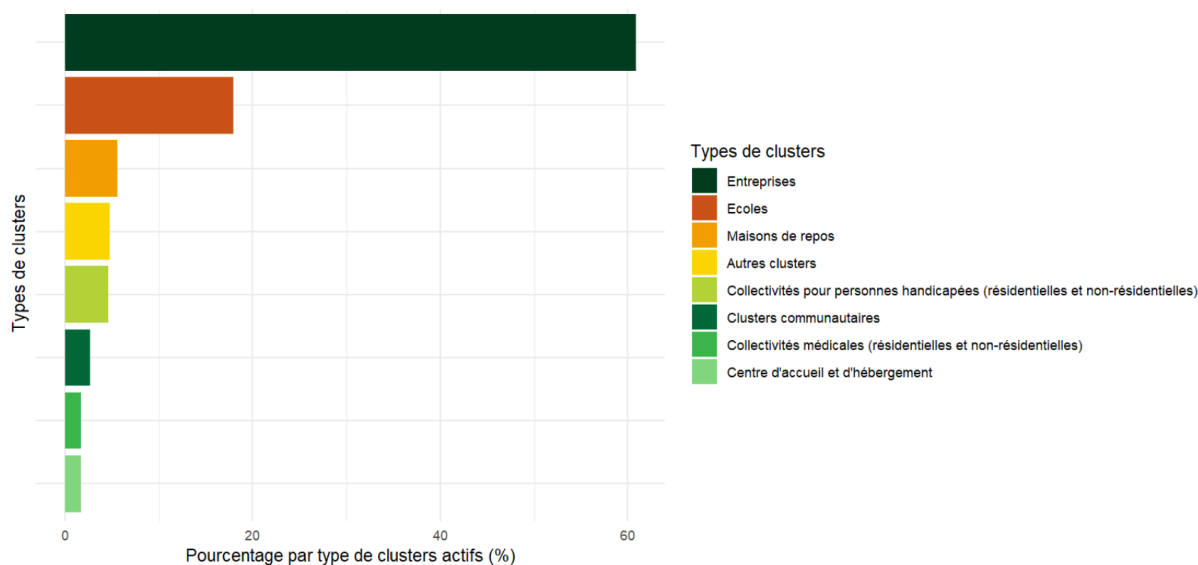
Figure 17 : Evolution du nombre de nouveaux clusters, semaines 46/2020 – 16/2021



<sup>3</sup> Il s'agit de clusters possibles car identifiés sur la base de données de surveillance. Une investigation serait nécessaire pour confirmer cela dans la pratique. Comme la date à laquelle le premier cas confirmé de COVID-19 a été signalé est considérée comme la date de début du foyer, ce chiffre peut être complété à posteriori.

<sup>4</sup> A noter que les clusters dans les collectivités (comme les écoles) sont mieux rapportés que ceux pe. dans la communauté. En outre, la différence entre les régions peut probablement aussi être attribuée en partie à une différence d'enregistrement.

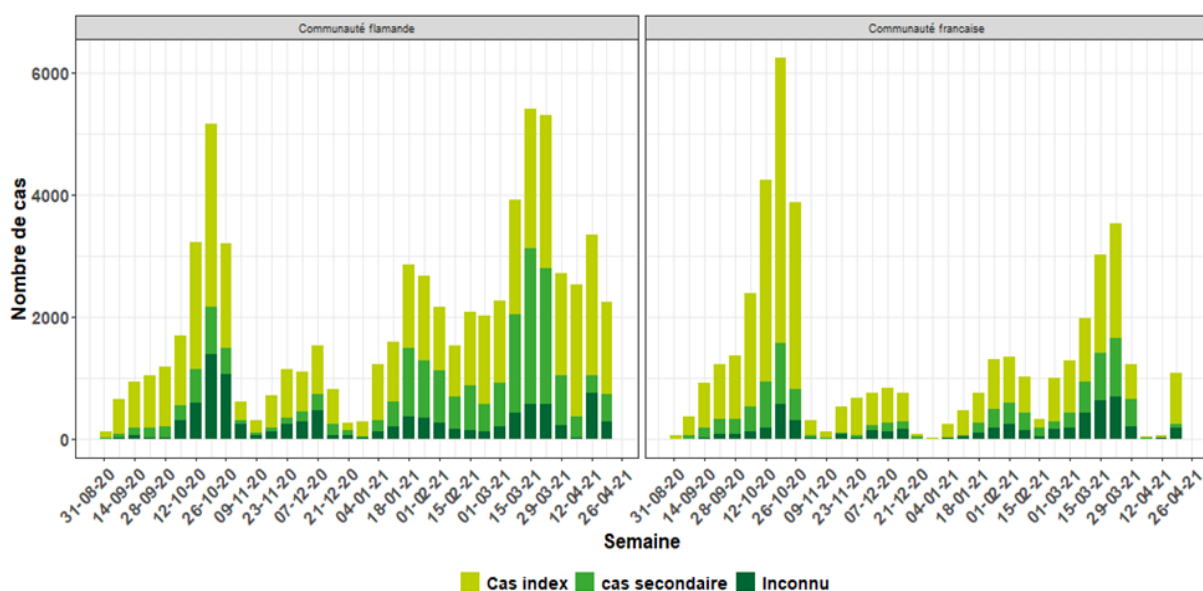
Figure 18 : Clusters actifs rapportés par les régions, par type, en Belgique, semaine 16/2021 (Source : AZG, AViQ, COCOM)



Les écoles ont repris leurs activités la semaine dernière après les vacances de Pâques. Pour la semaine du 19 au 25 avril, un total de 931 cas a été signalé parmi les élèves et 148 cas parmi les membres du personnel des écoles francophones. Dans les écoles néerlandophones, 1 652 cas ont été signalés parmi les élèves et 286 cas parmi les membres du personnel (Figure 19).

La raison de test pour les élèves ayant eu un résultat positif était principalement un contact à haut risque en dehors de l'école (66 %), un contact à haut risque lié à l'école a été signalé dans 18 % des cas et la présence de symptômes compatibles avec le COVID-19 dans 15% des cas.

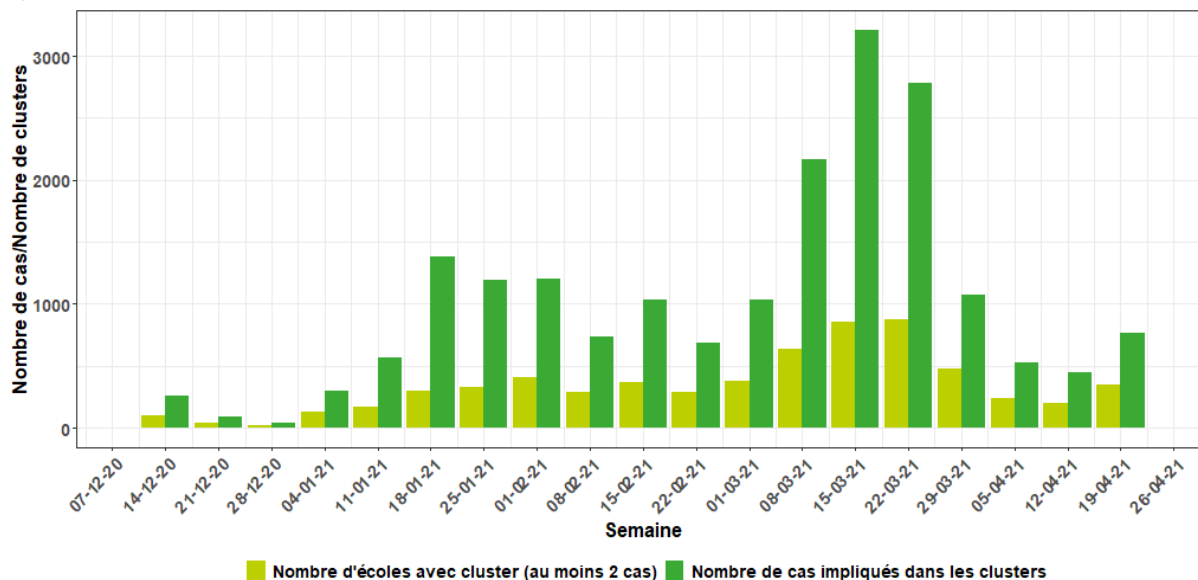
Figure 19: Nombre de cas parmi les élèves et les membres du personnel, enseignement néerlandophone et francophone, semaine 36/2020 - 16/2021 (Source : PMS/PSE et surveillance LARS)



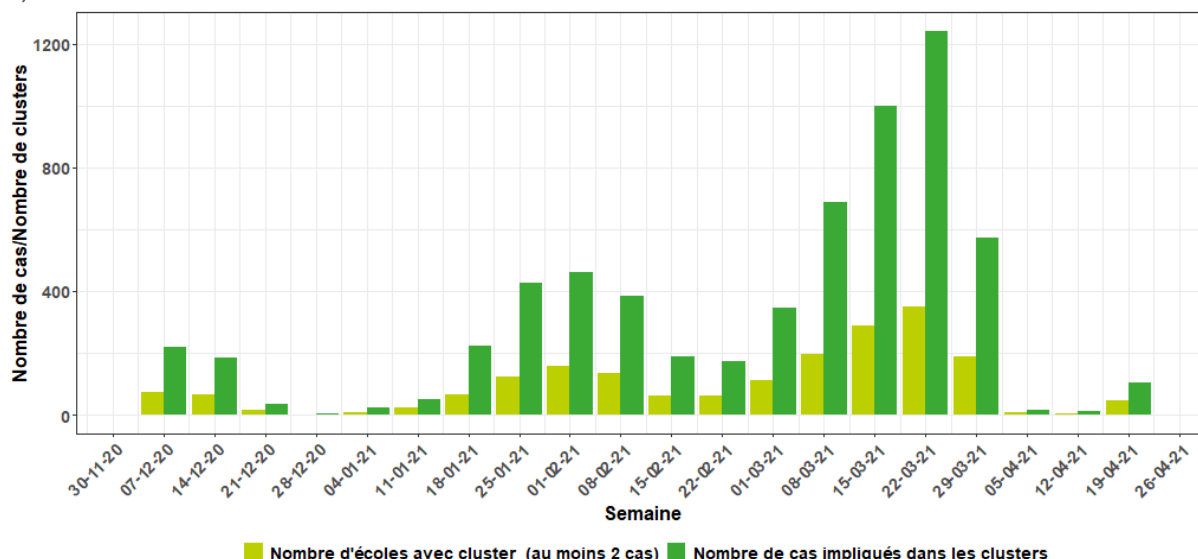
Comme attendu, le nombre d'écoles avec un cluster actif et le nombre de cas impliqués dans un cluster ont légèrement diminué (Figure 20). L'impact réel de la réouverture des écoles sur le nombre de clusters ne sera visible que dans les semaines à venir.

Figure 20: Nombre d'écoles avec un cluster actif et nombre de cas impliqués dans un cluster, par semaine, semaine 49/2020 - 16/2021, enseignement néerlandophone (a) et francophone (b) (Source: surveillance des PMS / PSE et LARS)

a)



b)

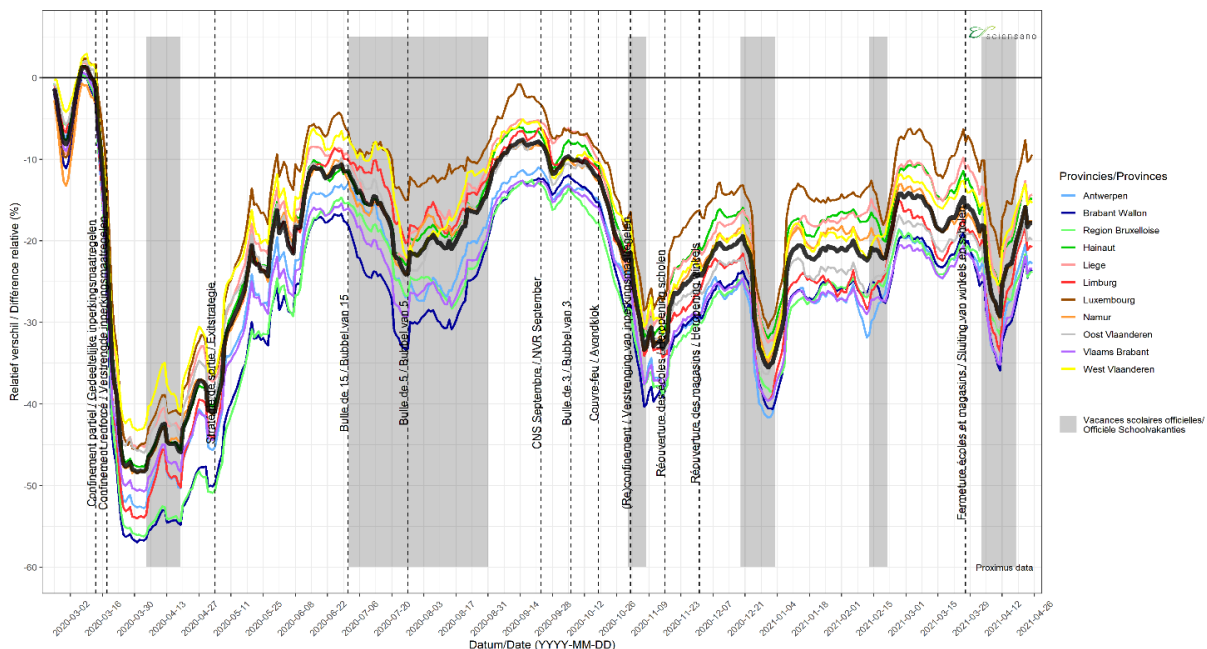


Les données sur le lieu et la source de l'infection restent globalement stables. Il n'y a eu que des changements mineurs entre le 18 et le 24 avril : la plupart des infections ont été contractées au sein du foyer (34 %), avec des amis ou de la famille (13 %) ou sur les lieux de travail (7 %). Pour la source possible de l'infection les valeurs sont les mêmes que la semaine dernière, les principales sources étant un cohabitant (30 %), un autre membre de la famille (10 %), des amis (4 %) ou un collègue (4 %).

Les données relatives à la mobilité montrent que l'augmentation déjà observée lors de la dernière semaine des vacances de Pâques s'est poursuivie la semaine suivante, comme attendu (Figure 21). La faible diminution observée plus récemment est probablement une combinaison de l'effet du weekend et de données manquantes pour un jour. Les mesures d'assouplissement mises en place cette semaine entraîneront probablement une nouvelle augmentation de la mobilité.

Figure 21 : Evolution de la mobilité en Belgique (courbe noire) et dans chaque province (données de Proximus).

*Chaque province a son propre niveau de référence. Si le niveau de la courbe d'une province est plus bas que celui d'une autre, cela signifie que la mobilité y a davantage diminué comparé à la période de référence, mais pas nécessairement que la mobilité est plus basse de manière absolue.*



Au cours de la semaine du 18 au 24 avril, 30 426 voyageurs sont arrivés en Belgique depuis une zone rouge, ce qui est comparable à la semaine dernière. Un résultat de test (pour au moins un test) est disponible pour 49 % des voyageurs avec un numéro de registre national (NISS) (66 % des voyageurs au 18/04, 26 % au 24/04). Même si ce nombre semble à nouveau augmenter, il y a toujours un grand nombre de personnes qui ne sont pas testées. Parmi les 335 personnes revenues d'Inde la semaine dernière, un résultat de test n'était disponible que pour 144 personnes (43 %). Même si ce chiffre peut être légèrement sous-estimé en raison du délai nécessaire à l'obtention des résultats des tests, les semaines dernières entre 50 et 60 % des voyageurs en provenance d'Inde étaient testés. Pour les personnes sans NISS, les informations sur le testing ne sont pas disponibles. Cela signifie donc qu'un grand nombre de voyageurs susceptibles d'avoir été infectés (et pour l'Inde, possiblement infectés par un nouveau variant) poursuivent leurs activités à leur arrivée et peuvent propager le virus. Parmi les personnes testées, 2,8 % ont eu un résultat positif au premier test, 1,5 % au deuxième test. Les taux de positivité les plus élevés ont été observés pour les voyageurs en provenance d'Inde (13,2 % pour le premier test) et du Pakistan (19,7% des 137 tests effectués pour 268 voyageurs).

### ***Variants du virus (informations du NRC)***

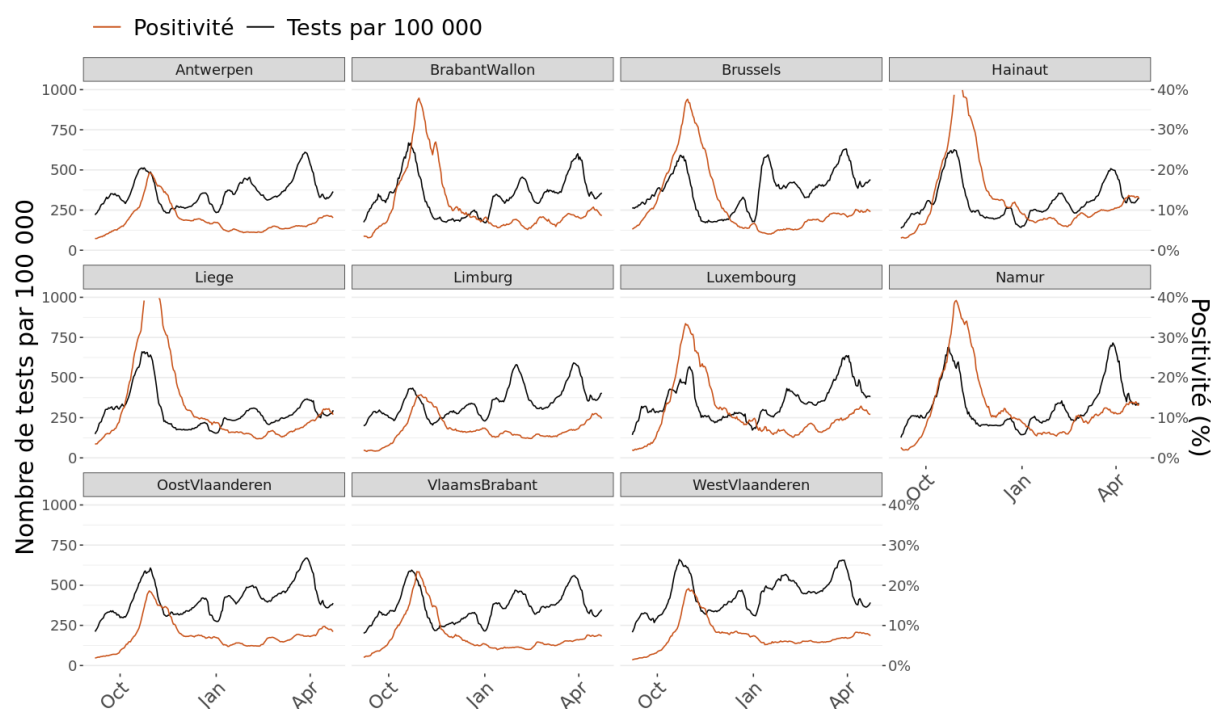
Au cours des deux dernières semaines (12 au 25 avril), sur un total de 737 échantillons analysés dans le cadre de la surveillance de base, le variant 501Y.V1 a été identifié dans 81,4 % des cas (comparé à 85,9 % dans le rapport précédant), le variant 501Y.V2 dans 2,8 % des échantillons (versus 3,7 % précédemment) et le variant 501Y.V3 dans 8,0 % des échantillons (comparé à 4,9 % dans le rapport précédant). Cette tendance à la hausse du variant 501Y.V3 sera suivi de près car cela constitue un signal d'alarme si elle se confirme. La semaine dernière, un cluster du variant B.1.617 (décrit initialement en Inde) a été identifié parmi des infirmières récemment arrivées d'Inde et tombées malades après leur arrivée. Plus de résultats sont disponibles sur le [site du CNR](#).



## PROVINCES

Au cours de la semaine dernière, l'incidence sur 14 jours a continué à diminuer dans certaines provinces/régions et a augmenté dans d'autres. Le  $R_t$  a augmenté presque partout, mais a diminué dans la province de Liège et au Limbourg, les deux provinces présentant un  $R_t$  supérieur à 1 la semaine dernière. Cette semaine, le  $R_t$  est supérieur à 1 à Anvers, dans le Brabant flamand, en Flandre occidentale et en communauté germanophone. La tendance semble donc fortement varier d'une semaine à l'autre. Le nombre de tests effectués a augmenté partout, sauf en province du Luxembourg. Le PR a diminué partout (Figure 22). L'évolution de l'incidence sur 7 jours pour les hospitalisations montre également des tendances variables avec une augmentation dans certaines provinces/régions et une stabilisation ou une diminution dans d'autres (Annexe 1).

Figure 22 : Évolution du nombre de tests et du taux de positivité par province



A Anvers, l'incidence sur 14 jours a augmenté. Il y a une augmentation du nombre de cas sur les 7 derniers jours par rapport à la période précédente et le  $R_t$  est juste supérieur à 1. Les hospitalisations ont également augmenté.

Dans le Brabant wallon, l'incidence a encore un peu diminué mais le  $R_t$  a augmenté. Le nombre de tests a augmenté et le PR a diminué. Les hospitalisations ont légèrement augmenté cette semaine mais restent relativement faibles.

Dans le Hainaut, une augmentation de l'incidence et du  $R_t$  est également observée. L'incidence des hospitalisations sur 7 jours, qui était très élevée depuis plusieurs semaines, a légèrement diminué.

A Liège comme dans le Limbourg, l'incidence sur 14 jours a encore augmenté comme attendu, mais le  $R_t$  est repassé en dessous de 1 et le nombre de cas a légèrement diminué au cours des 7 derniers jours. Le nombre d'hospitalisations a diminué.

Au Luxembourg, on observe une nouvelle diminution de l'incidence sur 14 jours et également une nette diminution du nombre de cas sur les 7 derniers jours. Contrairement aux autres provinces/régions, le nombre de tests a diminué. Le nombre de nouvelles hospitalisations reste stable.

A Namur, l'incidence cumulée sur 14 jours a encore diminué, mais reste la plus élevée de Belgique. Le PR également en diminution, reste aussi le plus élevé de Belgique. Le nombre de nouvelles hospitalisations reste stable.

En Flandre orientale, l'incidence cumulée sur 14 jours et l'incidence des hospitalisations ont diminué.

Le Brabant flamand présente une augmentation de l'incidence sur 14 jours, un Rt supérieur à 1 et une stabilisation du RP et des hospitalisations.

En Flandre occidentale, l'incidence cumulée sur 14 jours a encore diminué mais les hospitalisations ont augmenté cette semaine, et le Rt est supérieur à 1.

A Bruxelles, l'évolution semble défavorable. On observe une augmentation de l'incidence sur 14 jours, une légère augmentation du PR et une augmentation des hospitalisations (valeur la plus élevée en Belgique).

En Communauté germanophone d'importantes fluctuations sont observées en raison du faible nombre d'habitants. L'incidence sur 14 jours a augmenté, les hospitalisations ont augmenté, mais le Rt a diminué.

Toutes les provinces sont encore en phase de confinement. L'Annexe 2 montre l'évolution de l'incidence pour le nombre de cas et pour les hospitalisations, par province, comparé aux seuils définis pour le changement de phase dans la gestion de l'épidémie. Toutes les provinces sont au-delà des seuils définis.

Période 18/04-24/04	Infections incidence sur 14j pour 100 000	% augmentation du nombre de cas	Nombre de tests pour 100 000	Rt	PR	Hospitalisations incidence sur 7j pour 100 000 <sup>5</sup>
<b>Belgique</b>	<b>425</b>	<b>+1%</b>	<b>2 680</b>	<b>0,976</b>	<b>8,9%</b>	<b>13,9</b>
Antwerpen	358	+6%	2 543	1,001	8,0%	12,6
Brabant wallon	397	-7%	2 555	0,949	8,4%	6,2
Hainaut	514	+4%	2 263	0,994	12,5%	18,3
Liège	388	-6%	2 091	0,939	10,1%	13,5
Limburg	485	-3%	2 837	0,972	9,6%	12,9
Luxembourg	536	-15%	2 663	0,899	10,6%	15,7
Namur	597	+1%	2 498	0,987	13,0%	16,1
Oost-Vlaanderen	403	-4%	2 734	0,937	8,1%	12,6
Vlaams-Brabant	285	+11%	2 426	1,017	7,1%	5,7
West-Vlaanderen	350	+2%	2 761	1,023	7,5%	14,8
Région bruxelloise	481	+5%	3 057	0,967	9,2%	22,0
Deutschsprachige Gemeinschaft	389	+12%	2 564	1,010	9,1%	10,3

<sup>5</sup> Données de la semaine 16 (du 19 au 25 avril 2021).

## COMMUNES

L'Annexe 3 montre les municipalités par province en fonction de l'incidence cumulée sur 14 jours et du taux de positivité. Les communes présentant une tendance à la hausse (signal d'alerte basé sur différents indicateurs) sont indiquées par un astérisque rouge. La répartition des différentes municipalités au sein des provinces est moins marquée sur le graphique, mais cela est principalement dû au changement d'échelle sur l'axe des abscisses en raison d'une petite municipalité à très forte incidence (Herstappe, > 5 000/100 000 mais population de 79 personnes). Il y a moins de municipalités présentant une alerte cette semaine par rapport à la semaine dernière.

Six communes ont une incidence cumulée sur 14 jours inférieure à 100/100 000 (comme la semaine dernière) et six communes avec une incidence > 1 000/100 000.

L'échelle de la carte avec les incidences par commune étant également fortement influencée par la commune ayant une incidence très élevée, la carte n'est pas présentée cette semaine. En général, les communes avec les plus fortes incidences sont toujours situées au Luxembourg, à Namur, dans le Hainaut et dans le Limbourg, près de la frontière.

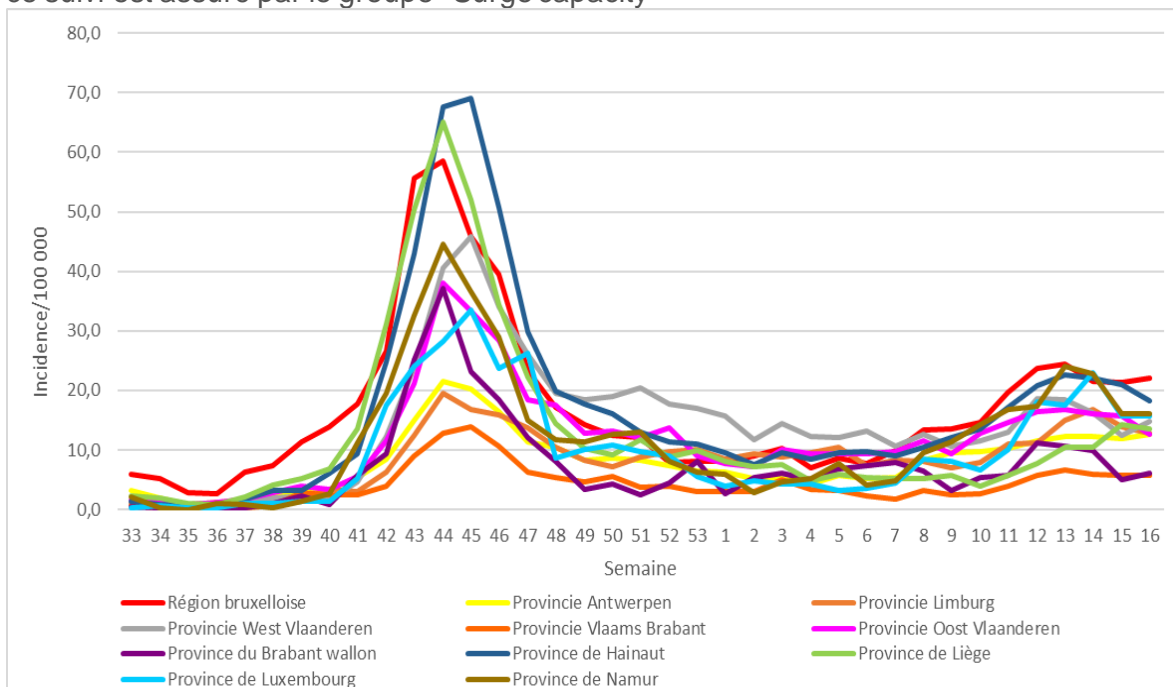
En raison de l'évolution généralement défavorable de la situation épidémiologique, une liste de communes basée sur un système d'alerte précoce (Early Warning, détection des premiers signes d'une éventuelle détérioration) n'est pas justifiée. Des analyses à un niveau plus local seront à nouveau effectuées dès que cela sera à nouveau pertinent.

### **Les personnes suivantes ont participé à cet avis :**

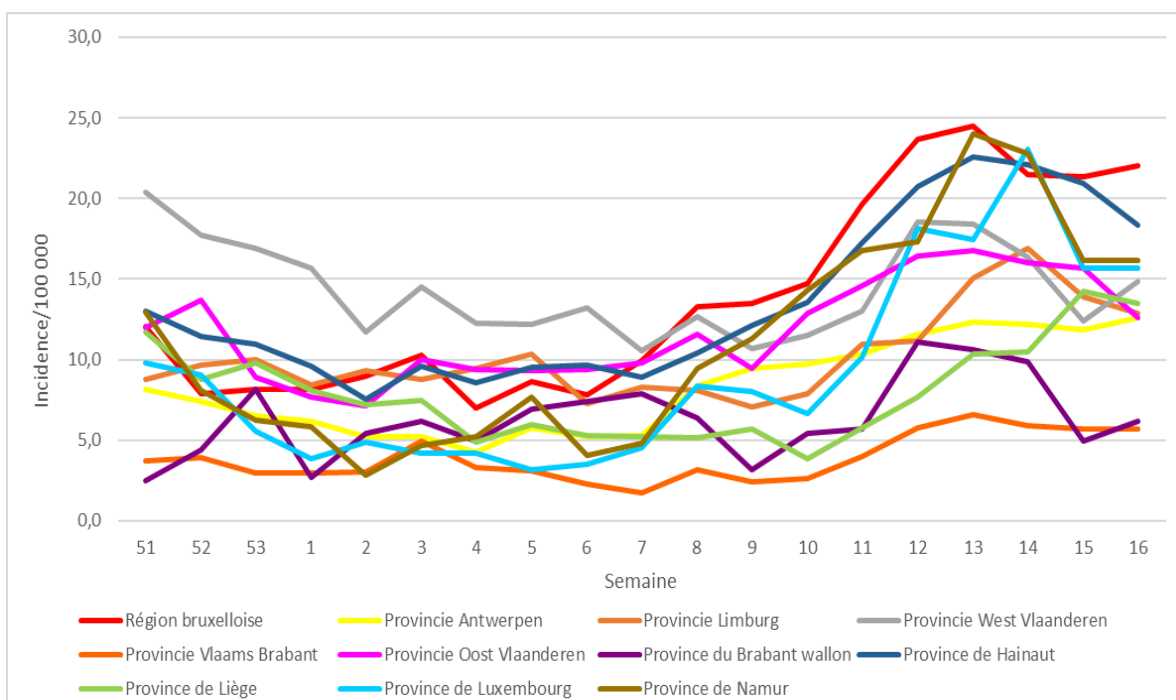
Emmanuel Bottieau (ITG), Caroline Boulouffe (Aviq), Steven Callens (UZ Gent), Geraldine De Muylder (Sciensano), Pierre-Louis Deudon (COCOM), Alexandra Gilissen (ONE), Naïma Hammami (Zorg en Gezondheid), Valeska Laisnez (Sciensano), Tinne Lernout (Sciensano), Pierrette Melin (CHU Liège), Geert Molenberghs (UHasselt-KULeuven), Petra Schelstraete (UZGent), Stefan Teughels (Domus Medica), Steven Van Gucht (Sciensano), Greet Van Kersschaever (Domus Medica).

## Annexe 1 : Nombre de nouvelles hospitalisations/100 000 habitants par semaine et par province, semaine 33/2020 à 16/2021

La figure ci-dessous ne tient pas compte du nombre de lits disponibles dans une province ; ce suivi est assuré par le groupe "Surge capacity"

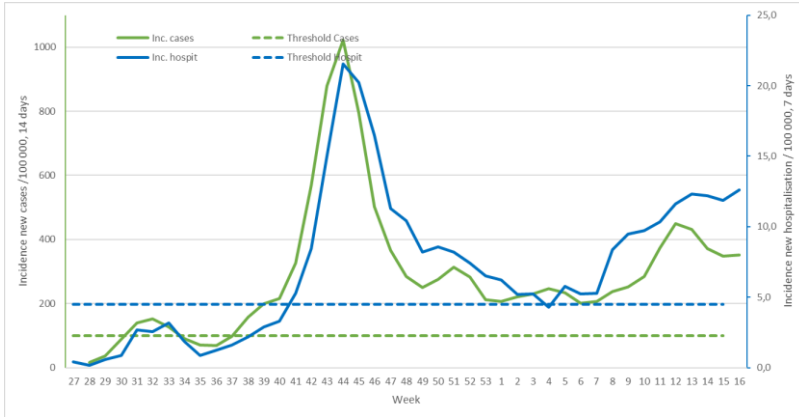


L'analyse des dernières semaines (51/2020 - 16/2021) montre une diminution ou stabilisation pour la majorité des provinces, après une période d'augmentation.

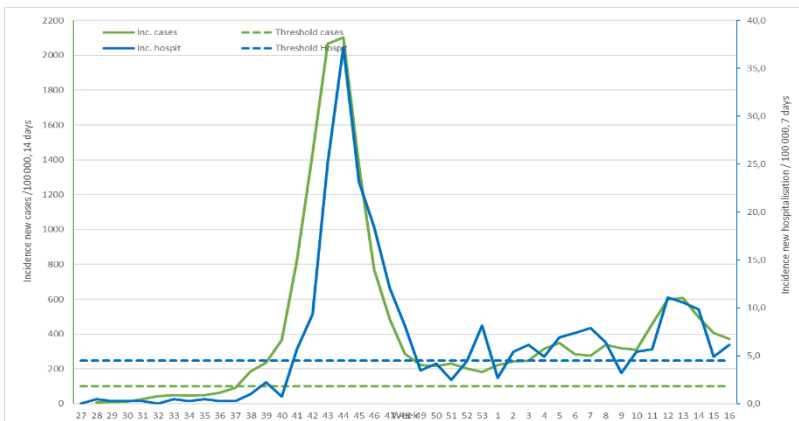


**Annexe 2 : Evolution de l'épidémie par province, comparé aux seuils définis pour les nouvelles infections et les nouvelles hospitalisations,**  
*(A noter : l'axe des ordonnées diffère en fonction des provinces)*

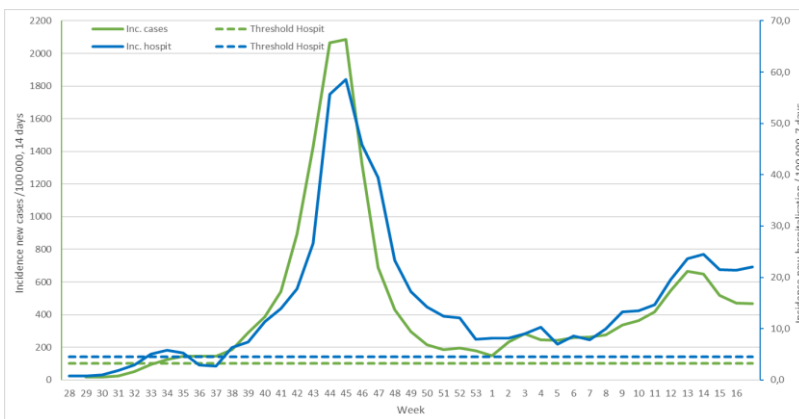
**Antwerpen**



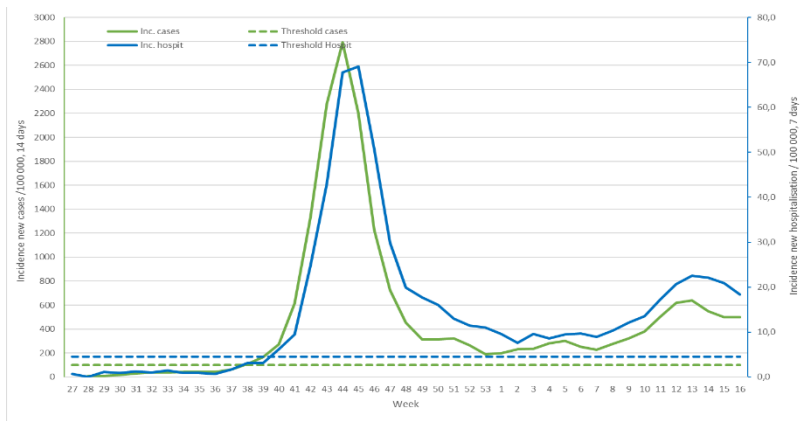
**Brabant wallon**



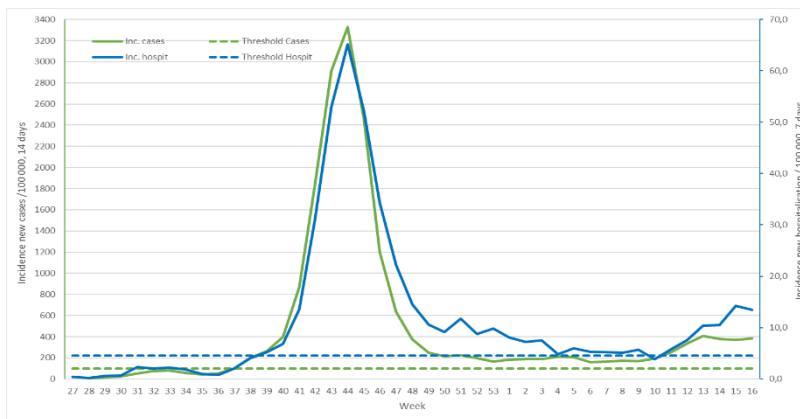
**Brussels**



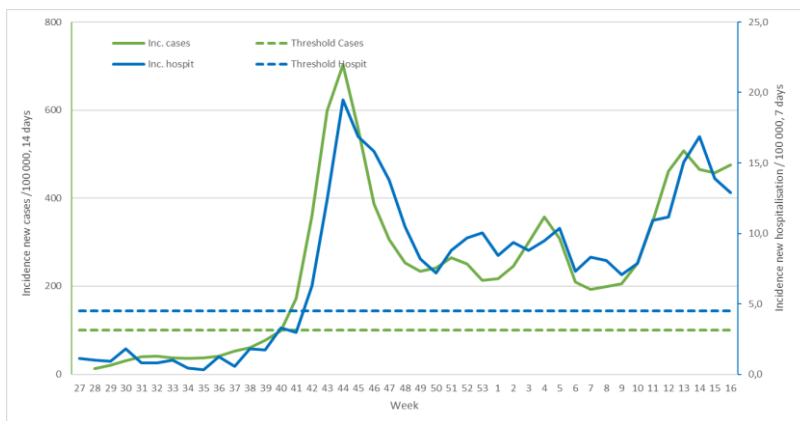
## Hainaut



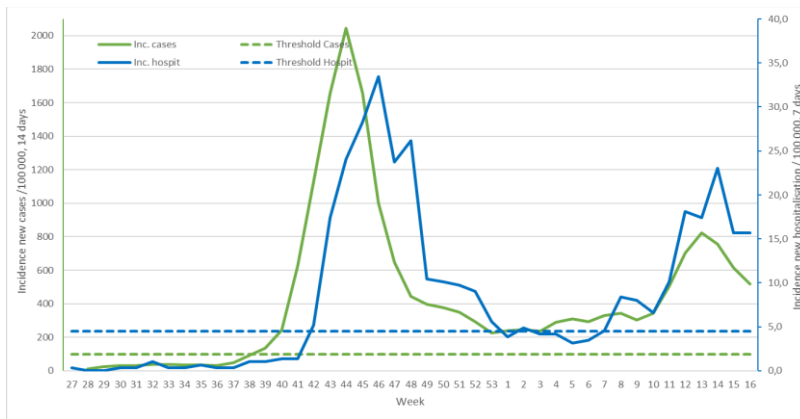
## Liège



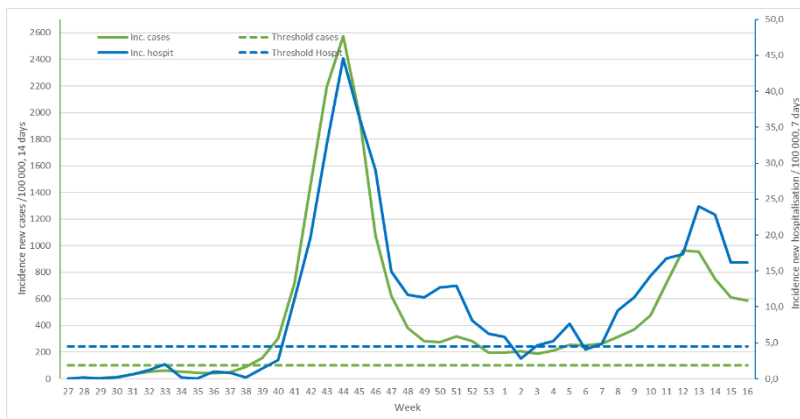
## Limburg



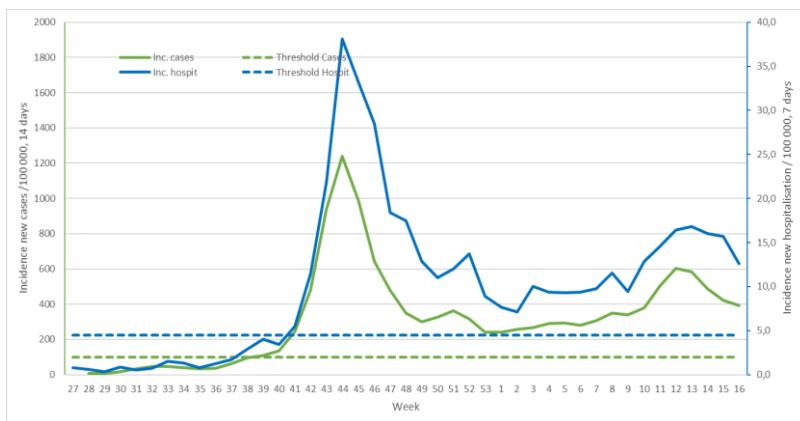
## Luxembourg



## Namur

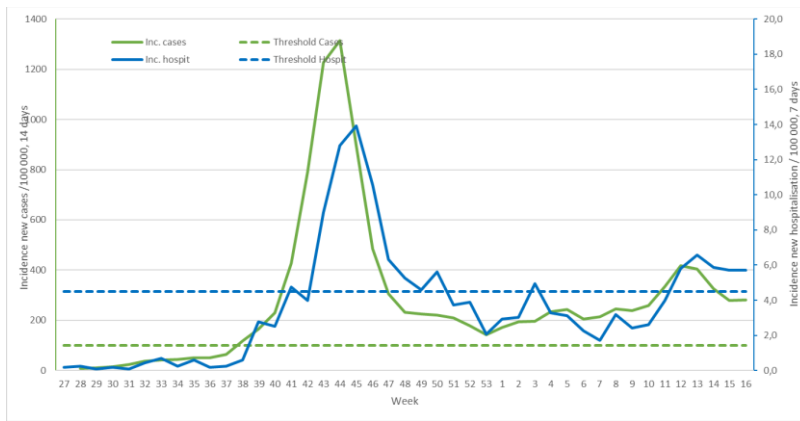


## Oost-Vlaanderen

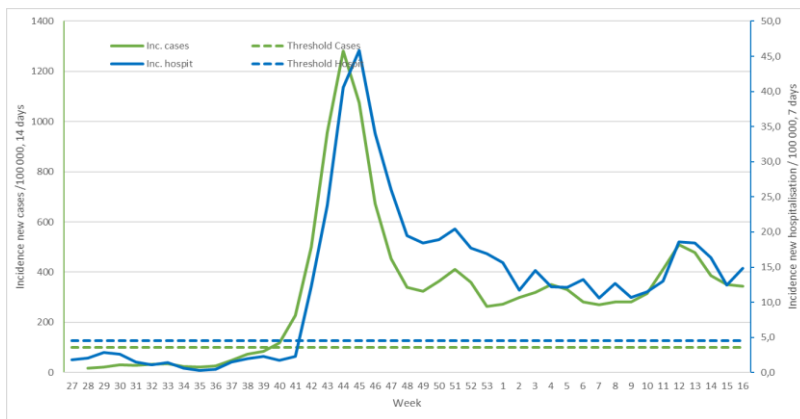




## Vlaams-Brabant



## West-Vlaanderen



#### Annexe 4 : Communes au sein des différentes provinces, en fonction du taux de positivité et de l'incidence cumulative sur 14 jours,

Les communes sont représentées en fonction de leur taux de positivité (abscisse) et de l'incidence cumulative sur 14 jours (ordonnée), Les communes indiquées en rouge ont une tendance à la hausse, les communes en gris une tendance à la baisse ou stable, Les lignes pleines montrent l'incidence cumulée moyenne et le PR pour la province concernée, les lignes pointillées indiquent l'incidence cumulée moyenne et le PR pour la Belgique,

