

Evaluation de la situation épidémiologique

RAG 12/05/2021

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

Après une courte période de diminution du nombre de nouvelles infections (principalement dans le contexte des vacances de Pâques), une stabilisation voire une légère augmentation (pour les derniers jours) est à présent enregistrée. Sur base de l'incidence sur 14 jours, l'augmentation concerne uniquement les enfants (principalement en école maternelle et en primaire). Mais ces chiffres reflètent la situation des deux dernières semaines, et un changement de tendance ne se remarque pas immédiatement. La valeur de R_t , qui reflète mieux la tendance, a augmenté dans toutes les provinces à l'exception du Brabant flamand et est à présent à nouveau supérieur à 1. Le nombre de contacts avec un médecin généraliste pour suspicion de COVID-19 est également un indicateur précoce de l'augmentation des infections, qui présente l'avantage d'être peu ou pas influencé par la stratégie de test (comme le dépistage intensif dans les écoles). Le constat que ce nombre augmente rapidement, surtout ces derniers jours, est donc alarmant.

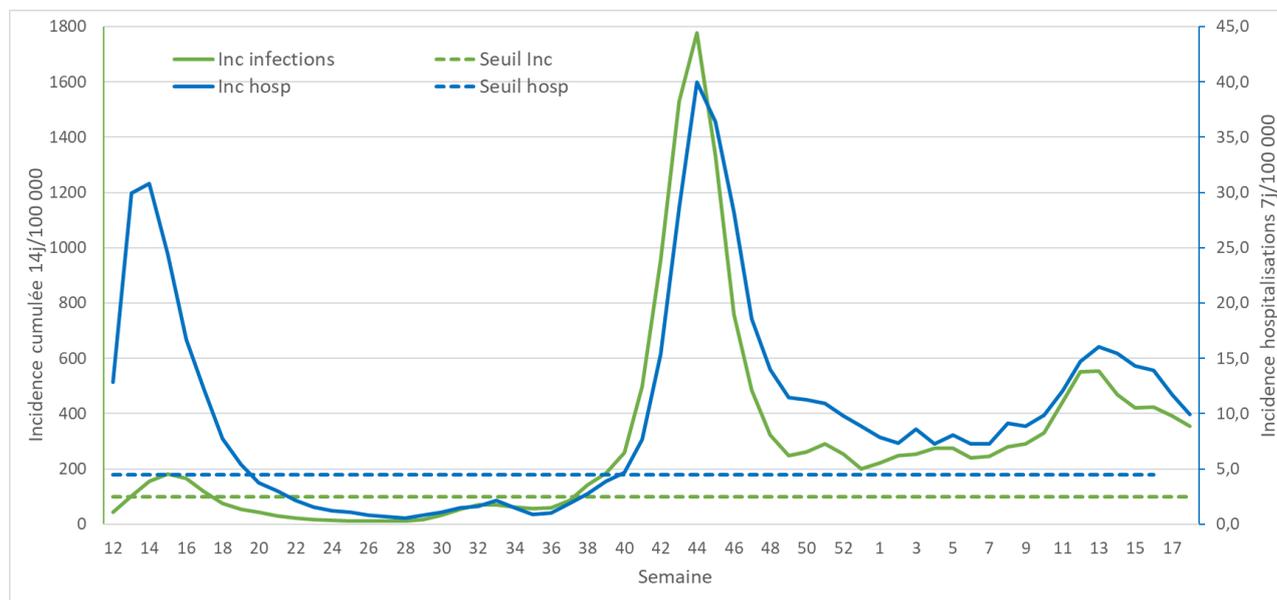
Malgré la forte augmentation du nombre de tests dans les groupes d'âge de 0 à 9 ans et de 10 à 19 ans, il n'y a eu qu'une diminution limitée du taux de positivité. Cela peut également indiquer une circulation plus importante du virus dans les écoles. Une nouvelle augmentation du nombre d'infections et de clusters est également observée dans les écoles. Comme indiqué à plusieurs reprises, la situation dans les écoles reflète également le niveau de circulation du virus dans la population générale.

Le nombre de nouvelles hospitalisations et le nombre de lits occupés dans les hôpitaux et aux soins intensifs ont continué à diminuer. Mais il y a toujours près de 700 lits occupés aux soins intensifs par des patients COVID-19 et la charge de travail pour le personnel de soins reste très élevée. Si l'augmentation de la circulation du virus est confirmée, elle peut être suivie d'une nouvelle augmentation des hospitalisations, tant que la couverture vaccinale (pour une vaccination complète) n'est pas suffisamment élevée pour les groupes à risque (âge et comorbidités).

Le variant B.1.1.7 est toujours le variant dominant en Belgique. Le nombre d'infections dues aux variants B.1.617.1 et B.1.617.2 est en augmentation mais reste limité. En Inde et au Royaume-Uni, ces variants semblent avoir un avantage de croissance par rapport aux autres variants qui circulent actuellement en Belgique et, comme on l'a vu avec le variant britannique, la situation peut évoluer rapidement. Il est donc important de faire un suivi strict de tous les cas connus et de leurs contacts et d'éviter de nouvelles importations, afin de ralentir la circulation autant que possible et de gagner quelques semaines pour poursuivre le déploiement de la campagne de vaccination. A noter que les cas en Belgique sont actuellement souvent liés à des voyages à l'étranger, mais pas toujours en Inde, également dans d'autres pays, y compris en Europe.

Sur base des résultats et de l'évaluation des risques, nous sommes toujours au plan B de la phase de confinement (Figure 1). Les seuils permettant de passer au plan A n'ont pas encore été atteints, ni pour le nombre d'infections et le PR (incidence 14j < 300/100 000 pendant au moins 5 jours consécutifs et PR < 6 %), ni pour le nombre d'hospitalisations (incidence 7j < 6/100 000 et déclin (croissance < 1) pendant au moins une semaine). Le RAG s'inquiète de la vitesse à laquelle les assouplissements sont planifiés et mis en œuvre sans tenir compte de ces seuils. En particulier le nombre de contacts étroits (non protégés) jouera un rôle important dans la propagation de la maladie.

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 pour les infections et tendance à la baisse pour les hospitalisations.

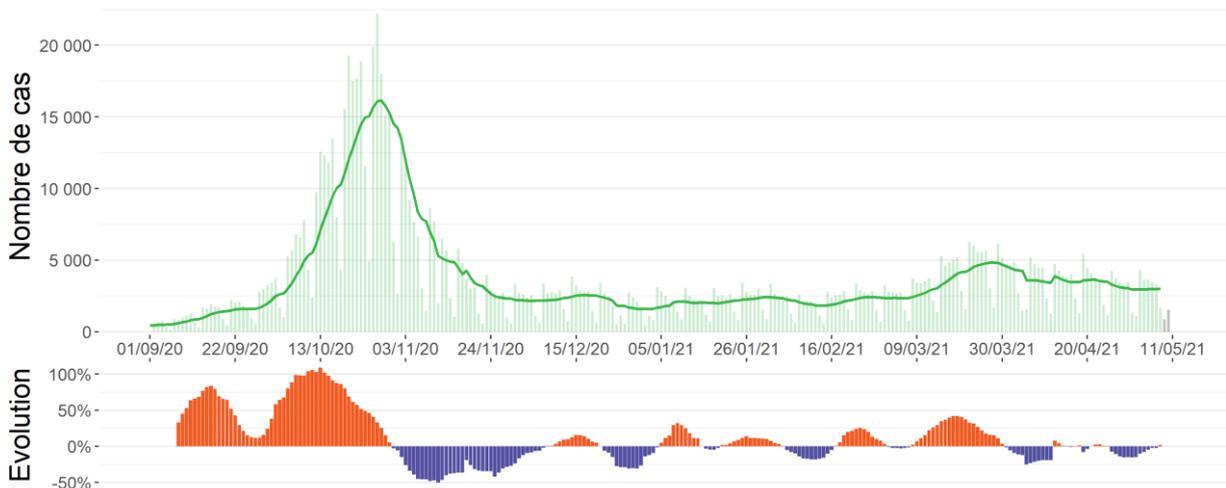
NIVEAU NATIONAL

Indicateurs d'intensité

Le nombre de nouvelles infections n'a plus diminué au cours de la semaine écoulée mais est en légère augmentation, avec une moyenne de 3 029 nouvelles infections par jour au cours de la semaine du 2 au 8 mai, par rapport à 2 968 la semaine précédente (+ 2 %) (Figure 2). La tendance est à la hausse surtout ces derniers jours.

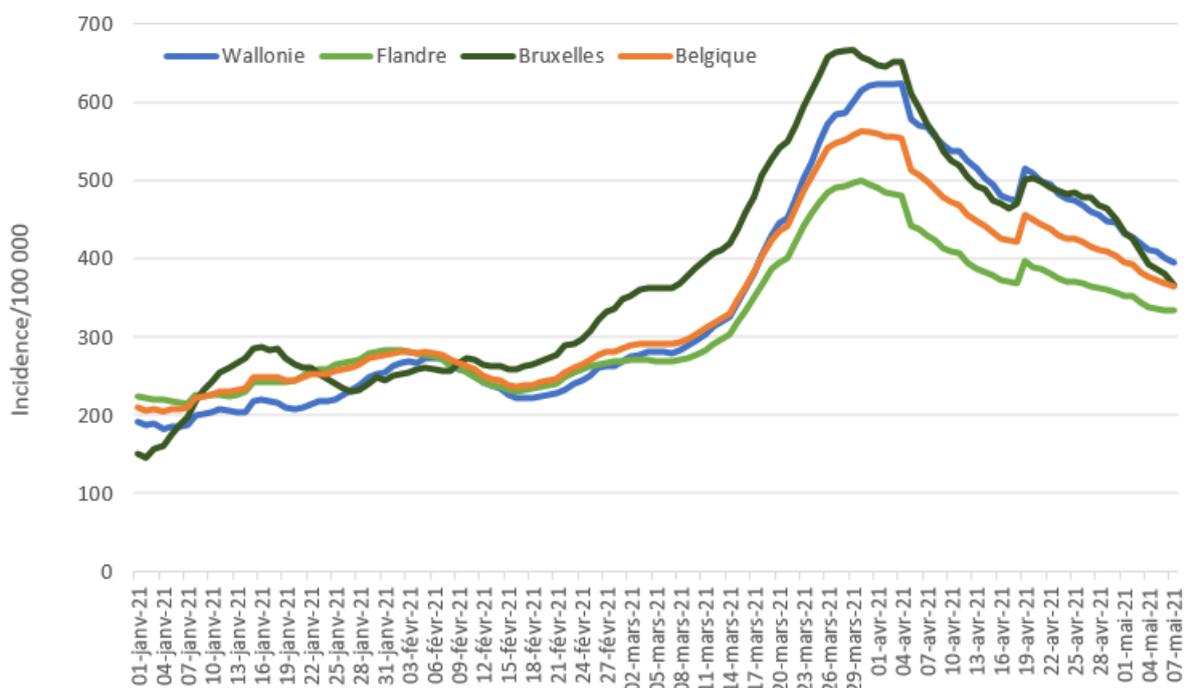
Le taux de reproduction (Rt) basé sur le nombre de nouvelles infections a augmenté à 1,009 par rapport à 0,904 la semaine précédente. La valeur est donc à nouveau supérieure à 1.

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



L'incidence cumulée sur 14 jours a encore diminué légèrement, passant de 394/100 000 la semaine dernière à 365/100 000 cette semaine. Cette diminution est plus prononcée à Bruxelles qu'en Flandre et en Wallonie (Figure 3).

Figure 3 : Incidence cumulée sur 14 jours pour 100 000, Belgique et par région, depuis 01/01/2021



L'incidence cumulée sur 14 jours est en légère diminution dans toutes les régions pour les groupes d'âge de 20 ans et plus (Figure 4). Pour le groupe d'âge 10-19 ans, l'incidence est également en diminution à Bruxelles, mais stable en Flandre et en Wallonie. Pour le groupe d'âge de 0 à 9 ans, l'incidence augmente partout. Si l'on regarde plus spécifiquement les groupes d'âge scolaires, on constate que l'augmentation concerne les enfants de l'école maternelle (4 à 6 ans) et de l'école primaire (7 à 12 ans) (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

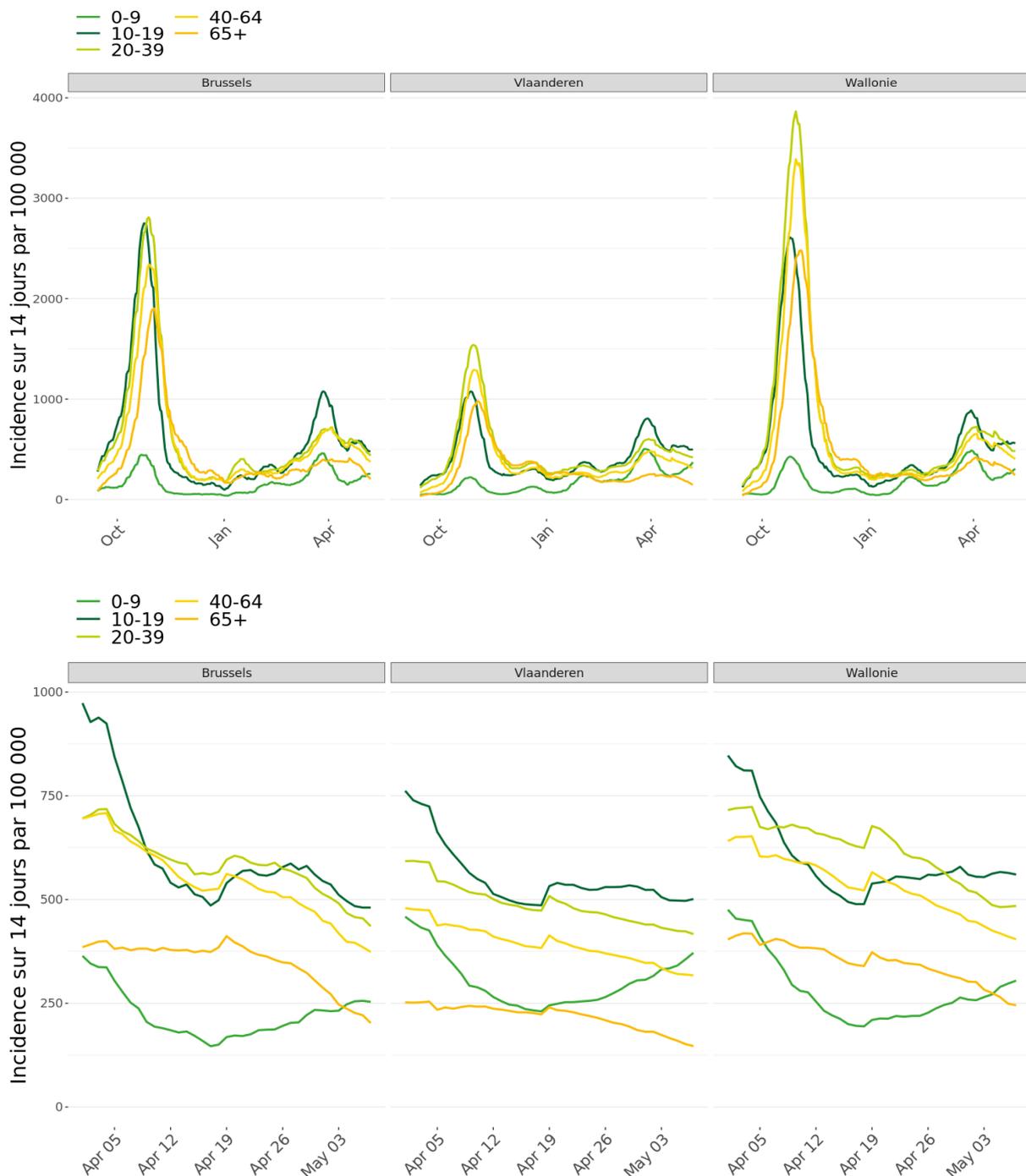
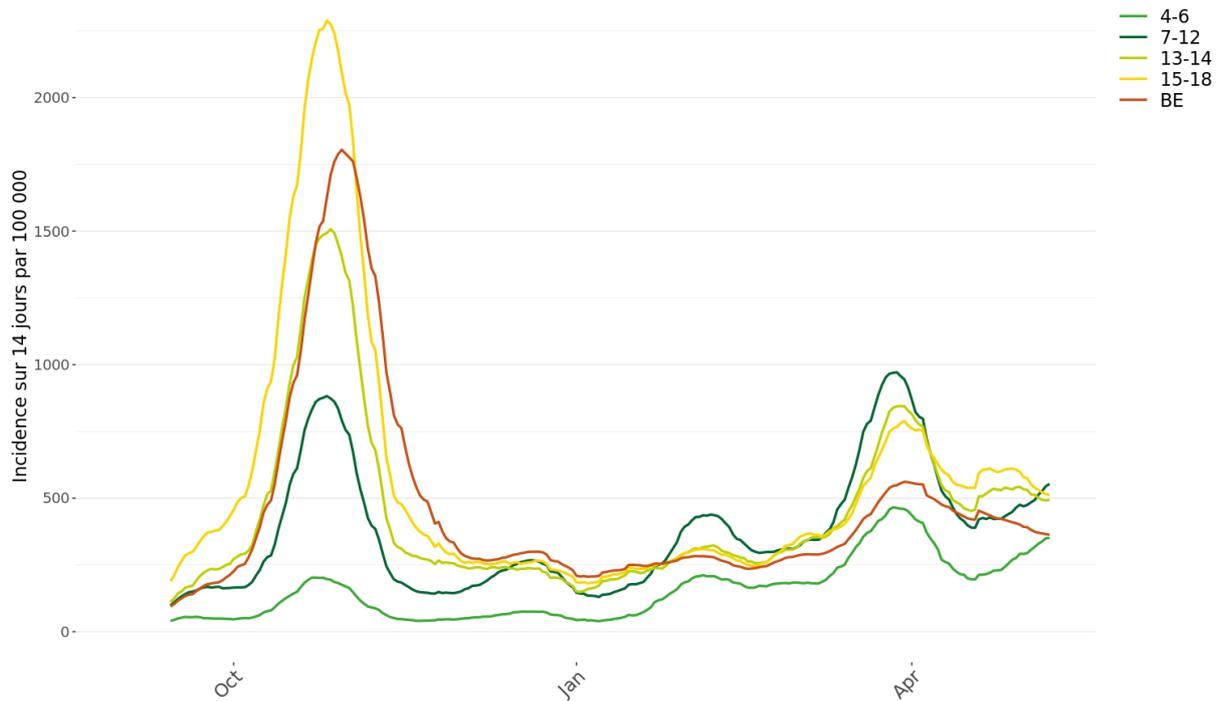
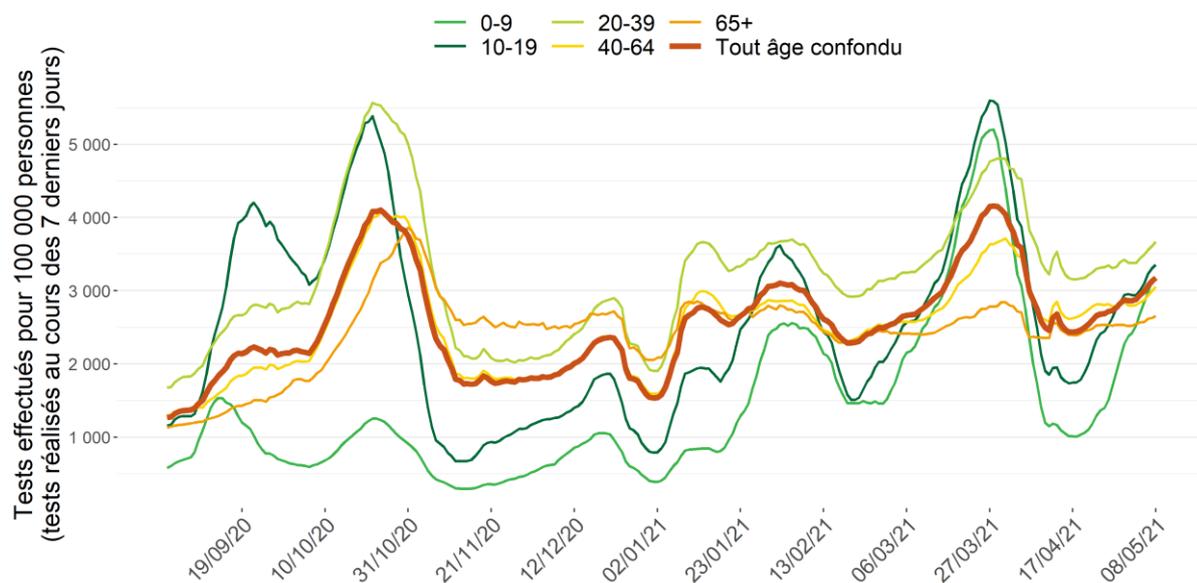


Figure 5 : Incidence cumulée sur 14 jours pour 100 000, par groupe d'âge pour les enfants et adolescents d'âge scolaire, et comparaison avec la population générale, depuis septembre 2020



Le nombre de tests effectués continue d'augmenter principalement pour les groupes d'âge de 0 à 9 ans et de 10 à 19 ans, mais également légèrement pour les autres groupes d'âge (sauf chez les 65 ans et plus) (Figure 6). Au cours de la semaine du 2 au 8 mai, une moyenne de 52 373 tests ont été effectués par jour comparé à environ 47 000 la semaine précédente.

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 pour les tests effectués pour des individus symptomatiques (cas possible de

COVID-19) et également pour les dépistages, qui peut être expliquée par une stratégie de dépistage plus large appliquée dans les écoles (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

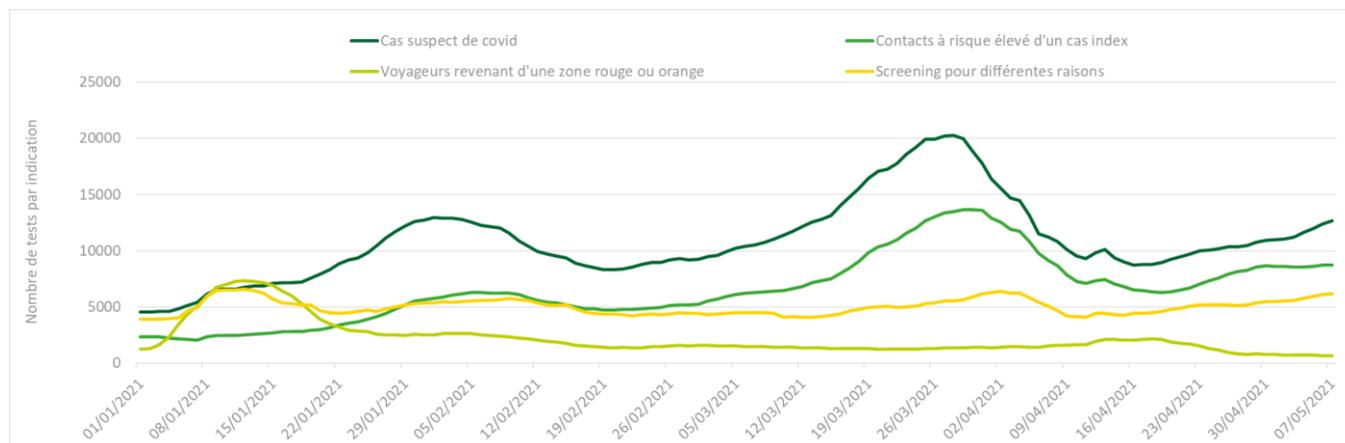
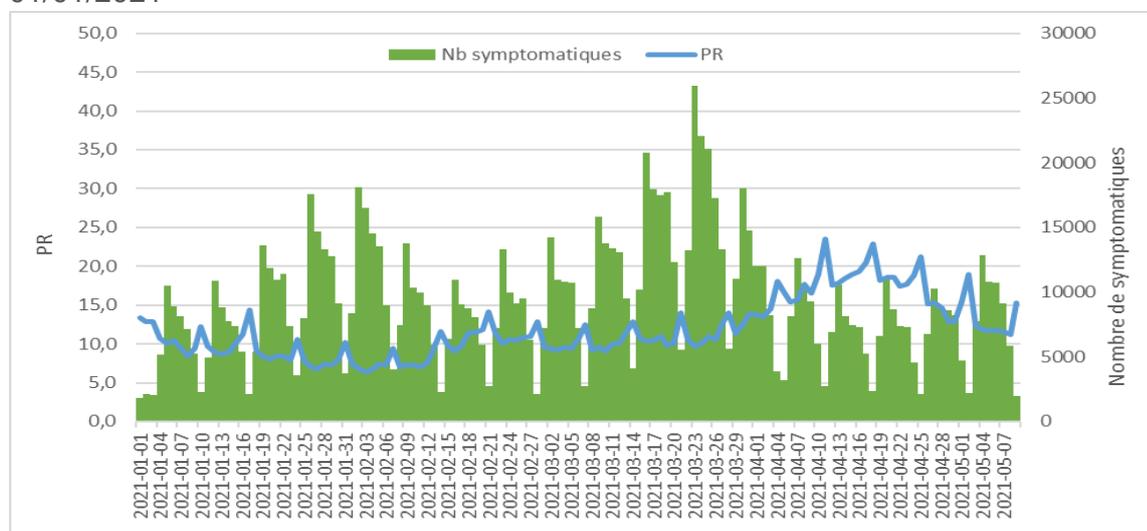


Figure 8 : Nombre de patients symptomatiques testés et taux de positivité, depuis le 01/01/2021



Au total, environ 500 000 autotests ont été vendus en pharmacie depuis le 6 avril, dont 98 660 au cours de la semaine dernière (4 au 10 mai)¹ (Source : APB & OPHACO). Cela représente une augmentation d'environ 10 000 tests par rapport à la semaine précédente. Il y a toujours très peu de codes CTPC générés par un centre de contact pour confirmer un autotest positif. Au total il y a eu 114 codes, dont 23 la semaine dernière. Un résultat est disponible pour 86 tests au total. Pour un certain nombre de tests, un retard dans la communication du résultat est possible, mais les données montrent en effet que tous les codes ne sont pas utilisés. Au total, 70% des personnes dont l'autotest était positif avaient également un résultat positif en PCR. Aucune donnée n'est encore disponible pour les confirmations d'autotests par un médecin généraliste.

Le taux de positivité (PR) continue de diminuer mais lentement. Au cours de la semaine écoulée, le PR était de 6,5 % en moyenne comparé à 7,2 % la semaine précédente (Figure

¹ Données préliminaires, retard possible dans le rapportage pour les jours plus récents

9). La tendance est désormais similaire dans toutes les tranches d'âge, la forte diminution observée ces dernières semaines pour les enfants et les adolescents s'étant ralentie : 8,5 % comparé à 9,3 % pour les 10-19 ans et 6,0 % par rapport à 6,7 % pour les 0 – 9 ans. Le PR pour les groupes d'âge scolaires augmente avec l'âge (Figure 10).

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

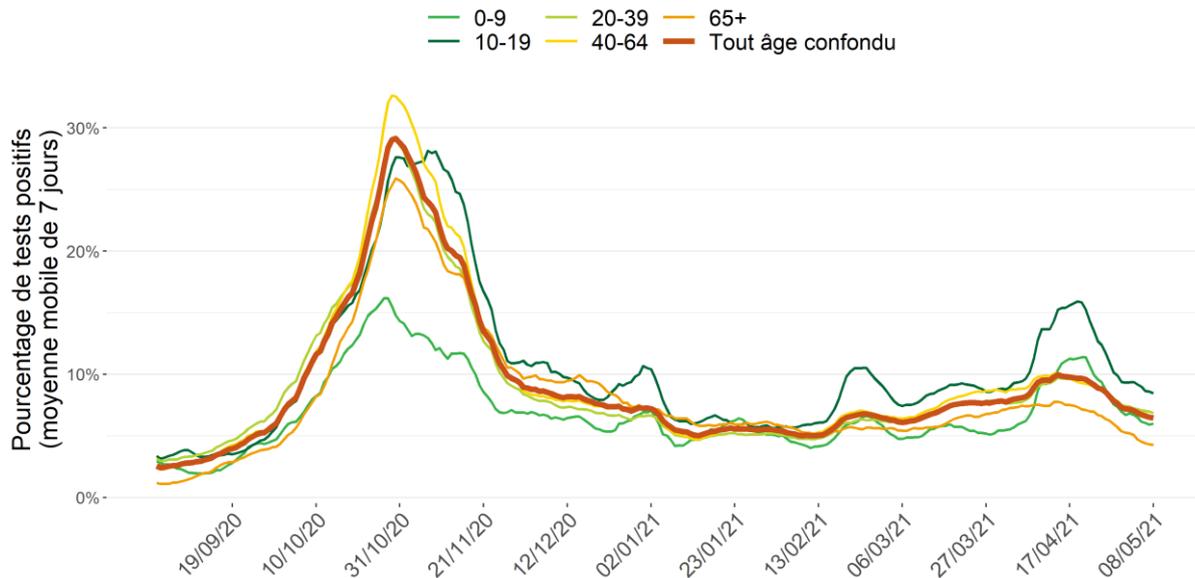
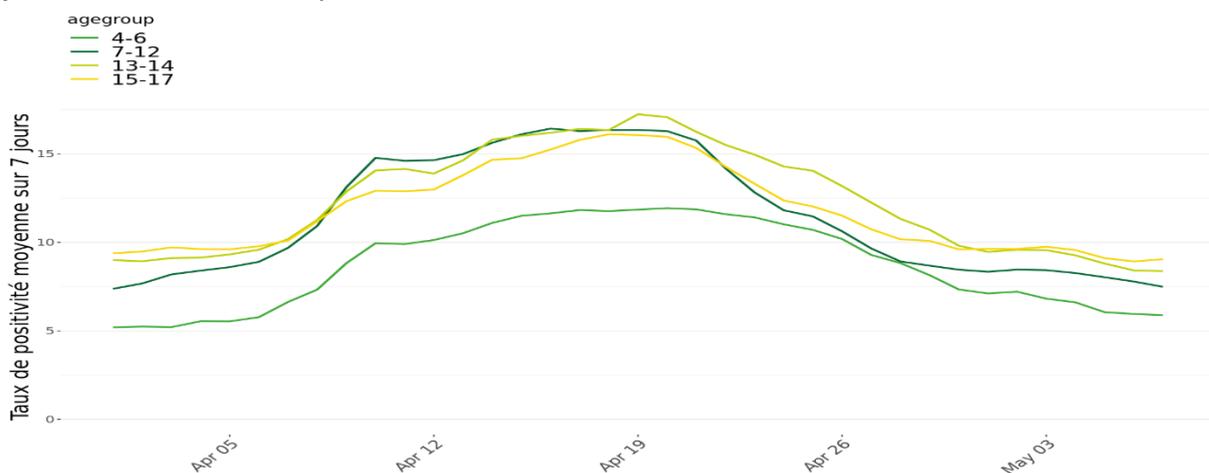


Figure 10: Taux de positivité (moyenne mobile sur 7 jours) par sous-catégories d'âge pour les jeunes de 4 à 17 ans, à partir du 01/04/21



La diminution du PR concerne aussi bien les personnes asymptomatiques (6,5 % comparé à 6,9 % la semaine précédente), que les symptomatiques (12,8 % comparé à 15,3 %, voir aussi la Figure 8)

En semaine 18, le nombre de consultations pour une suspicion de COVID-19 chez les médecins généralistes a augmenté dans toutes les régions (moyenne de 90 contacts pour 100 000 habitants par jour, Baromètre des médecins généralistes, Figure 11). La figure 12 montre également une forte augmentation du nombre de consultations pour suspicion de COVID-19, avec une croissance > 2,5% pendant 4 jours consécutifs.

L'incidence des consultations pour symptômes grippaux rapportée par le réseau des médecins vigies est restée stable (63 consultations pour 100 000 habitants par semaine). La charge de travail pour COVID-19 estimée par les médecins vigies augmente encore légèrement avec 40

% des médecins estimant cette charge comme élevée à très élevée (comparé à 36 % 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 - 07/05/2021²

Source: Baromètre des médecins généralistes

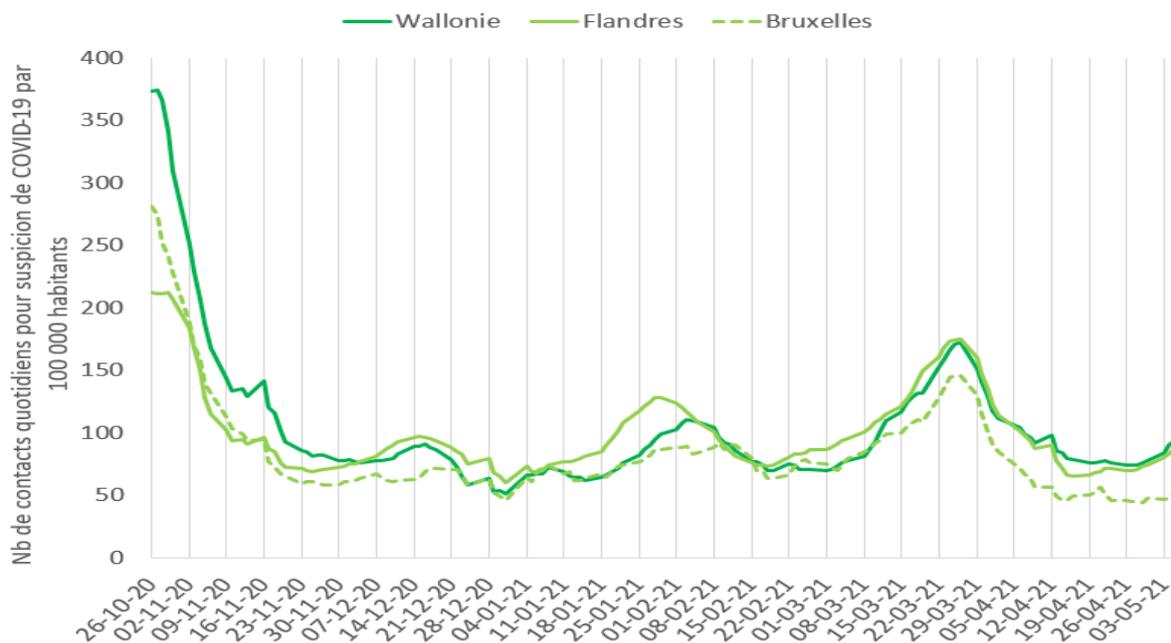
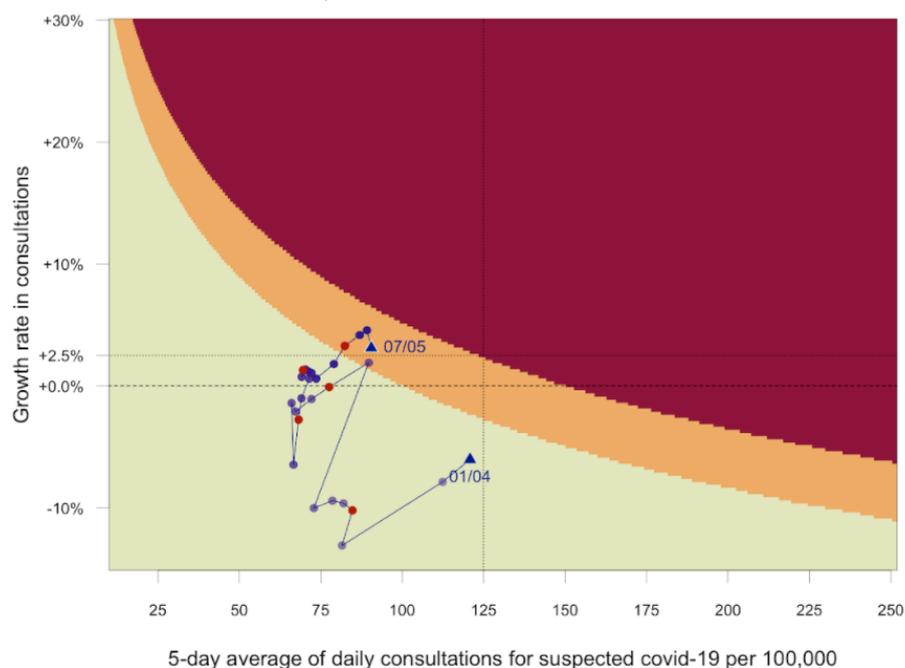


Figure 12: Evolution du nombre de consultations pour suspicion de COVID-19 chez les médecins généralistes (moyenne des 5 derniers jours ouvrables) et du rapport qui indique la croissance (>1) ou décroissance (< 1) de ce nombre sur 10 jours ouvrables, 1/04 – 07/05/21. Les lignes pointillées représentent les seuils de 125 consultations et de croissance de 2,5 %
Travail de Christel Faes, UHasselt



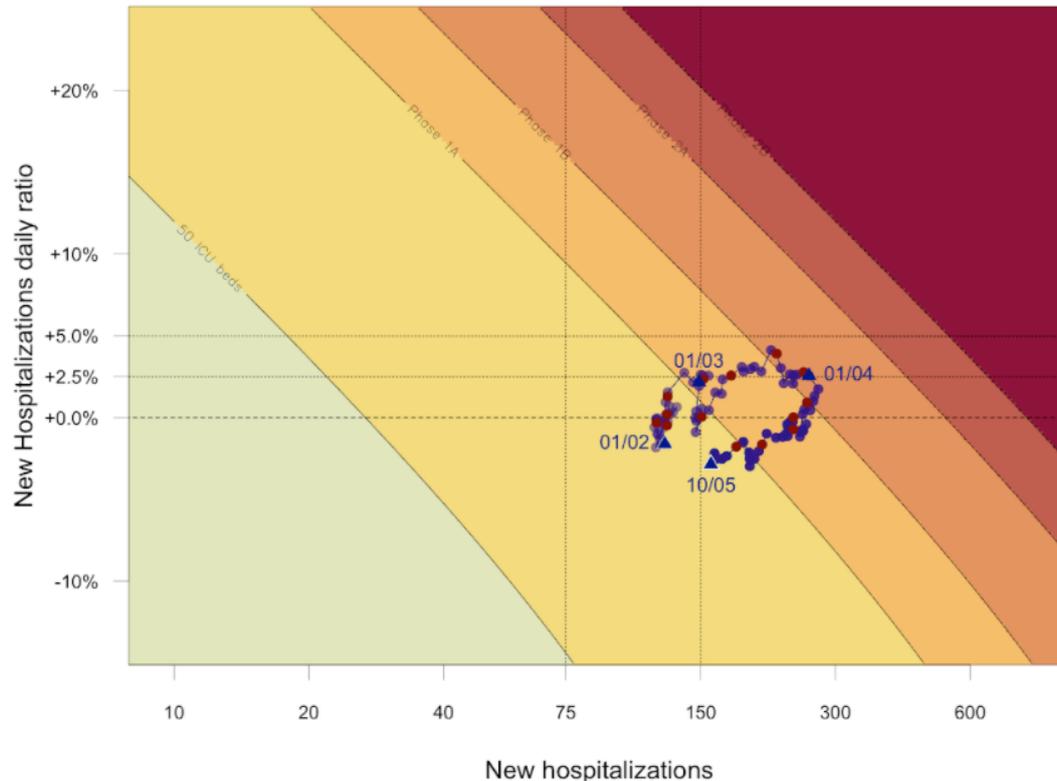
² Weekends et fériés non inclus; chaque jour représente une moyenne mobile sur 5 jours.

Indicateurs de sévérité

Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a encore diminué, avec en moyenne 156 nouvelles hospitalisations par jour pour la semaine du 5 au 11 mai par rapport à 187 la semaine précédente (- 16 %). La Figure 13 montre un nouveau déplacement des prédictions vers la gauche de la figure, dans la zone jaune.

Figure 13 : Evolution du nombre de nouvelles hospitalisations et du rapport qui indique la croissance ou décroissance, 01/02 – 10/05/21. 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

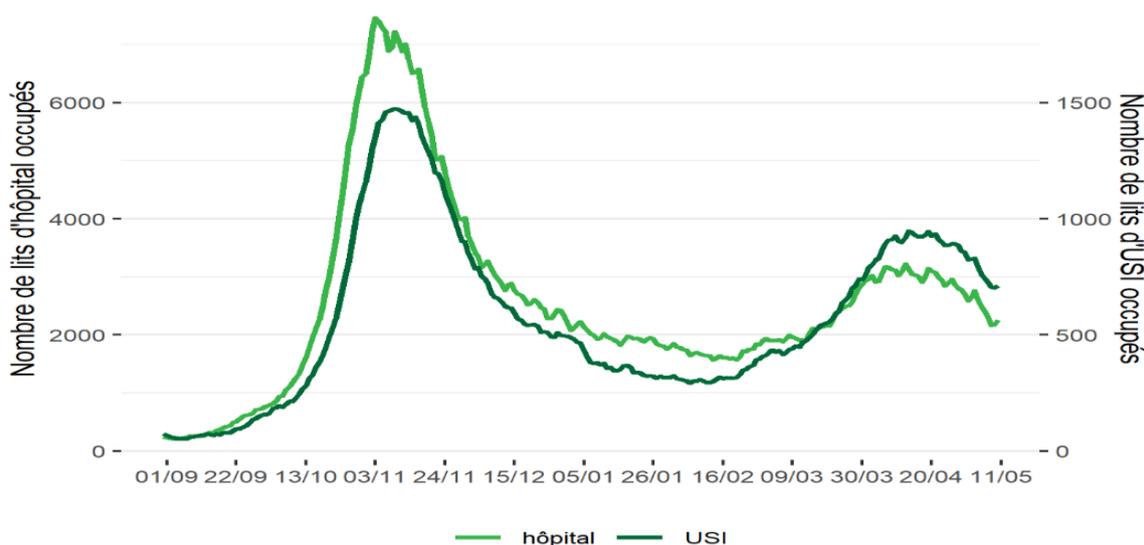


La proportion de résidents de MRS dans le nombre total d'admissions reste stable et est de 1,4 % pour la semaine écoulée (source Surge Capacity Surveillance). La proportion de personnes de plus de 60 ans dans le nombre d'hospitalisations a à nouveau diminué, étant de 51 % en semaine 17 comparé à 57 % la semaine précédente. Cette diminution concerne à la fois la tranche d'âge de 60 à 79 ans (37 % par rapport à 41 % en semaine 16) et les 80 ans et plus (14 % par rapport à 16 % la semaine précédente). Davantage d'informations sur la surveillance hospitalière sont disponibles dans une [rapport](#) mis à jour toutes les semaines.

Le [taux de reproduction](#) (R_t) basé sur le nombre de nouvelles hospitalisations a légèrement diminué lors de la période du 5 au 11 mai, pour atteindre 0,906 comparé à 0,921 la semaine précédente. Il n'y a pas de mise à jour des modèles de prédiction du nombre de nouvelles hospitalisations cette semaine.

Le nombre de [lits d'hôpitaux](#) occupés par des patients COVID-19 ($n = 2\,101$, - 19 %) ainsi que le nombre de lits occupés en soins intensifs ($n = 686$, - 14 %) diminuent encore (Figure 14).

Figure 14 : Nombre de lits occupés à l'hôpital et aux soins intensifs, 01/09/20 - 04/05/21

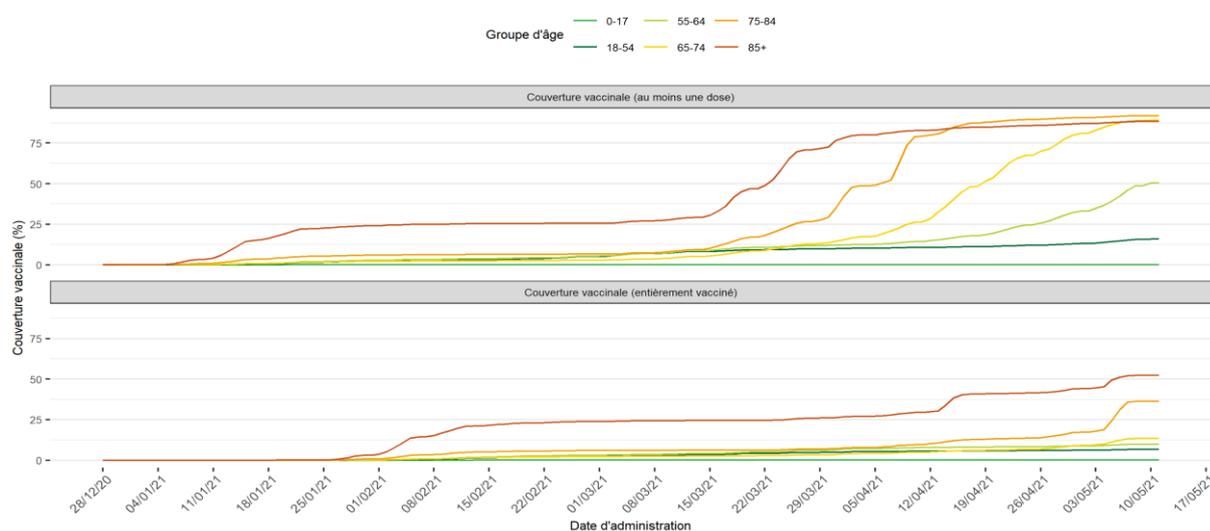


Au cours de la semaine du 3 au 9 mai, le nombre de décès est resté stable, avec un total de 258 décès enregistrés (comparé à 260 la semaine précédente), soit 26 à 43 décès par jour. Les décès de résidents de MRS représentent 7,4 % du nombre total de décès. Le taux de mortalité en semaine 18/2021 était de 2,2 /100 000 habitants en Belgique, 3,2/100 000 en Wallonie, 1,5/100 000 en Flandre et 3,1/100 000 à Bruxelles.

Autres indicateurs

La couverture vaccinale pour la première dose (vaccination partielle) a continué à légèrement augmenter dans la tranche d'âge 65 - 74 ans (89 % par rapport à 83 % la semaine dernière), et plus nettement dans la tranche d'âge 55 – 64 ans (51 % comparé à 34 %) (Figure 15). Un plus grand nombre de deuxièmes doses sont maintenant administrées ce qui permet d'augmenter la couverture vaccinale pour une vaccination complète à 52 % dans le groupe des 85 ans et plus et à 37 % dans le groupe des 75 à 84 ans.

Figure 15 : Couverture vaccinale en Belgique, par tranche d'âge, vaccination partielle et complète



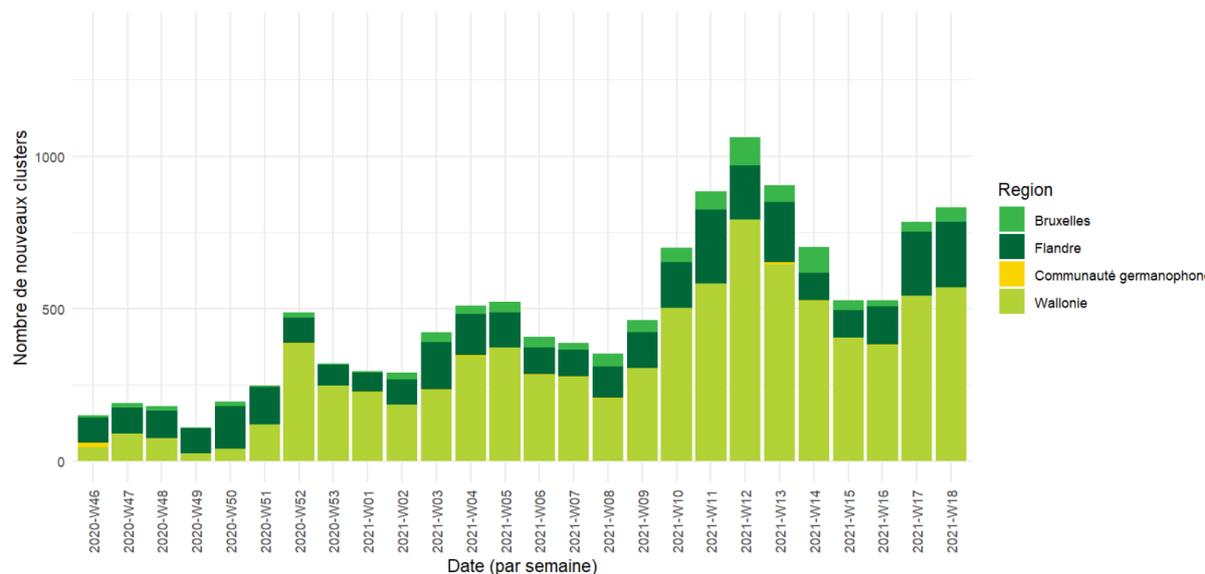
La situation dans les maisons de repos et de soins (MRS) continue de présenter de légères variations hebdomadaires, mais la situation reste favorable. Au cours de la semaine du 5 au 11 mai, le nombre de cas confirmés pour 1 000 résidents était de 2,2 en Wallonie, 0,7 en Flandre et 0,4 à Bruxelles (légères augmentations partout). 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 (< 0,3 pour 1 000 résidents). Onze nouveaux clusters possibles³ ont été détectés. Le nombre de nouveaux cas parmi le personnel a diminué en Flandre et à Bruxelles, mais a légèrement augmenté en Wallonie et en communauté germanophone. Les chiffres restent toutefois faibles (< 2 pour 1000 membres du personnel).

De plus amples informations 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

Le nombre de clusters a encore augmenté au cours de la semaine 18 (3 au 9 mai 2021), après une période de diminution. Il y avait 2 808 clusters actifs⁴ (comparé à 2 400 la semaine précédente), dont 832 nouveaux foyers (comparé à 698 la semaine précédente) (Figure 16). En Flandre, une modification a été apportée au rapportage des clusters dans les écoles. Cela contribue à expliquer l'augmentation du nombre de nouveaux clusters et des clusters actifs depuis la semaine 17.

Le nombre de clusters actifs dans les écoles a encore augmenté en semaine 18 (639 par rapport à 593 en semaine 17). Le nombre de clusters actifs sur des lieux de travail est resté stable, avec 1 311 clusters actifs (Figure 17).

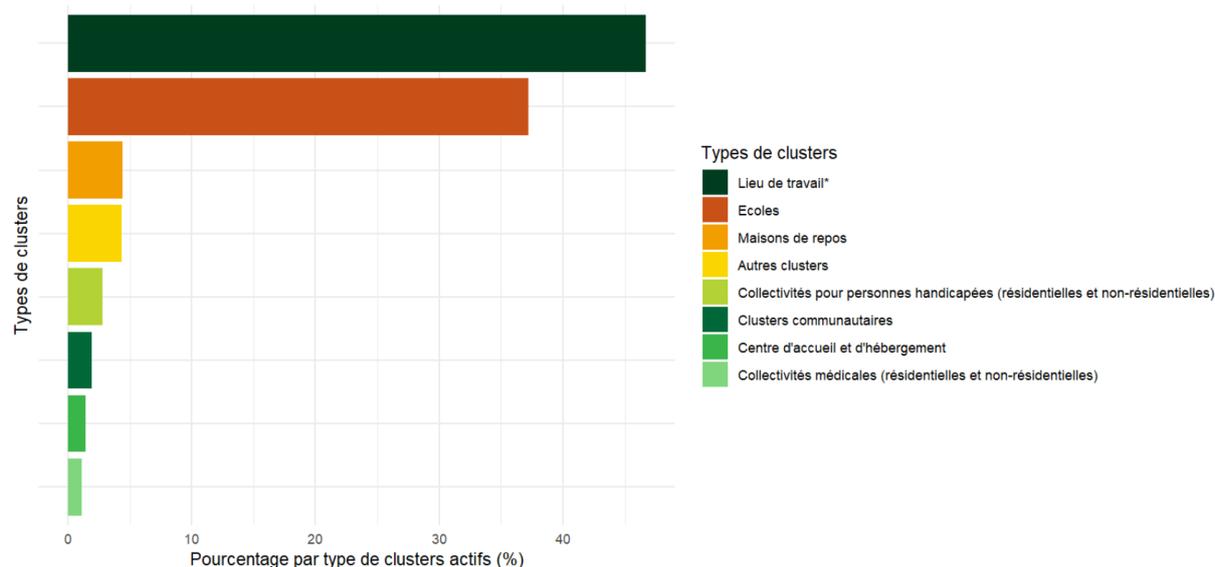
Figure 16 : Evolution du nombre de nouveaux clusters, semaines 46/2020 – 18/2021



³ 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.

⁴ 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 17 : Clusters actifs rapportés par les régions, par type, en Belgique, semaine 18/2021
 Source : AZG, AViQ, COCOM

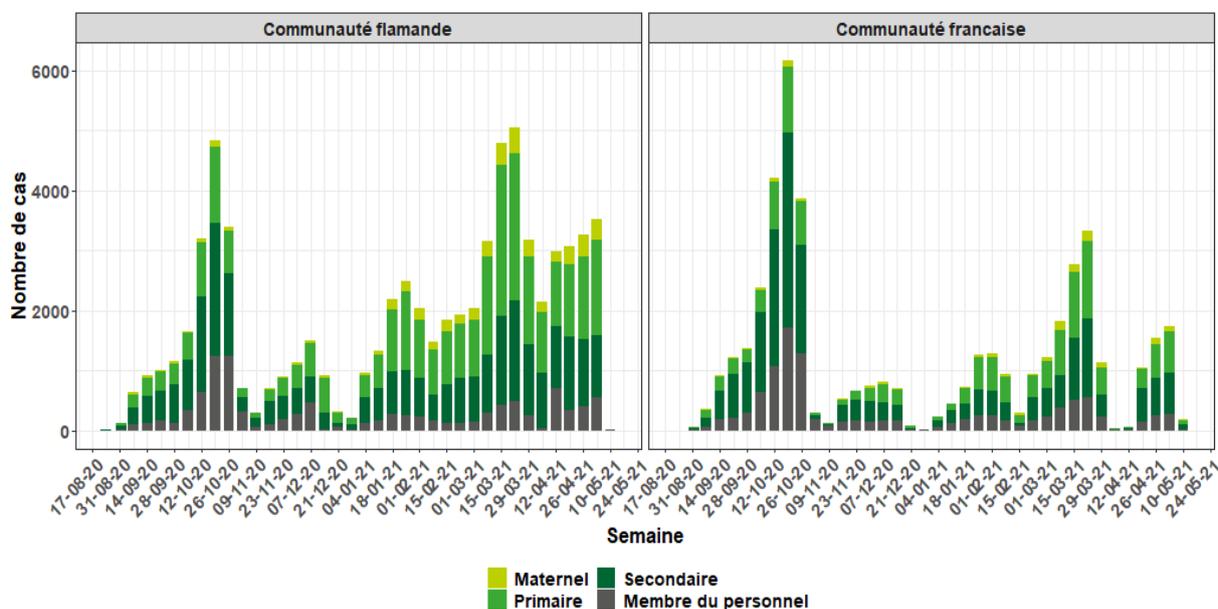


Dans les écoles, le nombre d'infections a augmenté partout. Pendant la semaine du 3 au 9 mai, 1 589 cas ont été signalés parmi les élèves et 276 cas parmi les membres du personnel de l'enseignement francophone. Dans les écoles néerlandophones, 2 971 cas ont été rapportés parmi les élèves et 550 cas parmi les membres du personnel (Figure 18).

La raison du test chez les élèves ayant un test positif était principalement un contact à haut risque en dehors de l'école (48 %, stable), suivi d'un contact à haut risque lié à l'école (35 %, en hausse). La présence de symptômes possibles de COVID-19 était rapporté pour 17 % des élèves (diminution).

Figure 18: Nombre de cas parmi les élèves et les membres du personnel, enseignement néerlandophone et francophone, semaine 36/2020 - 18/2021

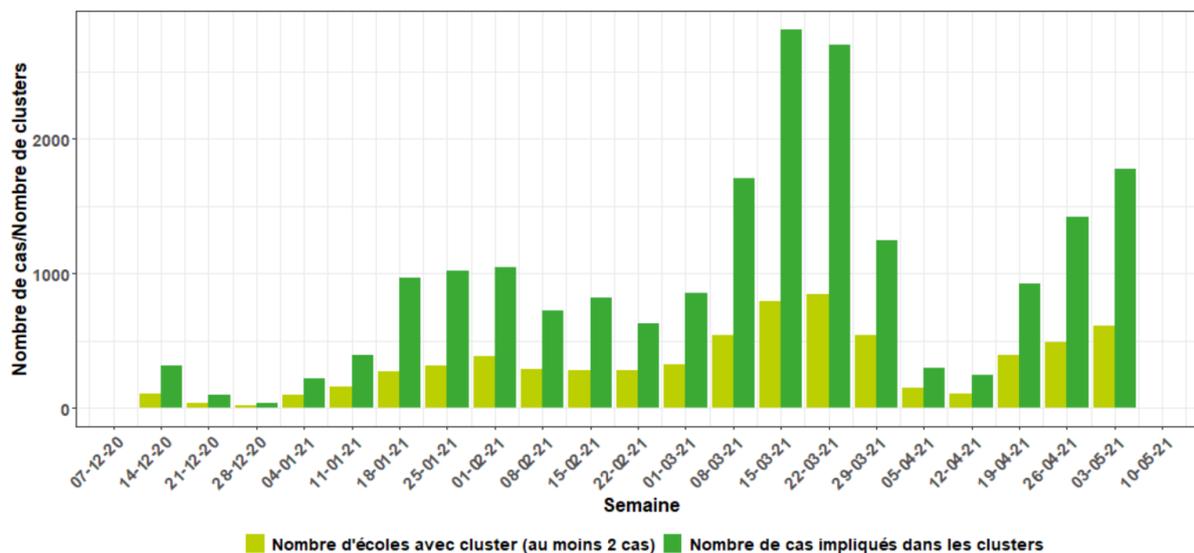
Source : PMS/PSE et surveillance LARS



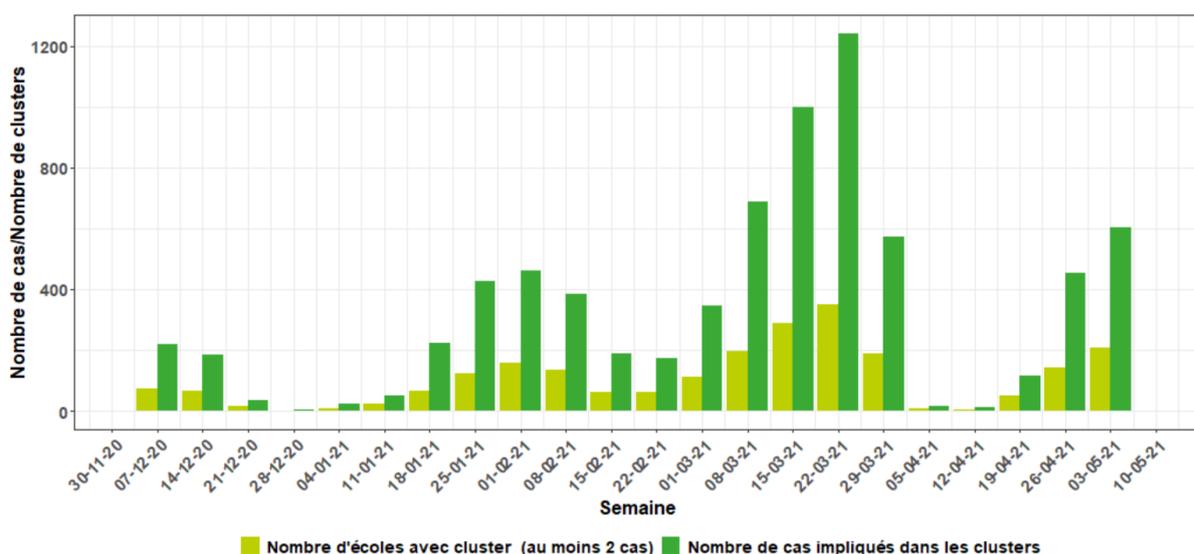
Le nombre d'écoles avec un cluster actif et le nombre de cas impliqués dans un cluster ont continué à augmenter (Figure 19).

Figure 19: Nombre d'écoles avec un cluster actif et nombre de cas impliqués dans un cluster, par semaine, semaine 49/2020 - 18/2021, enseignement néerlandophone (a) et francophone (b) (Source: surveillance des PMS / PSE et LARS)

a)



b)

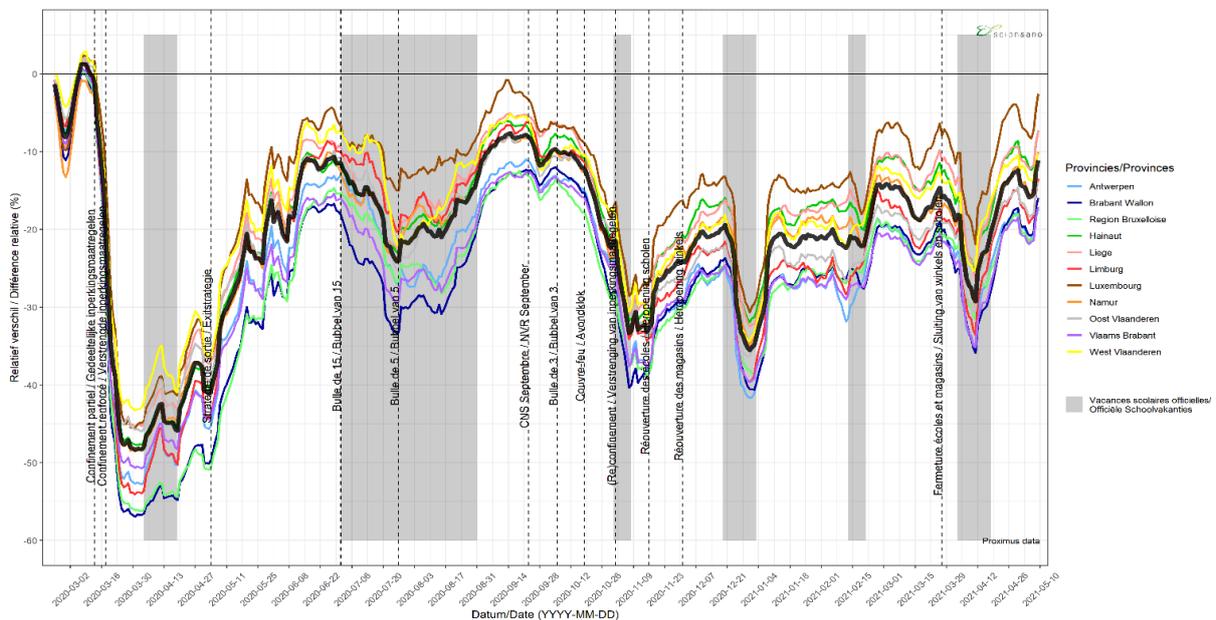


Les données sur le lieu et la source de l'infection restent globalement stables. Au cours de la période du 2 au 8 mai, la plupart des infections ont été contractées au sein du foyer (34 %), avec des amis ou en famille (9,5 %) ou sur les lieux de travail (7,5 %). Pour 8 % des cas, une activité entre adolescents a été signalée (vraisemblablement l'école, en augmentation par rapport à 5 % la semaine dernière). Les sources possibles de l'infection étaient principalement un cohabitant (31 %), un autre membre de la famille (7 %), un collègue (5 %) ou un ami (3 %). Il y a une augmentation des infections liées à un camarade de classe (5 %) ou à un enseignant (2 %).

Les données relatives à la mobilité montrent une nouvelle augmentation de la mobilité, après le bref déclin enregistré en lien avec le week-end du 1er mai (Figure 20). On peut s'attendre à une poursuite de l'augmentation, avec les mesures d'assouplissement qui ont été mises en œuvre, telles que l'ouverture des terrasses extérieures, l'ouverture complète des écoles pour les deuxième et troisième années de l'enseignement secondaire et l'abolition du couvre-feu nocturne.

Figure 20 : Evolution de la mobilité en Belgique (courbe noire) et dans chaque province (Données 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 2 au 8 mai, 30 719 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 55 % des voyageurs à tester⁵ (77 % des voyageurs au 02/05 et 31 % au 08/05). Parmi les personnes testées, 1,7 % ont eu un résultat positif au premier test et 1,5 % au deuxième test. Ces taux restent globalement stables.

Variants du virus (informations du NRC)

Au cours des deux dernières semaines (26 avril au 9 mai), sur un total de 1077 échantillons analysés dans le cadre de la surveillance de base, le variant⁶ B.1.1.7 a été identifié dans 89,5 % des cas (comparé à 87,3 % dans le rapport précédent), le variant B.1.351 dans 0,9 % des échantillons (versus 2,3 % précédemment) et le variant P.1 dans 4,3 % des échantillons (comparé à 5,3 % dans le rapport précédent). L'augmentation constante de la proportion de cas dus au variant P.1 ne semble pas s'accélérer (Figure 21). Le nombre d'infections avec les deux variants B.1.617.1 et B.1.617.2 est en augmentation, mais reste pour le moment encore limité. Au total, une cinquantaine de cas confirmés ont été identifiés en Flandre et à Bruxelles, dont la majorité est liée à des foyers de cas, en particulier dans des situations où les contacts

⁵ Les voyageurs de retour ayant un numéro de registre national (NISS), qui ont séjourné à l'étranger pendant plus de 48 heures et qui ont eu un risque élevé selon le SAT (si celui-ci devait être rempli).

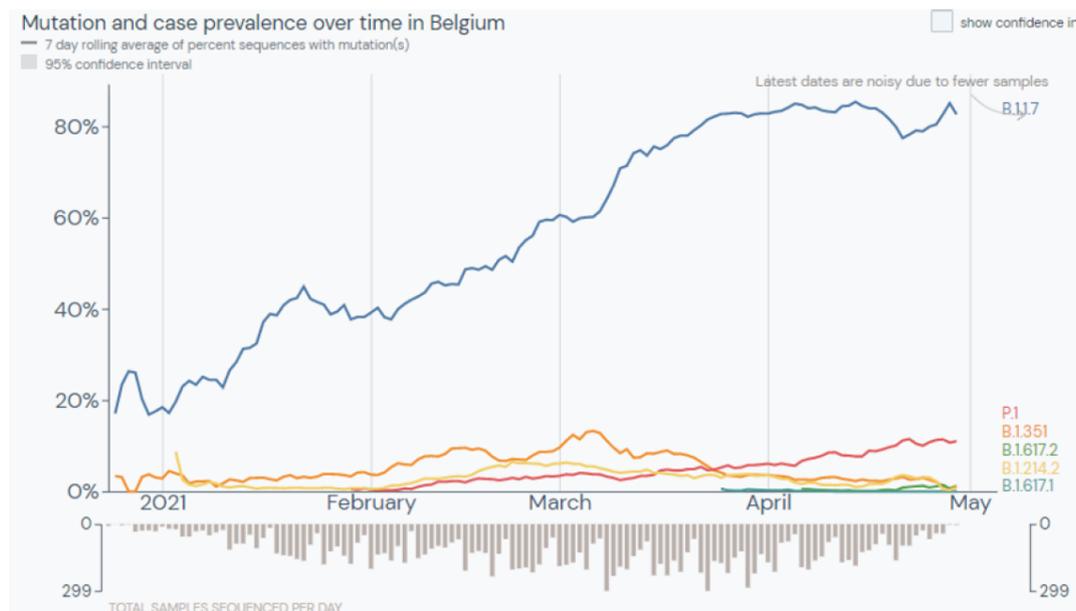
⁶ Pour la description des variantes, le nom scientifique est utilisé ; le variant B.1.1.7 fait référence au "variant britannique", B.1.351 au "variant sud-africain", P.1 au "variant brésilien" et B.1.617 au "variant indien".

étroits sont nombreux. La majorité des cas index peuvent être liés à des voyages, mais il ne s'agit pas toujours d'un lien avec l'Inde. Les cas ont également été liés à des voyages notamment au Népal, en Pologne et en Arménie. Pour certains cas, il n'y avait pas de lien avec un voyage, indiquant une transmission locale.

Plus de résultats sont disponibles sur le [site du CNR](#) et dans l'Annexe 1.

Figure 21 : Evolution des différents variants en Belgique ; B.1.1.7, P.1, B.1.351 et B.1.617.2 sont actuellement identifiés comme des VoCs. B.1.617.1 et B.1.214.2 font partie des variants activement suivis dans le pays.

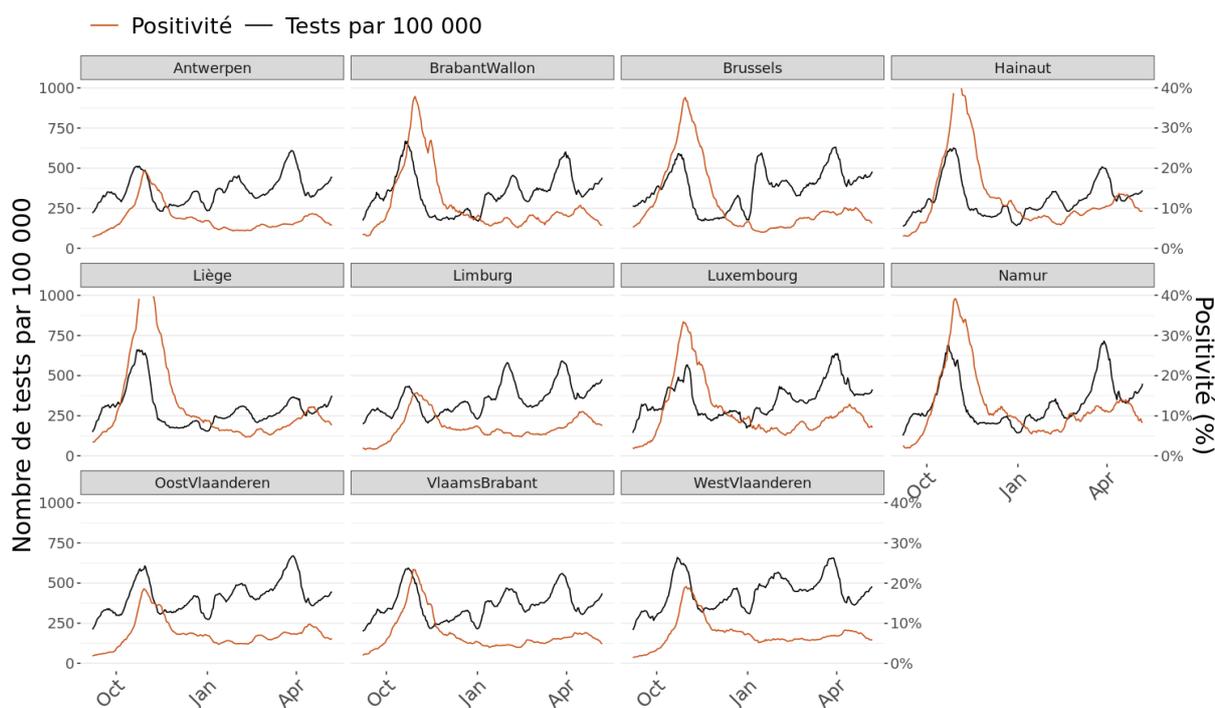
(Source : outbreak.info & GISAID, tous les échantillons séquencés sont inclus, pas uniquement ceux de la surveillance de base)



PROVINCES

La tendance favorable observée la semaine dernière semble s'estomper pour certains indicateurs dans différentes provinces. L'incidence cumulée sur 14 jours a toutefois continué à diminuer partout sauf en province de Liège et en Communauté germanophone. Mais en Flandre occidentale et à Anvers, cette diminution est très limitée. Le nombre de tests effectués continue encore d'augmenter dans toutes les provinces/régions, associée à une diminution des PR (Figure 22). Mais le Rt a augmenté dans toutes les provinces/régions, à l'exception du Brabant flamand (stabilisation), et il est supérieur à 1 à Anvers, dans le Hainaut, à Liège, au Luxembourg, en Flandre occidentale et en Communauté germanophone. L'incidence sur 7 jours des hospitalisations a encore diminué dans la plupart des provinces/régions, à l'exception du Limbourg, du Brabant flamand (faibles chiffres) et de la Communauté germanophone (Annexe 2).

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



Toutes les provinces sont encore en phase de confinement. L'Annexe 3 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. Seuls le Brabant flamand et le Brabant wallon se trouvent sous le seuil défini pour les hospitalisations.

| Période 02 - 08/05 | 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 ⁷ |
|----------------------------------|--|--|------------------------------------|--------------|--------------|---|
| Belgique | 365 | -4 % | 3 190 | 1,009 | 6,5 % | 9,9 |
| Antwerpen | 333 | +3 % | 3 164 | 1,049 | 5,8 % | 9,2 |
| Brabant wallon | 341 | -15 % | 3 098 | 0,980 | 5,8 % | 4,4 |
| Hainaut | 435 | -6 % | 2 547 | 1,043 | 9,3 % | 17,2 |
| Liège | 344 | +8 % | 2 742 | 1,085 | 7,7 % | 10,4 |
| Limburg | 427 | -0 % | 3 323 | 0,987 | 7,6 % | 11,2 |
| Luxembourg | 389 | -11 % | 2 955 | 1,047 | 7,2 % | 8,4 |
| Namur | 493 | -17 % | 3 172 | 0,957 | 8,1 % | 7,3 |
| Oost-Vlaanderen | 328 | -2 % | 3 143 | 0,986 | 5,7 % | 7,3 |
| Vlaams-Brabant | 268 | -10 % | 3 069 | 0,956 | 4,9 % | 4,3 |
| West-Vlaanderen | 328 | -2 % | 3 397 | 1,032 | 5,8 % | 9,7 |
| Région bruxelloise | 364 | -7 % | 3 407 | 0,952 | 6,2 % | 13,6 |
| Deutschsprachige Gemeinschaft | 430 | +18 % | 3 132 | 1,168 | 8,1 % | 10,3 |

⁷ Données de la semaine 18 (du 3 au 9 mai 2021).

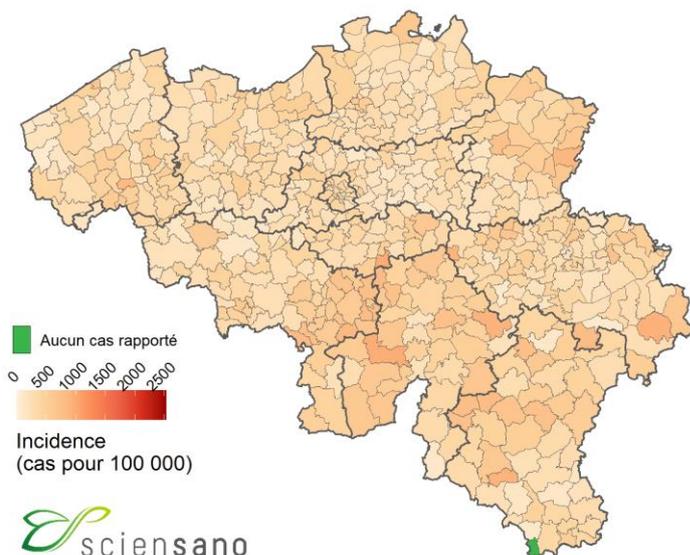
COMMUNES

L'Annexe 4 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. Après une période de baisse, on enregistre une nouvelle augmentation du nombre de communes avec une alerte (111 comparé à 89 la semaine précédente). Liège compte le plus grand nombre de communes avec une alerte, alors que ce nombre est le plus faible à Bruxelles, dans le Brabant wallon et à Namur.

Neuf communes ont une incidence cumulée sur 14 jours inférieure à 100/100 000 (contre six la semaine avant) et trois communes ont une incidence > 1 000/100 000 (comparé à quatre la semaine dernière).

Figure 23 représente les incidences par commune. L'échelle de la carte est toujours fortement influencée par une commune ayant une incidence très élevée, mais permet néanmoins d'identifier les communes avec les plus fortes incidences, qui se situent surtout en Wallonie et au Limbourg, près de la frontière.

Figure 23 : Incidence cumulée sur 14 jours par commune



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 André (KULeuven), Caroline Boulouffe (Aviq), Steven Callens (UZ Gent) , Geraldine De Muylder (Sciensano), Naïma Hammami (Zorg en Gezondheid), Anne-Clarie Henry (ONE), Niel Hens (UAntwerpen/UHasselt), Valeska Laisnez (Sciensano), Tinne Lemout (Sciensano), Romain Mahieu (COCOM), Geert Molenberghs (UHasselt-KULeuven), Paul Pardon (FOD Volksgezondheid), Stefan Teughels (Domus Medica), Steven Van Gucht (Sciensano), Greet Van Kersschaever (Domus Medica).

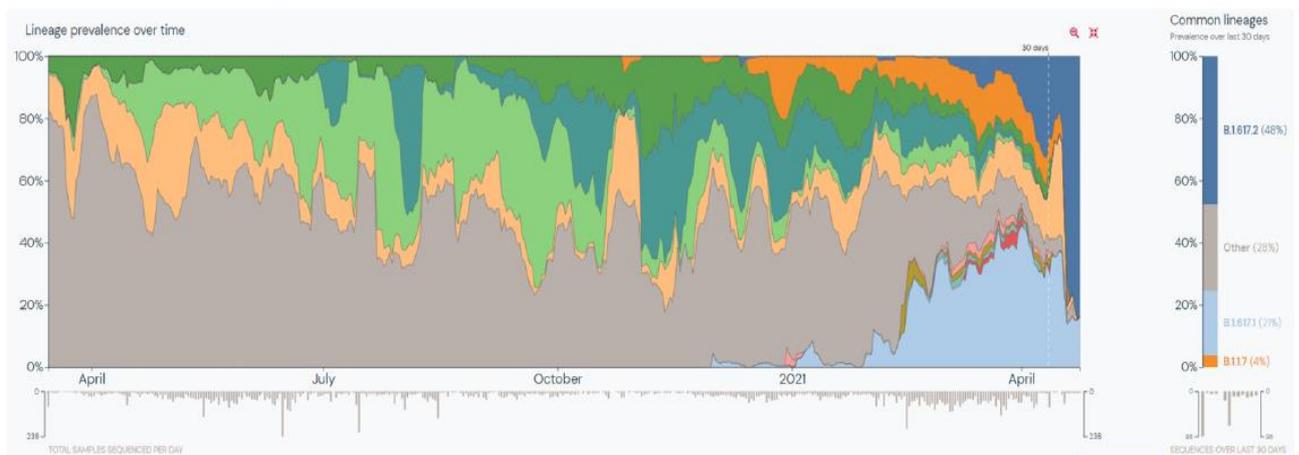
Annexe 1 : Variant B.1.617 – Aperçu de la situation actuelle

La lignée B.1.617 comprend plusieurs variants (B.1.617.1 ; B.1.617.2 et B.1.617.3), identifiés pour la première fois en Inde entre décembre 2020 et février 2021. Ces trois variants présentent plusieurs mutations d'intérêt au sein du gène S (entre autres L452R, D614G, P681R caractérisant les trois variants ; E484Q pour B.1.617.1 et B.1.617.3 ; et T478K uniquement pour B.1.617.2). Ces mutations suggèrent une possible augmentation de la transmissibilités de ces variants ainsi qu'un potentiel d'échappement au système immunitaire ou à la vaccination.

En Inde, une rapide progression des variants B.1.617.1 et B.1.617.2 est actuellement observée, dans un contexte général de recrudescence de l'épidémie depuis mars 2021, notamment suite à des relaxations et grandes manifestations culturelles, religieuses et politiques. D'après les données de surveillance génomique en Inde (couvrant entre 0,01 et 0,15 % des échantillons positifs), le variant B1.617.1 représentait 30 à 40 % des échantillons séquencés en mars et en avril et le variant B1.617.2 5 % des échantillons séquencés début mars et 35 % fin avril (source [covSpectrum](#)). Le variant B.1.617.3 n'a encore été détecté que de façon limitée.

Evolution de la proportion des variants identifiés en Inde parmi les échantillons séquencés. B1.617.2 est indiqué en bleu foncé et B1.617.1 en bleu clair

(Source [outbreak.info](#))

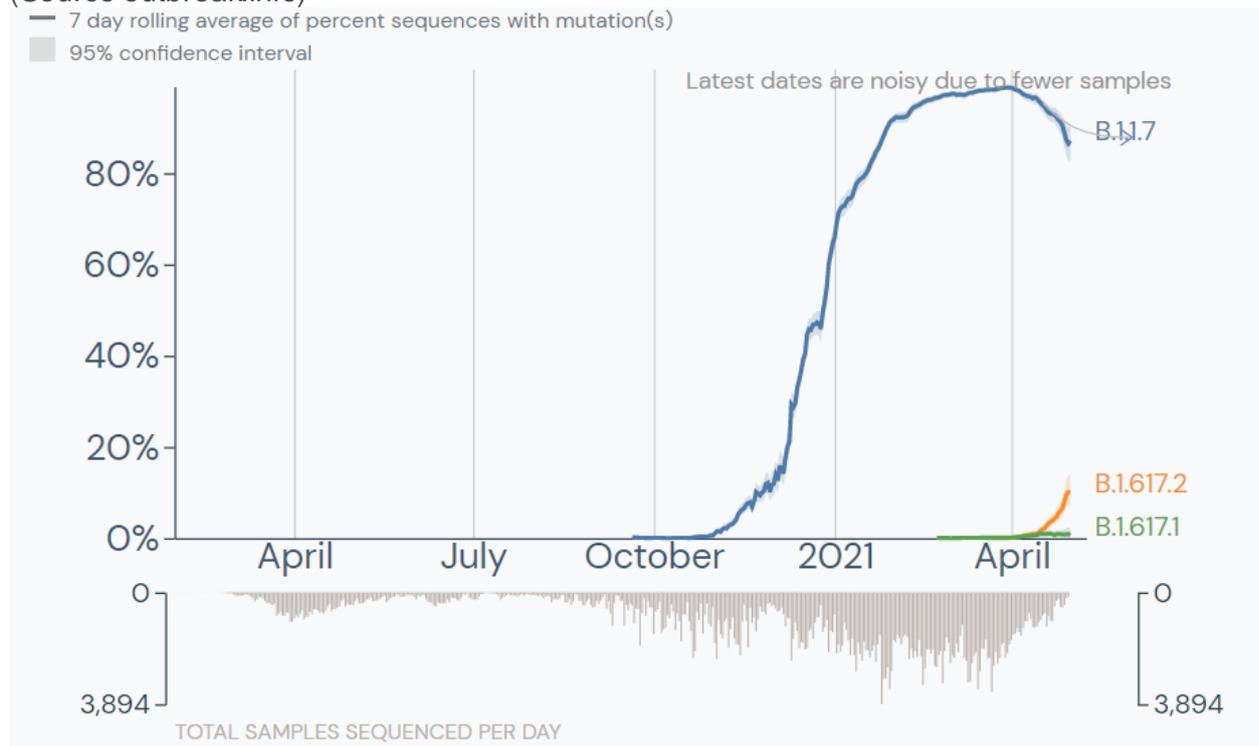


Les variants B.1.617.1 et B.1.617.2 ont également été identifiés dans une trentaine d'autres pays, le plus grand nombre de séquences ayant été rapporté par le Royaume Uni (qui présente l'un des systèmes de surveillance génomique les plus développés).

Au Royaume Uni, le variant B.1.617.2 est passé du statut de Variant of Interest (VoI) à celui de Variant of Concern (VoC) le 6 mai 2021. Le nombre de cas associés au variant B1.617.2 y est en forte augmentation ces dernières semaines, dans un contexte général de faible circulation du virus grâce à une couverture vaccinale relativement élevée (68 % pour la première dose, 34 % pour une vaccination complète, source : <https://coronavirus.data.gov.uk/details/vaccinations>). Le variant B.1.617.2 représente actuellement plus de 6 % des échantillons séquencés. L'augmentation est surtout importante à Londres, où B.1.617.2 est responsable de 35 % des infections. Les cas sont liés à des voyages mais également à des transmissions locales.

Proportion des variants B.1.617.1 et B.1.617.2 en comparaison au variant dominant B.1.1.7 parmi les échantillons séquencés au Royaume Uni

(Source outbreak.info)



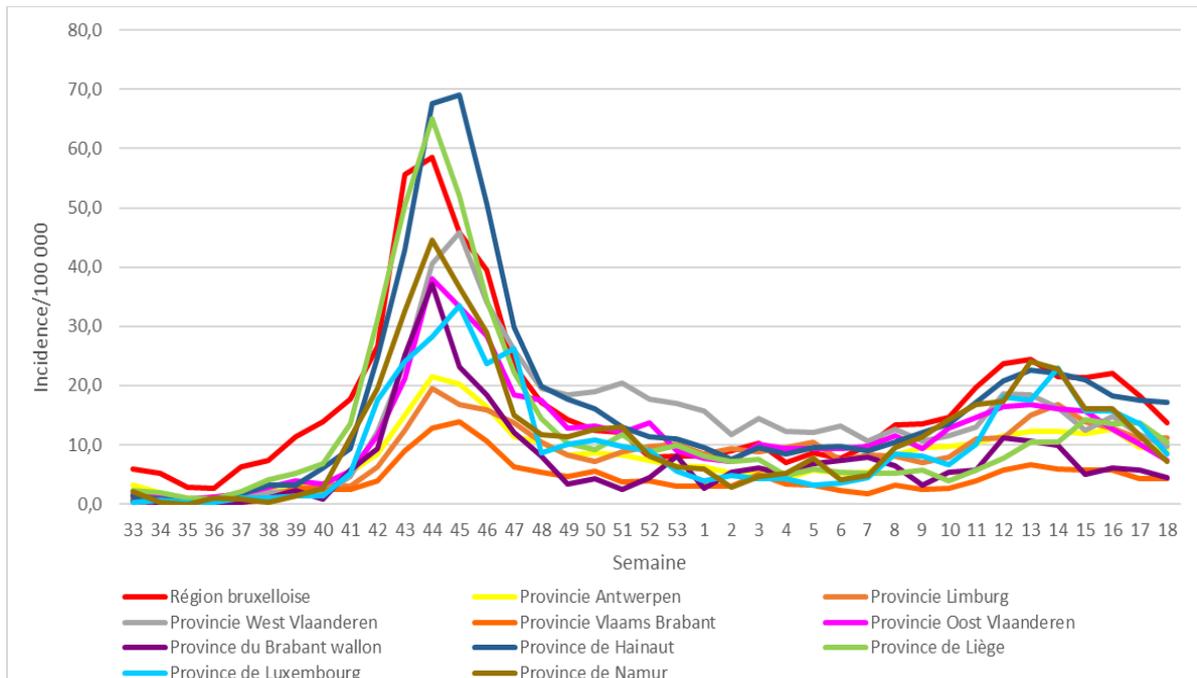
De plus amples informations sur la situation actuelle au Royaume Uni sont disponibles dans le [Technical Briefing](#) publié par Public Health England le 7 mai 2021.

Les variants B.1.617.1 et B.1.617.2 ont également été signalés dans d'autres pays d'Europe mais de façon plus sporadique et généralement en lien avec un voyage. Le nombre de séquences B.1.617.1 et B.1.617.2 disponibles dans GISAID montre une tendance à la hausse pour certains pays Européens mais reste faible (moins de 1 % des séquences en semaine 16 pour le variant B.1.617.1 et maximum 1,5 % pour le variant B.1.617.2 (Irlande)) (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Emergence-of-SARS-CoV-2-B.1.617-variants-in-India-and-situation-in-the-EUEEA.pdf>).

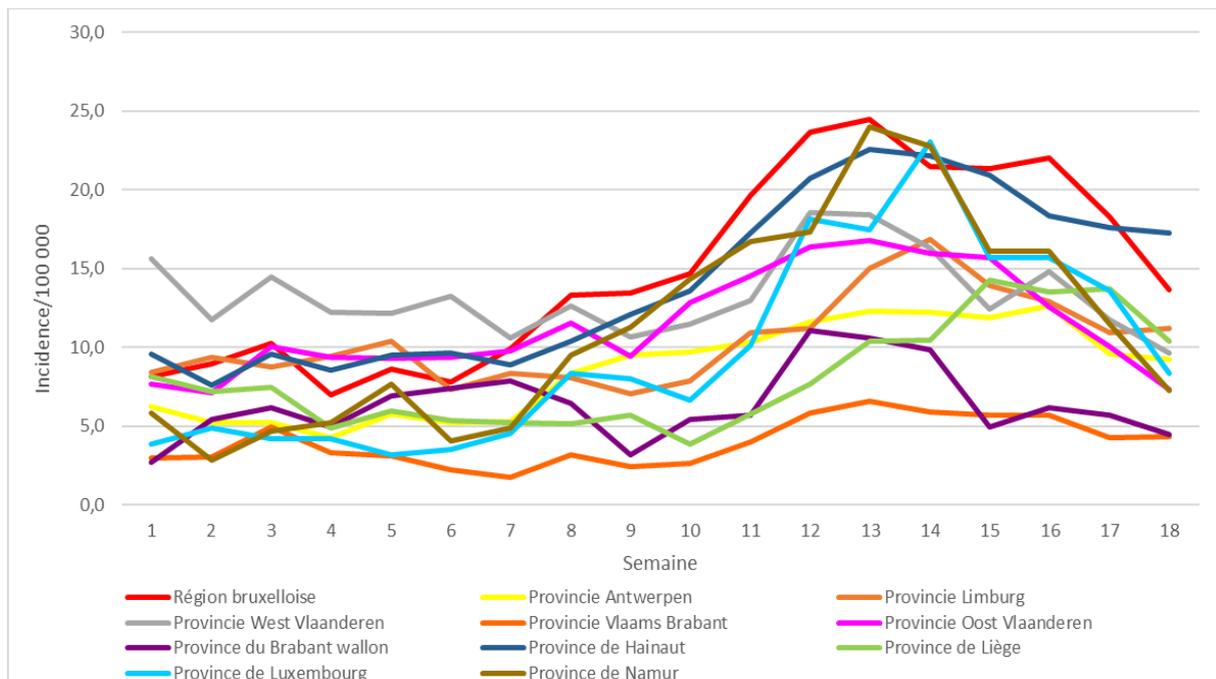
L'augmentation rapide du nombre de cas observée en Inde et au Royaume Uni, ainsi que des modélisations, semblent indiquer que le variant B.1.617.2 pourrait présenter une transmissibilité plus élevée par rapport au SARS-CoV-2 sauvage, et au minimum comparable à celle du variant B.1.1.7. Les données actuelles ne permettent pas encore de tirer de conclusions quant à la sévérité des infections par ce variant, ni sur son potentiel d'échappement au système immunitaire ou à la vaccination, même si des données préliminaires de laboratoire suggèrent une capacité modeste d'échappement aux anticorps neutralisant générés contre d'autres variant.

Annexe 2 : Nombre de nouvelles hospitalisations/100 000 habitants par semaine et par province, semaine 33/2020 à 18/2021

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"

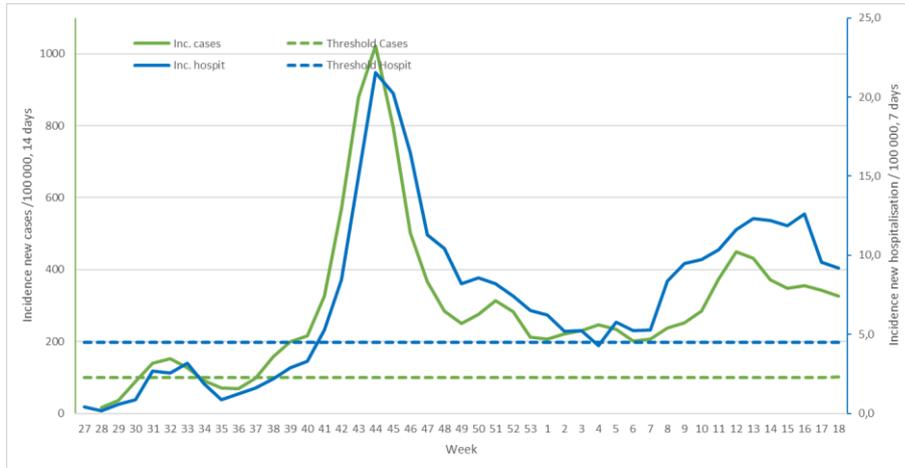


L'analyse des dernières semaines (1 - 18/2021) montre une diminution pour la majorité des provinces.

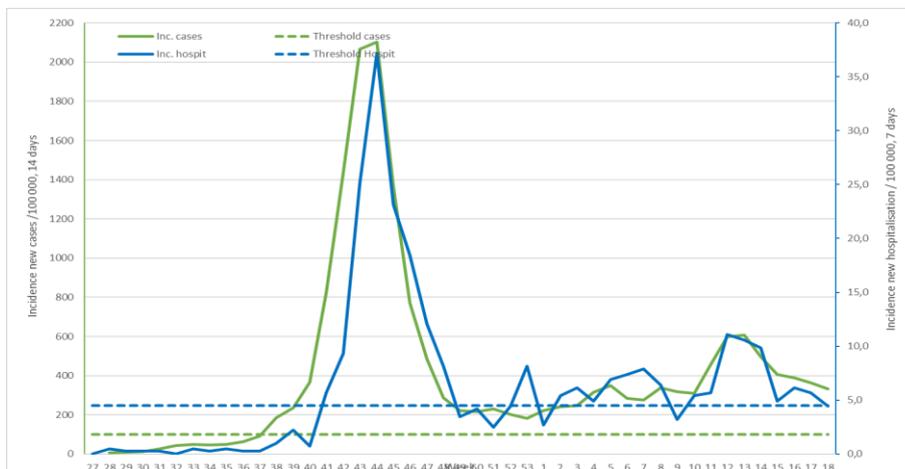


Annexe 3 : Evolution de l'épidémie par province, comparé aux seuils définis pour les nouvelles infections et les nouvelles hospitalisations,
(A noter : l'axe des ordonnées diffère en fonction des provinces)

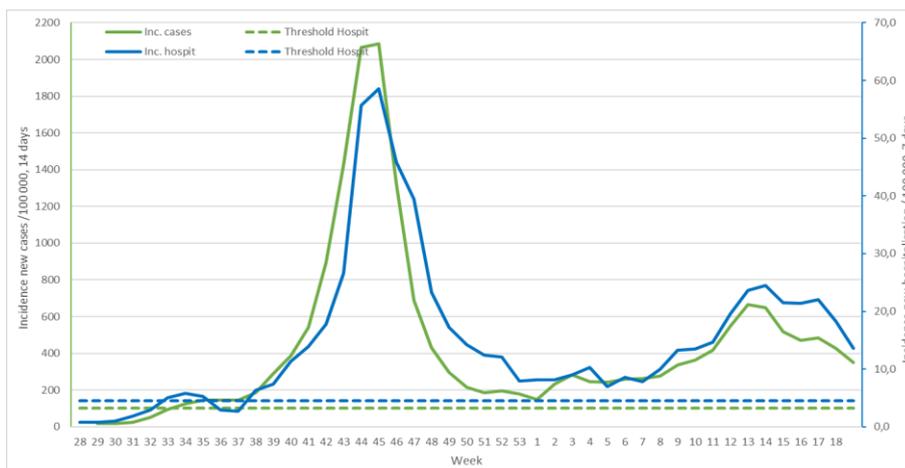
Antwerpen



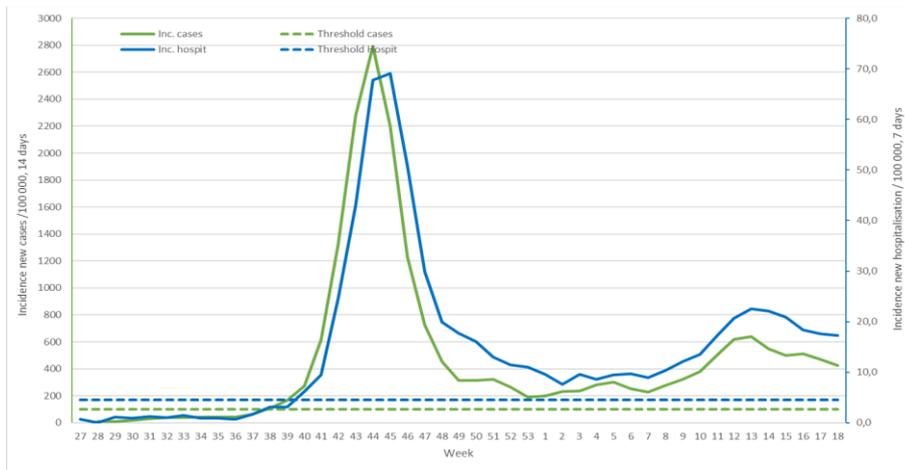
Brabant wallon



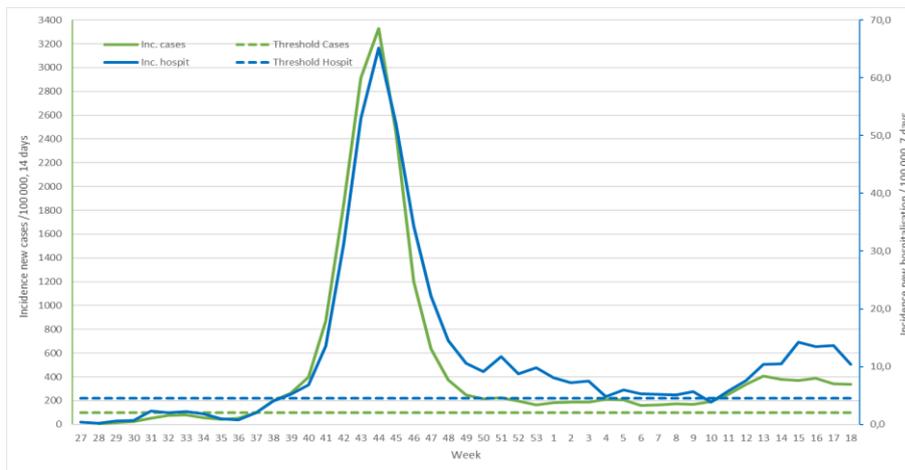
Brussels



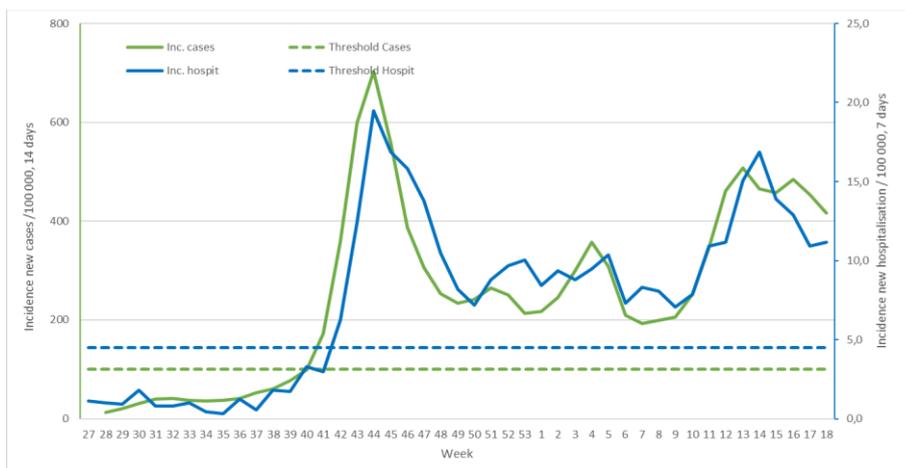
Hainaut



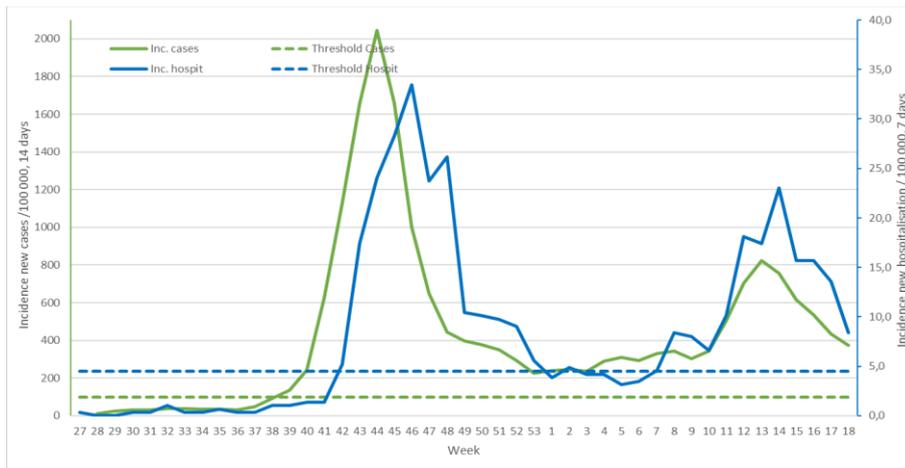
Liège



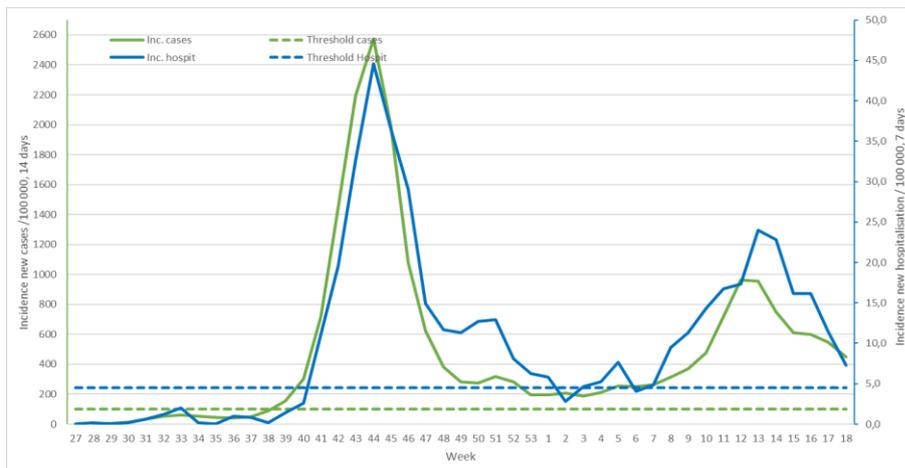
Limburg



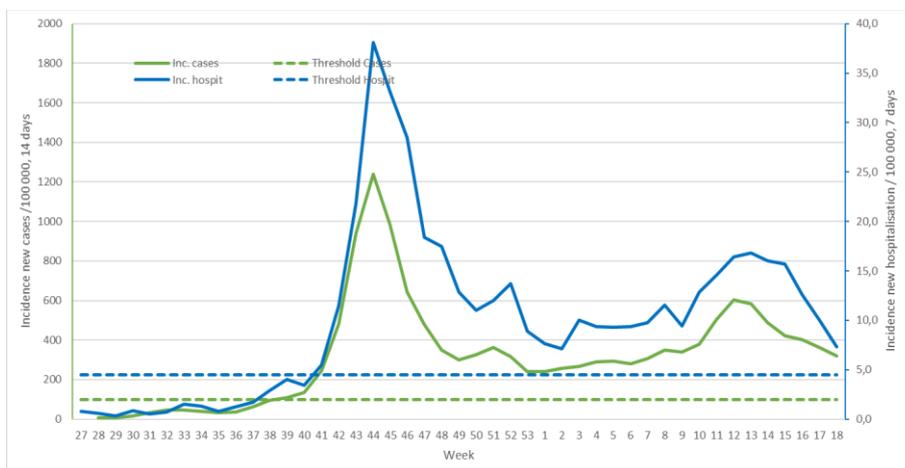
Luxembourg



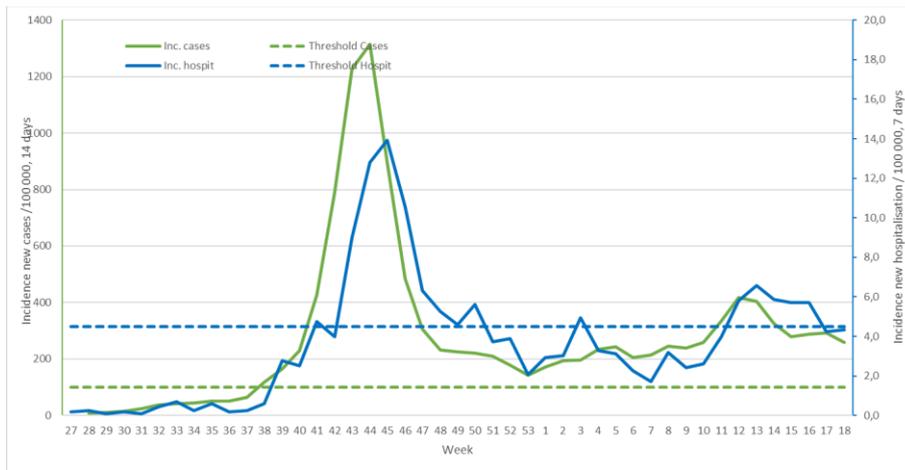
Namur



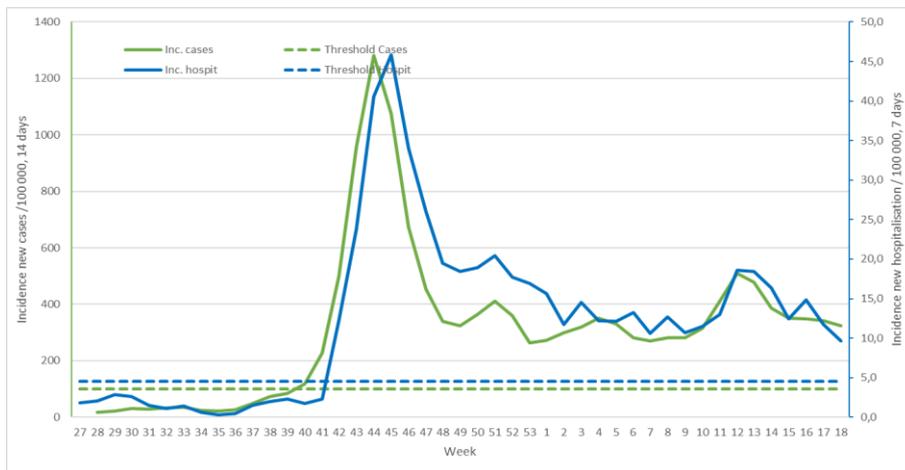
Oost-Vlaanderen



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,

