

## Evaluation du risque COVID-19 - Septembre 2021

RAG 01/09/2021

### Contexte

Le 14 août 2021, la "Loi relative aux mesures de police administrative lors d'une situation d'urgence épidémique" a été publiée.

(Numac 2021021663, [http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech\\_f.htm](http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm)).

Cette loi stipule que l'urgence épidémique peut être annoncée après avis du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et une analyse de risque réalisée par l'organe chargé de l'appréciation et l'évaluation des risques dans le cadre d'une phase fédérale. Il est demandé au RAG de procéder à une telle analyse et de déterminer si les critères d'une "situation d'urgence épidémique" sont actuellement remplis.

Ces critères sont les suivants:

Tout événement qui entraîne ou qui est susceptible d'entraîner une menace grave suite à la présence d'un agent infectieux chez l'homme, et:

a. qui touche ou est susceptible de toucher un grand nombre de personnes en Belgique et qui y affecte ou est susceptible d'affecter gravement leur santé;

b. et qui conduit ou est susceptible de conduire à une ou plusieurs des conséquences suivantes en Belgique:

- une surcharge grave de certains professionnels des soins et services de santé;
- la nécessité de prévoir le renforcement, l'allègement ou le soutien de certains professionnels des soins et services de santé;
- le déploiement rapide et massif de médicaments, dispositifs médicaux ou équipements de protection individuelle;

c. et qui nécessite une coordination et une gestion des acteurs compétents au niveau national afin de faire disparaître la menace ou de limiter les conséquences néfastes de l'événement;

d. qui, le cas échéant, a conduit à une ou plusieurs des conséquences suivantes:

- la situation est reconnue par l'Organisation mondiale de la santé comme "Public Health Emergency of International Concern";
- la situation est reconnue par la Commission européenne conformément aux dispositions de l'article 12 de la décision n° 1082/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé et abrogeant la Décision n° 2119/98/CE.

### Evaluation du risque

#### Critère a

*"Qui touche ou est susceptible de toucher un grand nombre de personnes en Belgique et qui y affecte ou est susceptible d'affecter gravement leur santé."*

Comme les autres coronavirus, le virus SARS-CoV-2 a subi plusieurs mutations au cours de l'année écoulée, des variants plus infectieux ayant pris le relais. Ainsi, malgré une immunité croissante (par la vaccination

ou une infection), le nombre d'infections reste très élevé, avec un impact potentiellement important si l'on devait arrêter toutes les mesures à ce stade et laisser le virus suivre son cours (comme c'est le cas pour les virus respiratoires endémiques).

Le SARS-CoV-2 a causé une mortalité importante en Belgique au cours des 18 derniers mois, malgré des mesures de confinement importantes. Cependant, 70,6 % de la population totale est actuellement entièrement vaccinée. Parmi les 30 % qui ne sont pas vaccinés, une grande partie (13 % de la population totale) sont des enfants de moins de 12 ans, qui ne font donc pas partie de la stratégie de vaccination. Cela signifie néanmoins qu'environ 19,5 % de la population âgée de plus de 12 ans est non vaccinée, y compris les personnes présentant des facteurs de risque de maladie grave (la couverture vaccinale des personnes âgées de plus de 65 ans est de 95 %, 88 % et 80 % en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles respectivement). Cependant, un taux de vaccination plus élevé, comme en Flandre, n'exclut pas l'existence localement de groupes de personnes sensibles (pockets of susceptibles). Sciensano étudie actuellement les caractéristiques de la partie de la population qui est non-vaccinée. Il existe une première indication d'une association entre les communes à plus faible statut socio-économique et un taux de vaccination plus faible dans ces communes, mais cela reste à approfondir. De plus, certaines personnes n'ont pas développé une réponse immunitaire suffisante suite au vaccin et une vaccination complète ne confère pas une protection à 100 % contre les formes graves, l'hospitalisation et le décès. Les infections chez les personnes vaccinées peuvent donc également entraîner une hospitalisation, bien que le nombre absolu soit beaucoup plus faible.

Comme le montrent les [évaluations épidémiologiques hebdomadaires](#) du RAG, il existe de grandes différences dans l'évolution de la situation épidémiologique en fonction des régions, corrélées entre autres à la différence de couverture vaccinale pour une vaccination complète (76 %, 66 % et 49 % pour la Flandre, la Wallonie et Bruxelles respectivement). Ces différentes tendances devraient se poursuivre, la situation en Flandre restant probablement mieux sous contrôle qu'en Wallonie et surtout à Bruxelles. Cependant, en raison du nombre élevé de mouvements interrégionaux (surtout avec Bruxelles), et du transfert possible de patients hospitalisés de Bruxelles vers les régions voisines, il y aura toujours un lien entre les régions, pour lequel une coordination des mesures au niveau national reste nécessaire (voir conclusion).

Depuis le début de l'épidémie, 1,2 millions de personnes ont eu un résultat positif pour le COVID-19. Il s'agit d'une sous-estimation importante du nombre d'infections, car toutes les personnes présentant des symptômes légers n'ont pas été testées (en particulier lors de la première vague) et les personnes asymptomatiques ne sont pas toujours détectées. Avant le début de la campagne de vaccination en janvier 2021, 19 % des donneurs de sang avaient des anticorps contre le SARS-CoV-2, mais cela aussi est probablement une sous-estimation car les donneurs de sang ne sont pas totalement représentatifs de la population totale. Une estimation mathématique du nombre de personnes infectées donne un chiffre beaucoup plus élevé de 3,6 millions (Source : UHasselt). Diverses études, dont une analyse des données

de la recherche des contacts en Belgique<sup>1,2</sup>, montrent qu'une infection antérieure offre une protection au moins comparable à celle de la vaccination, ce qui pourrait donc constituer un frein supplémentaire important à la poursuite de l'épidémie. Toutefois, comme pour la vaccination, on ne sait pas encore combien de temps cette protection dure. Les variants du SARS-CoV-2 avec échappement immunitaire ont, par le passé, provoqué des pics sévères dans des régions où le nombre de personnes ayant une immunité naturelle était élevé (par exemple, au Brésil). En revanche, des données récentes provenant d'Israël suggèrent que les personnes sont mieux protégées contre le variant Delta après une infection naturelle que les personnes vaccinées<sup>3</sup>. La protection est la plus élevée pour les personnes ayant une combinaison d'infection naturelle et ensuite une vaccination<sup>4,5</sup>.

Outre l'hospitalisation et le décès, le COVID à long terme (Long-COVID) peut avoir un impact sur la santé des personnes infectées, les individus présentant des symptômes pendant des semaines, voire des mois. Les données du Royaume-Uni montrent qu'environ une personne sur cinq présente encore des symptômes après 5 semaines et une sur dix après 12 semaines<sup>6</sup>. Il s'agit généralement de symptômes COVID-19 persistants, tels que fatigue, difficultés respiratoires, maux de tête, perte de l'odorat ou du goût, toux, fièvre légère, douleurs musculaires et articulaires, difficultés de concentration, etc. Parfois, des complications plus graves peuvent également survenir, telles que la dépression et d'autres pathologies neuropsychologiques, ou l'atteinte de divers organes, entraînant par exemple un diabète, une altération de la fonction pulmonaire, des maladies rénales et hépatiques et des complications cardiovasculaires<sup>7</sup>. Bien que Long-COVID soit relativement plus fréquent chez les patients hospitalisés, les personnes âgées et les personnes ayant déjà eu des problèmes de santé, elle se produit également chez des patients plus jeunes et en bonne santé et après des infections asymptomatiques<sup>8</sup>. Les enfants peuvent également être concernés ; dans une étude réalisée en Italie, 42 % des enfants présentaient encore des symptômes plus de 60 jours après l'infection<sup>9</sup>. Les symptômes du Long-COVID peuvent avoir un impact sur le fonctionnement de la personne. Dans une étude menée au Royaume-Uni, 64 % des personnes atteintes de la Long-COVID ont déclaré qu'elles ne pouvaient pas fonctionner normalement, 32 % ne pouvaient pas le faire sans aide, 17 % ne pouvaient pas travailler et 66 % avaient pris un congé de maladie<sup>10</sup>. L'ECDC s'attend donc à ce que Long-COVID entraîne une charge élevée, avec une pression supplémentaire sur le système de soins de santé<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Braeye T, Cornelissen L, Cateau L, Haerhuis F, Proesmans K et al. Vaccine effectiveness against infection and onwards transmission of COVID-19: Analysis of Belgian contact tracing data, January-June 2021, Vaccine, 2021, <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.08.060>.

<sup>2</sup> Holm Hansen C, Michlmayr D, Gubbels D et al. Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study. *The Lancet*. Mar 2021. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00575-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00575-4)

<sup>3</sup> Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough cases

<sup>4</sup> Naturally enhanced neutralizing breadth against SARS-CoV-2 one year after infection. *Nature*.

<sup>5</sup> Poor antibody response to BioNTech/Pfizer COVID-19 vaccination in SARS-CoV-2 naïve residents of nursing homes

<sup>6</sup> The prevalence of long COVID symptoms and COVID-19 complications - Office for National Statistics

<sup>7</sup> Clinical characteristics of COVID-19 (europa.eu)

<sup>8</sup> Attributes and predictors of long COVID | *Nature Medicine*

<sup>9</sup> Preliminary evidence on long COVID in children - Buonsenso - 2021 - *Acta Paediatrica* - Wiley Online Library

<sup>10</sup> (PDF) Characteristics of Long Covid: findings from a social media survey (researchgate.net)

## **Critère b**

*“Qui conduit ou est susceptible de conduire à une ou plusieurs des conséquences suivantes en Belgique:*

- *une surcharge grave de certains professionnels des soins et services de santé;*
- *la nécessité de prévoir le renforcement, l’allègement ou le soutien de certains professionnels des soins et services de santé;*
- *le déploiement rapide et massif de médicaments, dispositifs médicaux ou équipements de protection individuelle.”*

Les travaux de modélisation de l'Université de Hasselt et de l'Université d'Anvers (voir [note technique](#) du consortium SIMID, 23 août 2021) montrent qu'une quatrième vague d'hospitalisations est à prévoir en octobre/novembre. La hauteur de ce pic (qui déterminera donc la pression sur la capacité hospitalière) est étroitement liée à la mesure dans laquelle les gens modifient leur comportement et à l'augmentation du nombre de contacts sociaux. Tant une augmentation de +50 % du comportement à risque par rapport à août 2021 qu'un comportement similaire à celui de septembre 2020 peuvent entraîner une forte pression sur la capacité hospitalière, le nombre de nouvelles hospitalisations dépassant le pic de la troisième vague. Cependant, un comportement à risque similaire à celui de septembre 2020 n'entraînera pas la même augmentation des hospitalisations (comme pour la deuxième vague), grâce à l'immunité accumulée dans la population.

L'hiver prochain, il faudra aussi tenir compte de la charge que représentent d'autres infections respiratoires, comme le VRS et la grippe, sur la capacité des unités de soins intensifs. Au cours des dernières saisons grippales (2015-2020), le nombre de lits occupés par des patients grippés en Belgique a fluctué entre 5 et 10 % (Source : surveillance SARI). Ce chiffre pourrait être plus élevé pour la saison à venir en raison de l'absence d'épidémie de grippe l'hiver dernier (pas de boost de l'immunité).

On note également que, sur base d'un signalement par des hôpitaux, la capacité de soins intensifs dans les hôpitaux est en fait inférieure à ce qu'elle était au début de l'épidémie, en raison d'une pénurie en personnel (congrés, burn-out ou autre absence de longue durée, réorientation professionnelle etc.) Cependant, il n'existe pas de données objectives à ce sujet, alors que cette information est importante pour pouvoir faire une estimation correcte de la capacité réelle des USI.

Outre la pression exercée sur les hôpitaux, une forte circulation de virus aura également un impact sur les soins de santé primaires, en raison d'un nombre potentiellement élevé d'infections bénignes et de la circulation en parallèle d'autres virus pour lesquels un généraliste est consulté et doit faire faire des tests. La capacité des soins primaires a également été mise à rude épreuve au cours des 18 derniers mois.

En ce qui concerne l'utilisation des médicaments, des dispositifs médicaux et des mesures de protection individuelle, aucun problème majeur n'est attendu, mais ceci doit être évalué par l'AFMPS. Si une troisième dose de vaccin devrait être administrée à l'ensemble de la population (>12 ans), cela nécessitera à nouveau un effort logistique important, mais nous pouvons nous appuyer sur l'expérience de ces derniers mois.

## **Critère c**

*“Qui nécessite une coordination et une gestion des acteurs compétents au niveau national afin de faire disparaître la menace ou de limiter les conséquences néfastes de l'événement.”*

Dans la phase actuelle de l'épidémie, avec une couverture vaccinale différente selon les régions/provinces/municipalités et donc des niveaux différents de circulation du virus, il est important

d'adapter les mesures à la situation épidémiologique locale, avec une intervention rapide en cas d'augmentation locale du nombre d'infections (gestion du risque plutôt que gestion de la crise). Toutefois, une coordination nationale reste nécessaire pour un certain nombre d'aspects, tels que les mesures destinées aux voyageurs, les accords sur les mesures susceptibles de traverser les régions/provinces, le suivi de la situation épidémiologique (collecte et analyse des données), l'organisation de la capacité hospitalière entre les provinces/régions, etc. Si la situation se dégrade à nouveau dans toutes les régions, un passage rapide à une situation de gestion de crise devrait être possible. Les niveaux d'alerte tels que proposés par le RAG et validés par le RMG peuvent servir de ligne directrice à cet égard.

#### **Critère d**

*“Qui, le cas échéant, a conduit à une ou plusieurs des conséquences suivantes: la situation est reconnue par l'Organisation mondiale de la santé comme "Public Health Emergency of International Concern"; la situation est reconnue par la Commission européenne conformément aux dispositions de l'article 12 de la décision n° 1082/2013/UE.”*

L'Organisation mondiale de la santé ne devrait pas déclarer la fin de « l'urgence de santé publique de portée internationale » dans les prochains mois. Tant qu'une immunité élevée ne sera pas atteinte au niveau mondial (par la vaccination ou une infection), le virus SARS-CoV-2 continuera à circuler et à provoquer des épidémies, éventuellement par le biais de nouveaux variants. Le 15 juillet 2021, le [International Health Regulations Emergency Committee](#) a déclaré que "malgré les efforts nationaux, régionaux et mondiaux, la pandémie est loin d'être terminée", ce qui signifie que les défis sanitaires, économiques et sociaux demeurent. Le 23 juillet, l'[ECDC](#) a également appelé à rester prudent et à prendre des mesures préventives.

Dans l'Union Européenne, on s'attend globalement à ce que la situation devienne progressivement plus maîtrisée, grâce à une vaccination croissante, même si certains pays ont une couverture vaccinale toujours faible. Toutefois, ce ne sera pas encore le cas dans les prochains mois.

#### **Conclusion**

La vaccination d'une grande partie de la population a clairement un impact positif sur la situation épidémiologique, avec une bonne protection contre les infections graves et donc les hospitalisations, et, dans une mesure plus limitée, également contre le nombre d'infections. Cependant, la couverture vaccinale n'est pas suffisamment élevée partout, notamment à Bruxelles, où le risque de surcharge des hôpitaux est réel.

L'évolution pour les mois à venir est encore incertaine et sera fortement déterminée par : 1) la mesure dans laquelle les gens modifieront leur comportement ; 2) l'augmentation de la couverture vaccinale, en particulier à Bruxelles ; 3) la co-circulation possible d'autres virus respiratoires (qui ont été absents l'hiver dernier suite aux mesures contre le COVID-19 et pour lesquels l'immunité naturelle n'a pas été boostée) ; 4) la durée de la protection par la vaccination ou par l'infection naturelle, dont on sait encore peu de choses ; 5) les mesures prises (ou non) pour assurer une qualité de l'air suffisante dans les espaces intérieurs ; 6) le nombre de « superspreading events » au cours desquels un grand nombre de personnes peuvent être exposées ; 7) la transmission dans des groupes de personnes (potentiellement) non vaccinées, telles que les écoles ou certaines entreprises, et les mesures prises pour limiter la propagation, notamment la recherche des contacts et les mesures de protection de l'environnement ; et 8) l'émergence

ou non de nouveaux variants présentant une contagiosité plus élevée ou une protection moindre des vaccins. D'une manière générale, on peut toutefois dire que la menace est toujours présente pour le secteur des soins de santé, surtout cet automne/hiver. Le virus du SARS-CoV-2 ne peut pas encore être considéré comme un virus endémique (comme le virus de la grippe), pour lequel on peut compter sur l'immunité collective pour en contrôler la circulation sans mesures spécifiques. Les mesures importantes qui doivent certainement être poursuivies comprennent 1) l'identification et l'isolement des personnes infectées (par une vaste stratégie de dépistage des personnes présentant des symptômes et des personnes ayant été exposées à un contact ou à un voyage à haut risque) ; 2) la recherche des contacts ; 3) l'investigation des clusters de cas, avec la mise en œuvre de mesures de confinement ; 4) l'encouragement du port du masque dans les zones fermées accessibles au public, telles que les transports publics et les supermarchés ; 5) la réduction du risque de propagation à grande échelle (superspreading events) ; 6) la poursuite de l'augmentation de la couverture vaccinale, notamment à Bruxelles et plus généralement dans des groupes de population susceptibles. Les structures nécessaires doivent donc être maintenues afin de continuer à garantir ces mesures.

Cette recommandation est conforme aux recommandations internationales, telles que celles de l'Organisation mondiale de la santé et de l'ECDC (voir ci-dessus), et d'autres pays comme le Royaume-Uni<sup>11</sup>.

#### **Les personnes suivantes ont participé à l'élaboration de cet avis :**

Emmanuel André (KULeuven), Laura Cornelissen (Sciensano), Bénédicte Delaere (CHU-UCL Namur), Géraldine De Muylder (Sciensano), Naima Hammami (Zorg en Gezondheid), Anne-Claire Henry (ONE), Niel Hens (UAntwerpen/UHasselt), Yves Lafort (Sciensano), Valeska Laisnez (Sciensano), Tinne Lernout (Sciensano), Romain Mahieu (COCOM), Pierrette Melin (CHU Liège), Geert Molenberghs (UHasselt-KULeuven), Paul Pardon (FOD Volksgezondheid), Steven Van Gucht (Sciensano), Greet Van Kersschaever (Domus Medica), Erika Vlieghe (UZA).

---

<sup>11</sup> British Academy of Medical Sciences. COVID-19: Preparing for the future Looking ahead to winter 2021/22 and beyond. 15 juli 2021. <https://acmedsci.ac.uk/file-download/4747802>