

Evaluation de la situation épidémiologique

RAG 15/12/2021

Pour l'évaluation de la situation épidémiologique, le RAG a proposé des seuils pour distinguer différents niveaux d'alerte. Ces niveaux d'alerte ont été validés par le Risk Management Group, et 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

Le nombre de nouvelles infections et de nouvelles hospitalisations continue de montrer une tendance à la baisse, avec des différences régionales. Le déclin est plus prononcé en Flandre, mais les incidences restent élevées. En Wallonie, la diminution du nombre d'infections est encore limitée, et dans certaines provinces (Namur, Hainaut et Brabant wallon), on observe encore une augmentation des nouvelles hospitalisations. À Bruxelles, l'incidence s'est plutôt stabilisée, bien qu'il semble y avoir eu également un changement de tendance au cours des 7 derniers jours. Cependant, la surveillance des eaux usées à Bruxelles montre toujours une circulation virale très élevée, le taux de positivité (PR) est toujours en légère augmentation et le nombre de consultations chez un médecin généraliste pour suspicion de COVID-19 ne diminue pas encore (contrairement à la Flandre et à la Wallonie).

La tendance plus favorable observée la semaine dernière pour les 65 ans et plus semble se confirmer. C'est au sein de ce groupe que le PR diminue le plus, surtout pour les personnes présentant des symptômes. Pour les enfants de 0 à 9 ans le PR diminue également plus fortement, mais l'incidence des infections et le PR y sont toujours les plus élevées.

L'augmentation du PR parmi les contacts à haut risque est inquiétante, d'autant plus que ceux-ci ne se font souvent pas tester et qu'actuellement, un seul test est réalisé pour les personnes vaccinées. Les contacts à haut risque peuvent donc contribuer de manière significative à la propagation du virus.

Le nombre de lits d'hôpitaux généraux occupés par les patients COVID-19 diminue aussi progressivement, mais de manière lente pour le moment. Le nombre de lits de soins intensifs ne diminue pas encore, mais semble se stabiliser, bien qu'à un niveau très élevé.

Malgré la tendance à la baisse d'un certain nombre d'indicateurs, un assouplissement des mesures actuelles n'est toujours pas envisageable. La circulation du virus et le nombre de lits d'hôpitaux occupés doivent d'abord être réduits de manière importante, afin d'éviter de rester sur un plateau élevé, à partir duquel une nouvelle augmentation (par exemple par le variant Omicron) entraînerait immédiatement une surcharge du système de santé.

Des recherches supplémentaires sur Omicron confirment les premières observations démontrant une croissance plus importante du variant par rapport à Delta (entraînant ainsi un

remplacement attendu) et également une moindre protection après une infection antérieure ou une vaccination avec 2 doses de vaccin, mais un effet favorable d'une dose de rappel ainsi que des mesures non pharmaceutiques. La campagne de vaccination pour la dose supplémentaire doit donc être déployée le plus rapidement possible, pour gagner du temps.

Le niveau d'alerte est toujours le niveau 5 au niveau national et pour toutes les régions/provinces. Le niveau devrait également rester inchangé pour la semaine prochaine car il n'y a pas encore de baisse pour tous les indicateurs, et s'il y a une baisse, elle est lente et/ou limitée pour le moment.

Classification de la décision au niveau national : niveau d'alerte le plus élevé avec une légère tendance à la baisse des nouvelles infections et des hospitalisations.

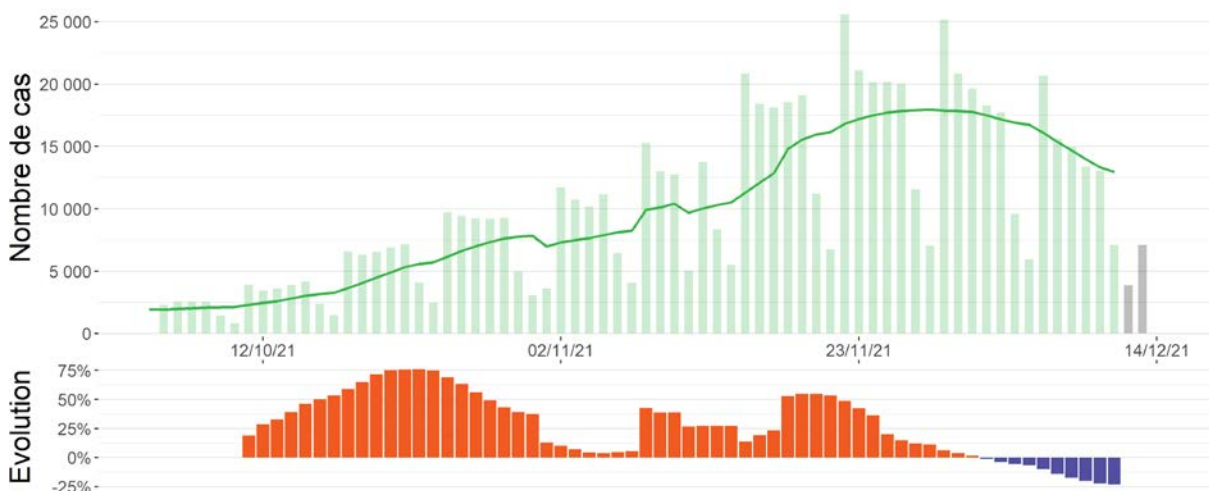
NIVEAU NATIONAL

Indicateurs d'intensité

Le nombre de nouvelles infections a encore diminué au cours de la semaine du 5 au 11 décembre, avec une moyenne de 12 963 nouvelles infections par jour, contre 16 898 la semaine précédente (- 23 %) (Figure 1).

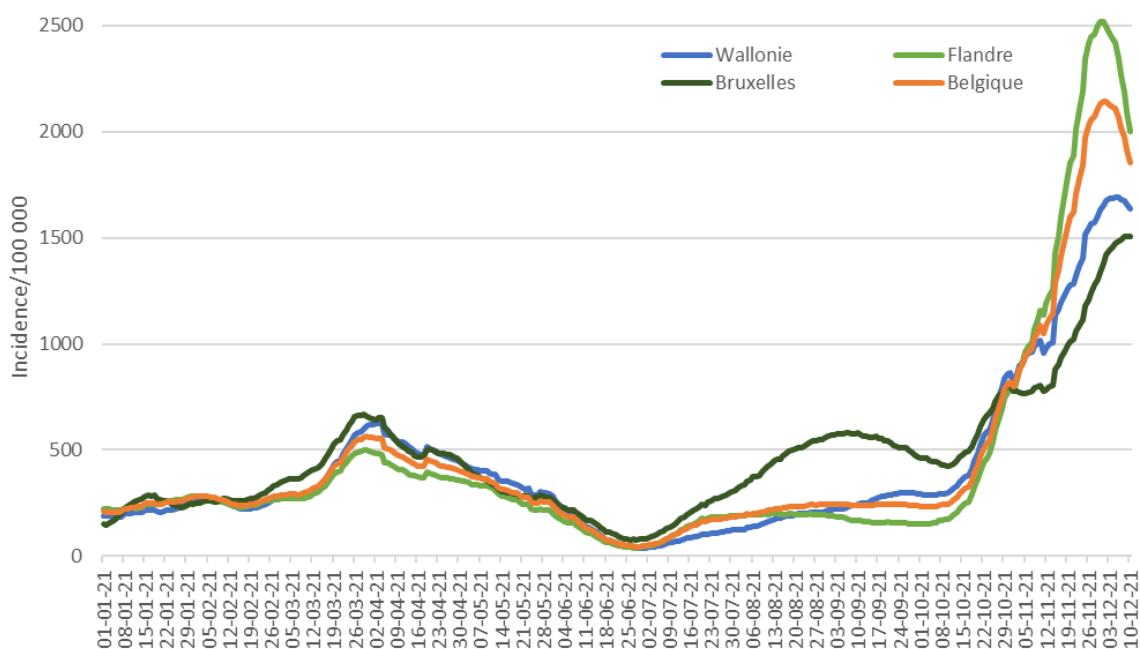
Le taux de reproduction (R_t) basé sur le nombre de nouvelles infections, a également continué de diminuer, passant de 0,953 à 0,837.

Figure 1 : Évolution du nombre total de nouvelles infections confirmées en Belgique depuis 04/10/2021



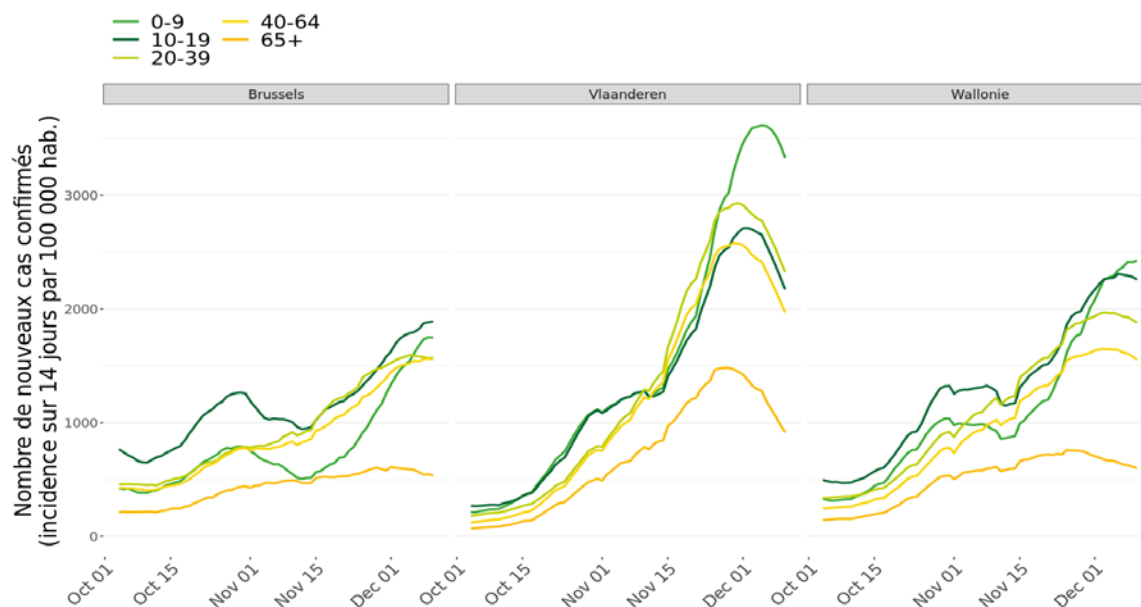
L'incidence cumulée sur 14 jours au niveau national est passé de 2 112/100 000 la semaine précédente à 1 814/100 000 cette semaine (Figure 2). La baisse est plus prononcée en Flandre et plus légère en Wallonie. A Bruxelles, on observe plutôt une stabilisation.

Figure 2 : Incidence cumulée sur 14 jours pour 100 000, Belgique et par région, depuis 01/01/2021



La baisse de l'incidence en Flandre concerne tous les groupes d'âge (Figure 3). La légère baisse en Wallonie est également observée pour tous les groupes d'âge, sauf pour les 0-9 ans (stabilisation). À Bruxelles, on ne constate qu'une légère baisse pour les personnes de 65 ans et plus et une stabilisation ou une légère augmentation pour les autres groupes d'âge (10-19 ans).

Figure 3: Incidence cumulée sur 14 jours pour 100 000, par groupe d'âge et par région, octobre 2021 à la semaine écoulée



En raison d'un problème technique, les données concernant l'incidence des infections sur 14 jours par région et par statut vaccinal n'ont pas pu être mises à jour cette semaine.

Le nombre de tests effectués a continué à diminuer au cours de la semaine dernière, avec une moyenne de 90 136 tests par jour pour la période du 5 au 11 décembre, comparé à environ 112 000 la semaine précédente. Cette baisse est observée dans tous les groupes d'âge, mais elle est moins prononcée chez les 0-9 ans et les personnes de 65 ans et plus (Figure 4). La Figure 5 montre que la diminution la plus importante concerne les tests pour les cas possibles de COVID-19 et les contacts à haut risque.

Figure 4 : Nombre de tests réalisés par groupe d'âge à partir du 04/10/21

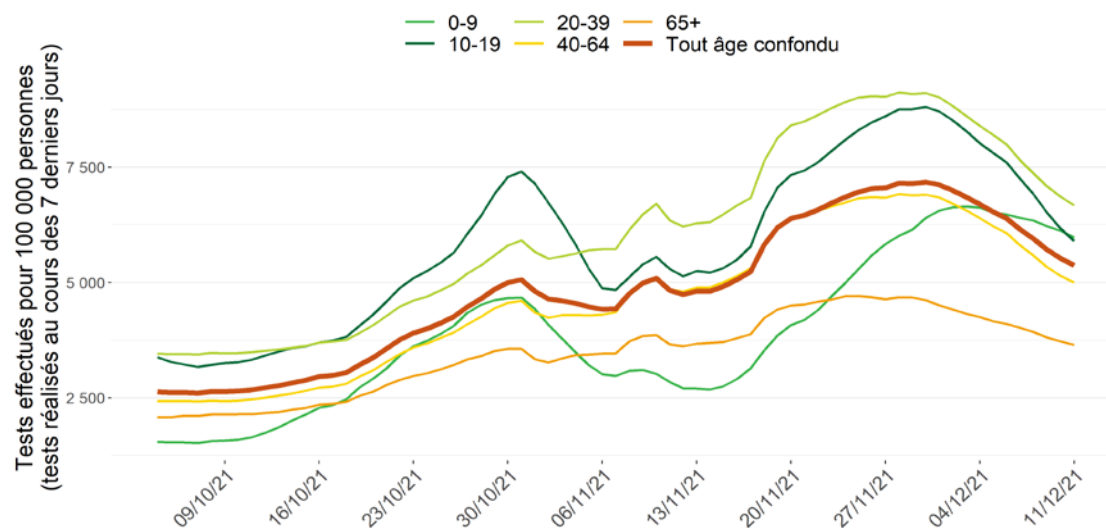
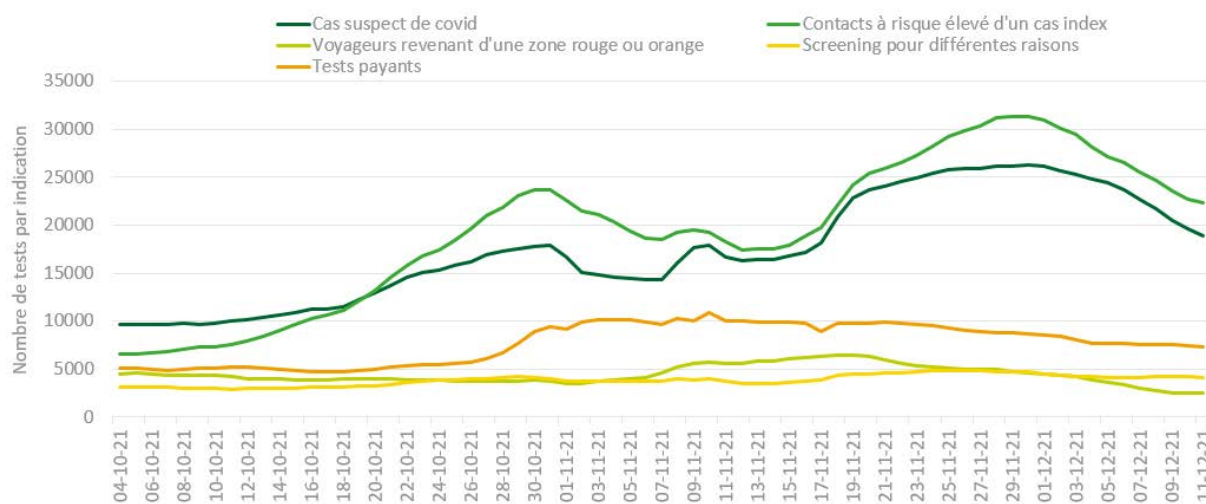


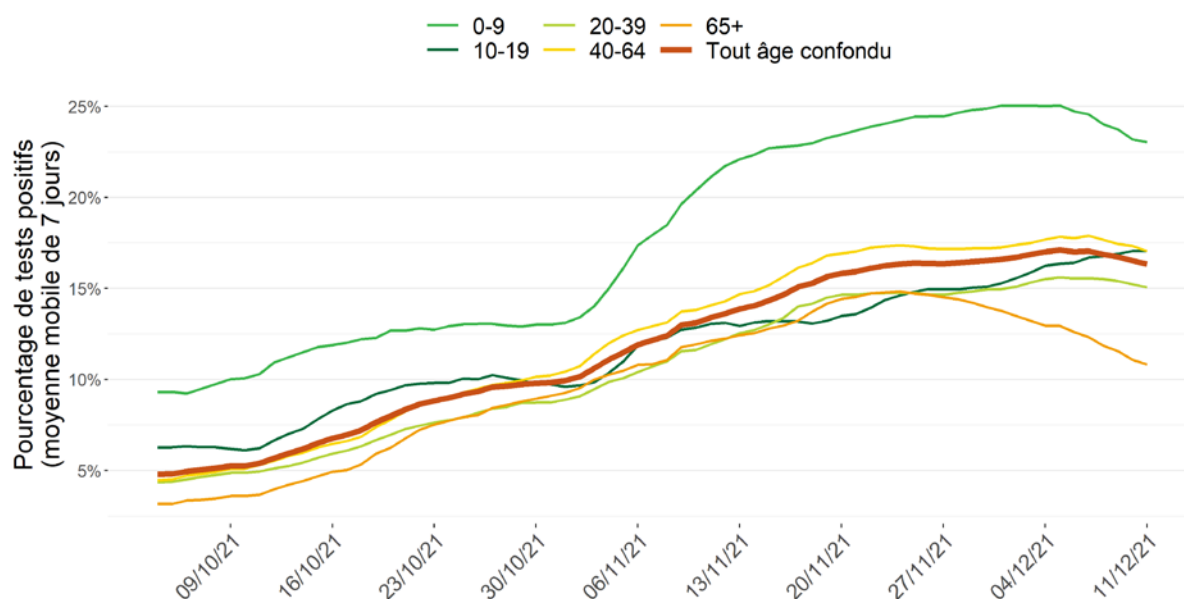
Figure 5 : Nombre de tests effectués par indication et par jour, depuis le 04/10/2021
Sur base des eforms / CTPC, disponibles pour environ 70 % des tests



Aucune donnée n'est disponible sur le nombre d'autotests vendus en pharmacie au cours de la semaine écoulée. Le nombre de codes CTPC créés pour la confirmation d'un autotest positif a légèrement diminué au cours de la semaine dernière, avec un total de 3 006 tests effectués, dont 91 % avaient un test PCR positif (stable).

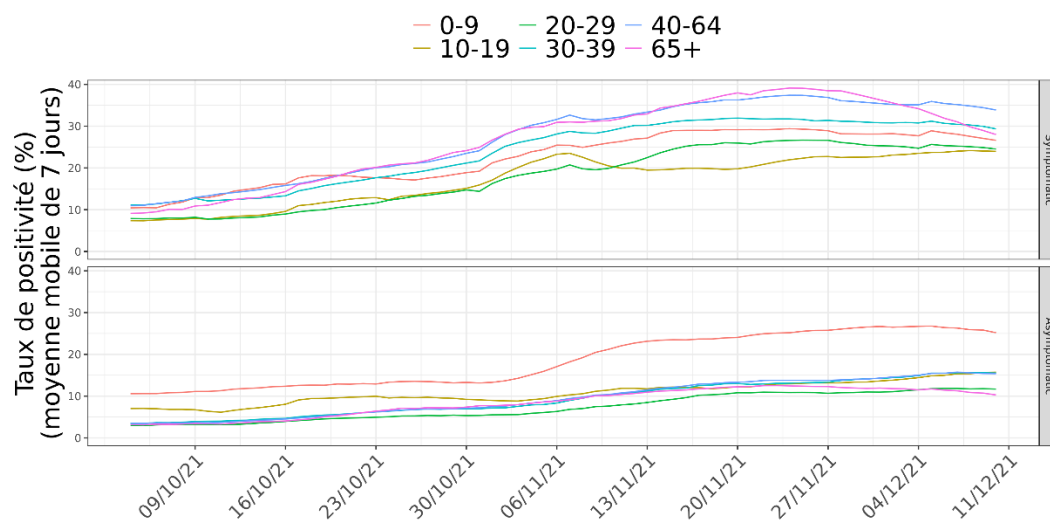
Sur base hebdomadaire, le taux de positivité (PR) n'a que légèrement diminué, pour atteindre une valeur de 16,1 %, comparé à 16,8 % la semaine précédente. Toutefois, la tendance diffère selon l'âge (Figure 6). On constate toujours une légère augmentation du PR pour les 10-19 ans (17,1%), une stabilisation pour les groupes d'âge de 20-39 ans et de 40-64 ans, et une diminution pour les 0-9 ans (avec toujours la valeur la plus élevée, 23,0%) et les personnes de 65 ans et plus.

Figure 6 : Taux de positivité par groupe d'âge à partir du 04/10/21



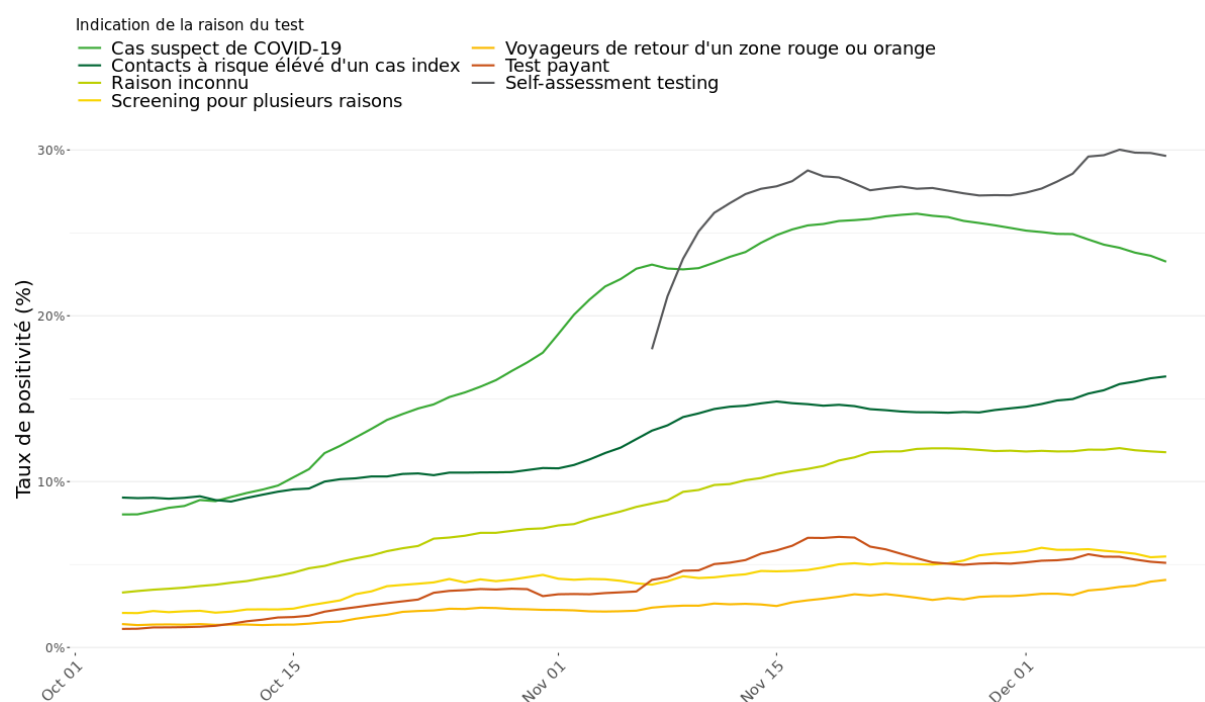
L'augmentation du PR pour les 10-19 ans concerne toujours principalement les personnes symptomatiques (Figure 7). Pour les 65 ans et plus, on observe toujours une forte diminution chez les personnes présentant des symptômes.

Figure 7 : Taux de positivité par groupe d'âge et en fonction de la présence ou non de symptômes



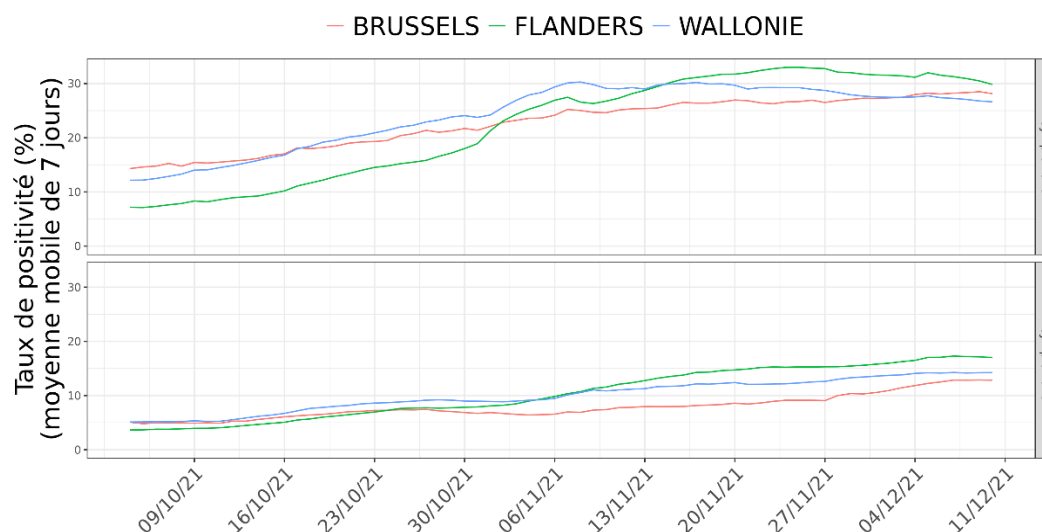
Le PR a encore diminué pour l'indication "cas suspect de COVID-19" et a encore augmenté pour les contacts à haut risque (HRC) comme indication de test (Figure 8). Les données du suivi des contacts font état d'un PR plus élevé pour les HRC, avec seulement 75 % des HRC non vaccinés effectuant un premier test à la semaine 48, et un PR de 36 % ; 27 % ont réalisé un second test, avec un PR de 24 %. Pour les HRC vaccinés, 86 % ont effectué un test (un seul test recommandé actuellement), avec un PR de 19%. Ces résultats sont également disponibles dans les [rapports hebdomadaires](#) de Sciensano.

Figure 8 : Taux de positivité par indication de test



A Bruxelles, on observe encore une augmentation du PR, tant pour les personnes symptomatiques qu'asymptomatiques (Figure 9). En Flandre et en Wallonie, on observe une légère diminution du PR chez les personnes symptomatiques.

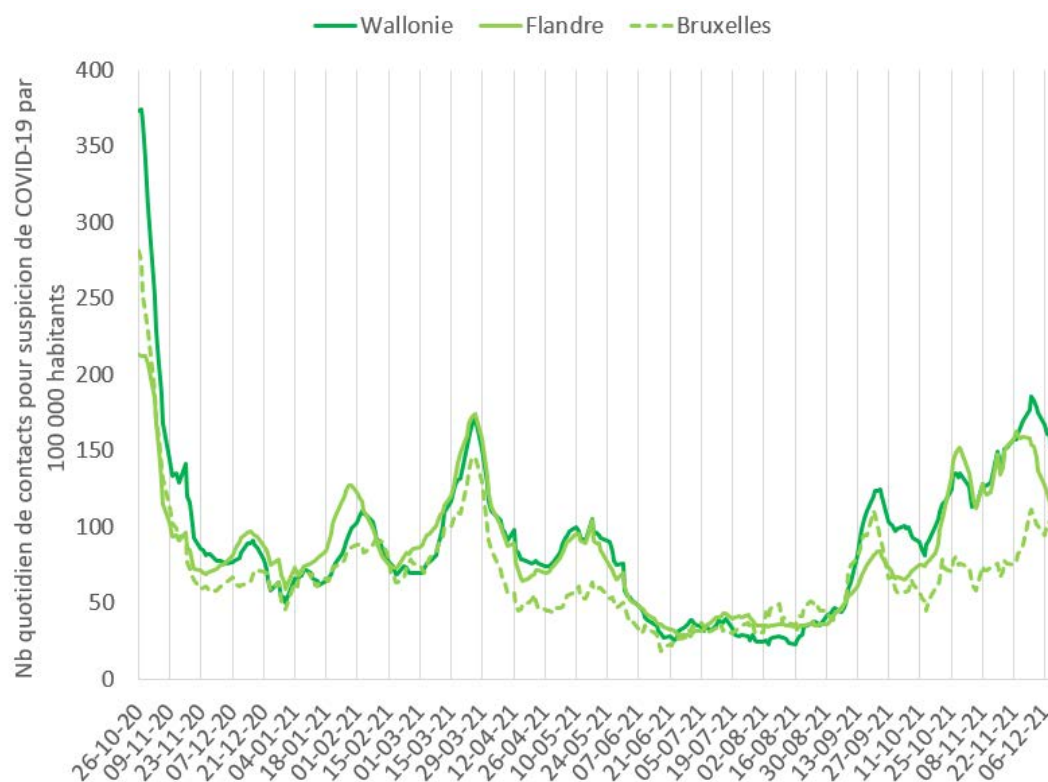
Figure 9 : Taux de positivité par région, individus symptomatiques et asymptomatiques, à partir du 04/10/2021



Le nombre de consultations pour suspicion de COVID-19 chez les médecins généralistes a diminué au niveau national au cours de la semaine 49, avec une moyenne de 116 contacts pour 100 000 habitants par jour, comparé à 158/100 000 la semaine dernière (Source : Baromètre des médecins généralistes) (Figure 10). La même tendance s'observe que pour l'incidence des infections, avec une baisse plus marquée en Flandre qu'en Wallonie, et une stabilisation à Bruxelles.

L'incidence des consultations pour symptômes grippaux rapportée par le réseau des médecins vigies a également diminué et est passée de 407 à 267 consultations pour 100 000 habitants par semaine. La charge de travail perçue pour cause de suspicion de COVID-19 a diminué de 75 % à 59 % (mais pas de manière statistiquement significative), 43 % la considérant comme élevée (contre 46 % la semaine dernière) et 16 % très élevée (contre 29 %).

Figure 10 : Nombre de contacts quotidiens chez les médecins pour suspicion de COVID-19 par 100 000 habitants et par région, 26/10/2020 - 10/12/2021¹
(Source: Baromètre des médecins généralistes)



¹ Weekends et fériés non inclus; chaque jour représente une moyenne mobile sur 5 jours.

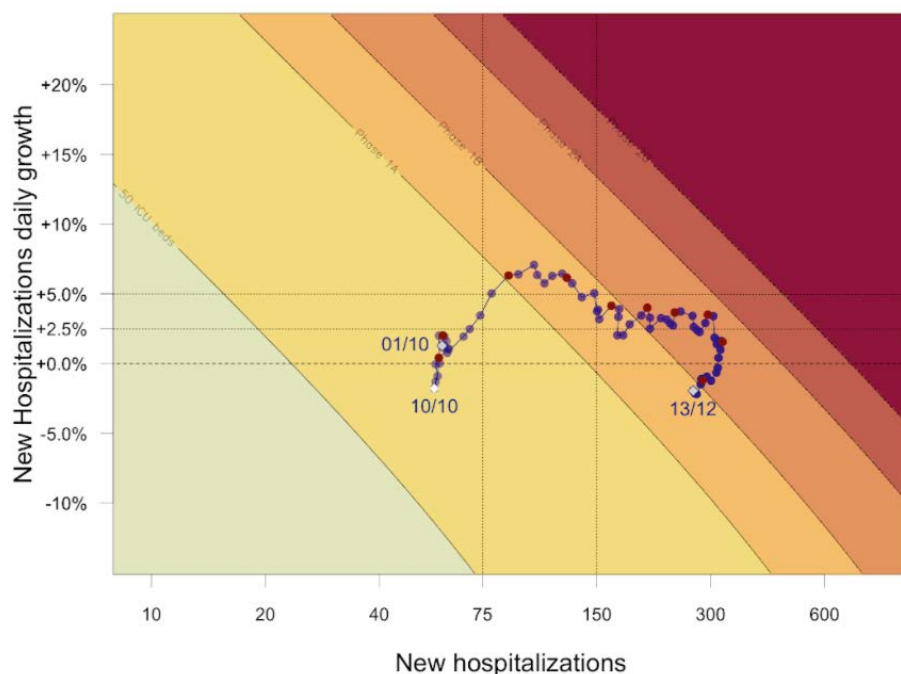
Indicateurs de sévérité

Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a continué de diminuer au cours de la semaine du 8 au 14 décembre, avec une moyenne de 263 admissions par jour, comparé à 293 la semaine dernière (- 10 %). La tendance est illustré dans la Figure 11.

La proportion de résidents de MRS dans le nombre de nouvelles hospitalisations reste faible et stable (1,6 % la semaine dernière).

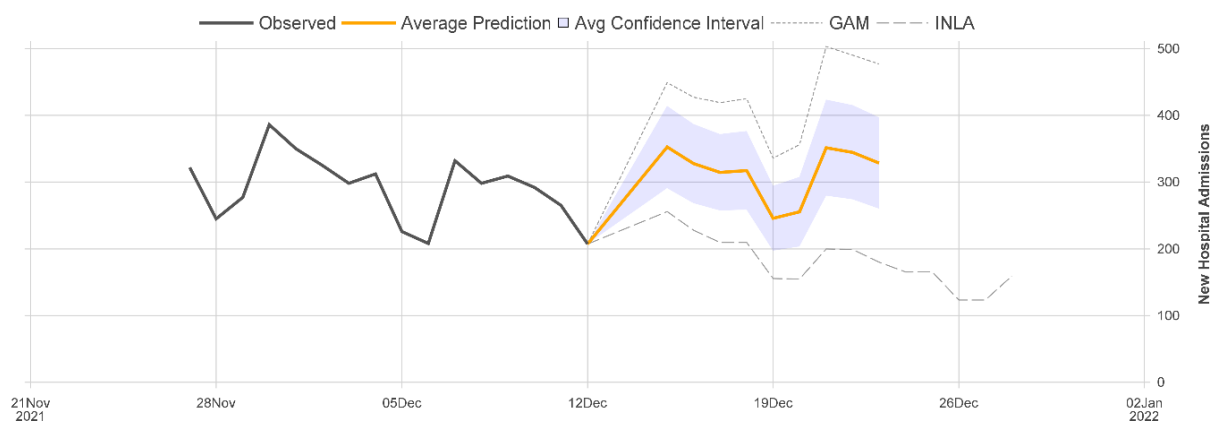
Figure 11 : Evolution du nombre de nouvelles hospitalisations et du rapport qui indique la croissance ou décroissance, 01/10 - 13/12/2021

Travail de Christel Faes, UHasselt



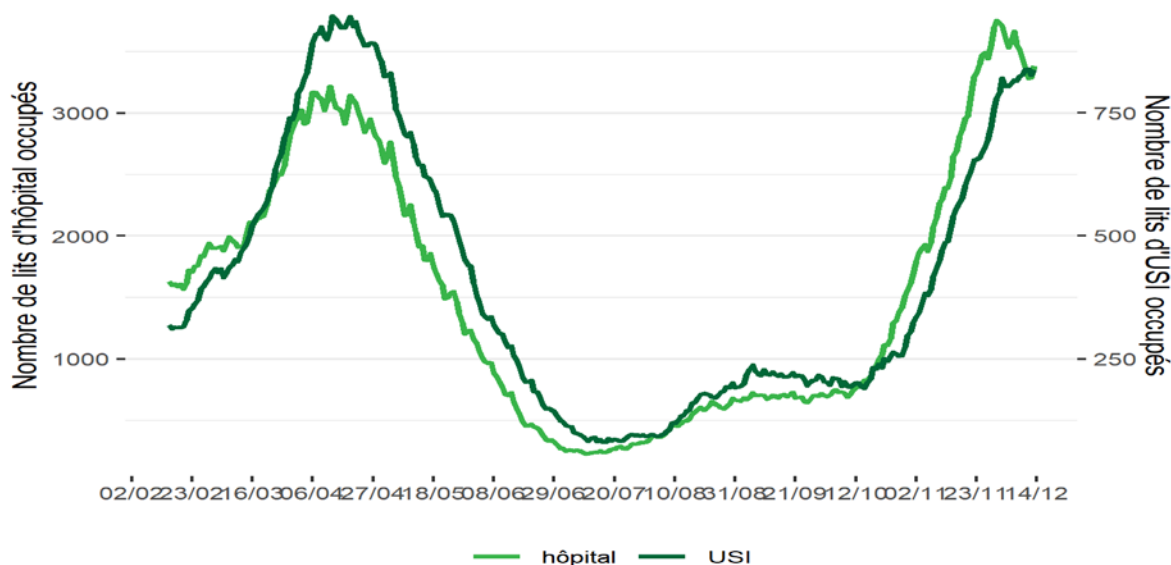
Le taux de reproduction (R_t) basé sur le nombre de nouvelles hospitalisations a également légèrement diminué, avec une valeur de 0,927 (par rapport à 0,935 la semaine précédente). Les modèles de prédiction du nombre de nouvelles hospitalisations montrent une tendance à la stabilisation, avec une grande incertitude (Figure 12). La différence entre les deux modèles s'explique par l'utilisation d'indicateurs différents. En raison du PR encore élevé dans la plupart des provinces, le modèle GAM montre toujours une tendance à la hausse.

Figure 12 : Evolution et prédiction du nombre de nouvelles admissions à l'hôpital sur base des modèles de l'Université de Hasselt et de Sciensano



Le nombre de lits d'hôpital occupés par des patients COVID-19 (n = 3 258, - 8 %) a encore légèrement diminué comparé à la semaine précédente (Figure 13). Le nombre de lits occupés aux soins intensifs (n = 815, 0 %) semble se stabiliser, à un niveau élevé. Le nombre de transferts de patients a également diminué (93 comparé à 114 la semaine précédente).

Figure 13 : Nombre de lits occupés à l'hôpital et aux soins intensifs, 15/02/21 – 14/12/21



Comme pour les infections, l'incidence à 14 jours des hospitalisations et des admissions en USI chez les sujets vaccinés et non vaccinés est comparée (Tableaux 2 et 3). Les incidences restent, pour tous les groupes d'âge, (beaucoup) plus élevées pour les personnes non vaccinées que pour les personnes vaccinées. Comparé à la semaine précédente, on observe surtout une diminution de l'incidence des hospitalisations chez les personnes vaccinées de 65 ans et plus. Pour l'incidence des soins intensifs, il y a peu de différence. En raison des effectifs parfois réduits (notamment au niveau régional pour les soins intensifs), ces données doivent être interprétées avec prudence.

Tableau 2

Incidence cumulée (14 jours) des hospitalisations par 100 000 et valeurs absolues (entre parenthèses), par région, groupe d'âge et statut vaccinal², période 29/11 – 12/12/2021

Age	Statut vaccinal	Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	Totalement vaccinés	-	-	-	-
	Non vaccinés	17 (n=241)	13 (n=25)	20 (n=158)	12 (n=58)
12-17	Totalement vaccinés	1 (n=7)	6 (n<5)	1 (n<5)	1 (n<5)
	Non vaccinés	30 (n=53)	20 (n=9)	14 (n=8)	46 (n=36)
18-64	Totalement vaccinés	11 (n=682)	10 (n=55)	13 (n=465)	9 (n=162)
	Non vaccinés	63 (n=609)	54 (n=126)	83 (n=273)	52 (n=210)
65-84	Totalement vaccinés	63 (n=1.115)	48 (n=53)	77 (n=858)	38 (n=204)
	Non vaccinés	257 (n=304)	244 (n=52)	298 (n=121)	233 (n=131)
85+	Totalement vaccinés	80 (n=238)	61 (n=13)	88 (n=172)	65 (n=53)
	Non vaccinés	302 (n=81)	288 (n=11)	378 (n=41)	238 (n=29)

² Une vaccination complète signifie une dose pour le Johnson&Johnson et deux doses pour les autres vaccins.

Tableau 3

Incidence cumulée (sur 14 jours) des admissions en USI par 100 000 personnes et valeurs absolues (entre parenthèses), par région, groupe d'âge et statut vaccinal, période 29/11 – 12/12/2021

Age	Statut vaccinal	Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	Totalement vaccinés	-	-	-	-
	Non vaccinés	<1 (n=6)	2 (n<5)	<1 (n<5)	<1 (n<5)
12-17	Totalement vaccinés	<1 (n<5)	0	<1 (n<5)	0
	Non vaccinés	2 (n<5)	4 (n<5)	4 (n<5)	0
18-64	Totalement vaccinés	2 (n=145)	2 (n=13)	3 (n=98)	2 (n=34)
	Non vaccinés	20 (n=196)	14 (n=33)	26 (n=86)	19 (n=77)
65-84	Totalement vaccinés	15 (n=273)	14 (n=16)	19 (n=212)	8 (n=45)
	Non vaccinés	71 (n=84)	56 (n=12)	86 (n=35)	66 (n=37)
85+	Totalement vaccinés	6 (n=18)	5 (n<5)	5 (n=9)	10 (n=8)
	Non vaccinés	19 (n=5)	26 (n<5)	18 (n<5)	17 (n<5)

Tableau 4

Pourcentage et nombre de personnes non vaccinées par région et par groupe d'âge (*chiffres de la semaine passée*)

Age	Statut vaccinal	Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	% non vaccinés	95,0%	97,8%	93,8%	96,1%
	Nombre non vaccinés	1 448 769	186 874	797 113	464 782
12-17	% non vaccinés	22,8%	53,8%	12,6%	29,9%
	Nombre non vaccinés	179 403	45 444	55 406	78 553
18-64	% non vaccinés	12,1%	27,6%	7,1%	16,4%
	Nombre non vaccinés	846 204	216 338	283 336	361 541
65-84	% non vaccinés	6,3%	16,1%	3,5%	9,5%
	Nombre non vaccinés	118 714	21 475	40 758	56 481
85+	% non vaccinés	8,1%	15,0%	5,2%	12,7%
	Nombre non vaccinés	26 960	3 834	10 880	12 246

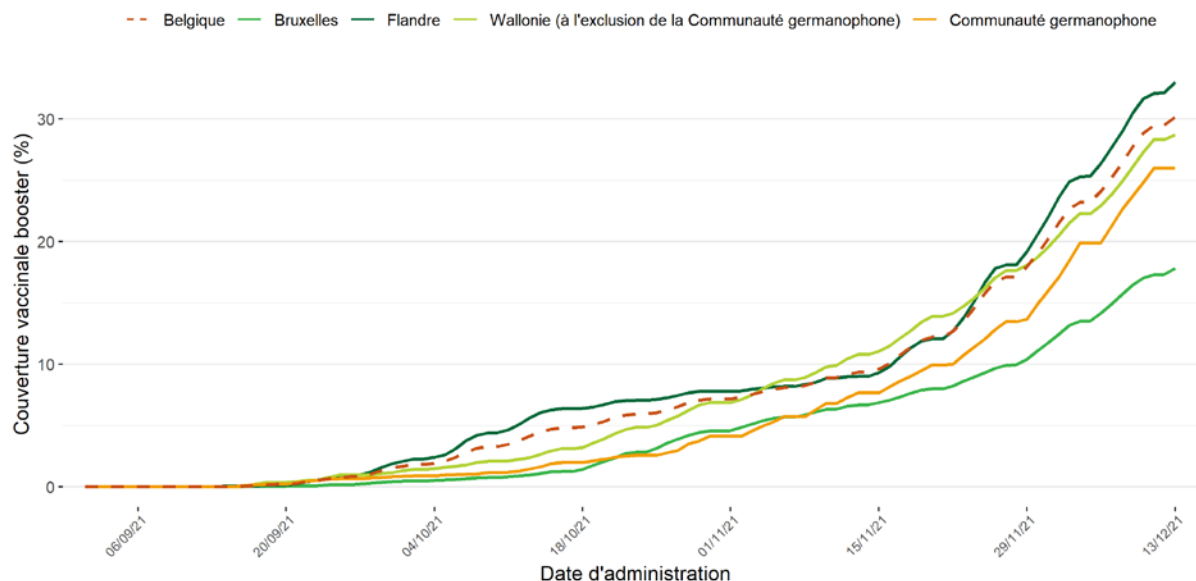
De plus amples informations sur la surveillance des hôpitaux sont disponibles dans [un rapport hebdomadaire](#).

Après plusieurs semaines d'augmentation, le nombre de **décès** a diminué la semaine dernière. Au cours de la semaine du 6 au 12 décembre, un total de 311 décès a été enregistré (comparé à 352 la semaine précédente), soit entre 35 et 55 décès par jour. La proportion de résidents de MRS sur le nombre total de décès reste limitée (10,3 %). Le taux de mortalité en semaine 49 était de 2,71/100 000 habitants en Belgique (diminution), 3,05/100 000 en Wallonie (diminution), 2,61/100 000 en Flandre (diminution) et 2,22/100 000 à Bruxelles (augmentation). Au cours de la semaine 47, une surmortalité a encore été enregistrée pour un jour, principalement chez les personnes âgées de 65 à 84 ans.

Autres indicateurs

La couverture vaccinale au niveau national est toujours de 76 % pour une vaccination complète, et pour une dose de rappel, elle est passée à 24 % de la population totale, avec une couverture vaccinale la plus élevée enregistrée en Flandre (Figure 14).

Figure 14 : Couverture vaccinale pour la dose supplémentaire par région, Belgique



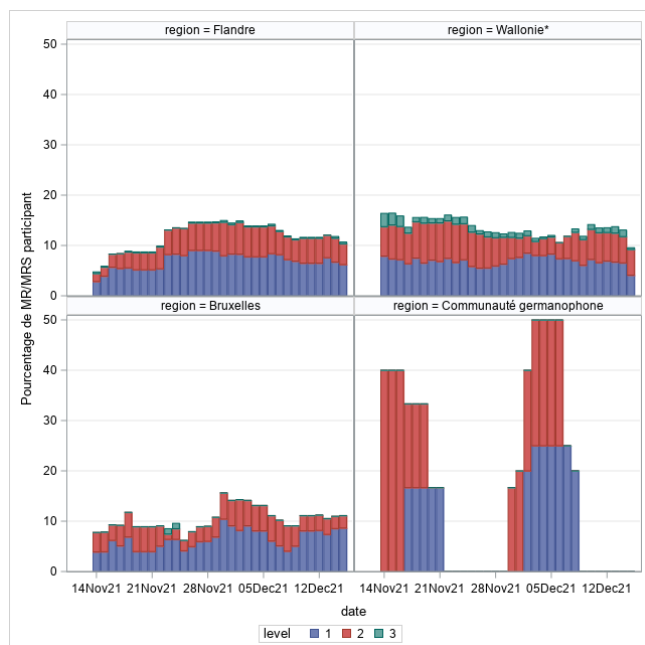
Les indicateurs de suivi dans les maisons de repos et de soins (MRS) restent favorables et faibles. A l'échelle nationale, on a observé une légère augmentation du nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 pour 1 000 résidents de MRS (de 2,5 à 2,9, + 15 %), mais le nombre de nouvelles hospitalisations pour 1 000 résidents de MRS a encore diminué (de 0,3 à 0,18, - 41 %) (voir le dashboard pour plus de détails). Le nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 pour 1 000 membres du personnel a également continué de diminuer (au niveau national de 8,5 à 5,5), sauf en Wallonie (stable). Le taux de participation a diminué en Communauté germanophone (en raison de problèmes techniques) et à Bruxelles (75% en Flandre, 53% en Wallonie, 57% à Bruxelles et 33% en Communauté germanophone).

Au cours de la semaine 48, 39 nouveaux clusters possibles³ ont été détectés. Cette semaine (semaine 49), il y avait déjà 34 nouveaux clusters possibles. Encore un pourcent des MRS ont signalé une prévalence d'au moins 10 cas confirmés parmi les résidents (= un foyer important). Le nombre de MRS par niveau d'alerte⁴ est présenté dans la Figure 15.

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 Niveau 0 : pas de nouveaux cas les 7 derniers jours ; niveau 1 : 1 nouveau cas confirmé parmi les résidents dans les 7 derniers jours ; niveau 2 : 2 nouveaux cas confirmés ou plus parmi les résidents dans les 7 derniers jours ; niveau 3 : ≥ 10 % de cas confirmés parmi les résidents dans les 7 derniers jours. Chaque MRS ne peut se trouver que sur un seul niveau.

Figure 15 : Évolution du pourcentage de MRS aux niveau 1, niveau 2 et niveau 3, (en fonction du nombre de MRS participantes) par région et par jour pour les derniers 30 jours



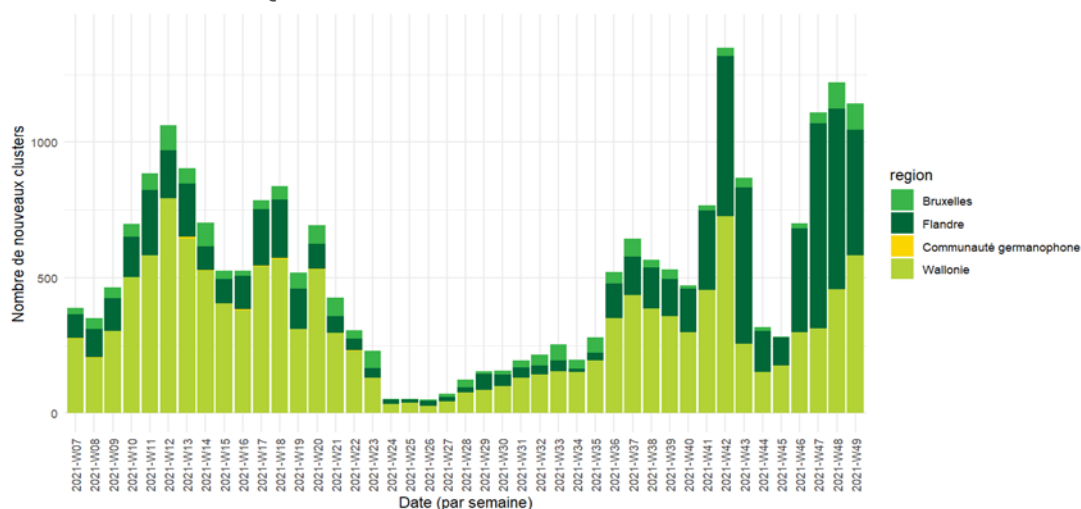
* Sans les MRS germanophones

Au cours de la semaine 49 (06 au 12 décembre), le nombre de nouveaux clusters a augmenté en Wallonie, a diminué en Flandre et est resté globalement stable à Bruxelles (Figure 16). Au total, 1 143 nouveaux clusters ont été signalés, comparé à 994 la semaine précédente. La définition d'un cluster est toujours différente en Flandre et à Bruxelles (à partir de 2 cas) comparé à la Wallonie (à partir de 5 cas), ce qui a un impact sur les chiffres.

Le nombre total de clusters actifs a également augmenté la semaine dernière (6 086 comparé à 4 698 la semaine précédente). La majorité des clusters signalés est toujours observée dans des crèches et des écoles (éducation) (828 nouveaux clusters et 4 187 clusters actifs, augmentation), ainsi que sur le lieu de travail (138 nouveaux clusters et 881 clusters actifs sur le lieu de travail, diminution par rapport à la semaine précédente⁵) (Figure 17).

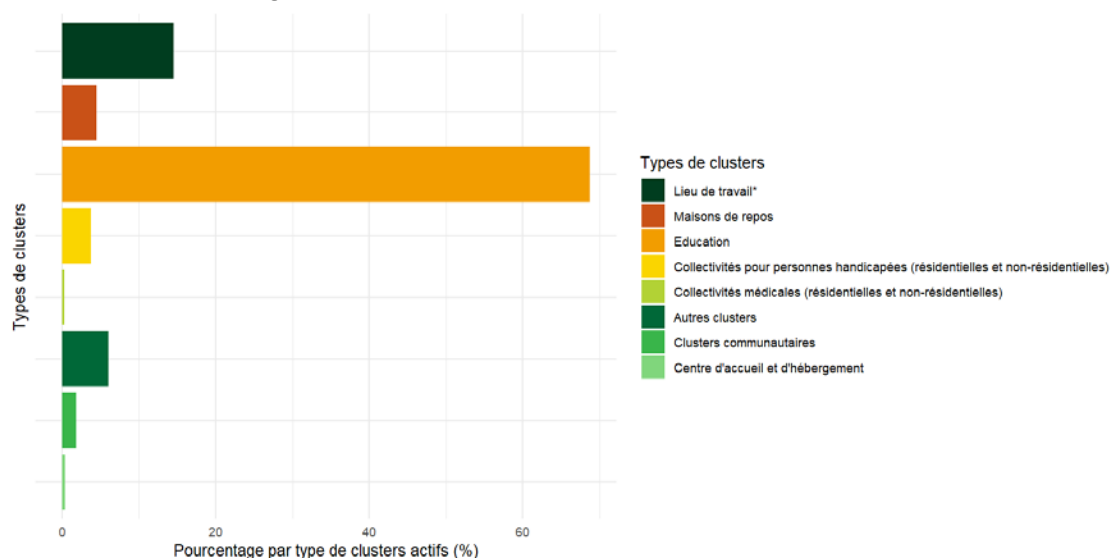
Figure 16 : Evolution du nombre de nouveaux clusters, semaine 7 à 49/2021

Sources : AZG, AViQ, COCOM



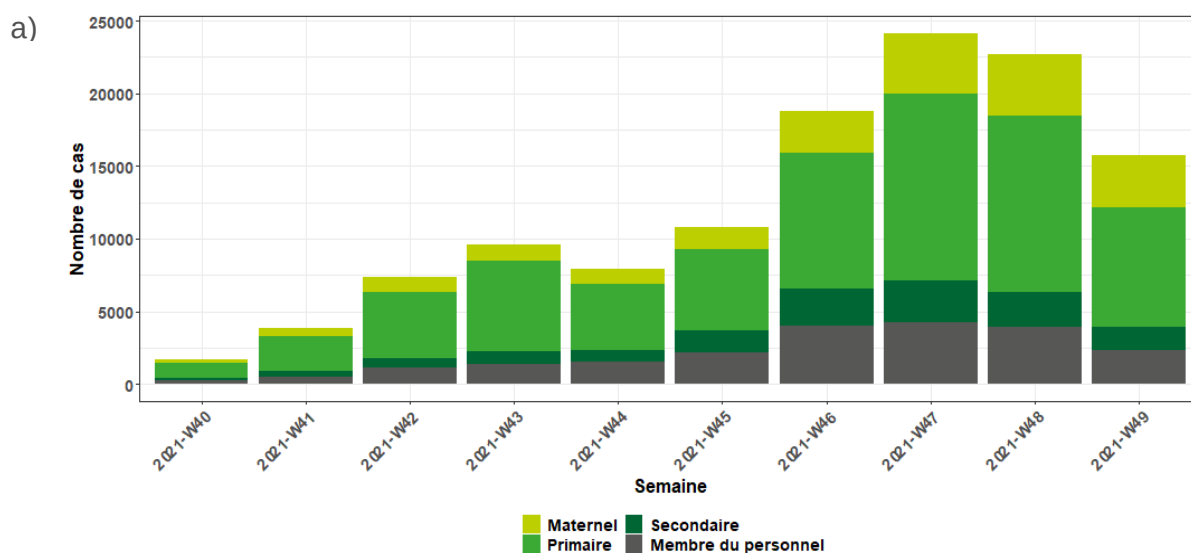
⁵ Après correction des données de la semaine précédente (où il y avait une sous-estimation).

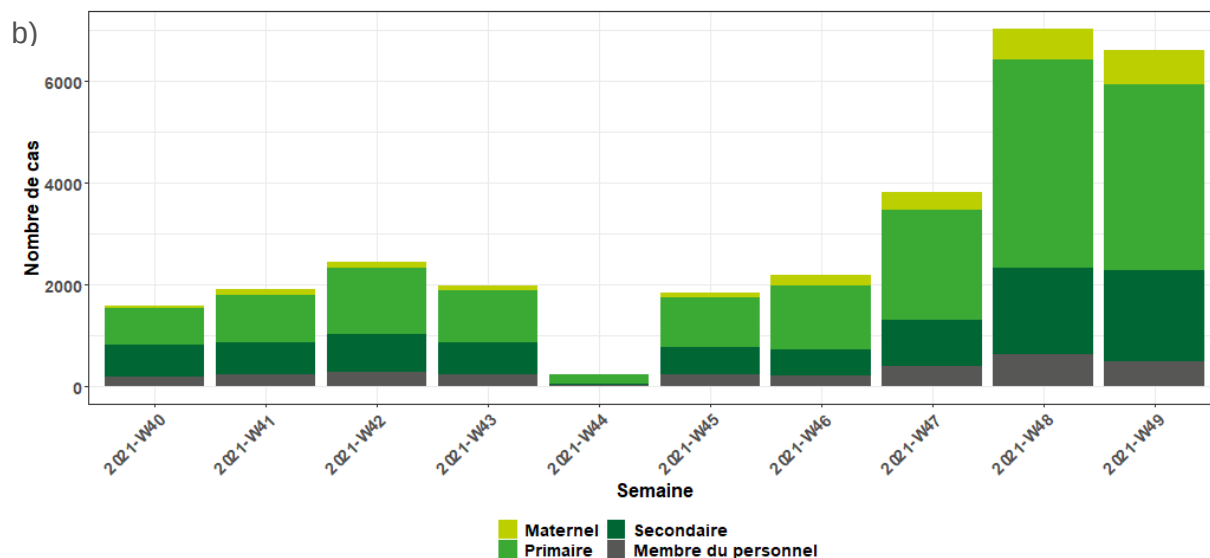
Figure 17 : Clusters actifs par catégorie, semaine 49/2021
Sources : AZG, AViQ, COCOM



Le nombre d'infections dans les écoles a diminué au cours de la semaine du 6 au 12 décembre (Figure 18). Dans l'enseignement néerlandophone, 13 384 infections parmi les élèves et 2 334 parmi les membres du personnel ont été rapportées. La raison de test pour les élèves ayant eu un test positif (raison inconnue pour 3 % des cas), était pour 69 % des cas un contact à haut risque à l'école (stable), pour 10 % un contact à haut risque en dehors de l'école (légère augmentation), pour 8 % des cas la présence de symptômes (stable) et pour 10 % des cas, l'information « autre » était indiquée (stable). Dans les écoles francophones, il y a eu 6 127 infections rapportées chez les élèves et 484 chez les membres du personnel (données pour 93 % des PSE).

Figure 18 : Nombre de cas parmi les élèves et de membres du personnel, semaines 40/2021 – 49/2021, a) enseignement néerlandophone et b) enseignement francophone
Source : surveillance LARS et PSE/PMS surveillance

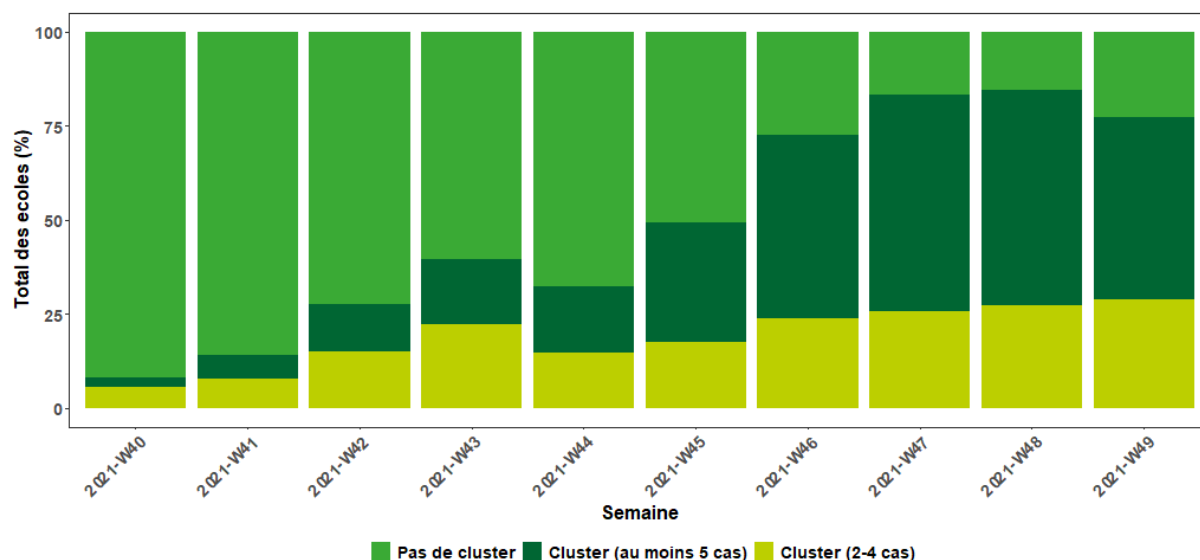




Le nombre d'écoles ayant un cluster actif dans l'enseignement néerlandophone est resté globalement stable au cours de la semaine dernière, mais reste très élevé (Figure 19). En raison du changement du système de recherche des contacts dans les écoles francophones, les données sur le nombre de clusters ne sont plus représentatives et ne sont donc plus présentées. Des chiffres sont toutefois rapportés sur le nombre d'écoles fermées et le nombre de classes où le frein d'urgence a été activé. En semaine 49, il y a eu 22 écoles fermées (légère diminution comparé à la semaine précédente), et 1 266 classes avec un frein d'urgence (forte augmentation par rapport à la semaine 48).

Figure 19 : Nombre d'écoles sans et avec un cluster actif, par semaine, enseignement néerlandophone, semaines 40 - 49/2021

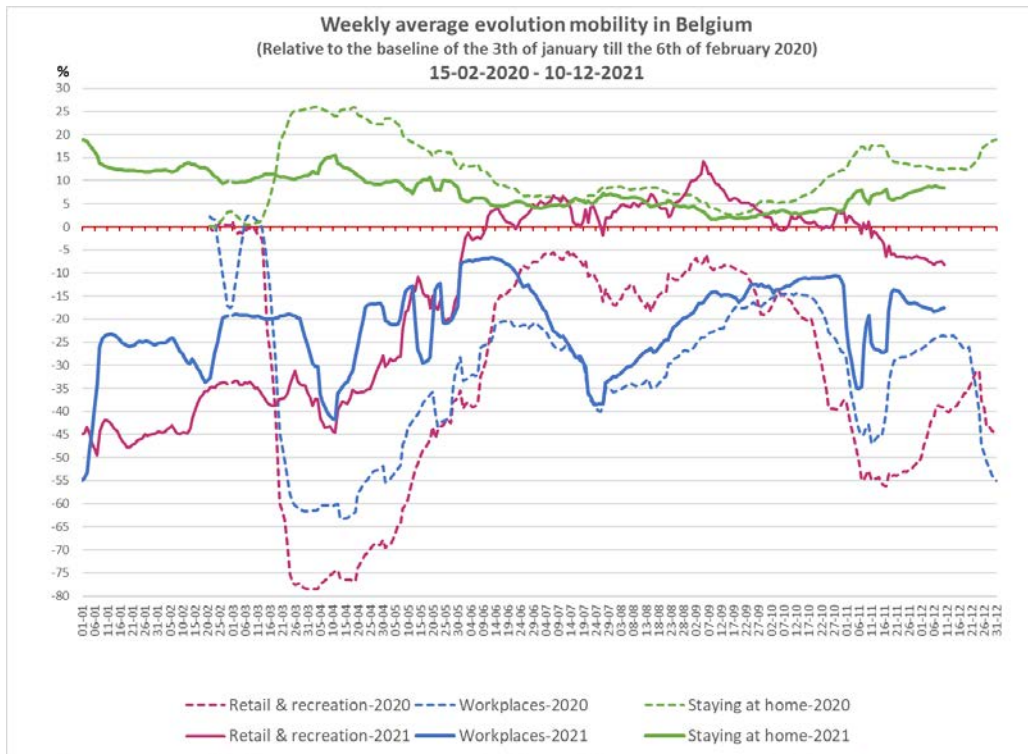
Source: surveillance LARS



Les données relatives à la mobilité basées sur les données de Google montrent pour la semaine 49 qu'il n'y a pas de nouvelle diminution (Figure 20).

Figure 20 : Evolution de la mobilité en Belgique, 15/02/2020 à aujourd'hui

Source : Données Google



Au cours de la semaine du 5 au 11 décembre, 183 445 voyageurs sont arrivés en Belgique, comparé à environ 222 000 la semaine précédente. La proportion de voyageurs en provenance d'une zone rouge a encore augmenté (n = 140 374 ; 76,5 %). Un premier résultat de test est disponible pour 73 % des voyageurs à tester⁶ (82 % pour ceux arrivés le 05/12 et 64 % le 11/12). Le PR parmi les personnes testées est resté stable (4,0 %). Au cours de cette même période, 549 voyageurs sont arrivés d'un des pays classés comme présentant un risque élevé de VOC (dont 367 d'Afrique du Sud et 127 de Namibie). Ce chiffre est en diminution par rapport à la semaine dernière. Le PR est de 4,7 % et de 15,8 %, respectivement pour les personnes en provenance d'Afrique du Sud (diminution) et de Namibie (augmentation). Des fluctuations peuvent être le résultat du nombre parfois faible de voyageurs. Parmi les voyageurs qui arrivent en Belgique, le PR est le plus élevé pour les personnes en provenance de la RDC (28,9 %).

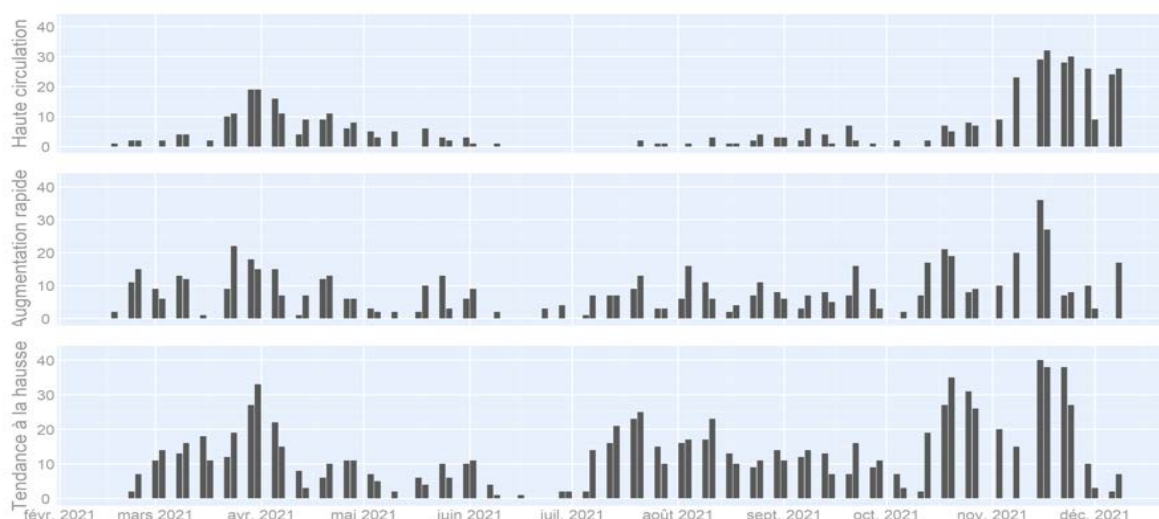
La surveillance des eaux usées basée sur trois indicateurs⁷ semble indiquer que les concentrations de virus diminuent en Flandre et en Wallonie mais augmentent encore à Bruxelles. Les résultats du 8 décembre montrent que parmi les 41 zones couvertes par la

⁶ Les voyageurs de retour de zone rouge ayant un numéro de registre national (NISS), n'ayant pas de certificat de vaccination ou de rétablissement et qui ont séjourné à l'étranger pendant plus de 48 heures.

⁷ Cette surveillance suit l'évolution de la concentration du virus SARS-CoV-2 dans les eaux usées. L'indicateur "Haute circulation" indique les zones où les concentrations virales mesurées sont élevées (plus de la moitié de la valeur maximale enregistrée lors de la troisième vague, entre mi-février et début mai). L'indicateur "Augmentation rapide" indique les zones dans lesquelles la circulation a augmenté rapidement lors de la semaine précédente (augmentation de plus de 70 % au cours des 7 derniers jours). Les définitions de "Haute circulation" et "Augmentation rapide" ont été ajustées au cours de la semaine 46. L'indicateur "Tendance à la hausse" indique les bassins dans lesquels les concentrations de virus ont augmenté de plus de 6 jours au cours des 14 derniers jours.

surveillance⁸, 31 zones présentent au moins un des indicateurs en alerte. Il s'agit d'une forte augmentation comparé à la semaine précédente (11 zones), mais le nombre de zones à forte circulation avait alors été sous-estimé en raison des fortes pluies. Cet effet ayant été supprimé cette semaine, il y a maintenant une surestimation des zones présentant une augmentation rapides et une tendance à la hausse. Au total, 26 zones présentent une alerte pour l'indicateur "haute circulation", 17 zones pour l'indicateur "augmentation rapide" et 7 zones pour l'indicateur "tendance à la hausse". Les zones de Bruxelles-Nord, Froyennes, Grimbergen, Louvain, Mouscron versant Espierres et Amay répondent à ces trois indicateurs. A Amay, la concentration de virus est en constante augmentation depuis plus de 2 semaines.

Figure 21 : Evolution du nombre de stations d'épuration participantes avec des indicateurs positifs



Plus d'informations sur la méthodologie et l'analyse des résultats sont disponibles dans un [Rapport hebdomadaire](#).

Variants du virus (Source : NRC)

Au cours de la période du 29 novembre au 12 décembre, sur un total de 1 201 échantillons analysés dans le cadre de la surveillance de base, le variant Delta a été identifié dans 96,8 % des cas et le variant Omicron, dans 3,2 % des cas. Au cours des dernières 48 heures, 3 % des PCR positifs des laboratoires de la plateforme fédérale présentaient une délétion du S-gène, dont 85 % ont été confirmées comme étant des Omicron. Le NRC estime que depuis l'identification des premiers cas, il y a eu entre 1 300 et 2 000 infections en Belgique, la transmission locale étant la principale source d'infection (non liée aux voyages).

Les résultats d'études supplémentaires in vitro et les premières données épidémiologiques confirment que l'Omicron présente une croissance plus importante par rapport au Delta, et qu'il y a une réduction de la protection après une infection ou la vaccination. Cependant, il n'existe pas encore de données sur la protection immunitaire contre les maladies graves. Un aperçu des connaissances et de la situation actuelles dans le monde est disponible à l'annexe 1.

Plus d'informations sont également disponibles sur le [site du CNR](#).

⁸ En raison des inondations de juillet, les stations d'épuration de Wegnez (Verviers) et Grosses-Battes (Liège) sont toujours temporairement hors service. Ces deux zones ne sont donc pour le moment pas reprises dans la surveillance. Liège est encore bien représentée, mais Verviers ne l'est pas.

PROVINCES

La situation épidémiologique au niveau des provinces/régions reflète globalement la situation au niveau national, mais des différences s'observent en fonction des provinces (voir également les Annexes 2 et 3).

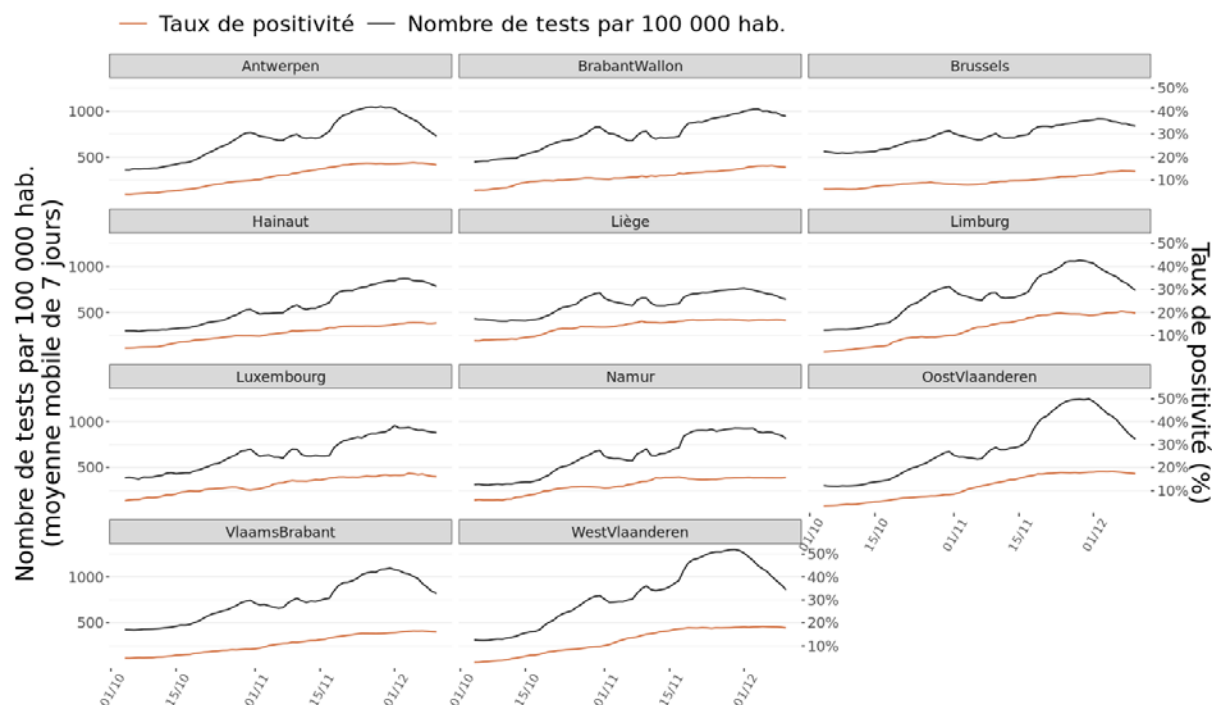
Indicateurs liés au nombre de cas :

L'incidence cumulée du nombre de cas sur 14 jours diminue à présent dans la plupart des provinces/régions, à l'exception du Hainaut et du Brabant wallon. Le R_t est partout inférieur à 1. Le PR diminue légèrement dans la plupart des provinces, mais est encore en légère augmentation ou reste stable en province de Namur et en Région bruxelloise (Figure 22).

Indicateurs liés aux hospitalisations :

L'évolution des indicateurs liés aux hospitalisations varie en fonction des provinces. L'incidence sur 7 jours pour le nombre d'hospitalisations a encore diminué dans les provinces flamandes, ainsi qu'en province de Liège, du Luxembourg, en Région bruxelloise et en Communauté germanophone. L'incidence a par contre légèrement augmenté dans le Brabant wallon et dans le Hainaut et a fortement augmenté en province de Namur. Le nombre de lits occupés aux soins intensifs a encore augmenté dans le Hainaut, en province de Namur, de Liège, dans le Brabant flamand et en Flandre occidentale. Il a diminué ou reste stable dans les autres provinces. A Namur et en Flandre occidentale, plus de 45 % des lits de soins intensifs sont encore occupés par des patients COVID-19.

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



Le niveau d'alerte n'est pas modifié cette semaine et reste à 5 pour toutes les provinces/régions. On s'attend à ce qu'il n'y ait pas de changement la semaine prochaine non plus.

Période 05 – 11/12/2021	Infections incidence sur 14j pour 100 000	% Augmentation du nombre de cas	Nombre de tests pour 100 000	Rt (cas)	PR	Hospitalisations incidence sur 7j pour 100 000 ⁹	Occupation USI	Temps doublement/ division	Niveau d'alerte
Belgique	1 814	-23 %	5 476	0,837	16,1 %	16,6	41 %	-46	5
Antwerpen	1 770	-30 %	4 931	0,783	16,4 %	17,4	36 %	-26	5
Brabant wallon	2 020	-12 %	6 527	0,938	15,5 %	6,4	43 %	-38	5
Hainaut	1 582	-11 %	5 444	0,936	15,2 %	18,6	39 %	51	5
Liège	1 409	-15 %	4 390	0,895	16,5 %	18,1	41 %	-38	5
Limburg	2 030	-25 %	5 041	0,809	19,2 %	14,7	41 %	-13	5
Luxembourg	1 844	-19 %	5 893	0,868	15,4 %	9,7	42 %	-6	5
Namur	1 725	-12 %	5 754	0,913	15,6 %	24,5	45 %	8	5
Oost-Vlaanderen	2 053	-32 %	5 466	0,775	17,4 %	17,8	43 %	-22	5
Vlaams-Brabant	1 831	-27 %	5 465	0,807	15,9 %	7,4	39 %	-15	5
West-Vlaanderen	2 162	-29 %	5 821	0,793	17,5 %	24,9	48 %	-51	5
Région Bruxelles- Capitale	1 484	-12 %	5 783	0,914	13,5 %	17,4	39 %	245	5
Deutschsprachige Gemeinschaft	1 296	-9 %	3 973	0,920	17,2 %	14,1	NA	NA	5

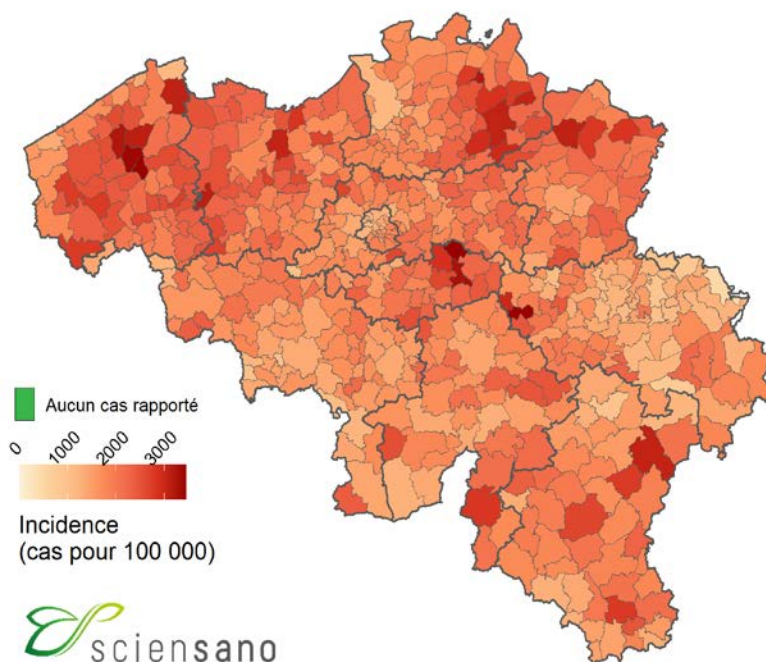
⁹ Données de la semaine 49 (du 6 au 12 décembre 2021).

COMMUNES

L'Annexe 4 montre les communes 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, indiquées par un astérisque rouge) a très fortement diminué cette semaine (9 comparé à 72 la semaine précédente).

La Figure 23 représente les incidences par commune. La différence est maintenant moins grande entre les communes de Flandre et celles de la Wallonie. Toutes les communes ont à nouveau une incidence cumulée sur 14 jours inférieure à 4 000/100 000. Dans 11 communes, l'incidence est inférieure à 1 000/100 000 et une commune n'a enregistré aucun cas au cours des 14 derniers jours.

Figure 23 : Incidence cumulée sur 14 jours par commune



Puisque le niveau d'alerte est de 5 au niveau national, il n'est plus utile d'évaluer les communes individuellement.

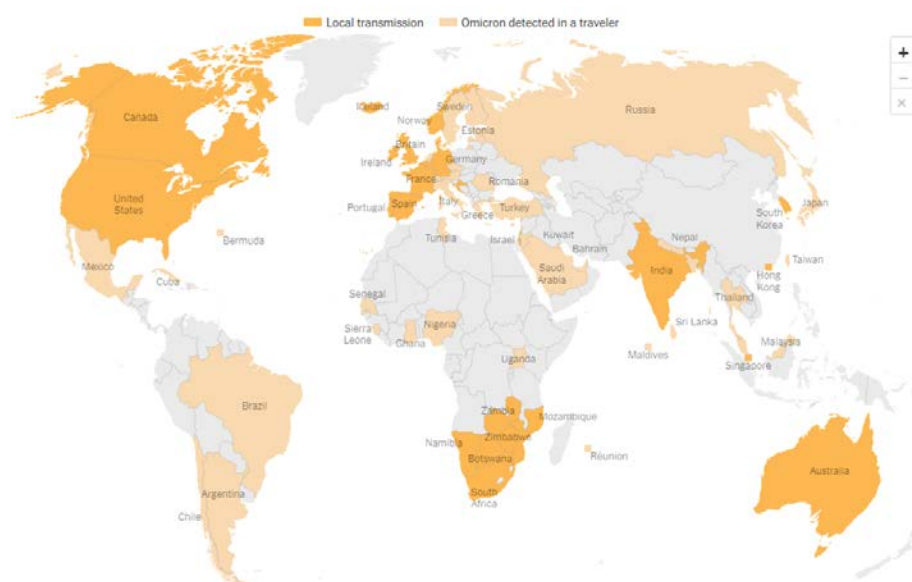
Les personnes suivantes ont participé à cet avis :

Steven Callens (UZ Gent), Géraldine De Muylder (Sciensano), Christel Faes (UHasselt), Naima Hammami (Zorg en Gezondheid), Niel Hens (UAntwerpen/UHasselt), Yves Lafort (Sciensano), Valeska Laisnez (Sciensano), Tinne Lernout (Sciensano), Romain Mahieu (COCOM), Quentin Mary (SSMG), Geert Molenberghs (UHasselt-KULeuven), Alessandro Pellegrino (AVIQ), Giulietta Stefani (Sciensano), Stefan Teughels (Domus Medica), Cécile Van de Konijnenburg (SPF Santé Publique), Steven Van Gucht (Sciensano), Greet Van Kersschaever (Domus Medica), Sidonie Van Renterghem (ONE), Erika Vlieghe (UZA).

Annexe 1 : Variant Omicron, situation au 15 décembre 2021

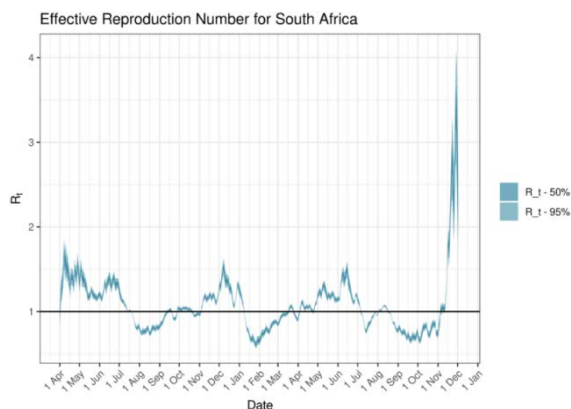
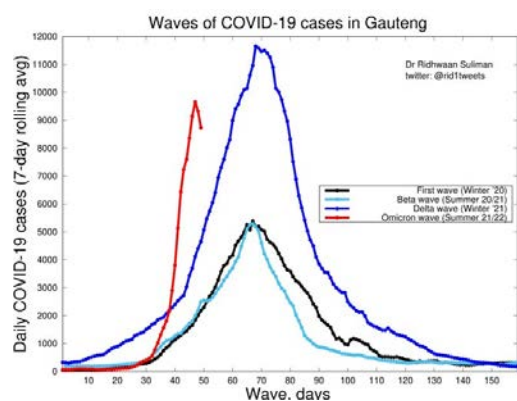
Distribution internationale

Le nombre de séquences d'Omicron téléchargées dans la base de données GISAID augmente rapidement. Au 15 décembre, 4 691 cas avaient déjà été signalés dans 58 pays différents, répartis sur tous les continents (voir la figure ci-dessous). Le pays qui compte le plus de cas signalés est désormais le Royaume-Uni (2 335), suivi par l'Afrique du Sud (900) et les États-Unis (241). En Afrique du Sud, le variant représente 89 % de tous les échantillons séquencés au cours des 4 dernières semaines. Cependant ces échantillons ne sont sans doute pas représentatifs de tous les échantillons circulant dans le pays. En Europe occidentale, la Norvège présente la proportion la plus importante d'échantillons d'Omicron parmi les échantillons séquencés sur les 4 dernières semaines (9,3 %), suivie de la Belgique et des Pays-Bas (2,9% chacun).



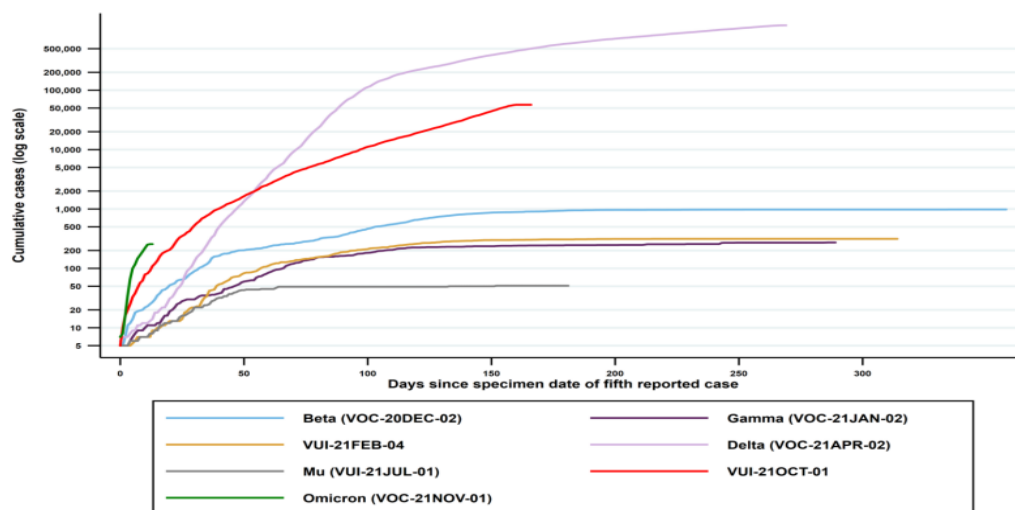
Contagiosité

L'augmentation du nombre d'infections par le COVID-19 dans la province de Gauteng en Afrique du Sud est beaucoup plus rapide que lors des vagues précédentes, avec un R_t très élevé (voir les figures ci-dessous). Cela qui démontre que le variant Omicron présente une capacité de croissance nettement supérieure aux variants précédents. Le temps de doublement de cas a été calculé comme étant de 3,38 jours. Actuellement, la vague semble avoir passé son pic dans cette province.

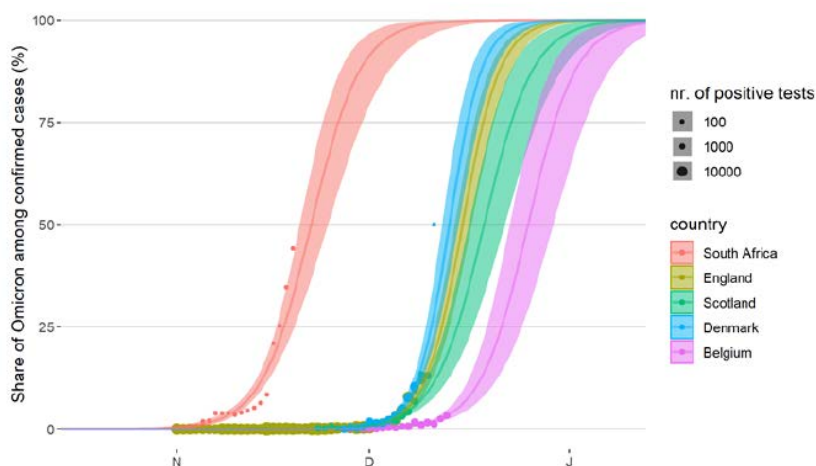


Le dernier rapport technique du UK Health Security Agency rapporte des données d'études sur les ménages et les contacts montrant un risque plus élevé de transmission aux contacts d'un cas index Omicron, par rapport aux cas index Delta (sans correction pour le statut vaccinal). Le taux d'attaque secondaire est environ deux fois plus élevé lors d'un cas Omicron (21,6 % contre 10,7 %) et l'odds ratio est de 3,2 ou 2,1, selon la source considérée. Le taux de croissance pour le variant Omicron, sur base des chiffres ajustés de SGTF (S-Gene target failure) est de 0,35 par jour ($R=3,7$). Si cette croissance se poursuit, il y aura autant de cas dus au variant Omicron que de cas dus au variant Delta au Royaume-Uni à la mi-décembre. L'Agence considère désormais, avec un degré de certitude élevé, que le variant Omicron présente un avantage de croissance par rapport au variant Delta, et avec un degré de certitude faible, qu'il est au moins aussi contagieux.

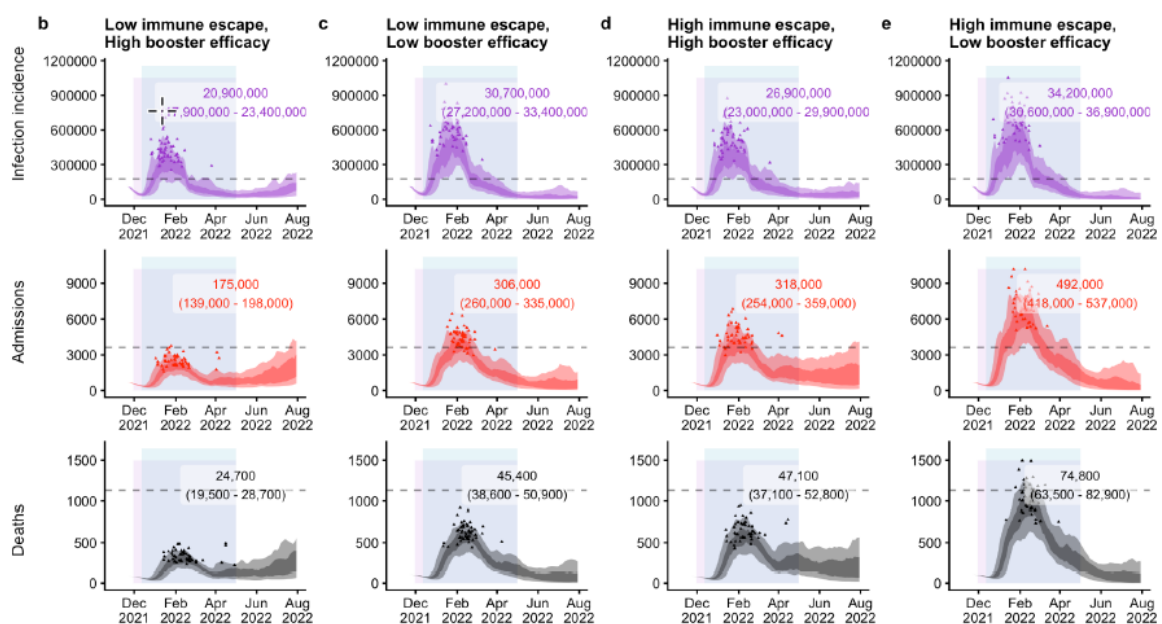
Figure 1. Cumulative cases in England of variants indexed by days since the fifth reported case as of 5 December 2021



Les études de modélisation effectuées par Tom Wenseleers, basées sur l'évolution de SGTF dans quatre pays (Afrique du Sud, Angleterre, Danemark et Belgique), estiment également que le variant Omicron présente un avantage de croissance de 32% par jour par rapport au variant Delta, et un avantage de transmission de 4,5. Le variant représenterait déjà plus de 50% des cas en Belgique à la fin du mois de décembre. Les résultats semblent indiquer que l'avantage de croissance d'Omicron est principalement dû à l'échappement immunitaire et que la contagiosité intrinsèque serait similaire à celle de Delta. Cela signifie qu'Omicron et Delta pourraient coexister, ce qui entraînerait une alternance de vagues épidémiques de chaque type.



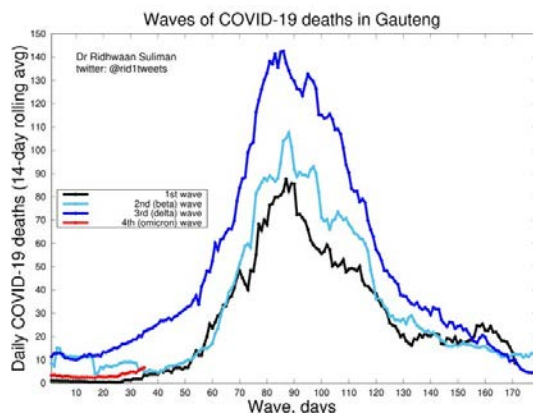
Dans une étude en pre-print, la London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM) présente les résultats de modélisation de l'évolution du nombre d'infections, du nombre d'admissions à l'hôpital et du nombre de décès, en Angleterre, sur base de l'augmentation du nombre de SGTF et en fonction de différents scénarios concernant le degré d'évasion immunitaire et l'efficacité des doses de rappel, sans mesures préventives supplémentaires. Les estimations suggèrent un temps de doublement de 2,4 jours. Pour le scénario où l'échappement immunitaire est plus élevé, les auteurs estiment que le variant Omicron serait 5 à 10 % moins transmissible que le variant Delta. Pour le scénario d'échappement immunitaire inférieur, ils estiment Omicron comme étant 30 à 35 % plus transmissible que Delta. Tous les scénarios prévoient un pic d'infections à partir de la fin décembre 2021, dépassant les niveaux des pics enregistrés en Angleterre lors de la vague de janvier 2021. La plupart des scénarios prévoient que, si aucune mesure n'est prise, les admissions dans les hôpitaux pourraient dépasser les niveaux records enregistrés en Angleterre lors de la précédente vague hivernale. Ce n'est que dans le scénario le plus optimiste (faible évasion immunitaire et doses de rappel très efficaces) qu'une épidémie par le variant Omicron ne dépassera peut-être pas le pic d'admissions hospitalières de janvier 2021 sans mesures de contrôle supplémentaires.



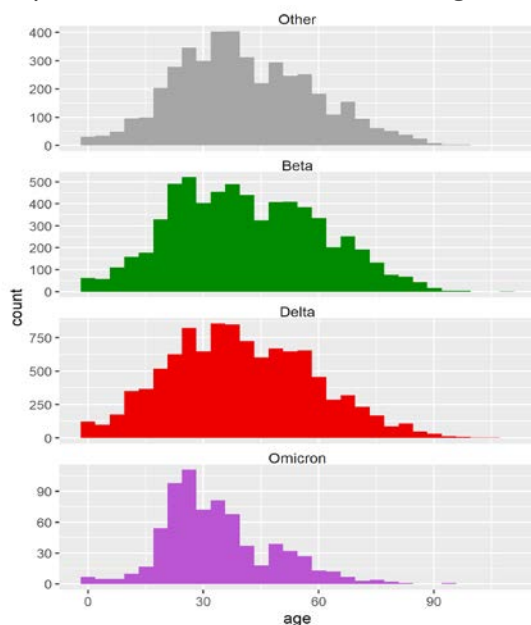
Évolution de la maladie

À l'heure actuelle, les données sont encore insuffisantes pour pouvoir se prononcer définitivement sur une éventuelle évolution plus grave ou plus légère de la maladie.

Le nombre d'hospitalisations et de décès en Afrique du Sud augmente, mais pas plus rapidement que lors de la vague précédente causée par le variant Delta (voir figure ci-dessous).



Une analyse récente des données des clients de l'assurance maladie en Afrique du Sud confirmerait que l'Omicron entraîne une évolution moins grave de la maladie. Par rapport à la première vague, les personnes infectées par Omicron auraient 29 % de risque en moins d'être hospitalisées. Toutefois, il s'agit principalement d'une population jeune, à un stade encore précoce de la vague, et les conclusions sont risquées. La figure ci-dessous compare le profil d'âge des cas identifiés dans les différentes vagues. Il est possible qu'au fur et à mesure que le profil évolue dans la tranche d'âge, les hospitalisations soient plus nombreuses.



Résistance à l'immunité naturelle et à l'immunité acquise par la vaccination

De plus en plus de données proviennent d'études visant à déterminer dans quelle mesure le variant Omicron échappe à la neutralisation par les anticorps induits lors d'infections passées ou suite à la vaccination. Les différentes études (en laboratoire), utilisant des sérums de personnes vaccinées avec différents vaccins, montrent toutes que le variant Omicron présente une capacité d'échappement immunitaire plus élevée que le variant Delta.

Le UK Health Security Agency a examiné 5 études préliminaires sur virus vivants (3 études internationales et 2 au Royaume-Uni) et a conclu que l'activité neutralisante de sérums provenant d'individus vaccinés par 2 doses de Pfizer était 20 à 40 fois moins importante contre le variant Omicron que contre les premiers variants, et au moins 10 fois moins importante que contre le variant Delta. Une réduction plus importante de l'activité neutralisante a été observée pour les sérums de personnes vaccinées par 2 doses d'AstraZeneca. La dose de rappel par

un vaccin à ARNm entraîne une augmentation de l'activité neutralisante, quel que soit le type de primovaccination.

D'autre part, une première étude immunologique préalable a cherché à savoir si les mutations présentes dans l'Omicron entraînaient une réponse réduite des cellules T CD8+ de patients qui s'étaient remis d'une précédente infection par le SRAS-CoV-2, et a conclu que ce n'était pas le cas et que le variant Omicron était probablement sensible à l'immunité induite par les cellules T.

Un exercice de modélisation a permis d'estimer l'efficacité du vaccin Pfizer contre le variant Omicron sur base des données de neutralisation in-vitro (anticorps induits suite au vaccin), et des mutations caractéristiques du variant. L'efficacité de deux doses de vaccin a été estimée à 66 % (42, 86), 48 % (25, 72) et 42 % (20, 66) pendant une période allant de 2 à 4 semaines après la deuxième dose jusqu'à cinq mois, et en supposant une neutralisation diminuée de 25, 80 et 120 fois respectivement. L'efficacité de la dose de rappel a été estimée à 81 % (59, 95), 67 % (43, 87) et 61 % (37, 82) pour une neutralisation diminuée de 25, 80 et 120 fois, respectivement.

Il est encore trop tôt pour tirer des conclusions sur l'efficacité du vaccin (VE) sur base de données épidémiologiques, mais les premières estimations en Angleterre montrent une VE significativement plus faible contre l'infection symptomatique par Omicron que contre l'infection par Delta. Néanmoins, une efficacité vaccinale modérée voire élevée de 70-75% est observée dans la première période qui suit une dose de rappel. Il faudra attendre quelques semaines avant de pouvoir estimer l'efficacité vaccinale contre les formes graves, mais d'après l'expérience acquise avec les variants précédents, il est probable qu'elle soit nettement supérieure aux estimations contre la maladie symptomatique. La durée de la protection après une dose de rappel est actuellement inconnue. Le UK Health Security Agency conclut, avec une grande certitude, que la protection par le vaccin contre une infection symptomatique par le variant Omicron est réduite (mais il n'y a pas encore de données sur la protection contre les formes graves).

Une modélisation récente de l'efficacité de la vaccination contre les formes graves suite à une infection par Omicron, basée sur le lien entre la diminution des anticorps neutralisants spécifiques des variants et la protection contre l'infection, la maladie symptomatique ou les hospitalisations pour différents variants et vaccins, a estimé que le risque d'hospitalisation était augmenté de 4 à 5 fois en cas d'infection par Omicron tant chez des individus récemment vaccinés avec un vaccin à ARNm que chez ceux dont l'immunité vaccinale a déjà diminué. Une troisième dose fournit une protection à des niveaux comparables à celle observée pour Delta.

Des analyses préliminaires de données provenant de clients de l'assurance maladie en Afrique du Sud semblent confirmer la protection réduite fournie par le Pfizer à 2 doses. La protection contre l'infection par Omicron serait de 33 %, comparé à 80 % pour Delta, mais une partie de cette protection réduite peut être due à la diminution dans le temps (baisse de l'immunité). La protection contre l'hospitalisation serait encore de 70%, comparé à 93% pour Delta.

Traitement

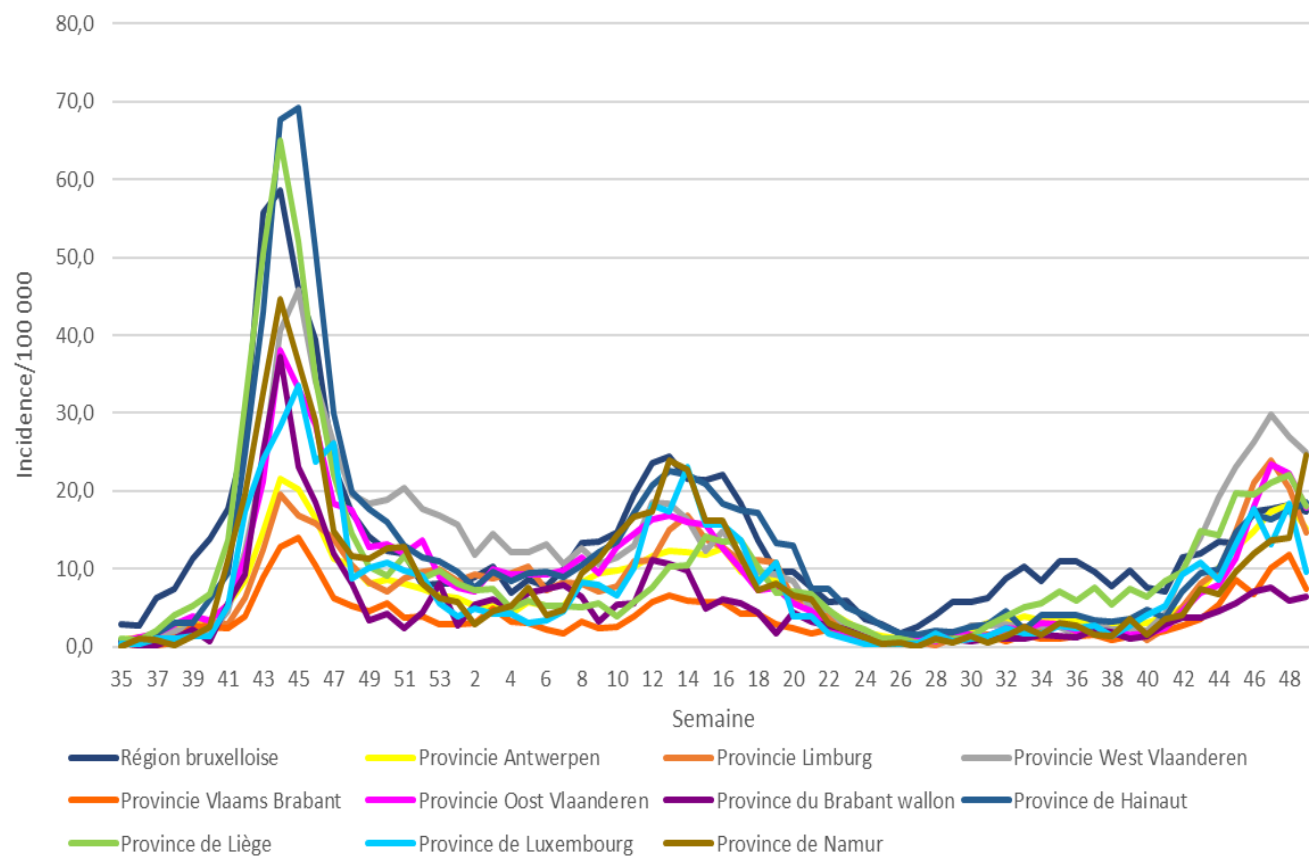
Il est encore trop tôt pour se prononcer sur une efficacité réduite des traitements actuellement disponibles, mais les mutations caractéristiques du variant Omicron sont préoccupantes, notamment en ce qui concerne l'efficacité des anticorps monoclonaux humains. Il est

cependant encourageant de constater que l'un de ces traitements (sotrovimab) semble rester efficace contre le variant Omicron.

Sources : GISAID - hCov19 Variants; Tracking Omicron and Other Coronavirus Variants - The New York Times (nytimes.com); Ridhwaan Suliman (@rid1tweets) / Twitter; SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation (publishing.service.gov.uk); Estimating the Effective Reproduction Number of COVID-19 in South Africa (unsupervised.online); Omicron strain spreads with the doubling time of 3.2—3.6 days in South Africa province of Gauteng that achieved herd immunity to Delta variant | medRxiv; Investigation of SARS-CoV-2 variants of concern: variant risk assessments - GOV.UK (www.gov.uk); Alastair Grant (@AlastairGrant4) / Twitter; Omicron's less severe cases prompt cautious optimism in South Africa | Financial Times (ft.com); Tshwane District Omicron Variant Patient Profile - Early Features | South African Medical Research Council (samrc.ac.za); COVID-19 patient serum less potently inhibits ACE2-RBD binding for various SARS-CoV-2 RBD mutants | medRxiv; LSHTM's new modeling estimates the potential impact of omicron in England (news-medical.net); Predicted Symptomatic Effectiveness of Pfizer-BioNTech BNT162b2 Vaccine Against Omicron Variant of SARS-CoV-2 | medRxiv; Reduced Neutralization of SARS-CoV-2 Omicron Variant by Vaccine Sera and Monoclonal Antibodies | medRxiv; Receptor binding and escape from Beta antibody responses drive Omicron-B.1.1.529 evolution | bioRxiv; SARS-CoV-2 B.1.1.529 variant (Omicron) evades neutralization by sera from vaccinated and convalescent individuals | medRxiv; SARS-CoV-2 Omicron has extensive but incomplete escape of Pfizer BNT162b2 elicited neutralization and requires ACE2 for infection | medRxiv; The dual function monoclonal antibodies VIR-7831 and VIR-7832 demonstrate potent in vitro and in vivo activity against SARS-CoV-2 (icpcovid.com); Estimates of reduced vaccine effectiveness against hospitalization, infection, transmission and symptomatic disease of a new SARS-CoV-2 variant, Omicron (B.1.1.529), using neutralizing antibody titers | medRxiv. Discovery Limited. Discovery Health, South Africa's largest private health insurance administrator, releases at-scale, real-world analysis of Omicron outbreak based on 211 000 COVID-19 test results in South Africa, including collaboration with the South Africa. Johannesburg: Discovery; 2021. Available at: <https://discovery-holdings-ltd.mynewsdesk.com/pressreleases/discovery-health-south-africas-largest-private-health-insurance-administrator-releases-at-scale-real-world-analysis-of-omicron-outbreak-based-dot-dot-dot-3150697.pdf>.

Annexe 2 : Nombre de nouvelles hospitalisations/100 000 habitants par semaine et par province, semaines 35/2020 à 48/2021

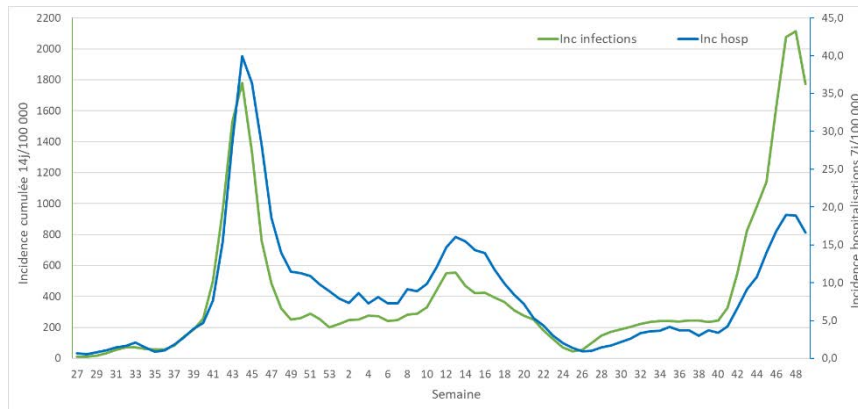
La figure ci-dessous ne tient pas compte du nombre de lits disponibles dans une province ; ce suivi est assuré par le groupe "Surge capacity".



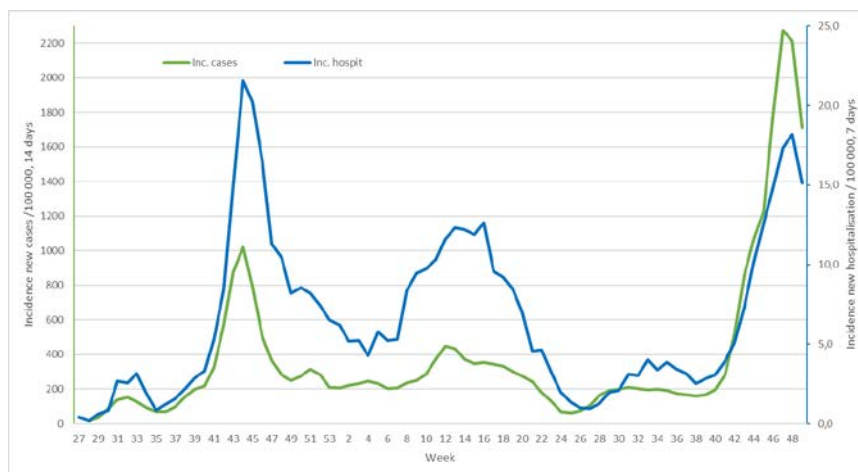
Annexe 3 : Evolution de l'épidémie par province pour les nouvelles infections et les nouvelles hospitalisations

(A noter : l'axe des ordonnées diffère en fonction des provinces)

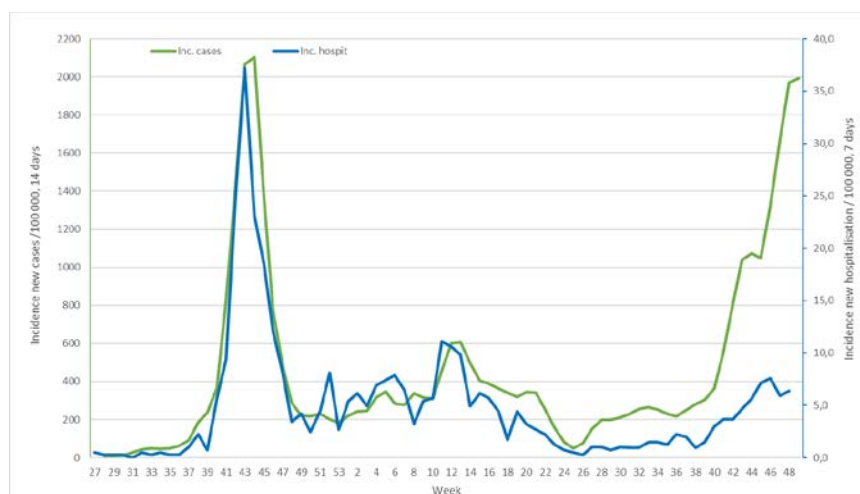
Belgique



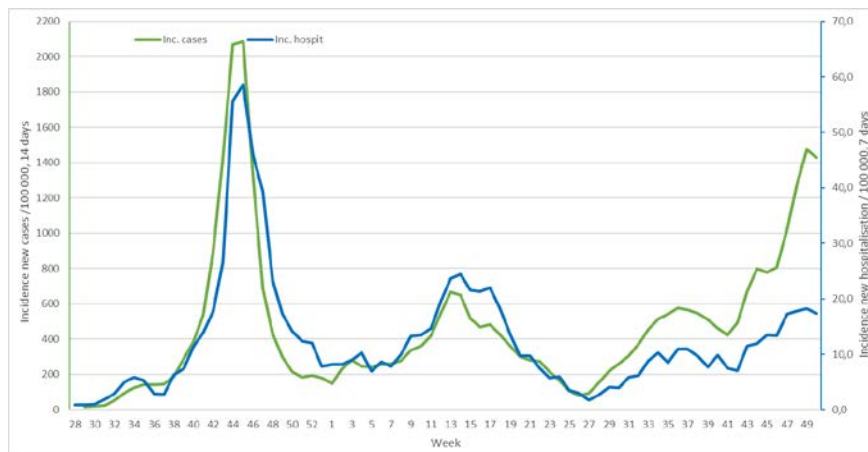
Antwerpen



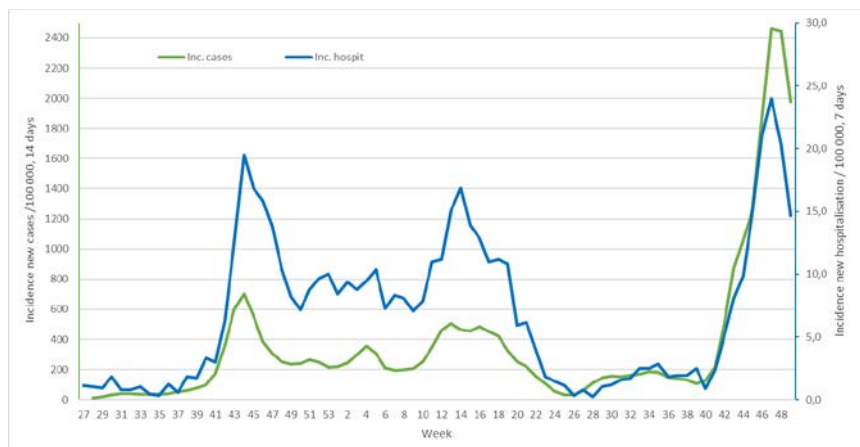
Brabant wallon



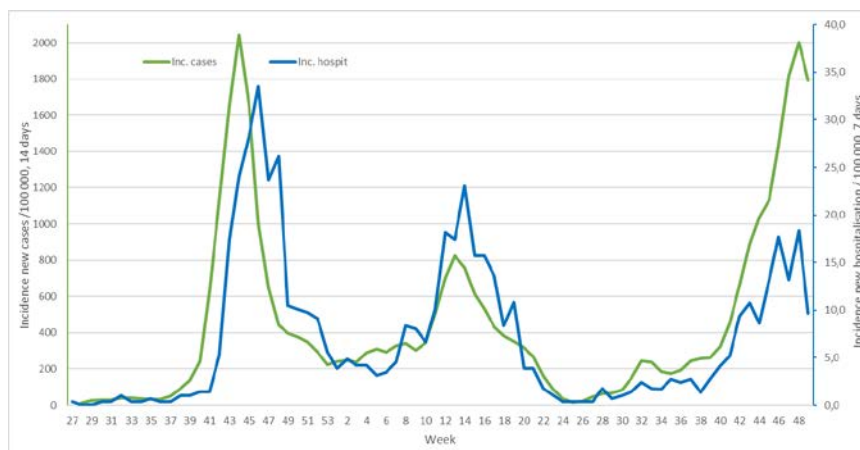
Brussels



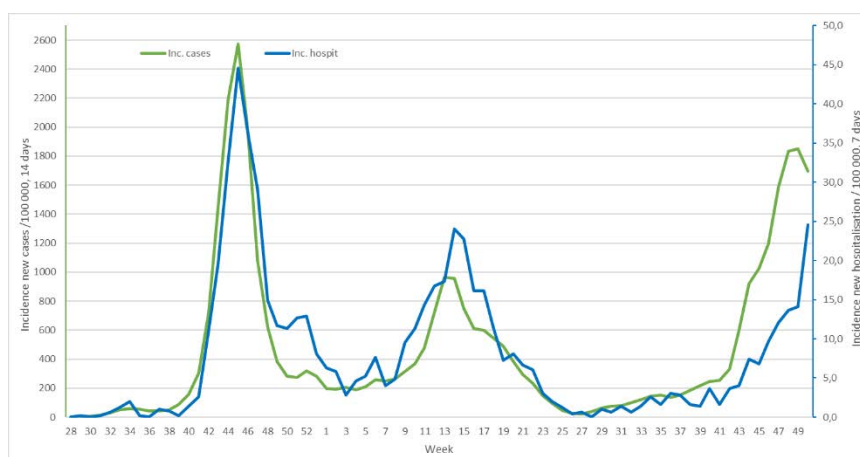
Limburg



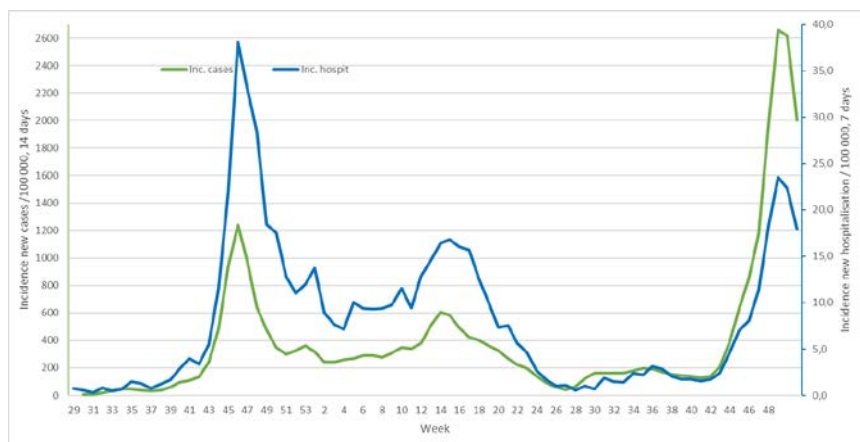
Luxembourg



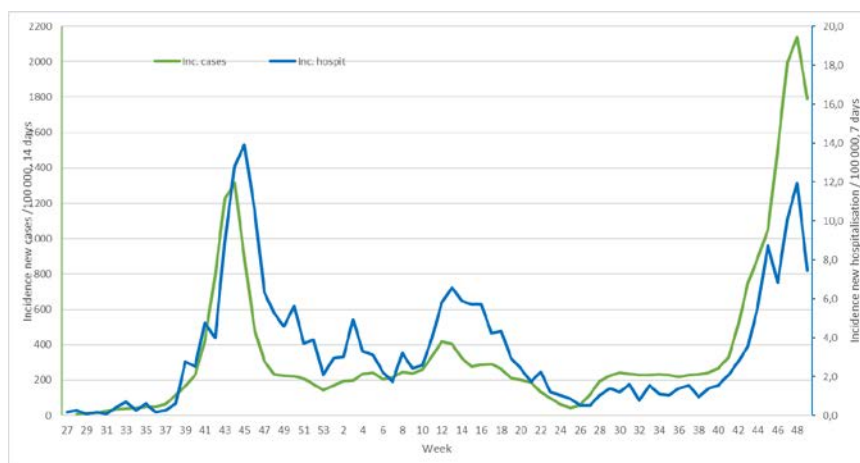
Namur



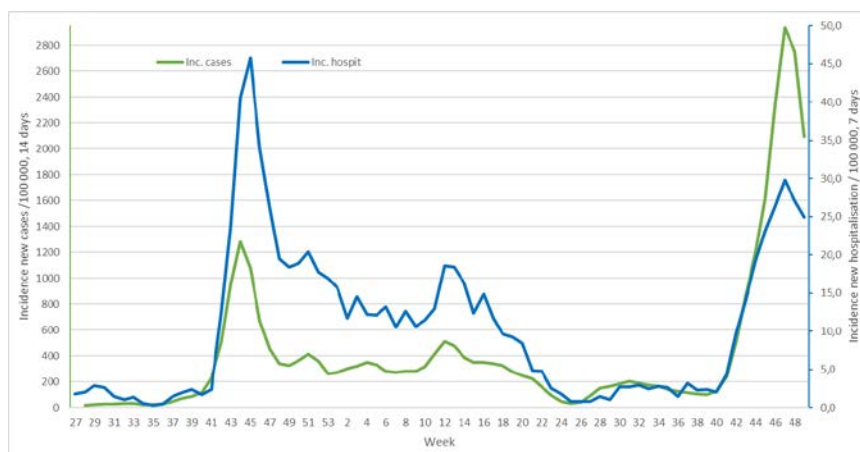
Oost-Vlaanderen



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.

