

Evaluation de la situation épidémiologique COVID-19

RAG 26/10/2022

L'analyse de la situation épidémiologique repose sur une évaluation large, qui prend en compte divers indicateurs quantitatifs et des seuils déterminant un niveau de gestion (comme décrit [ici](#)), soutenus par d'autres indicateurs plus qualitatifs (ex. la charge de travail perçue par les médecins généralistes) et stratégiques (ex. la stratégie de test).

Conclusions et recommandations

- Niveau de gestion 2 au niveau national, avec une tendance à la baisse de la circulation virale et maintenant également une tendance (légèrement) en baisse des indicateurs hospitaliers. Le PR pour les personnes présentant des symptômes correspond au niveau de gestion 3, l'incidence pour les nouvelles hospitalisations au niveau 2, et l'occupation des lits aux soins intensifs ainsi que le nombre de consultations de médecins généralistes au niveau 1.
- Il n'y a pas de changement pour les niveaux de gestion au niveau provincial.
- L'évolution de la situation épidémiologique pour les semaines à venir est incertaine, en raison de la progression du variant BQ.1/BQ.1.1. Des efforts supplémentaires devraient donc être faits pour communiquer les mesures de base pour les personnes présentant des symptômes, telles que la réalisations d'un autotest, l'auto-isollement (en évitant surtout les contacts avec les personnes à risque de maladie grave) et le port d'un masque buccal lors des déplacements à l'extérieur.

Indicateurs liés à la circulation du virus

Le nombre de nouvelles infections rapportées au cours de la semaine du 16 au 22 octobre a fortement diminué, avec en moyenne 1 851 nouvelles infections par jour, contre 2 703 la semaine précédente (- 32 %). Le taux de reproduction (Rt) basé sur le nombre de nouvelles infections a également fortement baissé, jusqu'à 0,771. Cette tendance à la baisse est observée dans toutes les provinces/régions. Ces observations sont toutefois à interpréter dans le contexte d'un changement de stratégie de testing, les personnes présentant des symptômes n'étant plus systématiquement testées. En conséquence, il semble donc moins pertinent de continuer à surveiller les chiffres absolus, mais le suivi des changements de tendance reste utile.

Comme attendu, le nombre de tests effectués a également fortement diminué au cours de la semaine écoulée (16 au 22 octobre), avec une moyenne de 9 603 tests par jour, comparé à environ 12 000 la semaine précédente. Une diminution a été constatée pour tous les groupes d'âge, sauf pour les 0-9 ans, pour qui le nombre de tests était déjà très faible depuis plusieurs mois (donc peu d'impact de la nouvelle stratégie de test). Comme attendu, la diminution observée concerne les tests pour les personnes symptomatiques et la confirmation d'autotests positifs ; le nombre de tests pour un screening est resté stable.

Le nombre d'autotests vendus en pharmacie en 2022 a suivi une tendance similaire à celle du nombre d'infections déclarées. Étant donné que l'utilisation d'un autotest est davantage encouragée dans la stratégie de test actuelle, il reste un indicateur intéressant de la circulation du virus. Malgré la recommandation d'effectuer un autotest en cas de symptômes, le nombre d'autotests vendus en pharmacie entre le 16 et le 22 octobre a encore diminué, avec 68 843 tests vendus¹ comparé à environ 85 000 au cours de la semaine précédente (Source : APB & OPHACO). Le nombre d'autotests positifs rapportés a également fortement diminué au cours de cette même période, (n= 553, comparé à environ 1 600 la semaine précédente), mais les autotests positifs ne doivent plus être confirmés. Cet indicateur est donc désormais devenu moins pertinent à surveiller. Un test PCR a été réalisé pour confirmation pour 521 personnes, dont 90,4 % avaient un test PCR positif (légère augmentation, mais fluctuations possibles en raison du faible nombre).

Le taux de positivité (PR) global est passé de 23,3 % à 21,0 % pour la semaine du 16 au 22 octobre. Étant donné que le nombre de tests pour les personnes sans symptômes (dans le cadre du screening) est désormais proportionnellement plus important suite à la baisse des tests pour les personnes présentant des symptômes, le PR global semble un moins bon indicateur. Le PR devrait être analysé séparément pour les personnes avec et sans symptômes. Pour les personnes symptomatiques, la tendance est globalement assez stable (27,7% contre 27,3% la semaine précédente). Une légère augmentation peut être attendue, puisque des tests plus ciblés sont effectués en cas de symptômes. Le PR pour les personnes sans symptômes (plutôt un reflet de la circulation virale) montre une légère tendance à la baisse. Les tendances sont similaires dans toutes les régions et provinces.

La surveillance des eaux usées sur base de trois indicateurs² indique que les concentrations virales diminuent encore. Sur base des résultats du 19 octobre, pour 42 stations d'épuration couvertes par la surveillance, 2 zones répondaient à l'indicateur « tendance à la hausse » (comparé à 12 la semaine précédente) et 4 à l'indicateur « augmentation rapide » (comparé à 3 la semaine précédente). Il n'y avait pas d'alerte pour l'indicateur « haute circulation » (comparé à 1 la semaine précédente). Aucun des indicateurs suivis n'était en alerte au niveau provincial.

Plus d'informations sur la méthodologie et l'analyse des résultats sont disponibles dans un Rapport hebdomadaire.

Indicateurs liés à la pression exercée sur le système de soins de santé

Le nombre de consultations pour suspicion de COVID-19 chez les médecins généralistes a continué à diminuer en semaine 42, avec une moyenne nationale de 19 contacts pour 100 000 habitants par jour, comparé à 29/100 000 la semaine précédente (Source : Baromètre des médecins généralistes). Une diminution a été observée dans toutes les régions, la valeur correspondant désormais également au niveau de gestion 1 en Wallonie.

¹ Sous-estimation possible car l'enregistrement nominatif des citoyens sans remboursement majoré n'est pas une obligation mais une recommandation. Données préliminaires, retard possible dans la déclaration pour les jours les plus récents.

² 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 cinquième vague). 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). L'indicateur "Tendance à la hausse" indique les bassins dans lesquels les concentrations de virus ont augmenté pendant plus de 6 jours au cours des 14 derniers jours.

L'incidence des consultations pour symptômes grippaux (ILI) rapportée par le réseau des médecins vigies a diminué (mais statistiquement de façon non significative), de 151 consultations pour 100 000 habitants à 137.

La charge de travail perçue pour suspicion de COVID-19 est globalement restée stable, 24 % des médecins la considérant comme élevée et 3 % comme très élevée (comparé à 17 % et 4 % respectivement la semaine précédente).

Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a maintenant également diminué, avec en moyenne 94 admissions par jour au cours de la semaine du 19 au 25 octobre, comparé à 113 la semaine précédente (- 17 %). Le taux de reproduction (Rt) lié aux hospitalisations est désormais inférieur à la valeur de 1, avec une diminution de 1,034 à 0,866. Les modèles de prédiction du nombre de nouvelles hospitalisations pour les deux prochaines semaines montrent une tendance stable à décroissante.

La tendance est globalement stable ou en baisse dans toutes les provinces/régions, à l'exception d'une augmentation de l'incidence sur 7 jours en Communauté germanophone (mais les chiffres sont faibles, donc des fluctuations sont possibles) et en Flandre orientale, où l'incidence la plus élevée est maintenant enregistrée et où le seuil du niveau de gestion 3 a été dépassé.

Une diminution du nombre d'hospitalisations pour et avec COVID-19 (c'est-à-dire admission pour une autre raison mais avec un test COVID-19 positif) a été observée au cours de la semaine dernière.

Le nombre de lits d'hôpitaux généraux occupés par des patients COVID-19 a également diminué au cours de la semaine dernière, avec un total de 1 348 lits (- 13 %). En revanche, le nombre de lits occupés aux soins intensifs est resté globalement stable (n = 76, - 1 %).

Comme attendu, l'évolution des indicateurs hospitaliers suit celle des infections avec un décalage de 1 à 2 semaines, l'indicateur le plus lent étant celui du nombre de lits occupés en soins intensifs.

De plus amples informations sur la surveillance des hôpitaux sont disponibles dans un rapport hebdomadaire.

Autres indicateurs

La couverture vaccinale pour la deuxième dose de rappel a continué d'augmenter, en particulier pour les personnes âgées de moins de 65 ans. Pour les plus de 65 ans, l'augmentation a été plus limitée (couverture vaccinale de 67,9 % contre 65,5 % la semaine précédente). Malgré cette augmentation, il existe encore d'importantes différences régionales, les taux de vaccination des personnes âgées de plus de 65 ans étant respectivement 80,1 %, 50,5 %, 37,9 % et 40,4 % en Flandre, en Wallonie, en Région bruxelloise et en Communauté germanophone.

Les indicateurs de suivi de la situation épidémiologique dans les maisons de repos et de soins (MRS) en semaine 42 montrent une tendance stable, voire légèrement en baisse. Le nombre d'infections parmi les résidents a désormais diminué partout (au niveau national, de 6,8 à 4,7 pour 1 000 résidents). Cependant, le nombre d'infections parmi les membres du personnel (3,6 pour 1 000 membres du personnel, comme la semaine précédente) ainsi que le nombre d'hospitalisations parmi les résidents (0,23 pour 1 000 résidents comparé à 0,27) sont restés globalement stable.

Le nombre de clusters semble également diminuer. Au cours de la semaine 42, 29 nouveaux clusters possibles³ ont été détectés jusqu'à présent (données préliminaires, comparé à 52 clusters identifiés au total pour la semaine 41). On observe cependant une augmentation des MRS déclarants un grand cluster (au moins 10 cas parmi les résidents), qui représentent désormais 2 % des MRS participantes, comparé à 1 % les semaines précédentes. Le taux de participation reste toujours faible mais globalement stable (60 % en Flandre, 62 % en Wallonie, 28 % à Bruxelles et 33 % en Communauté germanophone). Voir le [dashboard](#) pour plus de détails.

Le nombre de décès s'est stabilisé ou a baissé légèrement en semaine 42, avec un total de 62 décès enregistrés (données non consolidées, comparé à 69 la semaine précédente), soit 6 à 14 décès par jour. Parmi les décès, 14 concernaient des résidents de maison de repos et de soins (22,6 %). Le taux de mortalité était de 0,54/100 000 habitants en Belgique, 0,82/100 000 en Wallonie, 0,43/100 000 en Flandre et 0,25/100 000 à Bruxelles. Des fluctuations hebdomadaires sont possibles en raison des faibles chiffres absolus.

Le nombre d'infections par les variants circulant BQ.1 et BQ.1.1 (dérivés de BA.5) en Belgique continue d'augmenter. Les deux sous-types représentaient 12,4 % des échantillons séquencés dans la surveillance de base en semaine 40 (sur un total de 796 échantillons séquencés) et 16,6 % en semaine 41 (sur 489 échantillons séquencés). Un travail de modélisation estime la proportion en date du 24 octobre à 30-40%.

Le variant BQ.1 a été classé comme « variant of interest » (VOI) par l'ECDC le 20 octobre 2022. Les analyses de modélisations estiment que mi-novembre/début décembre 2022, plus de 50 % des infections dues au SARS-CoV-2 en Europe seront liées au variant BQ.1/BQ.1.1. L'avantage de croissance du variant BQ.1 par rapport aux autres variants Omicron semble associé à un échappement à la réponse immunitaire (du fait de la vaccination et/ou une infection précédente). Il n'y a, à ce stade, pas d'indications que le variant BQ.1 soit responsable d'une forme plus sévère de la maladie, mais les données sont pour l'instant limitées⁴.

De plus amples informations sont disponibles sur le [site web du CNR](#).

Les personnes suivantes ont participé à cet avis :

Emmanuel André (KULeuven), Géraldine De Muylder (Sciensano), Niel Hens (UHasselt), Tinne Lernout (Sciensano), Quentin Mary (SSMG), Pierrette Melin (CHU Liège), Geert Molenberghs (UHasselt-KULeuven), Alessandro Pellegrino (AViQ), Jasper Sans (COCOM), Patrick Smits (AZG), Jorgen Stassijns (Sciensano), Giulietta Stefani (Sciensano), Greet Van Kersschaever (Domus Medica), Steven Van Gucht (Sciensano).

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 <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Epi-update-BQ1.pdf>

Indicateurs par province

Période 16-22/10/2022	Nombre de tests pour 100 000	PR symptomatiques	Hospitalisations incidence sur 7j pour 100 000 ⁵	Occupation USI	Temps doublement/ division	Niveau de gestion
Belgique	583	27,7 %	6,5	4 %	-78	2
Anvers	575	23,4 %	4,2	4 %	-11	2
Brabant wallon	624	26,9 %	1,7	0 %	17	1
Hainaut	610	25,9 %	7,3	3 %	13	2
Liège	506	28,8 %	9,3	6 %	-46	2
Limbourg	534	32,6 %	6,7	3 %	-23	2
Luxembourg	597	29,1 %	4,5	5 %	-11	2
Namur	597	25,7 %	7,4	3 %	-19	2
Flandre orientale	634	29,4 %	10,1	2 %	35	2
Brabant flamand	514	28,7 %	2,7	6 %	-9	1
Flandre occidentale	699	31,8 %	7,6	4 %	-35	2
Région Bruxelles- Capitale	539	25,5 %	5,9	4 %	25	2
Communauté germanophone	714	NA	12,8	NA	NA	2

⁵ Données de la semaine 42 (du 17 au 23 octobre 2022).