

# Evaluation de la situation épidémiologique

RAG 22/12/2021

*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

Tous les indicateurs clés (nouvelles infections, Rt des infections, taux de positivité, charge de travail des médecins généralistes, nombre de nouvelles hospitalisations et lits d'hôpitaux occupés) montrent une tendance à la baisse. Toutes les régions ont maintenant une incidence similaire et la tendance générale est également comparable.

Malgré cette tendance actuellement favorable, une grande prudence s'impose. Le PR est encore très élevé et démontre une circulation encore forte du virus. Le nombre de lits d'hôpitaux occupés reste également très élevé, notamment dans les unités de soins intensifs. En outre, il y a des indications claires que le variant Omicron remplace également Delta en Belgique. L'expérience d'autres pays, comme le Royaume-Uni et le Danemark, nous montre que cela peut très rapidement conduire à une nouvelle vague d'infections. Dans le contexte d'une augmentation exponentielle du variant Omicron en Belgique, avec transmission communautaire, l'utilisation d'une liste de pays à haut risque de VOC avec restrictions de voyage, n'est plus pertinente.

Il reste donc important de gagner le plus de temps possible pour réduire davantage la pression sur le système de soins. À cette fin, des mesures supplémentaires doivent être envisagées (voir les recommandations du GEMS).

Le niveau d'alerte est toujours le niveau 5 au niveau national et pour toutes les régions/provinces. En raison des valeurs toujours élevées des différents indicateurs et de la croissance du variant Omicron, il est prévu que le niveau reste inchangé la semaine prochaine.

*Classification de la décision au niveau national : niveau d'alerte le plus élevé, la tendance actuelle étant toujours à la baisse des nouvelles infections et des hospitalisations.*

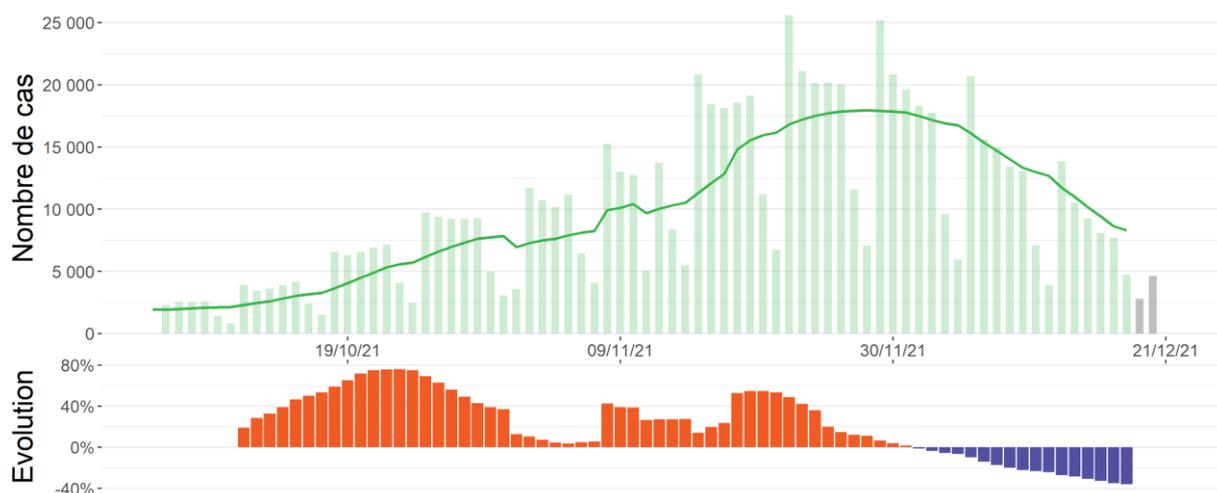
## NIVEAU NATIONAL

### Indicateurs d'intensité

Le nombre de nouvelles infections a continué de diminuer au cours de la semaine du 12 au 18 décembre, avec une moyenne de 8 300 nouvelles infections par jour, contre 12 975 la semaine précédente (- 36 %) (Figure 1).

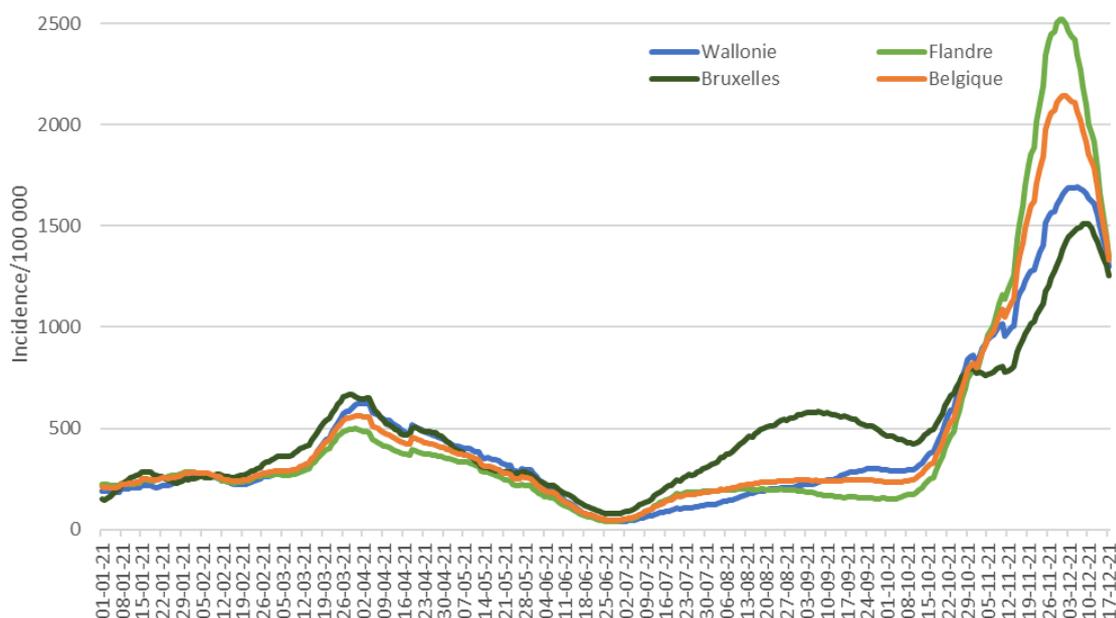
Le taux de reproduction (Rt) basé sur le nombre de nouvelles infections, a aussi diminué davantage, passant de 0,837 à 0,736.

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



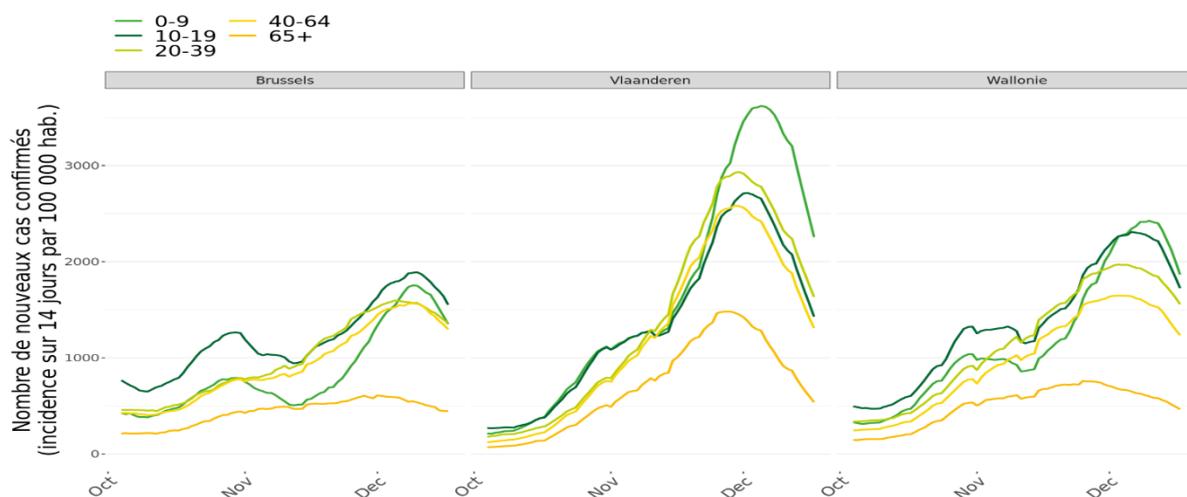
L'incidence cumulée sur 14 jours au niveau national a également diminué, passant de 1 814/100 000 la semaine précédente à 1 293 cette semaine (Figure 2). En raison de la forte baisse enregistrée en Flandre, les valeurs sont à nouveau comparables dans toutes les régions.

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



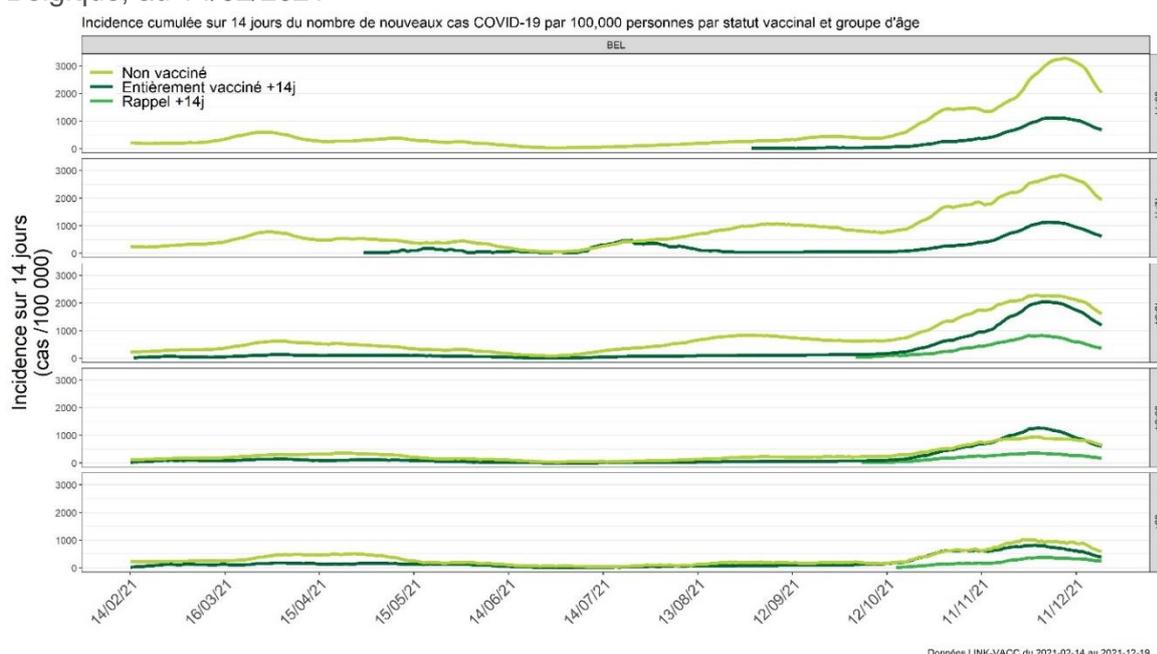
Dans toutes les régions, la baisse de l'incidence est observée pour tous les groupes d'âge, mais elle est moins prononcée pour les 65 ans et plus en Wallonie et à Bruxelles (Figure 3).

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



La Figure 4 et le Tableau 1 montrent l'incidence des infections à 14 jours pour les personnes vaccinées et non vaccinées, par région, depuis janvier 2021 et pour les deux dernières semaines. Pour les groupes d'âge plus jeunes, il existe toujours une nette différence d'incidence entre les personnes vaccinées et non vaccinées. Pour les personnes de 18+, l'incidence était similaire, voire supérieure, chez les personnes vaccinées ces dernières semaines, expliqué en partie par l'affaiblissement de l'immunité au fil du temps. Actuellement, l'incidence est à nouveau partout plus faible chez les personnes vaccinées, probablement en raison de la vaccination de rappel. Cependant, il y a aussi des infections chez les personnes qui ont déjà reçu une dose de rappel, car même le rappel n'offre pas une protection de 100 % contre l'infection.

Figure 4 : Incidence cumulative sur 14 jours pour 100 000, par statut vaccinal et groupe d'âge, Belgique, au 14/02/2021



Données LINK-VACC du 2021-02-14 au 2021-12-19

Tableau 1

Incidence cumulative à 14 jours pour 100 000 habitants par région, groupe d'âge et statut vaccinal, période 6/12 - 19/12/2021

Groupe d'âge	Statut vaccinal	Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	Totalement vaccinés	680	653	713	602
	Non vaccinés	2 030	1 391	2 179	2 005
12-17	Totalement vaccinés	625	636	601	680
	Non vaccinés	1 944	1 481	1 700	2 266
18-64	Totalement vaccinés	1 147	1 028	1 221	1 062
	Non vaccinés	1 607	1 340	1 284	1 719
65-84	Totalement vaccinés	399	284	440	331
	Non vaccinés	656	530	476	775
85+	Totalement vaccinés	284	244	277	312
	Non vaccinés	589	567	621	543

Voir également le tableau 4 pour des informations sur la proportion et le nombre de personnes non vaccinées par groupe d'âge.

Le nombre de tests effectués a continué à diminuer au cours de la semaine dernière, avec une moyenne de 73 755 tests par jour pour la période du 12 au 18 décembre, comparé à environ 90 000 la semaine précédente. Cette baisse est observée dans tous les groupes d'âge, mais elle est plus prononcée chez les 0-9 ans et les 10-19 ans (Figure 5). La baisse la plus importante concerne le testing de cas possibles de COVID-19 et des contacts à haut risque (Figure 6). En revanche, on constate une légère augmentation des tests payants (voyageurs ou CST).

Figure 5 : Nombre de tests réalisés par groupe d'âge à partir du 04/10/21

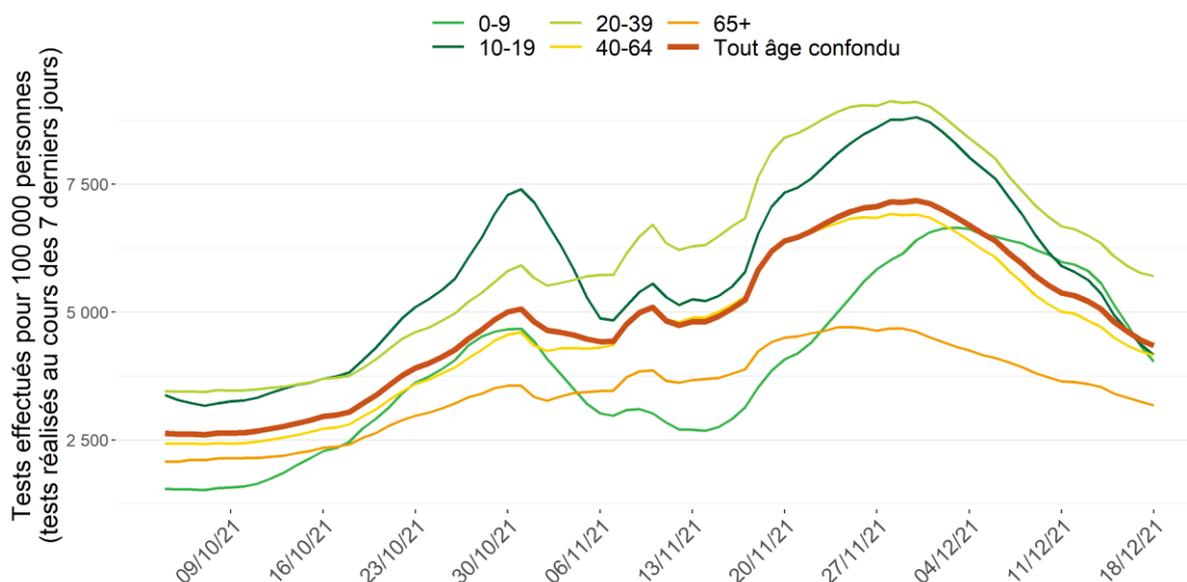
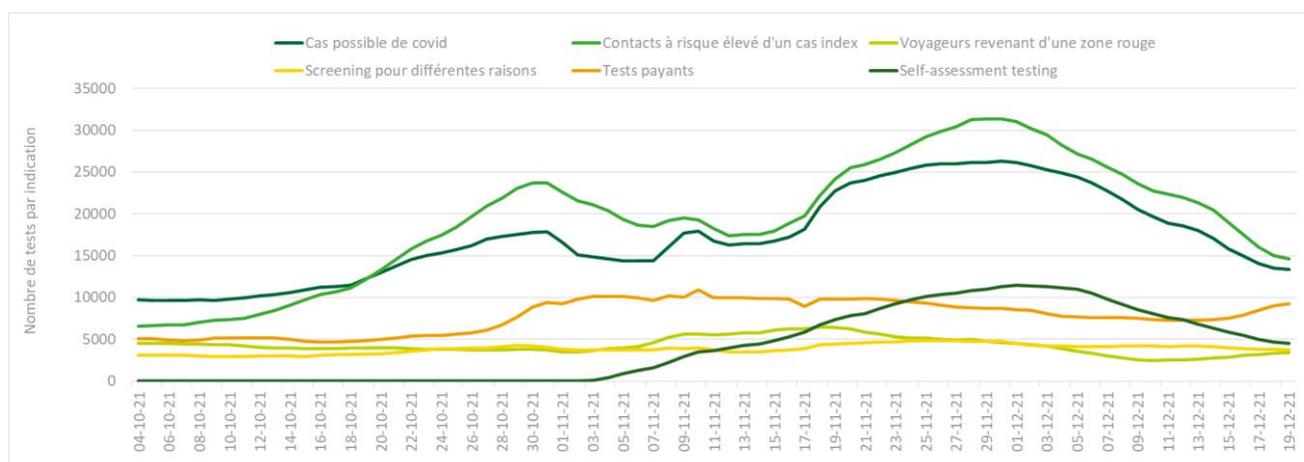


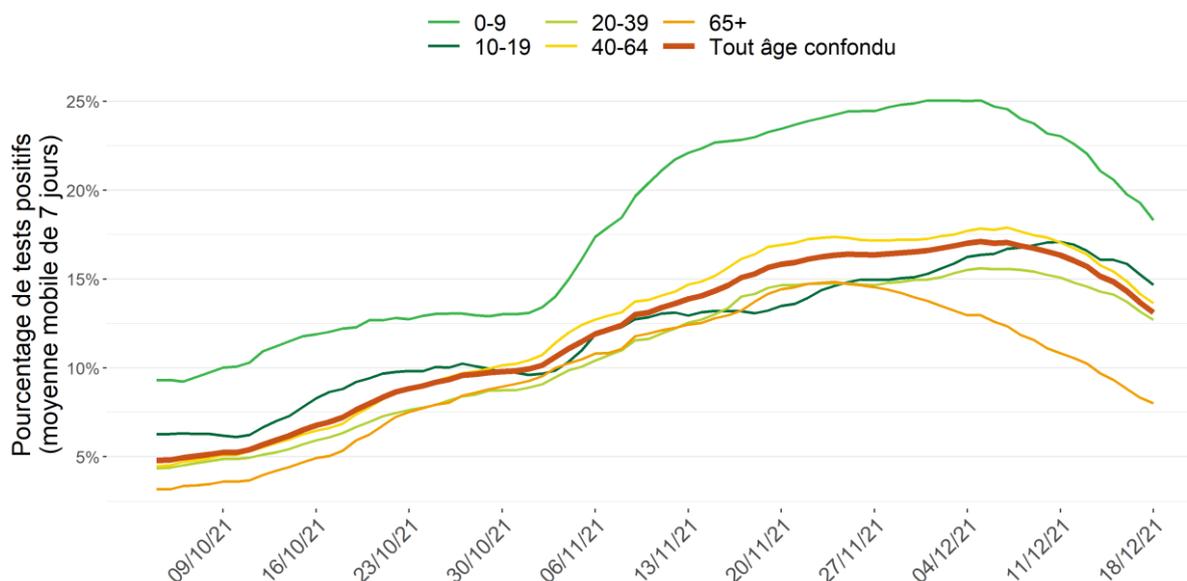
Figure 6 : Nombre de tests effectués par indication et par jour, depuis le 04/10/2021  
 Sur base des eforms / CTPC, disponibles pour environ 70 % des tests



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 continué de diminuer au cours de la semaine dernière, avec un total de 2 268 tests effectués, dont 91 % avaient un test PCR positif (stable).

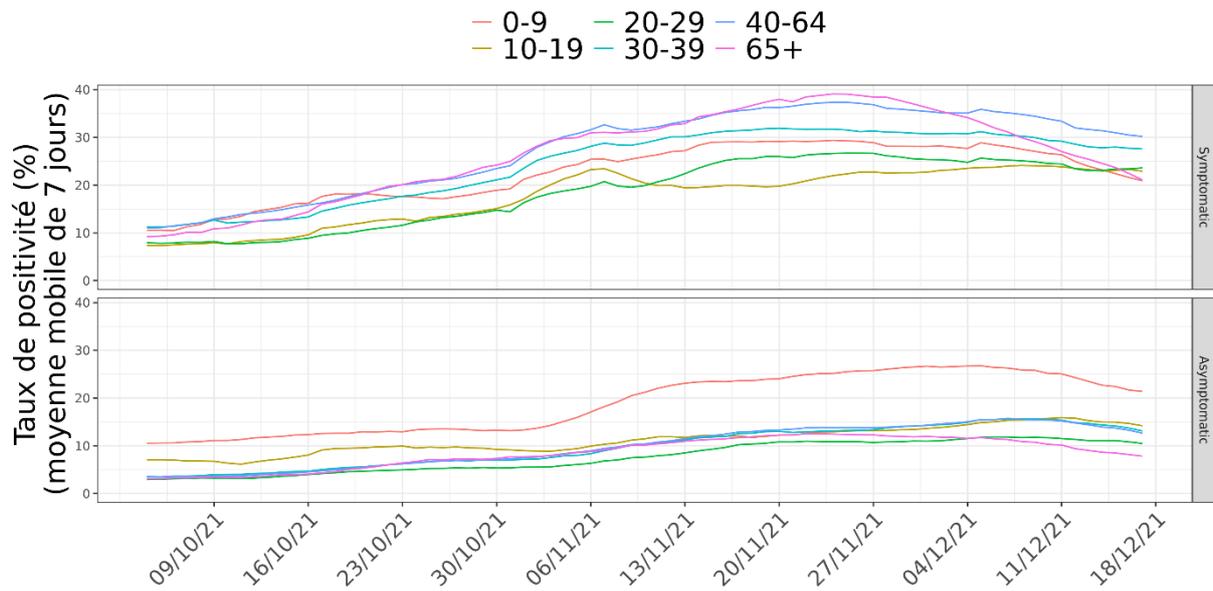
Sur base hebdomadaire, le taux de positivité (PR) a diminué, pour atteindre une valeur de 12,8 %, comparé à 16,1 % la semaine précédente. La diminution est maintenant observée pour tous les groupes d'âge (Figure 7).

Figure 7 : Taux de positivité par groupe d'âge à partir du 04/10/21



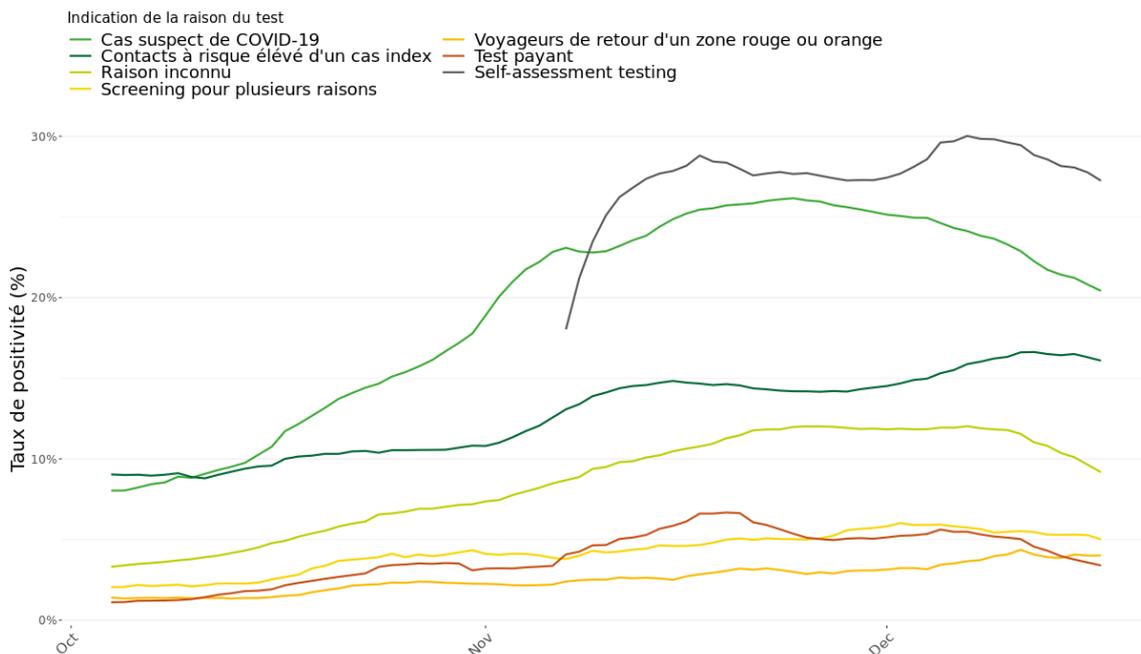
La diminution du PR est plus marquée chez les personnes symptomatiques pour les groupes d'âge de 0-9 ans et de 65 ans et plus (Figure 8). Cependant, des valeurs > 20 % sont toujours enregistrées pour tous les groupes d'âge.

Figure 8 : Taux de positivité par groupe d'âge et en fonction de la présence ou non de symptômes



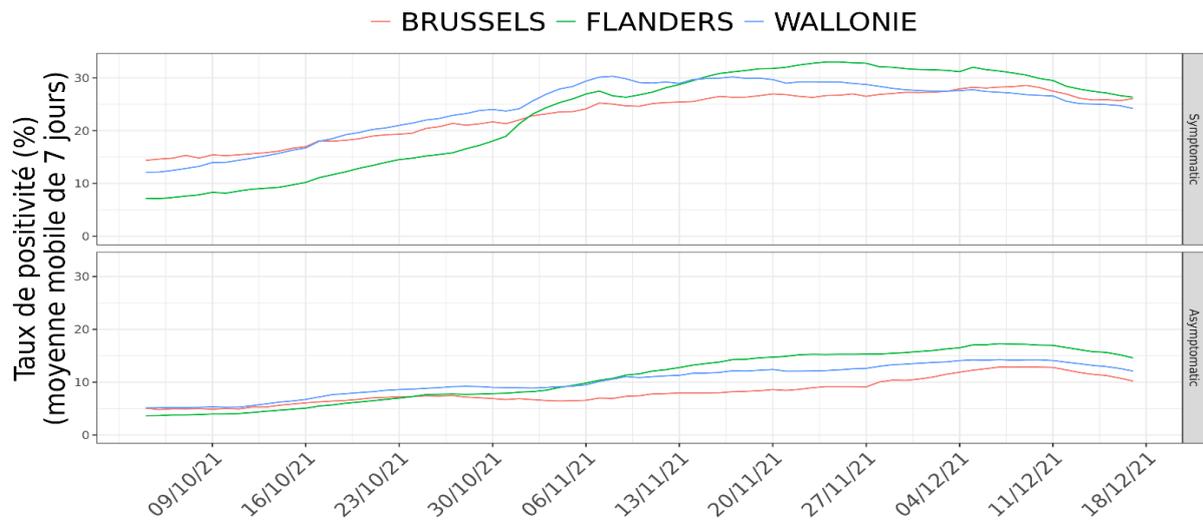
La Figure 9 confirme que le PR diminue pour les personnes présentant des symptômes (indication "cas suspect de COVID-19" et « self assessment testing »). Pour les contacts à haut risque (HRC) comme indication de test, il y a une stabilisation.

Figure 9 : Taux de positivité par indication de test



A Bruxelles, on observe une légère augmentation du PR pour les personnes présentant des symptômes récemment (tendance à suivre au cours de la semaine prochaine), et une nouvelle diminution du PR pour les personnes asymptomatiques (Figure 10).

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

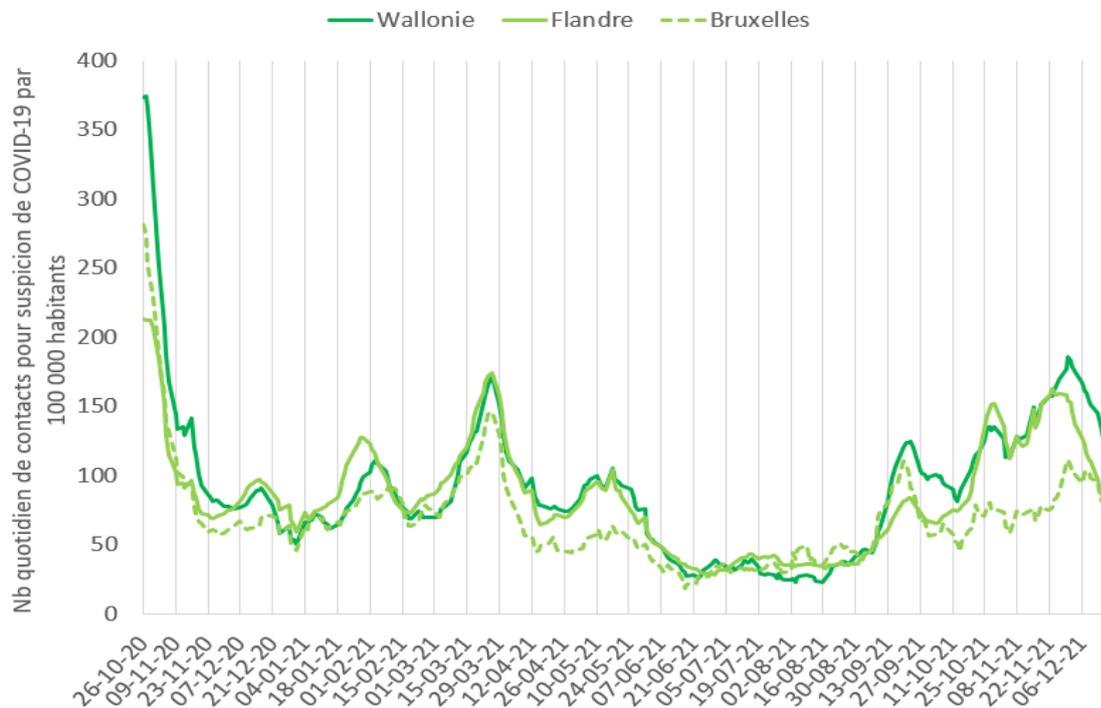


Le nombre de consultations pour suspicion de COVID-19 chez les médecins généralistes a fortement diminué au niveau national au cours de la semaine 50, avec une moyenne de 76 contacts pour 100 000 habitants par jour, comparé à 115/100 000 la semaine dernière (Source : Baromètre des médecins généralistes) (Figure 11). On constate aujourd'hui une baisse dans toutes les régions, la plus forte baisse étant enregistrée en Flandre.

L'incidence des consultations pour symptômes grippaux rapportée par le réseau des médecins vigies a également encore diminué et est passée de 262 à 143 consultations pour 100 000 habitants par semaine. Onze échantillons ont été analysés la semaine dernière, tous négatifs pour Influenza. L'ECDC signale cependant une augmentation de l'activité liée à la grippe en Europe du Nord et de l'Est mais aussi en France. Le variant dominant est A(H3).

La charge de travail perçue pour cause de suspicion de COVID-19 a diminué de 60 % à 43 % (mais pas de manière statistiquement significative), 33 % la considérant comme élevée et 10 % très élevée.

Figure 11 : Nombre de contacts quotidiens chez les médecins pour suspicion de COVID-19 par 100 000 habitants et par région, 26/10/2020 - 17/12/2021<sup>1</sup>  
 (Source: Baromètre des médecins généralistes)



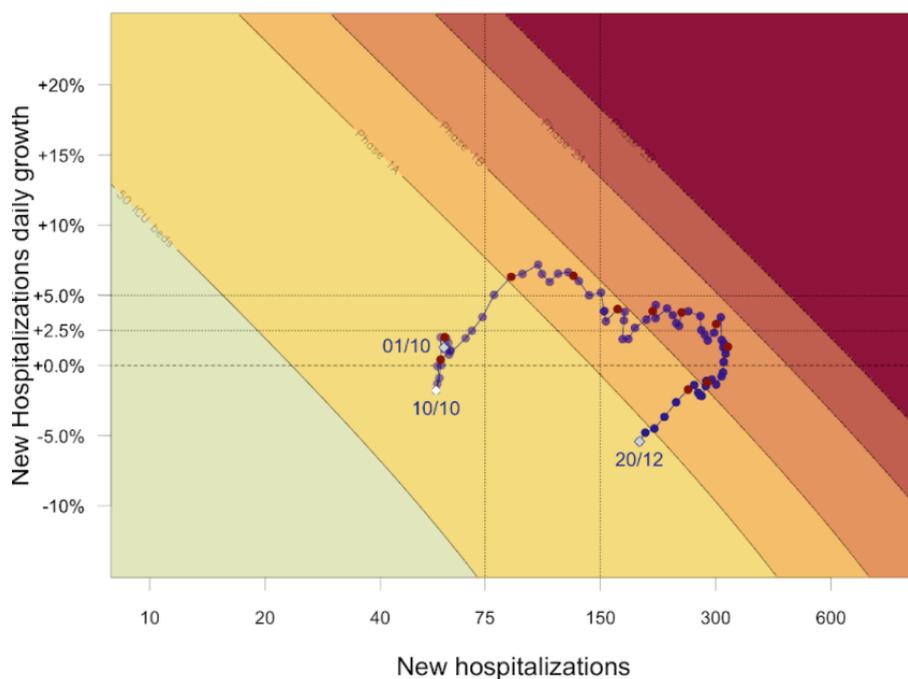
<sup>1</sup> Weekends et fériés non inclus; chaque jour représente une moyenne mobile sur 5 jours.

### Indicateurs de sévérité

Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a continué de diminuer au cours de la semaine du 15 au 21 décembre, plus rapidement que la semaine précédente. Il y a eu en moyenne 173 admissions par jour, comparé à 263 la semaine dernière (- 34 %). La tendance à la baisse est illustré dans la Figure 12.

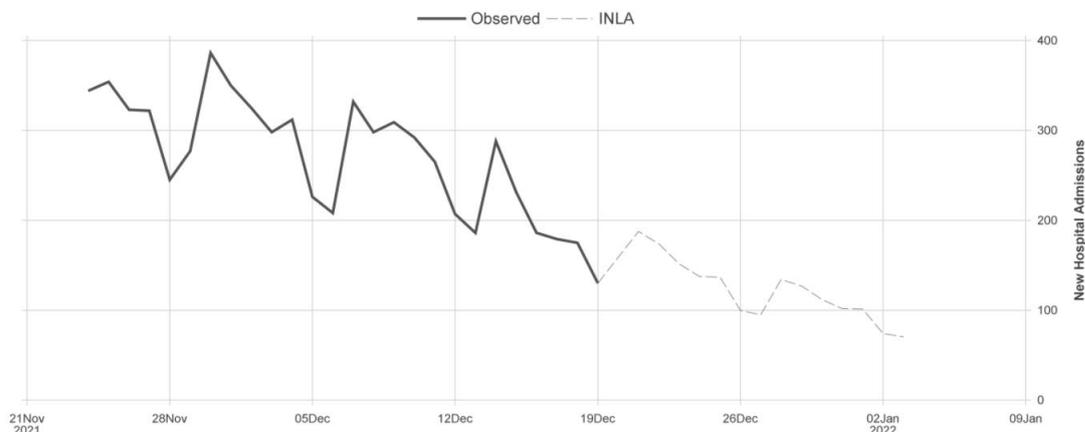
Figure 12 : Evolution du nombre de nouvelles hospitalisations et du rapport qui indique la croissance ou décroissance, 01/10 - 13/12/2021

Travail de Christel Faes, UHasselt



Le taux de reproduction ( $R_t$ ) basé sur le nombre de nouvelles hospitalisations a également continué de diminuer, passant de 0,935 la semaine précédente à 0,759 cette semaine. Le modèle de prédiction INLA du nombre de nouvelles hospitalisations montre une poursuite de la tendance à la baisse (Figure 13).

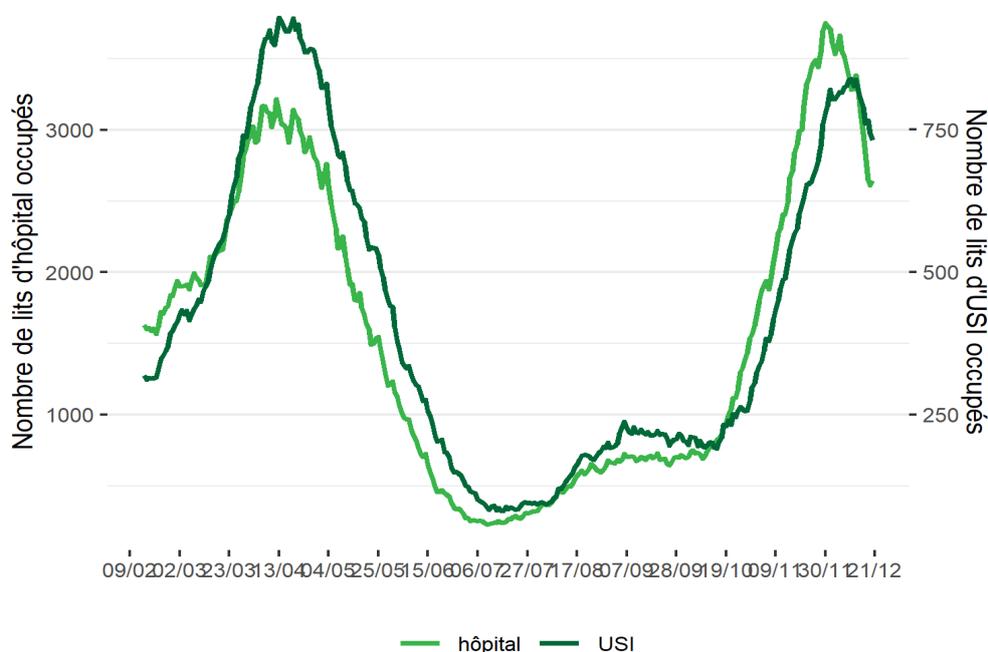
Figure 13 : Evolution et prédiction du nombre de nouvelles admissions à l'hôpital sur base des modèles de l'Université de Hasselt et de Sciensano<sup>2</sup>



<sup>2</sup> Il n'y a pas de mise à jour du modèle de l'Université de Hasselt cette semaine en raison de données manquantes.

Le nombre de lits d'hôpitaux occupés par des patients COVID-19 a encore diminué par rapport à la semaine précédente, mais reste élevé (Figure 14). Le 21 décembre, il y avait encore 2 451 lits généraux occupés (- 25 %) et 709 lits de soins intensifs (- 13 %). Le nombre de transferts de patients a également continué de diminuer (50 contre 93 la semaine précédente).

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



Les tableaux 2 et 3 montrent l'incidence à 14 jours des hospitalisations et des admissions en USI pour les personnes vaccinées et non vaccinées, par groupe d'âge et par région. Les incidences sont toujours pour tous les groupes d'âge (beaucoup) plus élevées pour les personnes non vaccinées que pour les personnes vaccinées, à l'exception de l'incidence de l'admission aux soins intensifs chez les personnes de 85 ans et plus à Bruxelles et en Wallonie. Toutefois, il s'agit de très petits nombres. Globalement, la tendance est à la baisse par rapport à la semaine précédente, à l'exception d'une légère augmentation des hospitalisations à Bruxelles pour les personnes de 65 ans et plus (vaccinées et non vaccinées).

Tableau 2

Incidence cumulée (14 jours) des hospitalisations par 100 000 et valeurs absolues (entre parenthèses), par région, groupe d'âge et statut vaccinal<sup>3</sup>, période 6/12 – 19/12/2021

Age	Statut vaccinal	Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	Totalement vaccinés	-	-	-	-
	Non vaccinés	13 (n=187)	5 (n=9)	19 (n=153)	5 (n=25)
12-17	Totalement vaccinés	0,5 (n<5)	0	0,8 (n<5)	0
	Non vaccinés	50 (n=89)	51 (n=23)	11 (n=6)	78 (n=60)
18-64	Totalement vaccinés	9 (n=541)	11 (n=57)	10 (n=372)	6 (n=112)
	Non vaccinés	61 (n=579)	53 (n=122)	78 (n=253)	51 (n=204)
65-84	Totalement vaccinés	48 (n=852)	58 (n=64)	55 (n=612)	33 (n=176)
	Non vaccinés	256 (n=304)	251 (n=53)	273 (n=110)	253 (n=141)
85+	Totalement vaccinés	67 (n=202)	84 (n=18)	73 (n=142)	51 (n=42)
	Non vaccinés	251 (n=67)	290 (n=11)	278 (n=30)	215 (n=26)

<sup>3</sup> 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 6/12 – 19/12/2021

Age	Statut vaccinal	Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	Totalement vaccinés	-	-	-	-
	Non vaccinés	0,4 (n=6)	2 (n<5)	0	0,4 (n<5)
12-17	Totalement vaccinés	0,3 (n<5)	0	0,5 (n<5)	0
	Non vaccinés	4 (n=7)	13 (n=6)	2 (n<5)	0
18-64	Totalement vaccinés	2 (n=130)	3 (n=14)	3 (n=92)	1 (n=24)
	Non vaccinés	19 (n=186)	14 (n=32)	24 (n=79)	19 (n=75)
65-84	Totalement vaccinés	10 (n=178)	13 (n=14)	12 (n=130)	6 (n=34)
	Non vaccinés	67 (n=79)	47 (n=10)	70 (n=28)	74 (n=41)
85+	Totalement vaccinés	4 (n=13)	5 (n<5)	5 (n=9)	25 (n<5)
	Non vaccinés	19 (n=5)	0	19 (n<5)	4 (n<5)

Tableau 4

Pourcentage et nombre de personnes non vaccinées par région et par groupe d'âge, période 6/12-19/12/2021

Age	Statut vaccinal	Belgique	Bruxelles	Flandre	Wallonie
0-11	% non vaccinés	94,8%	97,7%	93,5%	95,8%
	Nombre non vaccinés	1 445 585	186 708	795 108	463 769
12-17	% non vaccinés	22,2%	53,0%	12,3%	29,0%
	Nombre non vaccinés	175 013	44 793	53 953	76 267
18-64	% non vaccinés	11,8%	26,9%	6,9%	16,0%
	Nombre non vaccinés	825 209	210 911	276 263	352 671
65-84	% non vaccinés	6,1%	15,8%	3,4%	9,3%
	Nombre non vaccinés	116 403	21 030	40 026	55 347
85+	% non vaccinés	8,0%	14,7%	5,1%	12,5%
	Nombre non vaccinés	26 523	3 764	10 725	12 034

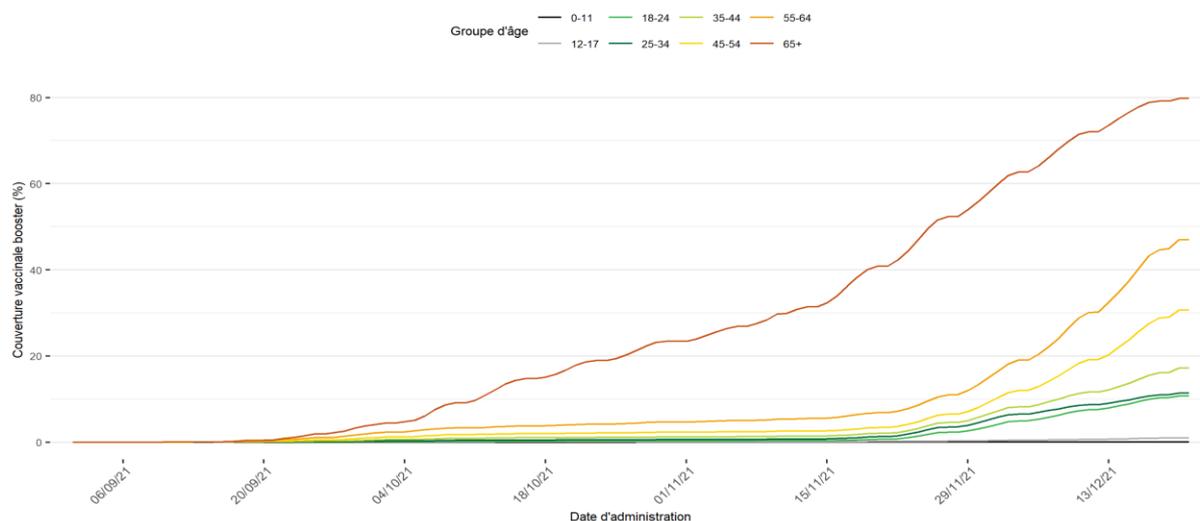
De plus amples informations sur la surveillance des hôpitaux sont disponibles dans [un rapport hebdomadaire](#).

Le nombre de décès a continué de diminuer la semaine dernière. Au cours de la semaine du 13 au 19 décembre, un total de 249 décès a été enregistré (comparé à 315 la semaine précédente), soit entre 26 et 43 décès par jour. Le nombre de décès est en nette diminution chez les 85 ans et plus, suivis par les 75-84 ans, et se stabilise ou augmente légèrement dans les autres groupes d'âge. La proportion de résidents de MRS sur le nombre total de décès reste limitée (6,8 %). Le taux de mortalité en semaine 50 était de 2,17/100 000 habitants en Belgique (diminution), 2,55/100 000 en Wallonie (diminution), 2,04/100 000 en Flandre (diminution) et 1,72/100 000 à Bruxelles (augmentation). Cependant, au cours de la semaine 48, la surmortalité a continué et concerne principalement les personnes âgées de 65 à 84 ans, dans toutes les régions.

## Autres indicateurs

La couverture vaccinale au niveau national est toujours de 76 % pour une vaccination complète, et pour une dose de rappel, elle a légèrement augmenté pour atteindre la valeur de 29 % de la population totale. L'augmentation concerne surtout les groupes d'âge 45-54 ans et 55-64 ans (Figure 15).

Figure 15 : 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, le nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 pour 1 000 résidents de MRS a de nouveau diminué, passant de 2,9 à 1,7 (- 42 %). Le nombre de nouvelles hospitalisations pour 1 000 résidents de MRS a également encore diminué, passant de 0,2 à 0,1 (- 29,4 %) (voir le dashboard pour plus de détails). Le nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 pour 1 000 membres du personnel a diminué en Flandre et en Wallonie, mais a augmenté (légèrement) à Bruxelles et en Communauté Germanophone. Le taux de participation reste faible dans toutes les régions (69 % en Flandre, 49 % en Wallonie, 61 % à Bruxelles et 44 % en Communauté germanophone).

Au cours de la semaine 49, 37 nouveaux clusters possibles<sup>4</sup> ont été détectés. Cette semaine (semaine 50), il y avait déjà 14 nouveaux clusters possibles. Moins de 0,5 % des MRS ont signalé une prévalence d'au moins 10 cas confirmés parmi les résidents (= un foyer important).

Au cours de la semaine 50 (13 au 19 décembre), le nombre de nouveaux clusters a fortement diminué dans toutes les régions (Figure 16). Au total, 519 nouveaux clusters ont été signalés, comparé à 1 143 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 diminué la semaine dernière (4 862 comparé à 6 086 la semaine précédente). La majorité des clusters signalés est toujours observée dans des crèches et des écoles (éducation) (247 nouveaux clusters et 2 499 clusters actifs, diminution), ainsi que sur le lieu de travail (132 nouveaux clusters, diminution, et 1 292 clusters actifs sur le lieu de travail, augmentation) (Figure 17).

<sup>4</sup> Il s'agit de clusters possibles car identifiés sur la base de données de surveillance. Une investigation serait nécessaire pour confirmer cela dans la pratique. Comme la date à laquelle le premier cas confirmé de COVID-19 a été signalé est considérée comme la date de début du foyer, ce chiffre peut être complété à posteriori.

Figure 16 : Evolution du nombre de nouveaux clusters, semaine 7 à 50/2021  
Sources : AZG, AViQ, COCOM

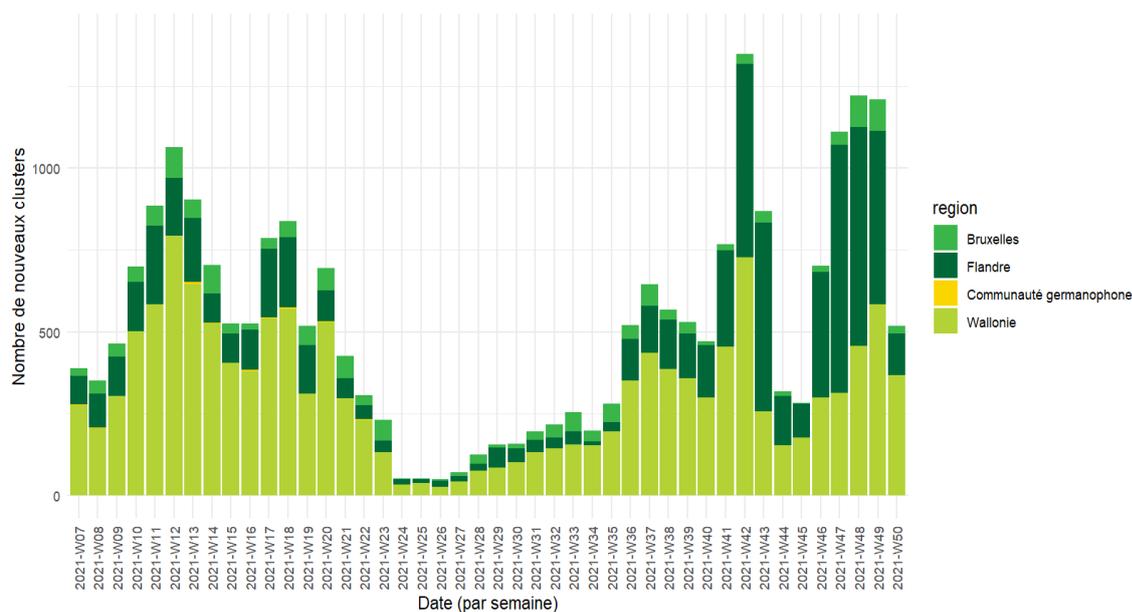
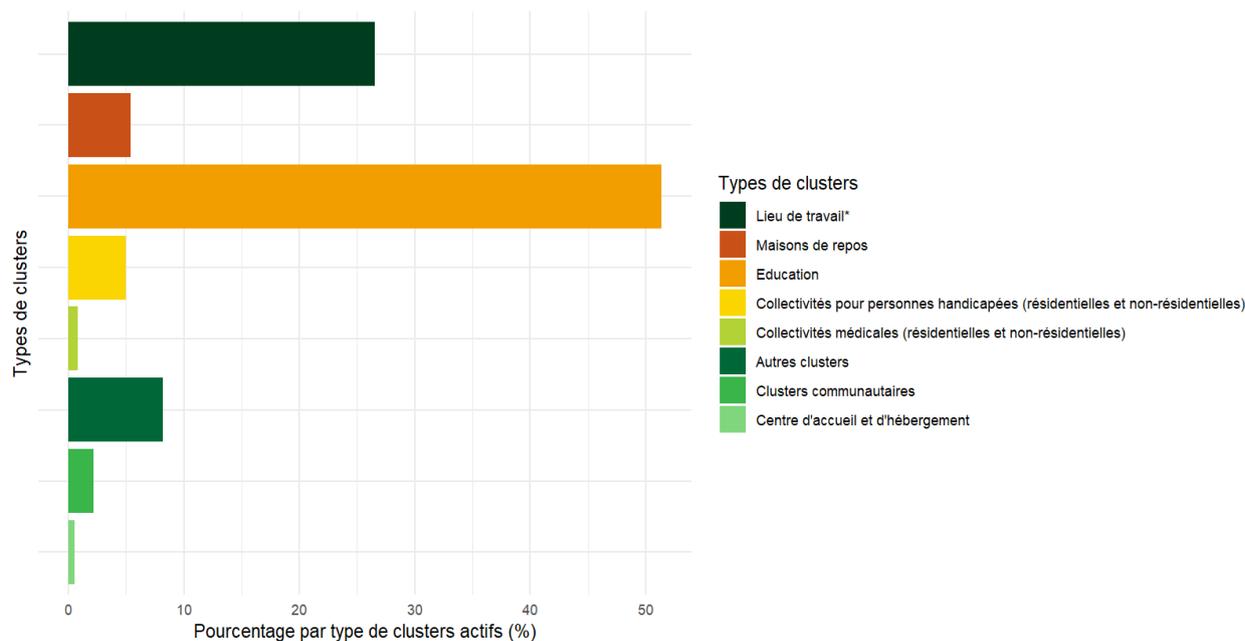
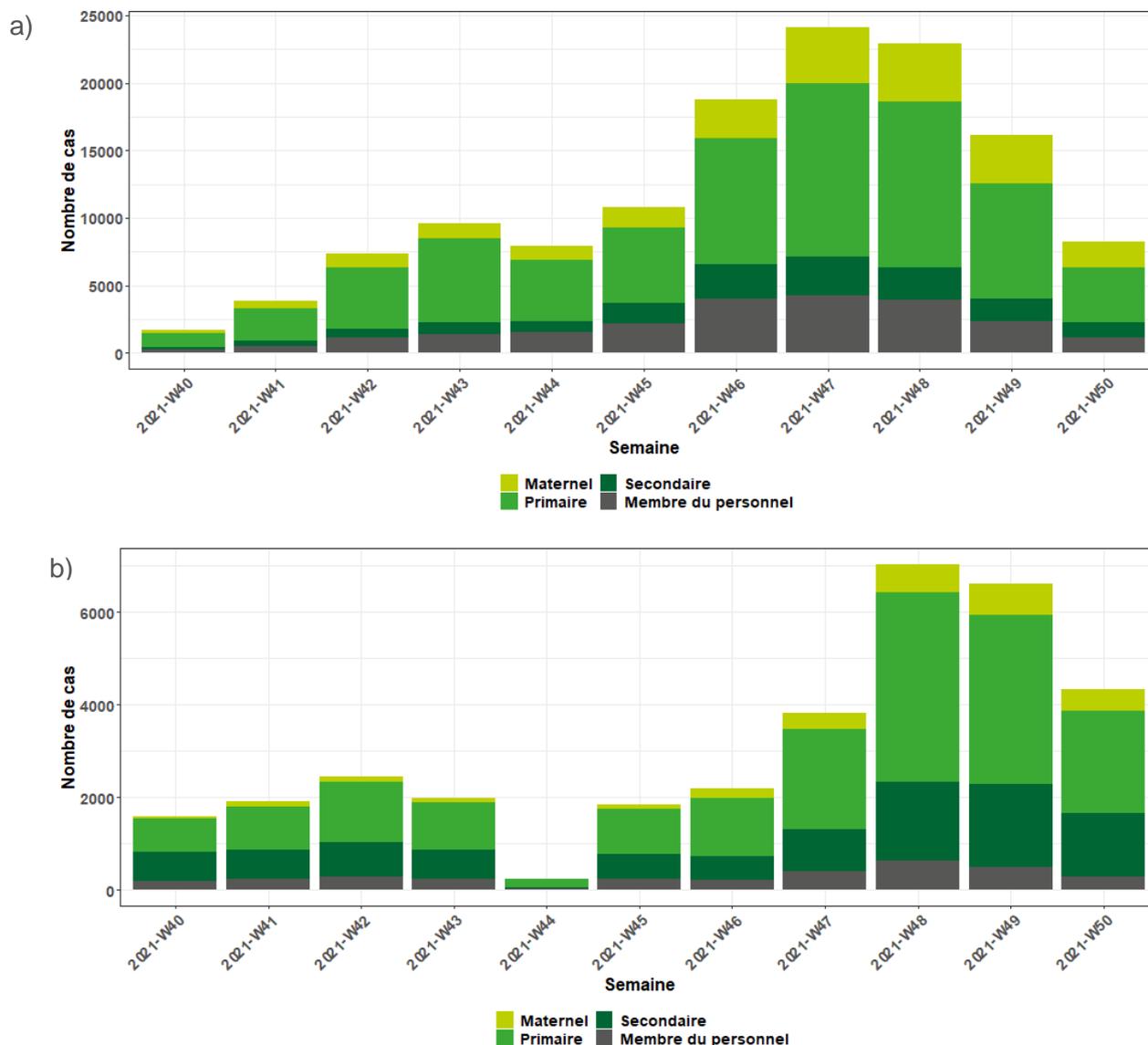


Figure 17 : Clusters actifs par catégorie, semaine 50/2021  
Sources : AZG, AViQ, COCOM



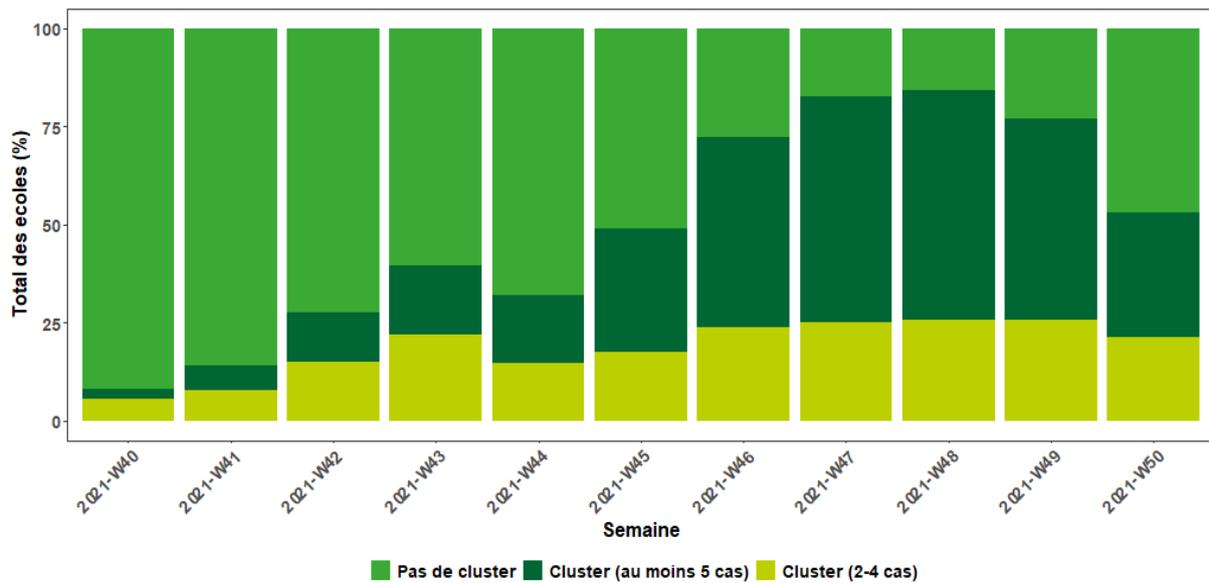
Le nombre d'infections dans les écoles a fortement diminué au cours de la semaine du 13 au 19 décembre (Figure 18). Dans l'enseignement néerlandophone, 7 085 infections parmi les élèves et 1 164 parmi les membres du personnel ont été rapportées. La raison de test pour les élèves ayant eu un test positif (raison inconnue pour 3 % des cas), était pour 60 % des cas un contact à haut risque à l'école (légère diminution), pour 14 % un contact à haut risque en dehors de l'école (légère augmentation), pour 8 % des cas la présence de symptômes (stable) et pour 15 % des cas, l'information « autre » était indiquée (augmentation). Dans les écoles francophones, il y a eu 4.044 infections rapportées chez les élèves et 280 chez les membres du personnel (données pour 96 % des PSE).

Figure 18 : Nombre de cas parmi les élèves et de membres du personnel, semaines 40/2021 – 50/2021, a) enseignement néerlandophone et b) enseignement francophone  
 Source : surveillance LARS et PSE/PMS surveillance



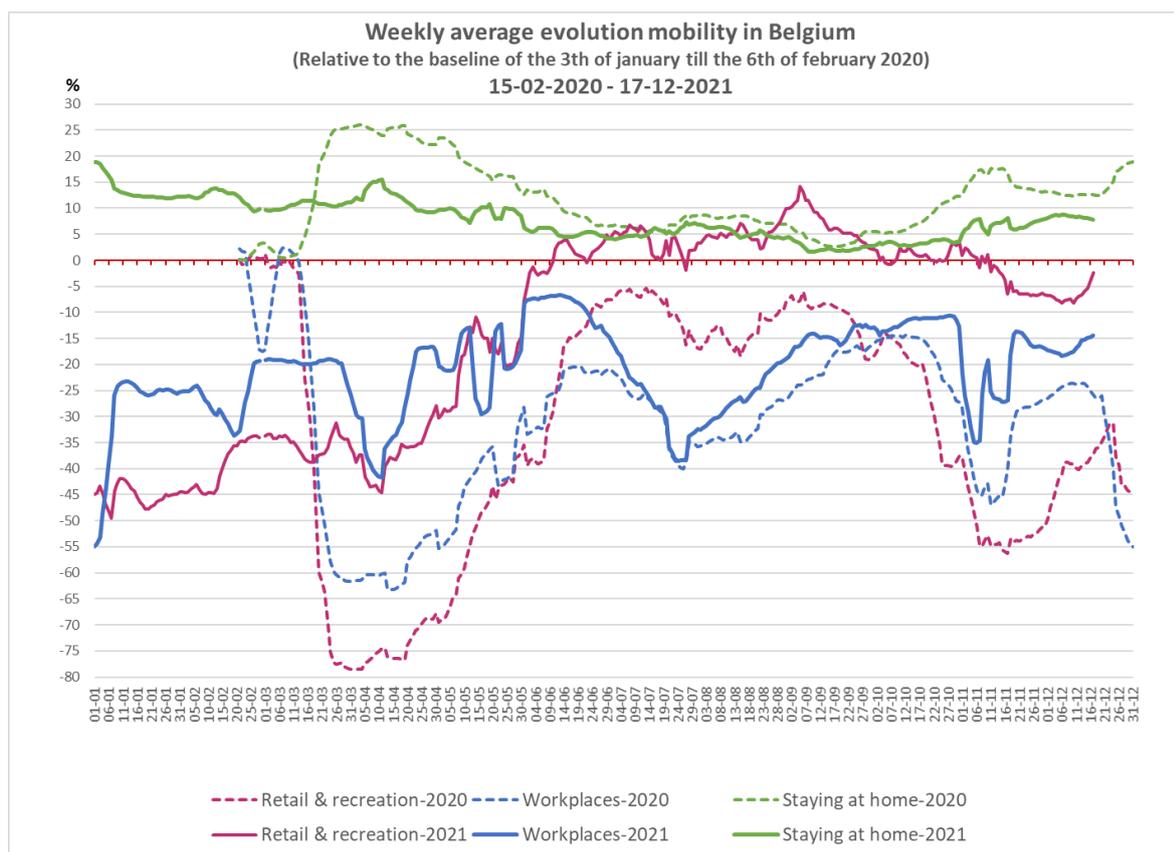
Le nombre d'écoles ayant un cluster actif dans l'enseignement néerlandophone a diminué au cours de la semaine dernière (Figure 19). Dans le secteur de l'enseignement francophone, il y a eu 12 écoles fermées en semaine 50 (légère diminution par rapport à la semaine précédente), et 541 classes avec un frein d'urgence (forte diminution par rapport à la semaine 49).

Figure 19 : Nombre d'écoles sans et avec un cluster actif, par semaine, enseignement néerlandophone, semaines 40 - 50/2021  
 Source: surveillance LARS



Les données relatives à la mobilité basées sur les données de Google montrent pour la semaine 50 une augmentation de tous les indicateurs vers plus de mobilité (Figure 20). Surtout les visites de magasins et de loisirs ont augmenté. Cette augmentation a également été observée pour la même période l'année dernière, et s'inscrit vraisemblablement dans le contexte des achats de Noël. Mais les déplacements vers le lieu de travail ont également augmenté à nouveau, alors que les recommandations sur le télétravail n'ont pas (encore) changé.

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



Au cours de la semaine du 12 au 18 décembre, 188 122 voyageurs sont arrivés en Belgique, comparé à environ 183 000 la semaine précédente. La proportion de voyageurs en provenance d'une zone rouge a très légèrement diminué mais reste élevée (n = 139 007 ; 73,9 %). Un premier résultat de test est disponible pour 72 % des voyageurs à tester<sup>5</sup> (82 % pour ceux arrivés le 12/12 et 60 % le 18/12). Le PR parmi les personnes testées a augmenté (4,9 % par rapport à 4 % la semaine dernière). Au cours de cette même période, 281 voyageurs sont arrivés d'un des pays classés comme présentant un risque élevé de VOC (dont 225 d'Afrique du Sud). Ce chiffre a encore diminué par rapport aux semaines dernières. Le PR est de 7 % les personnes en provenance d'Afrique du Sud (augmentation). Parmi les voyageurs qui arrivent en Belgique, le PR reste élevé pour les personnes en provenance de la RDC (31,9 %) et de plusieurs autres pays d'Afrique. Mais le nombre de voyageurs est parfois faible, les chiffres doivent donc être interprétés avec prudence.

La surveillance des eaux usées basée sur trois indicateurs<sup>6</sup> indique que les concentrations de virus continuent de diminuer en Flandre et en Wallonie et restent élevées à Bruxelles. Les résultats du 15 décembre montrent que parmi les 41 zones couvertes par la surveillance<sup>7</sup>, 32

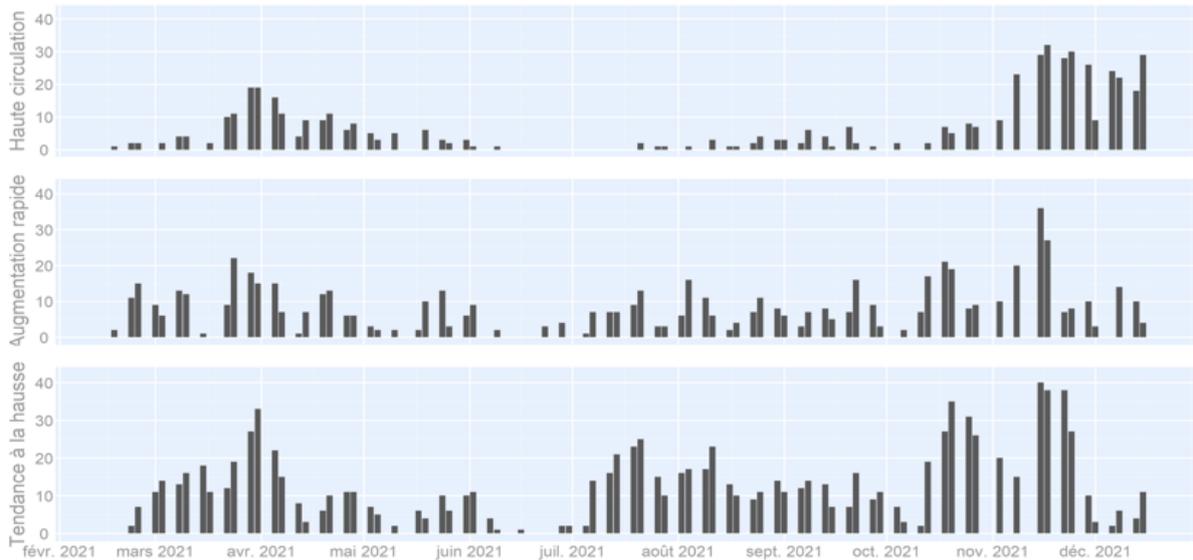
<sup>5</sup> Les voyageurs de retour de zone rouge ayant un numéro de registre national (NISS), n'ayant pas de certificat de vaccination ou de rétablissement et qui ont séjourné à l'étranger pendant plus de 48 heures.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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.

zones présentent au moins un des indicateurs en alerte. Il s'agit d'une stabilisation comparé à la semaine précédente (31 zones). Au total, 29 zones présentent une alerte pour l'indicateur "haute circulation", 4 zones pour l'indicateur "augmentation rapide" et 11 zones pour l'indicateur "tendance à la hausse". La région de Mornimont a les trois indicateurs en alerte, Amay et Froyennes ont connu une augmentation soutenue depuis au moins deux semaines.

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

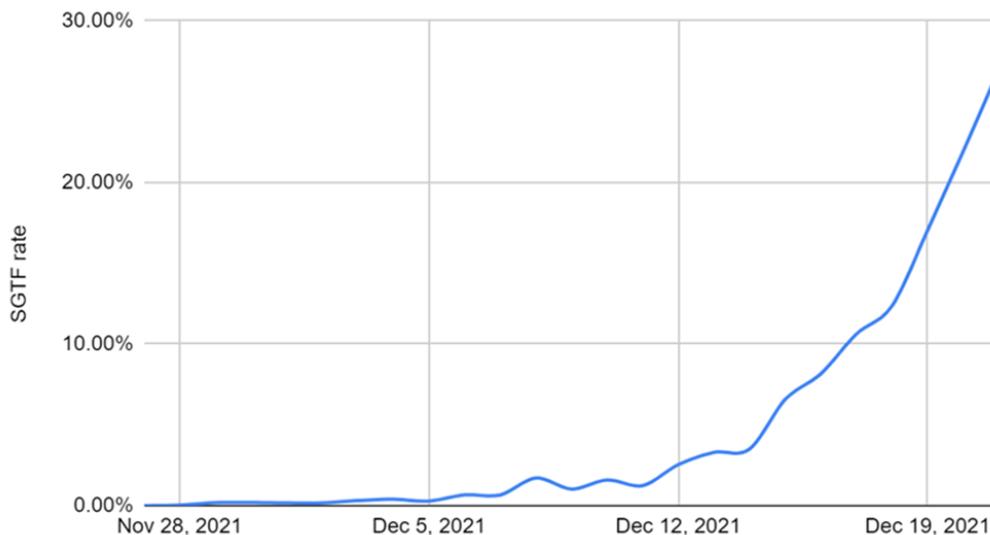


Plus d'informations sur la méthodologie et l'analyse des résultats sont disponibles dans un [Rapport hebdomadaire](#).

### **Variants du virus** (Source : NRC)

Au cours de la période du 6 au 19 décembre, un total de 1 323 échantillons ont été analysés dans le cadre de la surveillance de base, le variant Delta étant toujours identifié dans la majorité des cas (source NRC). Cependant, ces résultats reflètent la situation avec un retard d'au moins une semaine. En revanche, l'analyse des laboratoires de la plateforme fédérale montrant la proportion de PCR positives avec une délétion du gène S est plus rapide et indique une augmentation importante et rapide du nombre d'échantillons présentant cette caractéristique, jusqu'à 27% le 21 décembre (Figure 22). Au cours de la semaine 50, 96 % de ces échantillons ont été confirmés comme étant Omicron.

Figure 22 : Evolution de la proportion d'échantillons avec un S-gene drop out (SGTF) en Belgique depuis le 28/11/2021 (données des 8 laboratoires de la plateforme fédérale).



Omicron est en hausse dans le monde entier, avec également une augmentation très rapide en Europe occidentale. Au Royaume-Uni, plus de la moitié des infections sont déjà dues à au variant Omicron, et à Londres, ce chiffre dépasse même les 80 %. Le Danemark rapporte également une forte augmentation.

Il est désormais démontré que le variant Omicron présente un avantage de croissance très important par rapport au Delta, mais des doutes subsistent quant à la mesure dans laquelle ce variant est intrinsèquement plus contagieux. Il n'est pas non plus exclu que les variants Omicron et Delta vont co-circuler.

Les données sont encore insuffisantes pour conclure que la maladie est moins grave, mais rien ne prouve non plus qu'elle ne l'est pas. L'intervalle sériel (temps entre le contact avec l'index et l'apparition de symptômes chez un contact à haut risque) semble être plus court dans le cas d'une infection par Omicron que par Delta, ce qui signifierait qu'il y a beaucoup à gagner à limiter le nombre de contacts étroits.

La protection réduite offerte par les vaccins actuels (deux doses) semble être confirmée par les premières données épidémiologiques. Ces données confirment également qu'un vaccin de rappel renforce considérablement l'immunité mais que cette protection semble s'estomper rapidement, ce qui est inquiétant.

On s'attend à ce que la proportion accrue du variant Omicron (combinée à la protection décroissante de la vaccination au fil du temps) entraîne une augmentation significative des infections par le COVID-19 en Belgique, et probablement aussi un nombre accru d'hospitalisations et de décès, si aucune mesure supplémentaire n'est prise.

Etant donné que le variant Omicron est maintenant responsable de plus de 20 % des infections en Belgique, avec une croissance exponentielle, une liste de pays à haut risque de VOC n'a plus de sens. La plupart des infections sont contractées en Belgique, et les restrictions de voyage pour les pays à risque auront peu d'impact. Cependant, une politique stricte de testing et de quarantaine pour tous les voyageurs est toujours recommandée, en particulier pour les pays hors UE/Schengen où la surveillance des variants circulants est limitée.

De plus amples informations sur les connaissances et la situation actuelle dans le monde sont disponibles à l'Annexe 1.

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

## PROVINCES

La situation épidémiologique au niveau des provinces/régions reflète toujours la situation au niveau national, la tendance est globalement à la baisse pour tous les indicateurs dans toutes les provinces/régions (voir également les Annexes 2 et 3).

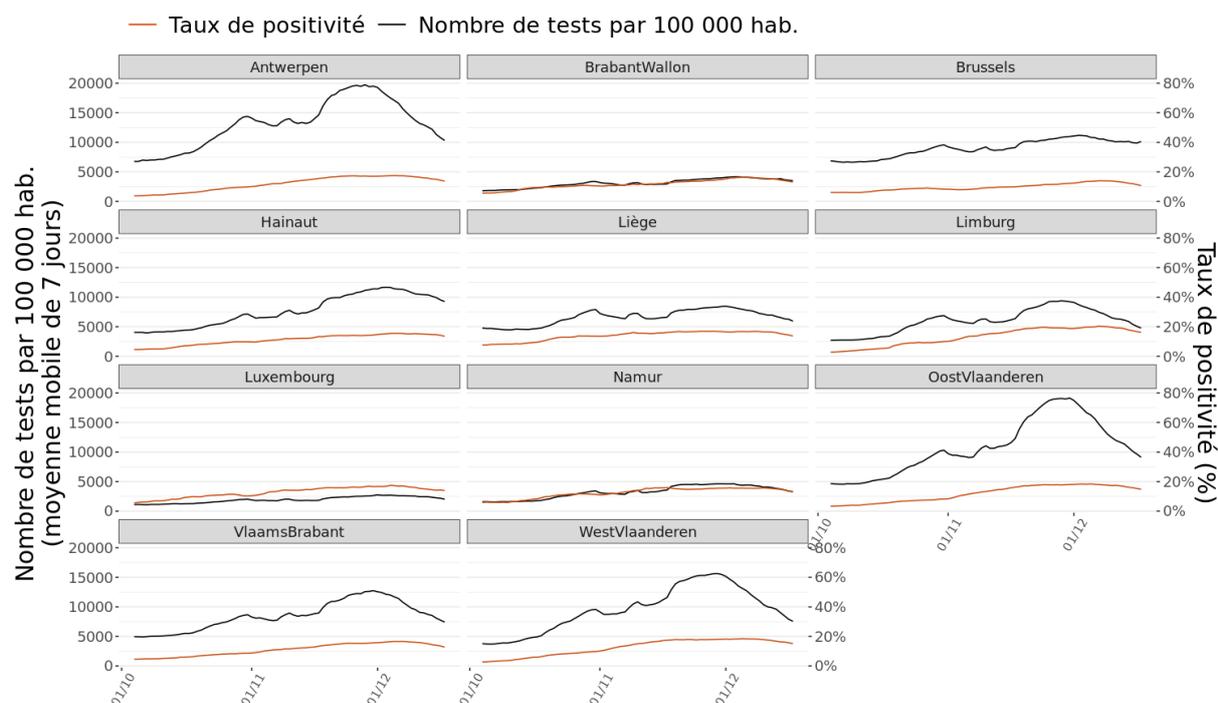
### Indicateurs liés au nombre de cas :

Tous les indicateurs liés au nombres de cas (incidence cumulée sur 14 jours, Rt et PR) diminuent encore dans toutes les provinces/régions, Le nombre de tests effectués est également en diminution dans toutes les provinces, mais reste stable en Région bruxelloise (Figure 23).

### Indicateurs liés aux hospitalisations :

L'incidence sur 7 jours pour le nombre d'hospitalisations diminue à présent dans la plupart des provinces, sauf en province du Luxembourg et en Région bruxelloise où elle augmente légèrement. Le nombre de lits occupés aux soins intensifs a diminué dans l'ensemble des provinces/régions. L'occupation des soins intensifs reste néanmoins élevée avec 30 à 42 % des lits encore occupés par des patients COVID-19.

Figure 23 : 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 12 – 18/12/2021	Infections incidence sur 14j pour 100 000	% Augmentation du nombre de cas	Nombre de tests pour 100 000	Rt (cas)	PR	Hospitalisati ons incidence sur 7j pour 100 000 <sup>8</sup>	Occupation USI	Temps doublement/ division	Niveau d'alerte
<b>Belgique</b>	<b>1 293</b>	<b>-36 %</b>	<b>4 481</b>	<b>0,736</b>	<b>12,8 %</b>	<b>11,9</b>	<b>36 %</b>	<b>-14</b>	<b>5</b>
Antwerpen	1 168	-39 %	3 750	0,708	13,1 %	10,1	34 %	-15	5
Brabant wallon	1 584	-33 %	5 896	0,750	12,3 %	3,4	30 %	-11	5
Hainaut	1 293	-27 %	4 634	0,790	13,2 %	13,0	32 %	-13	5
Liège	1 068	-35 %	3 667	0,744	13,2 %	14,5	33 %	-13	5
Limburg	1 350	-45 %	3 609	0,666	15,4 %	11,5	37 %	-17	5
Luxembourg	1 392	-31 %	4 849	0,765	13,6 %	10,4	33 %	27	5
Namur	1 320	-37 %	4 470	0,721	12,4 %	10,9	38 %	-6	5
Oost-Vlaanderen	1 328	-40 %	4 044	0,704	14,1 %	10,7	35 %	-9	5
Vlaams-Brabant	1 246	-39 %	4 402	0,715	12,3 %	6,0	37 %	-14	5
West-Vlaanderen	1 433	-41 %	4 231	0,698	14,7 %	16,4	42 %	-11	5
Région Bruxelles- Capitale	1 231	-23 %	5 880	0,851	10,2 %	18,0	38 %	inf	5
Deutschsprachige Gemeinschaft	944	-48 %	2 805	0,650	13,3 %	14,1	NA	NA	5

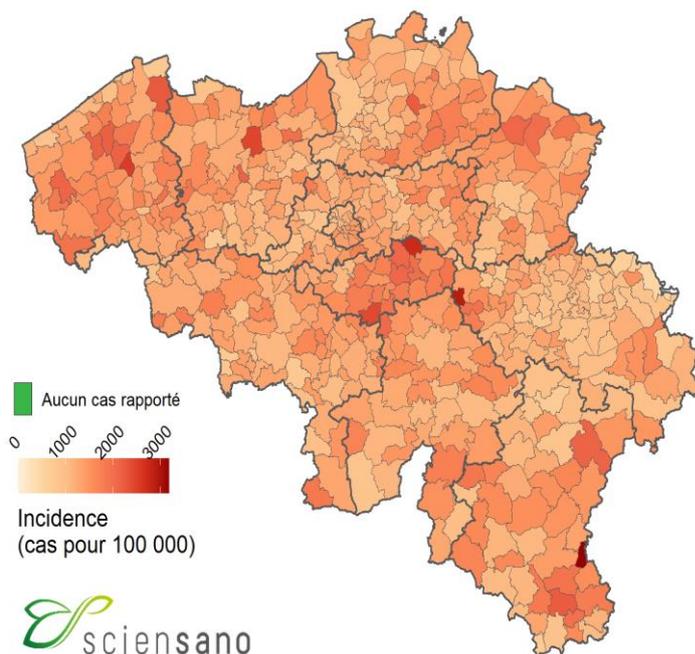
<sup>8</sup> Données de la semaine 50 (du 13 au 19 décembre 2021).

## COMMUNES

L'Annexe 4 montre les communes par province en fonction de l'incidence cumulée sur 14 jours et du taux de positivité. Le nombre de communes présentant une tendance à la hausse (signal d'alerte basé sur différents indicateurs, indiquées par un astérisque rouge) reste faible (=9).

La Figure 24 représente les incidences par commune. La différence est maintenant moins grande entre les communes de Flandre et celles de la Wallonie, avec quelques valeurs plus élevées réparties sur plusieurs provinces. Il y a encore une commune dont l'incidence est supérieure à 3 000/100 000. Dans 58 communes, l'incidence est inférieure à 1 000/100 000 (comparé à 11 la semaine dernière) et une commune n'a à nouveau enregistré aucun cas au cours des 14 derniers jours.

Figure 24 : 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 :

Emmanuel André (UZ Leuven), Emmanuel Bottieau (ITG), Géraldine De Muylder (Sciensano), Achille Djiena (AViQ), Naima Hammami (Zorg en Gezondheid), Niel Hens (UAntwerpen/UHasselt), Anthony Kets (Onderwijs Vlaanderen), Yves Lafort (Sciensano), Valeska Laisnez (Sciensano), Tinne Lernout (Sciensano), Quentin Mary (SSMG), Geert Molenberghs (UHasselt-KULeuven), 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 : État des lieux Omicron - 21 décembre 2021

### Distribution mondiale

Omicron continue de s'étendre dans le monde entier. Au 21 décembre, 19 059 échantillons confirmés d'Omicron ont été signalés dans la base de données GISAID, provenant de 78 pays différents. Le plus grand nombre d'échantillons est maintenant originaire du Royaume-Uni (12 262), de l'Afrique du Sud (1 440) et des États-Unis (1 369). Selon le CDC, le variant Omicron représentait 73 % de tous les cas de COVID-19 aux États-Unis le 18 décembre, par rapport à 13 % la semaine précédente.

### Distribution en Europe occidentale

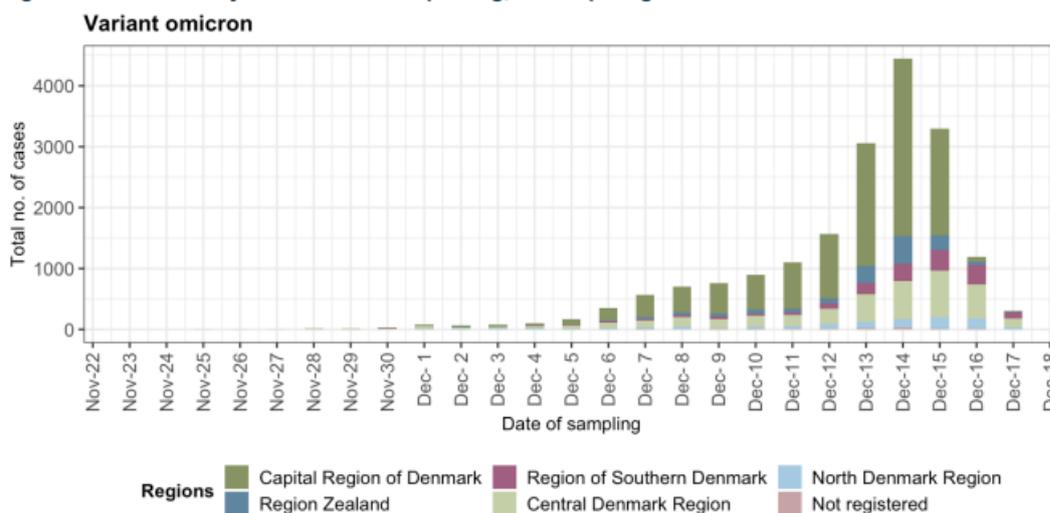
Parmi les pays d'Europe occidentale qui ont analysé un nombre substantiel d'échantillons, la Norvège a proportionnellement soumis la plus grande part d'échantillons Omicron à la base de données GISAID au cours des 4 dernières semaines (25,6%), suivie par l'Irlande (12%) et l'Autriche (7,3%). Pour la Belgique, ce chiffre était de 5,6 %. Toutefois, il ne s'agit pas nécessairement d'un échantillon représentatif de tous les tests positifs.

En Angleterre, on observe une forte augmentation à la fois du nombre de cas confirmés d'Omicron et du nombre d'échantillons présentant un SGTF, indicateur d'une infection probable d'Omicron. Le temps de doublement est inférieur à 2 jours. Le 16 décembre, 67% des échantillons examinés présentaient un SGTF, et à Londres, ce chiffre atteignait 86%. Plus de 99% des échantillons SGTF sont maintenant Omicron.

Au Danemark, un autre pays doté d'un système de surveillance étendu, le nombre de cas d'Omicron augmente également rapidement. Au cours de la semaine du 9 au 15 décembre, 37,8 % des échantillons analysés étaient Omicron (sur la base du séquençage ou du SGTF), comparé à 12,2 % la semaine précédente et 1,5 % la semaine d'avant. Le 15 décembre, la proportion d'Omicron était déjà de 45,3 %.

Figure 1. Number of new Omicron cases per day, by region\*

Figur 1. Samlet antal nye omikrontilfælde per dag, fordelt på region\*



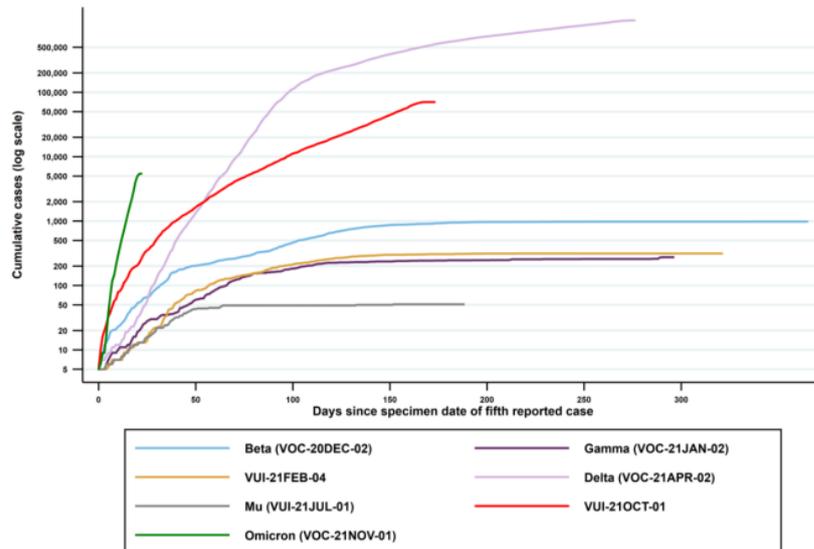
\*The number of cases for the past few days are associated with some uncertainty due to data delays.

\*Antal tilfælde for de sidste dage forbundet med en del usikkerhed, da der kan forekomme forsinkelser i data.

## Contagiosité et avantage de croissance sur Delta

L'avantage majeur de croissance d'Omicron par rapport à Delta est maintenant incontesté. Au Royaume-Uni, le nombre de cas d'Omicron augmente beaucoup plus rapidement que pour les variants précédents.

Figure 1. Cumulative cases in England of variants indexed by days since the fifth reported case as of 13 December 2021



Le dernier rapport technique du UK Health Security Agency indique que 18 % des cas index Omicron ont entraîné un cas secondaire dans le ménage, contre 10 % des cas index Delta. Un modèle de régression logistique multivarié a montré que le odds ratio ajusté pour la transmission au sein du foyer par un cas index Omicron était de 2,9 (95%CI 2,4-3,5,  $p < 0,001$ ) par rapport aux cas index Delta. En outre, le nombre de cas secondaires ("taux d'attaque secondaire"), dans les foyers et en dehors des foyers, signalé par le NHS était plus élevé pour Omicron que pour Delta (16 % contre 10 % pour les contacts familiaux et 9 % contre 3 % pour les contacts hors foyer). Ici, l'odds ratio ajusté par rapport à Delta était de 1,96 (IC à 95 % : 1,77-2,16).

Si le grand avantage de croissance d'Omicron par rapport à Delta est bien établi, on ne sait toujours pas dans quelle mesure cela est dû à une contagiosité intrinsèquement plus importante d'Omicron, et dans quelle mesure cela est dû à une moindre sensibilité à l'immunité existante.

Selon la modélisation du LSHTM, en fonction de différents scénarios concernant le degré d'échappement immunitaire et l'efficacité du vaccin de rappel, les estimations varient entre 5-10% de moins de transmissibilité que Delta, pour le scénario avec échappement immunitaire plus élevée, et 30-35% de plus de transmissibilité que Delta, pour le scénario avec échappement immunitaire plus faible.

La modélisation du professeur Tom Wenseleers semble 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.

La UK Health Security Agency considère toujours que le variant est **au moins aussi contagieux que le variant Delta, mais avec un faible degré de certitude.**

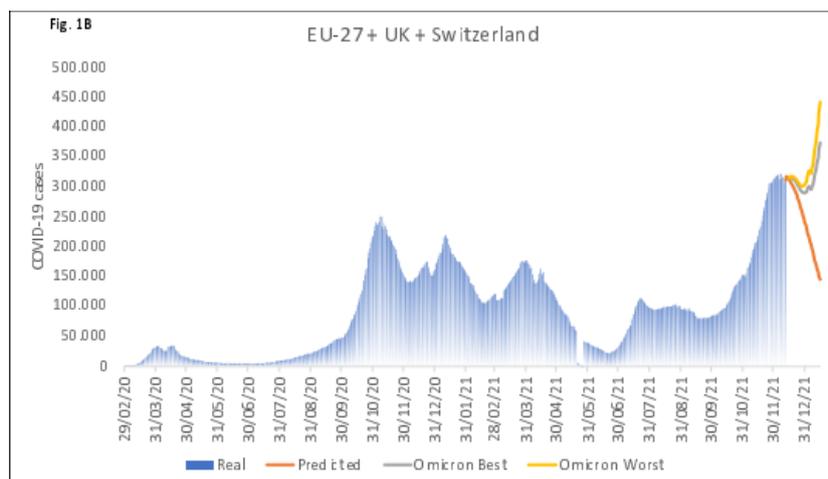
### Impact possible sur le nombre d'infections

Différentes approches de modélisation ont déjà estimé l'impact possible sur l'évolution des taux d'infections.

La modélisation susmentionnée du LSHTM prévoit dans tous les scénarios un pic d'infections en Angleterre à partir de la fin décembre 2021, dépassant les niveaux de pointe enregistrés lors de la vague de janvier 2021.

Un autre exercice de modélisation a estimé l'impact d'Omicron sur la propagation du COVID-19 dans l'UE, au Royaume-Uni et en Suisse. Dans le meilleur et le pire des scénarios, le modèle prévoit une augmentation significative, comprise entre 103 % et 203 %, par rapport au parcours prévu sans Omicron.

**Figure 1:** Trends in COVID-19 daily new infections with a seven-day moving average observed and expected in A) South Africa and B) EU-27 countries + UK + Switzerland

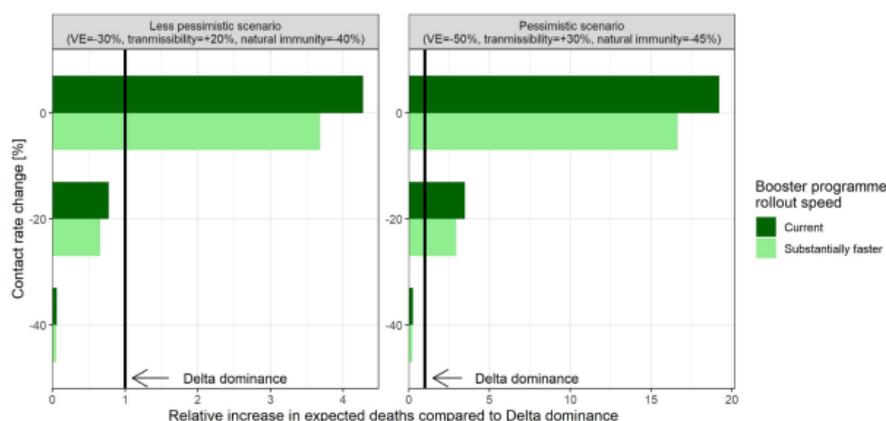


### Évolution de la maladie et impact éventuel sur les admissions à l'hôpital

Pour l'instant, les données sont encore insuffisantes pour pouvoir se prononcer sur une éventuelle évolution plus sévère ou plus légère de la maladie.

L'ECDC a modélisé l'augmentation attendue de la mortalité lorsque Omicron sera dominant par rapport à la période où Delta était dominant, ainsi que l'effet possible d'un déploiement accéléré de la vaccination de rappel et de restrictions plus strictes en matière de contact. La conclusion est qu'une vaccination de rappel accélérée est insuffisante à elle seule.

**Figure 8. Change in COVID-19-related fatalities resulting from a dominant Omicron VOC in the EU/EEA between December 2021 and March 2022 when implementing a faster booster vaccine roll-out across different non-pharmaceutical interventions**



Une première analyse du profil des 785 premiers cas d'Omicron au Danemark ne montre aucune différence dans le risque d'hospitalisation par rapport aux infections Delta au cours de la même période, mais il convient de noter qu'il s'agit encore d'un nombre très faible (9) d'hospitalisations dues à Omicron.

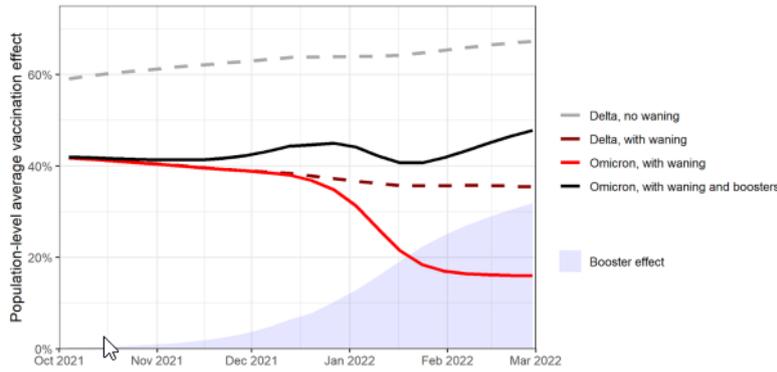
### Résistance à l'immunité (naturelle et/ou acquise par vaccination)

Plusieurs études in vitro et de modélisation ont déjà montré une efficacité réduite de la vaccination contre l'Omicron (voir l'avis précédent du RAG). Une récente modélisation réalisée par l'Imperial College prévoyait une réduction de la protection vaccinale contre la maladie grave de 96,5 % contre Delta à 80,1 % contre Omicron, 60 jours après le vaccin de rappel. Sans le rappel, la protection tomberait de 78,7 % à 35,2 % 180 jours après une vaccination Pfizer à deux doses.

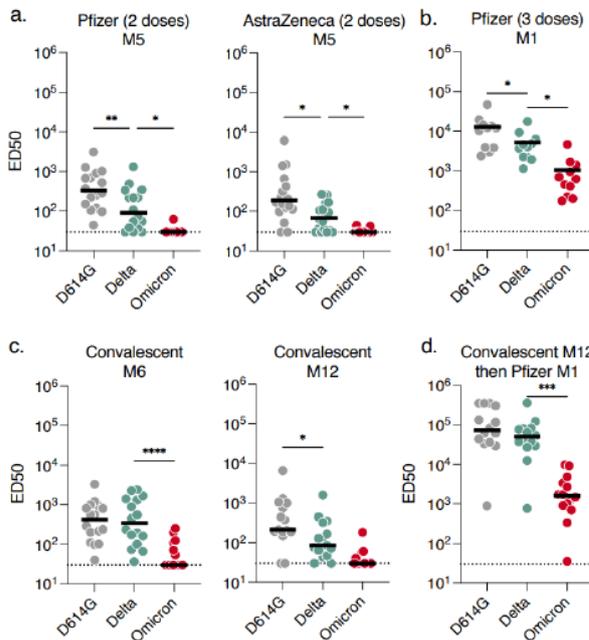
Vaccine	Variant	90d pd2	180d pd2	30d pb	60d pb	90d pb
<i>Efficacy against mild disease</i>						
AZ-PF	Delta	39 (37.9-40.6)	18.9 (17.3-22.2)	86.4 (85.4-87.4)	81.2 (79.7-82.7)	74.7 (72.4-76.8)
AZ-PF	Omicron	8.6 (7.1-10.6)	3.3 (2.7-4.4)	48.4 (43.1-53.5)	38.9 (33.9-44)	30.2 (25.8-35)
PF-PF	Delta	61.6 (60.2-62.9)	36.9 (34.3-41.3)	86.4 (85.4-87.4)	81.2 (79.7-82.7)	74.7 (72.4-76.8)
PF-PF	Omicron	19.1 (15.9-22.7)	7.9 (6.4-10.2)	48.4 (43.1-53.5)	38.9 (33.9-44)	30.2 (25.8-35)
<i>Efficacy against severe disease</i>						
AZ-PF	Delta	80.2 (79.4-81.3)	59.6 (57.1-64.3)	97.6 (97.4-97.8)	96.5 (96.1-96.8)	94.9 (94.3-95.5)
AZ-PF	Omicron	37.3 (32.3-42.9)	17.8 (14.8-22.4)	85.5 (82.6-87.9)	80.1 (76.3-83.2)	73.2 (68.6-77.3)
PF-PF	Delta	91 (90.5-91.5)	78.7 (76.7-81.7)	97.6 (97.4-97.8)	96.5 (96.1-96.8)	94.9 (94.3-95.5)
PF-PF	Omicron	59.8 (54.3-65.1)	35.2 (30-41.7)	85.5 (82.6-87.9)	80.1 (76.3-83.2)	73.2 (68.6-77.3)
<i>Efficacy against death</i>						
AZ-PF	Delta	88.3 (87.7-89.1)	73.4 (71.2-77.1)	98.7 (98.6-98.8)	98.1 (97.9-98.3)	97.2 (96.9-97.5)
AZ-PF	Omicron	52.6 (47.1-58.4)	28.9 (24.5-35.1)	91.7 (89.9-93.2)	88.3 (85.8-90.3)	83.7 (80.4-86.5)
PF-PF	Delta	95 (94.6-95.3)	87.4 (86-89.3)	98.7 (98.6-98.8)	98.1 (97.9-98.3)	97.2 (96.9-97.5)
PF-PF	Omicron	73.6 (68.9-77.7)	50.4 (44.6-57.4)	91.7 (89.9-93.2)	88.3 (85.8-90.3)	83.7 (80.4-86.5)

L'ECDC a également modélisé l'effet éventuel d'Omicron sur la protection par la vaccination, prévoyant également une forte réduction, due à la combinaison de la baisse de l'immunité et de la réduction de la protection contre le variant Omicron.

**Figure 7. The population-level vaccination effect against infection over time, averaged across the population in the EU/EEA**



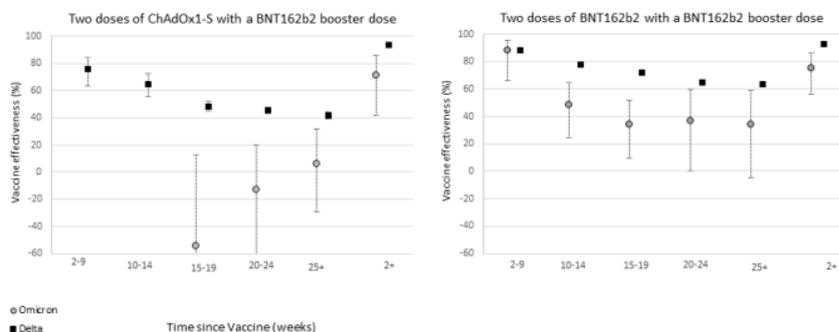
Les recherches menées par le CNR en Belgique sur des personnes vaccinées ou guéries confirment également que le variant Omicron est partiellement ou totalement résistant aux anticorps neutralisants. Le sérum des personnes vaccinées 5 mois après une vaccination complète avec Pfizer ou AZ n'a montré pratiquement aucune protection contre Omicron (voir figure ci-dessous). Le sérum de personnes 6 à 12 mois après infection a montré une activité neutralisante faible ou nulle. Tant la vaccination de rappel avec Pfizer que la vaccination après une infection entraînent une neutralisation, mais avec des titres 5 à 31 fois inférieurs pour Omicron par rapport à Delta.



Il est encore trop tôt pour faire des déclarations sur l'efficacité du vaccin (VE) sur la base de données épidémiologiques, mais les premières estimations en Angleterre montrent une VE significativement plus faible contre l'infection Omicron symptomatique que contre l'infection Delta. Néanmoins, une efficacité vaccinale modérée à 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 contre la maladie grave d'Omicron, 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 restaurée après le renforcement de l'ARNm est actuellement inconnue.

**Figure 7: Vaccine effectiveness against symptomatic diseases by period after dose 1 and dose 2 for Delta (black squares) and Omicron (grey circles) for (A) recipients of 2 doses of AstraZeneca vaccine as the primary course and a Pfizer as a booster<sup>1</sup> and (B) recipients of 2 doses of Pfizer vaccine as the primary course and a Pfizer as a booster**

Supplementary data are not available for this figure.



Dans l'analyse du profil des 785 premiers cas d'Omicron au Danemark, la proportion d'infections Omicron survenues chez des personnes totalement vaccinées (76 %) était supérieure à la proportion d'infections Delta sur la même période (50 %). C'était également le cas pour la proportion de personnes ayant déjà reçu un vaccin de rappel (7,1% contre 3,2%).

La UK Health Security Agency conclut toujours, avec un degré élevé de certitude, qu'Omicron présente une réduction de la protection immunitaire contre les infections (mais pas encore de données sur la protection immunitaire contre d'autres maladies).

## Traitement

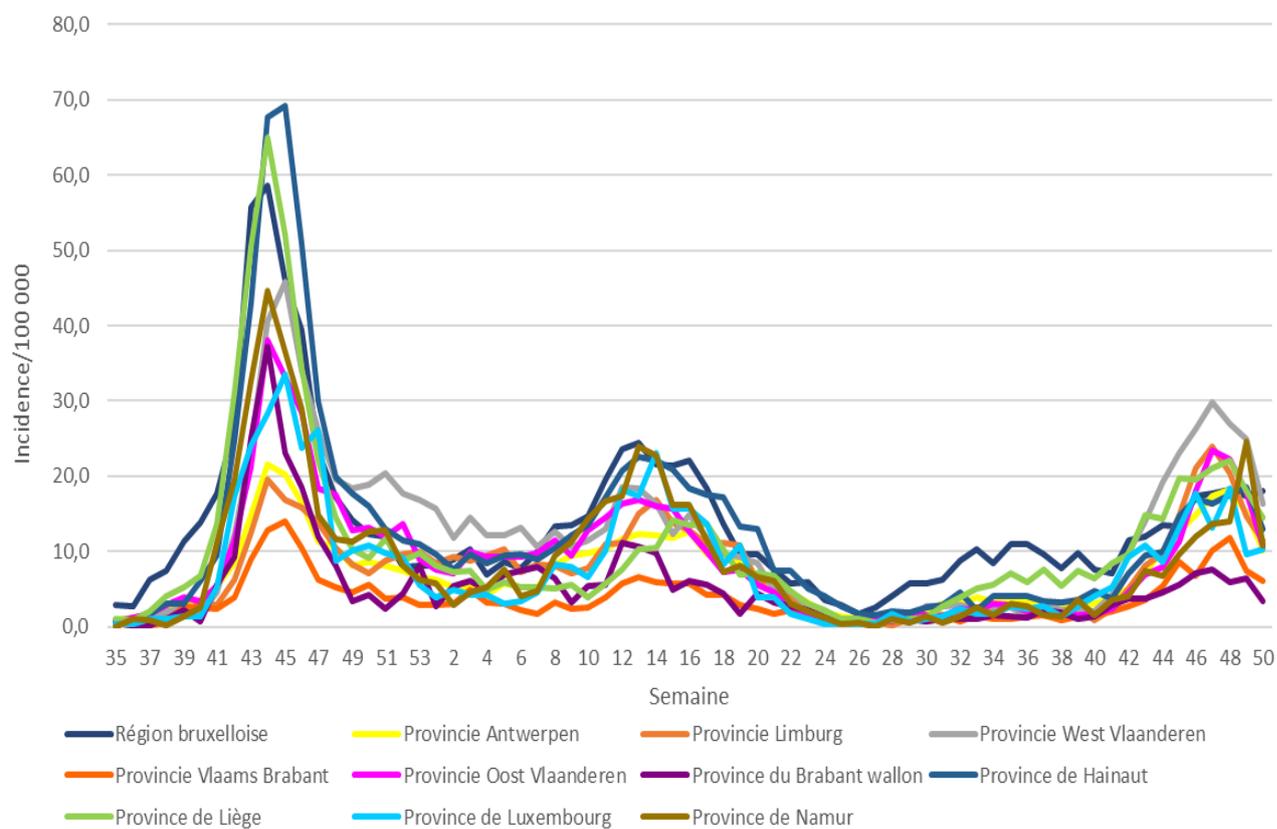
Il est encore trop tôt pour se prononcer définitivement sur l'efficacité réduite des traitements actuellement disponibles, mais les mutations qui peuvent l'indiquer sont préoccupantes, notamment en ce qui concerne l'efficacité des anticorps monoclonaux humains. Il est encourageant de constater qu'un de ces traitements (avec le sotrovimab) semble déjà efficace contre Omicron.

**Sources:** GISAID - hCov19 Variants; SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation (publishing.service.gov.uk); rapport-omikronvarianten-16122021-fk3t.pdf (ssi.dk); Ridhwaan Suliman (@rid1tweets) / Twitter; SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation (publishing.service.gov.uk); 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); [https://github.com/tomwenseleers/newcovid\\_belgium/blob/main/omicron\\_growth%20rate%20advantage%20sgtf%20data.R](https://github.com/tomwenseleers/newcovid_belgium/blob/main/omicron_growth%20rate%20advantage%20sgtf%20data.R); 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); Mia Malan on Twitter: "BREAKING [Thread]: 1. SA's first real-world data on #Pfizer's #COVID19 jab's protection @ #Omicron infection + hospitalisation via @Discovery\_SA + @MRCza Note: This is data from the 1st 3 weeks of the outbreak, so it might change - regard it as preliminary real-world data <https://t.co/7sfPzarZIX>" / Twitter; Minimal cross-over between mutations associated with Omicron variant of SARS-CoV-2 and CD8+ T cell epitopes identified in COVID-19 convalescent individuals | bioRxiv; Prof. T. Wenseleers - Transmission advantage and epidemiological features of the SARS-CoV-2 Omicron variant; Epidemiological characterisation of the first 785 SARS-CoV-2 Omicron variant cases in Denmark, December 2021 (icpcovid.com); <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.12.14.472630v1>.

## Annexe 2 : Nombre de nouvelles hospitalisations/100 000 habitants par semaine et par province, semaines 35/2020 à 50/2021

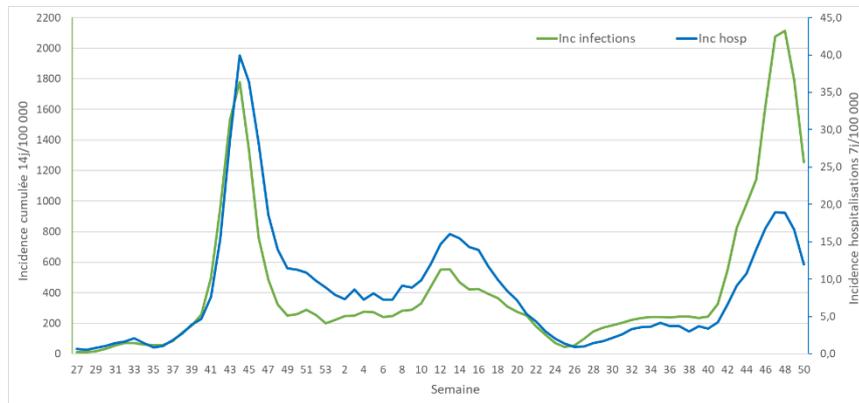
La figure ci-dessous ne tient pas compte du nombre de lits disponibles dans une province ; ce suivi est assuré par le groupe "Surge capacity".



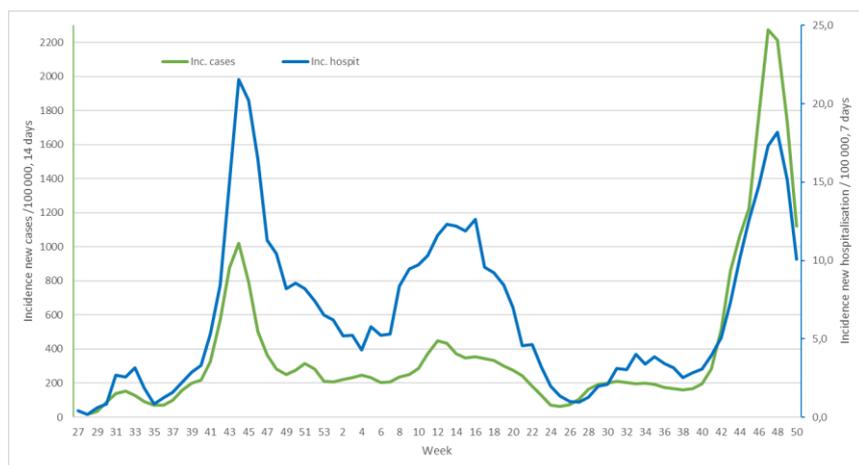
## Annexe 3 : Evolution de l'épidémie par province pour les nouvelles infections et les nouvelles hospitalisations

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

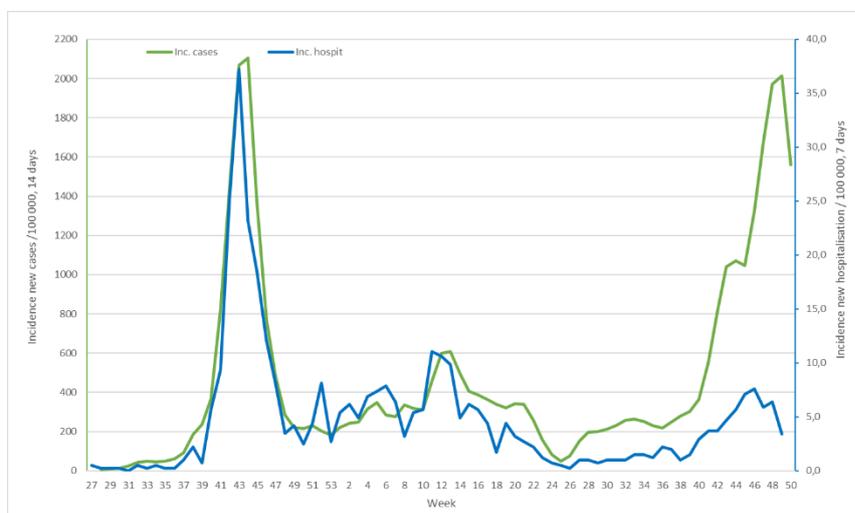
### Belgique



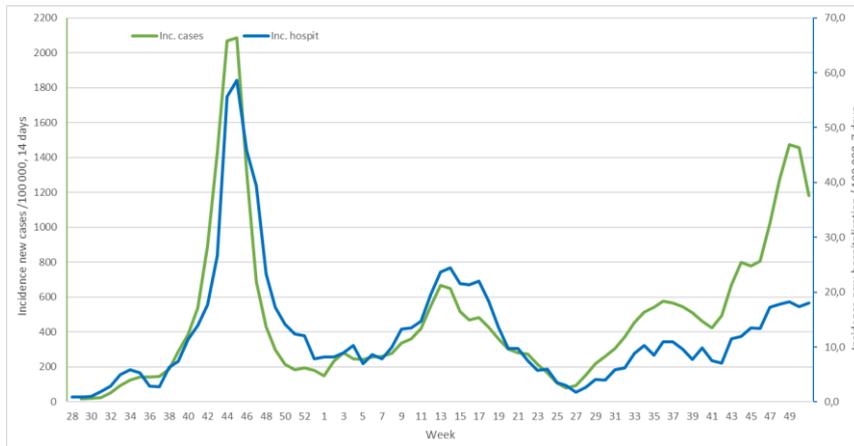
### Antwerpen



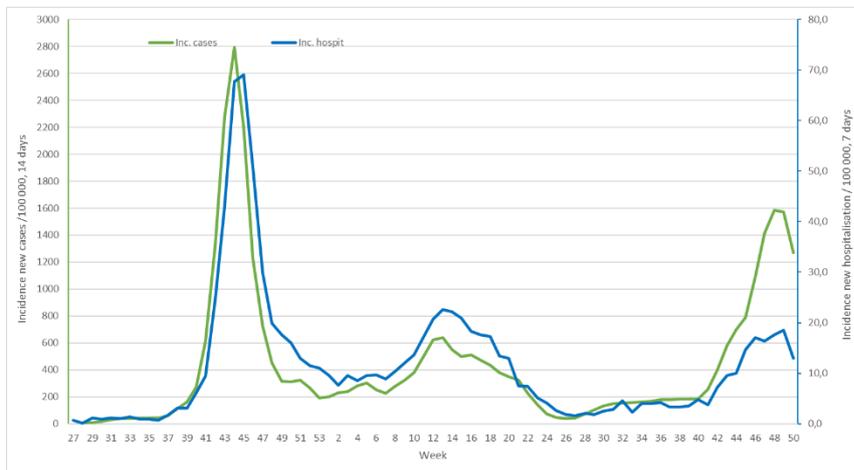
### Brabant wallon



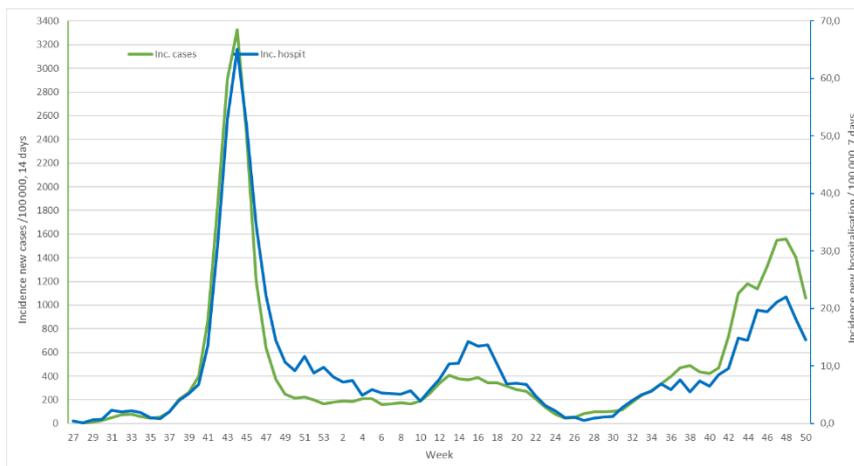
## Brussels



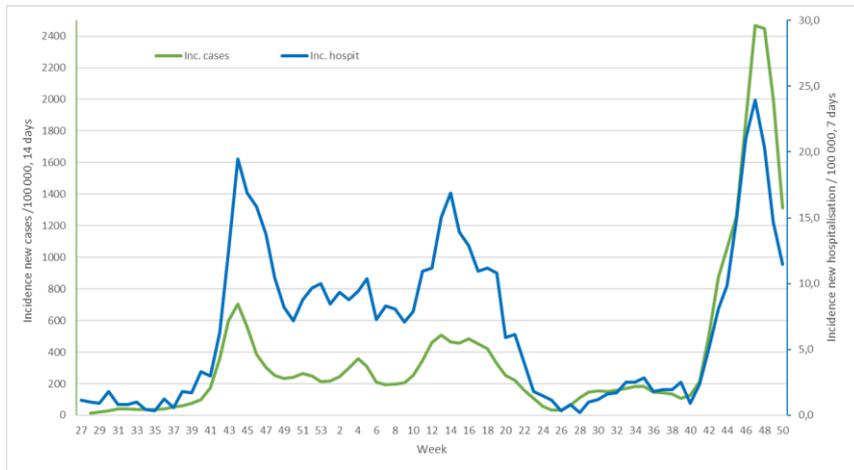
## Hainaut



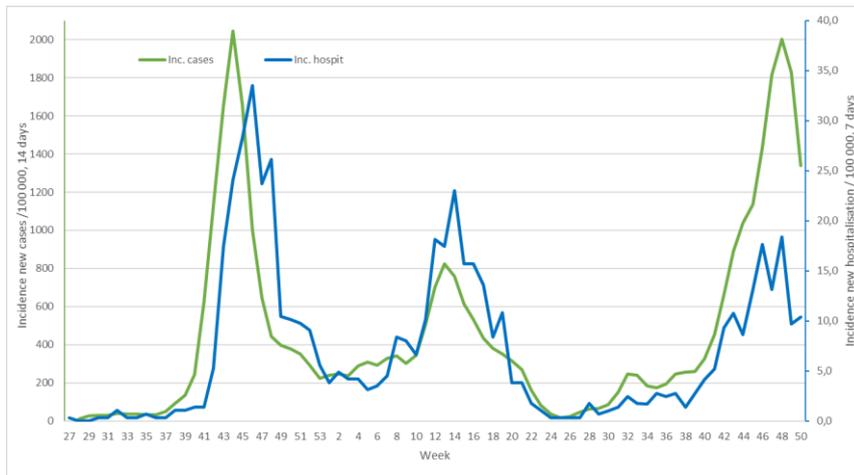
## Liège



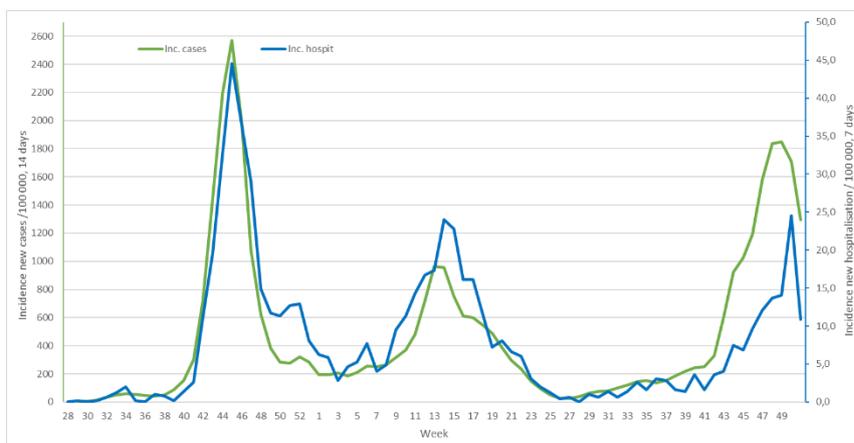
## Limburg



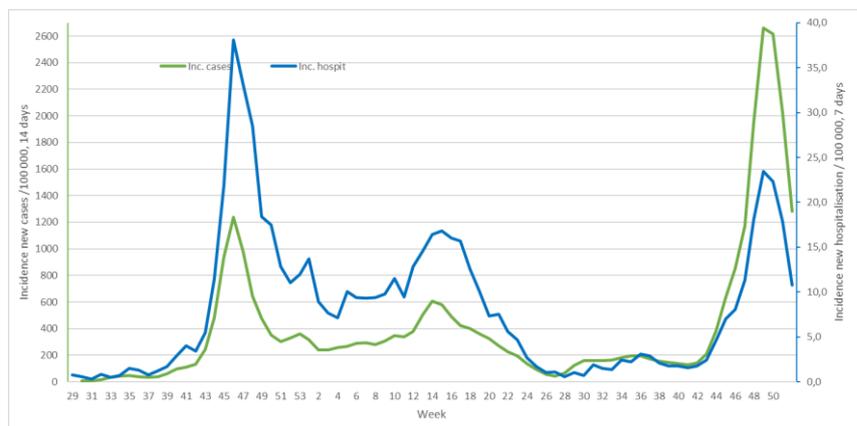
## Luxembourg



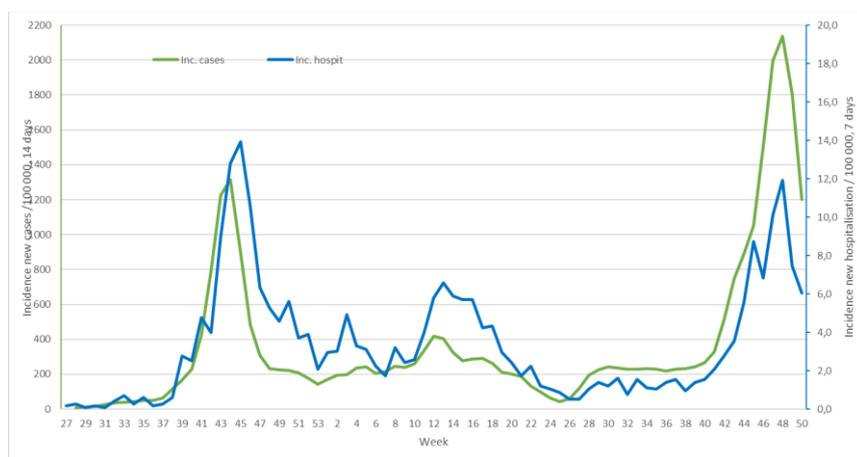
## Namur



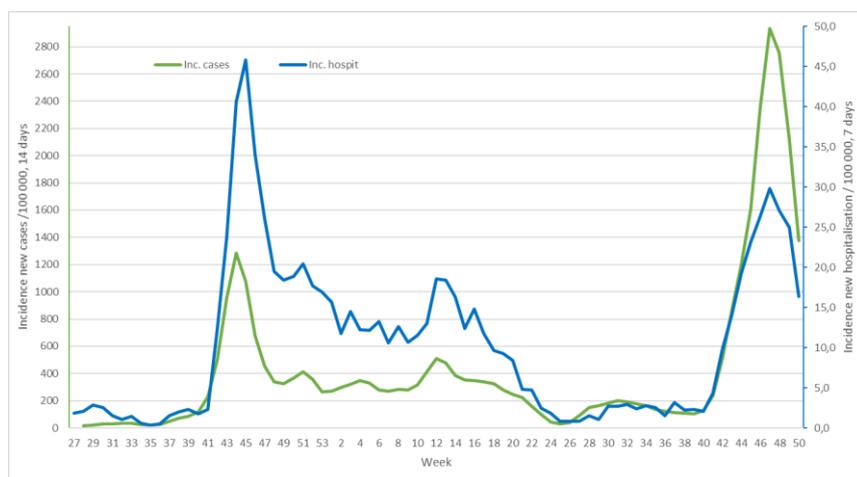
## Oost-Vlaanderen



## 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.

