

Evaluation de la situation épidémiologique

RAG 19/01/2022

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

Comme attendu, l'interprétation des indicateurs liés aux infections et au taux de positivité (PR) devient plus difficile dans le contexte actuel de changement de la stratégie de testing, où les contacts à haut risque asymptomatiques ne sont plus testés, sauf par autotest. La semaine passée était cependant encore une semaine de transition, les contacts à haut risque de la semaine précédente pouvant encore utiliser les codes reçus précédemment pour un test.

La nouvelle stratégie de test a permis de stabiliser le nombre de tests réalisés et d'éviter que la capacité de test ne soit dépassée. On constate encore une forte augmentation du nombre de tests effectués pour les personnes présentant des symptômes, mais celle-ci est compensée par une diminution importante des tests effectués pour les contacts à haut risque. L'augmentation du nombre de tests concerne principalement les enfants et les adolescents (< 20 ans), ce qui est en accord avec la rentrée scolaire, avec une forte augmentation des infections observée pour cette tranche d'âge (surtout pour les 13-18 ans). Cela se traduit également par une forte augmentation du nombre d'infections dans les écoles (surtout dans les écoles secondaires) et un grand nombre de (gros) clusters, entraînant la fermeture de classes et d'écoles, souvent aussi en raison d'absence de personnel enseignant.

Malgré la stabilisation du nombre de tests effectués, on observe toujours une forte augmentation du nombre de cas rapportés. Cette augmentation est néanmoins plus lente que ces dernières semaines, mais cela n'est pas dû à une moindre circulation du virus, mais à une détection de moins d'infections. En outre, de plus en plus d'autotests sont utilisés pour remplacer les tests PCR ou RAT effectués par un prestataire de soins. Si les résultats positifs ne sont pas déclarés (via le centre d'appel ou un médecin généraliste), ils ne sont pas inclus dans les infections enregistrées. Ce chiffre est donc une très forte sous-estimation du nombre réel d'infections. Le PR très élevé et toujours en augmentation, tant pour les personnes présentant des symptômes que pour les asymptomatiques, témoigne de la très forte circulation du virus. Le PR a également augmenté (jusqu'à 10 %) pour les personnes asymptomatiques sans exposition connue à un cas positif, telles que les personnes effectuant un test de dépistage (par exemple pour une hospitalisation pour une raison autre que le COVID-19) ou un test payant (pour un voyage ou un CST). Les personnes asymptomatiques, dont 10 à 40 % sont donc infectées (en fonction de l'âge et d'une éventuelle exposition connue ou non) contribuent à une propagation rapide du virus.

Le nombre d'hospitalisations continue également d'augmenter, mais toujours moins rapidement que le nombre de nouvelles infections, comme cela est également signalé dans d'autres pays. Les observations suivent pour le moment le scénario le plus favorable des modèles les plus récents de l'Université d'Hasselt et de l'Université d'Anvers (voir note technique du consortium SIMID, 5 janvier 2022). Cela semble être le résultat à la fois d'une protection élevée de la vaccination contre les infections graves (surtout après une dose de rappel) et d'une forte réduction du nombre de contacts étroits entre les personnes, potentiellement parce que les personnes sont devenues plus prudentes, mais aussi parce que davantage de personnes sont en isolement ou en quarantaine. Cependant, outre les hospitalisations dues au COVID-19, on observe également une forte augmentation des admissions de personnes pour une autre raison, mais qui sont infectées par le virus du SARS-CoV-2. Ces patients génèrent également une charge de travail supplémentaire dans les hôpitaux, car ils doivent être isolés (éventuellement répartis dans différents services) et davantage de précautions doivent être prises pour protéger le personnel (équipement de protection individuelle, EPI), ce qui est fastidieux. L'absence de personnel pour cause de maladie ou de quarantaine exerce également une forte pression sur le système de soins. Tous ces facteurs conduisent à nouveau au report des soins non COVID. Par conséquent, même si le nombre de lits occupés dans l'unité de soins intensifs (USI) continue de diminuer, ce n'est donc pas le seul indicateur à prendre en compte pour évaluer la situation épidémiologique et décider d'éventuels assouplissements.

On observe également une tendance défavorable inquiétante dans les maisons de repos, avec une forte augmentation du nombre d'infections et de (gros) clusters, ainsi qu'une augmentation du nombre d'hospitalisations.

Le niveau d'alerte est toujours de niveau 5 au niveau national et pour toutes les régions/provinces et aucune amélioration n'est attendue dans les semaines à venir. Dans le contexte actuel, il est trop tôt pour envisager un quelconque assouplissement des mesures.

Classification de la décision au niveau national : niveau d'alerte le plus élevé, avec une nouvelle augmentation des infections et des hospitalisations.

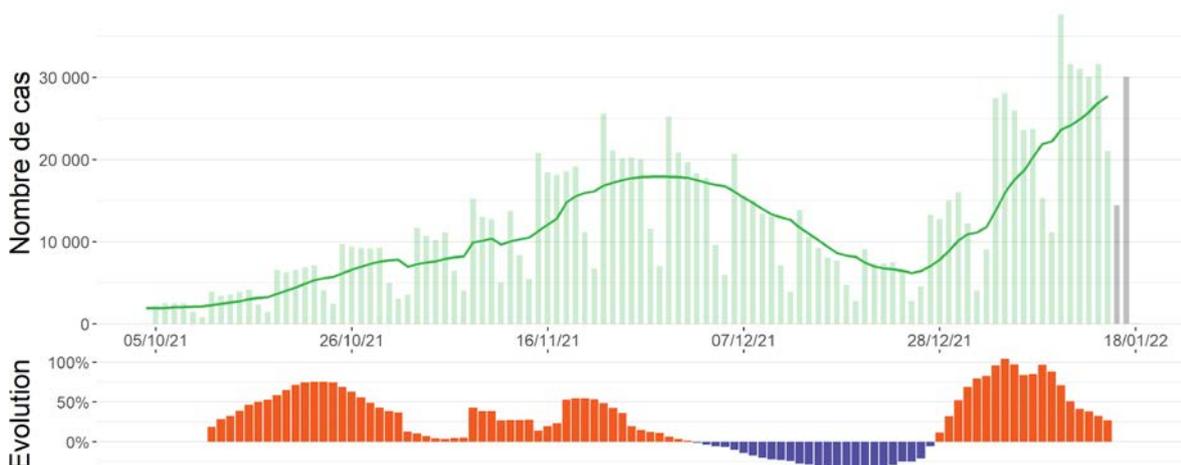
NIVEAU NATIONAL

Indicateurs d'intensité

Le nombre de nouvelles infections rapportées a continué à fortement augmenter au cours de la semaine du 9 au 15 janvier 2022, avec une moyenne de 27 761 nouvelles infections par jour, contre 21 910 la semaine précédente (+ 27 %) (Figure 1). Le 17 janvier (données non encore totalement consolidées), plus de 60 000 infections ont été rapportées.

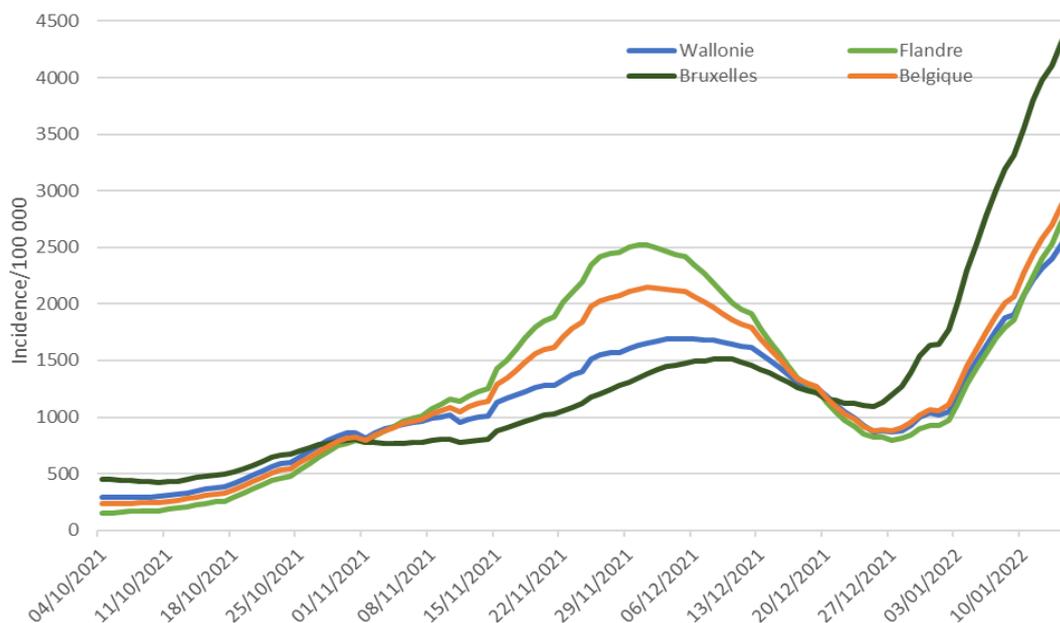
Le taux de reproduction (Rt) basé sur le nombre de nouvelles infections a diminué par rapport à la semaine précédente, passant de 1,447 à 1,183, mais reste élevé. En raison du changement de stratégie de test, il s'agit d'une diminution artificielle.

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



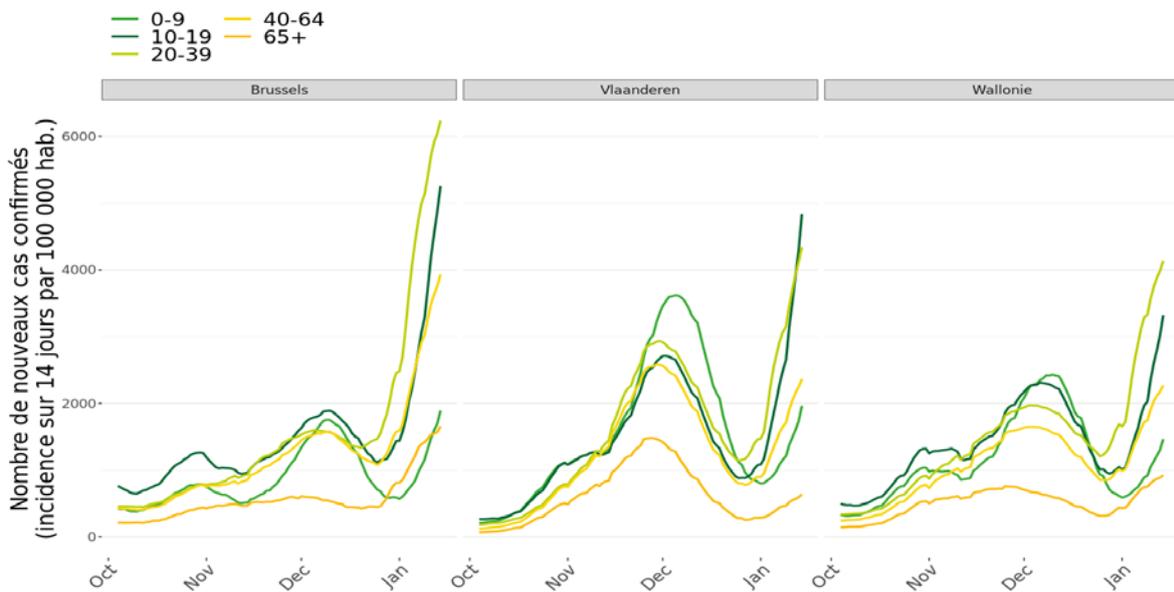
L'incidence cumulée sur 14 jours au niveau national est passée de 2 006/100 000 la semaine précédente à 3 018 cette semaine (Figure 2). L'augmentation est similaire en Flandre et en Wallonie, et reste plus prononcée à Bruxelles, où l'incidence est maintenant de 4 500/100 000.

Figure 2 : Incidence cumulée sur 14 jours pour 100 000, Belgique et par région, depuis 04/10/2021



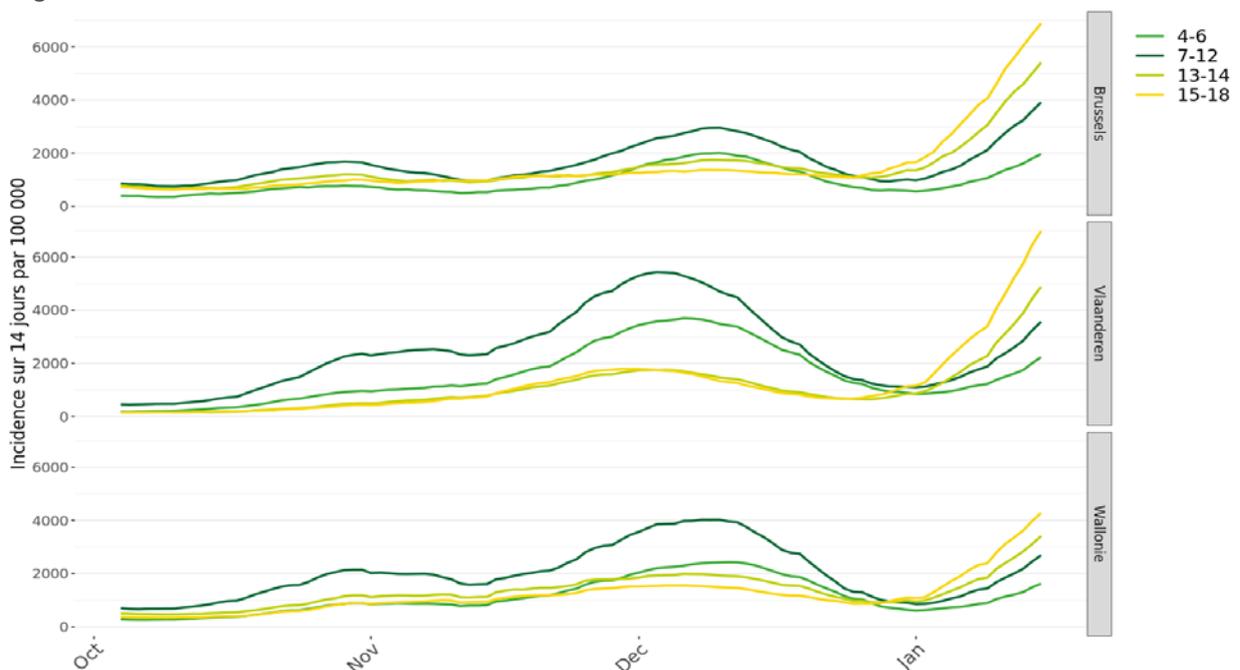
Dans toutes les régions, l'incidence continue d'augmenter dans tous les groupes d'âge, la plus forte augmentation étant toujours observée pour la tranche d'âge 20-39 ans, mais également pour la tranche d'âge 10-19 ans (Figure 3). En Flandre, l'augmentation reste limitée pour les 65 ans et plus et, dans une moindre mesure, également en Wallonie.

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



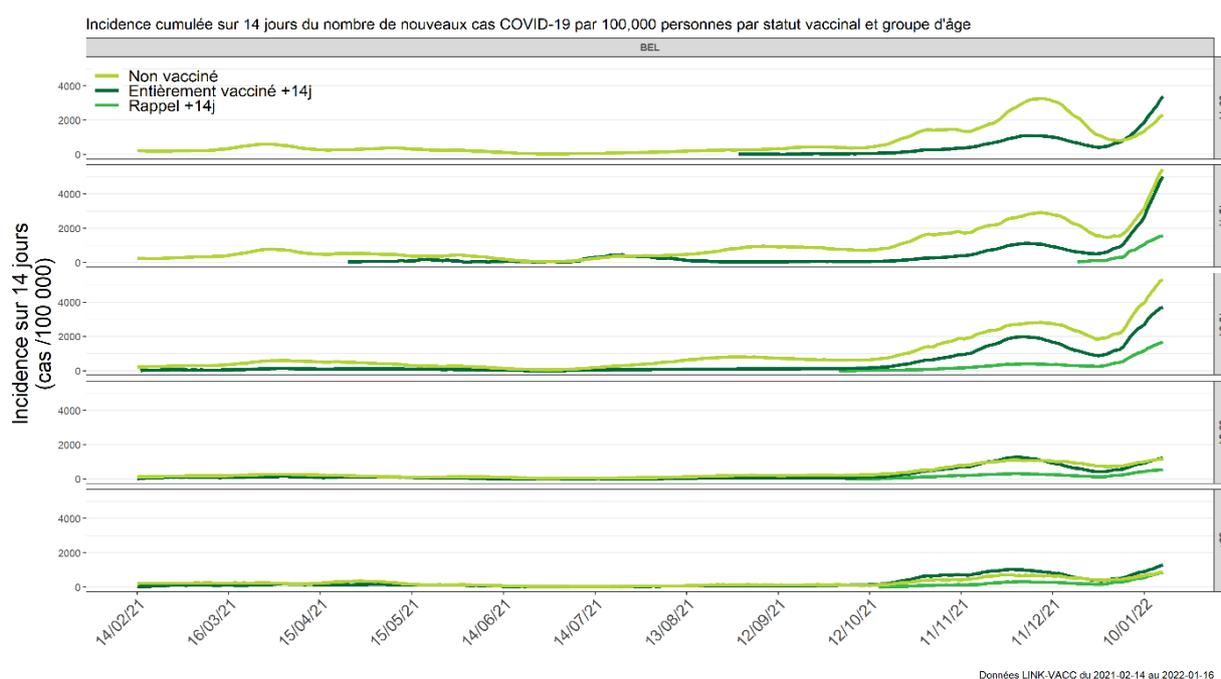
Si l'on se concentre sur les enfants et jeunes en âge scolaire, on observe la même tendance que les semaines dernières, avec une augmentation de l'incidence pour tous les âges, et la plus forte augmentation pour les 15-18 ans, suivis des 13-14 ans (Figure 4).

Figure 4 : Incidence cumulée sur 14 jours pour 100 000, pour les groupes d'âge scolaire, par région, d'octobre 2021 à la semaine dernière.



La Figure 5 montre l'incidence des infections sur 14 jours depuis février 2021 pour les personnes vaccinées (sans rappel), vaccinées avec rappel et non vaccinées. La même tendance se poursuit, avec une augmentation similaire de l'incidence tant chez les personnes non vaccinées que chez les personnes ayant reçu la vaccination de base. Pour les 18-64 ans (groupe le plus représenté), l'incidence reste plus faible pour les personnes ayant reçu une vaccination de base et, pour tous les âges, il y a une plus grande différence pour celles qui ont reçu une dose de rappel, mais dans une moindre mesure pour les 85 ans et plus. Ces personnes ont cependant reçu leur dose de rappel il y a plus longtemps et les chiffres sont plus faibles, ce qui rend l'interprétation plus difficile (davantage d'incertitude).

Figure 5 : Incidence cumulative sur 14 jours pour 100 000, par statut vaccinal¹ et groupe d'âge, Belgique, au 14/02/2021



Le nombre de tests effectués a légèrement augmenté au cours de la période du 9 au 15 janvier, passant d'une moyenne d'environ 84 000 tests par jour à 86 677 tests. Ce chiffre semble cependant se stabiliser les derniers jours. On observe toujours une augmentation pour les groupes d'âge les plus jeunes (principalement pour les 10 à 19 ans et, dans une moindre mesure, pour les 0 à 9 ans), mais une stabilisation ou une diminution pour les autres groupes d'âge (Figure 6). La forte augmentation du nombre de tests pour les personnes présentant des symptômes est compensée par une diminution importante des tests pour les contacts à haut risque (CHR) (Figure 7). En raison du changement de stratégie de test, seuls les CHR présentant des symptômes sont testés. Cependant, la semaine dernière était encore une semaine de transition, au cours de laquelle les CHR sans symptômes qui avaient reçu un code de test la semaine précédente étaient encore testés. On constate également une augmentation des tests pour confirmer un autotest positif (voir également ci-dessous).

¹ En raison d'un changement dans l'analyse des données, les incidences par statut vaccinal ont été corrigées par rapport aux semaines précédentes. Ce changement affecte principalement le nombre total de personnes dans chaque catégorie (les dénominateurs dans les calculs d'incidence). La nouvelle méthodologie suppose les mêmes corrections entre vaccinés et non vaccinés et permet aussi d'harmoniser le calcul des dénominateurs entre les différentes surveillances (infections, hospitalisations, et mortalité hospitalière).

Figure 6 : Nombre de tests réalisés par groupe d'âge à partir du 04/10/21

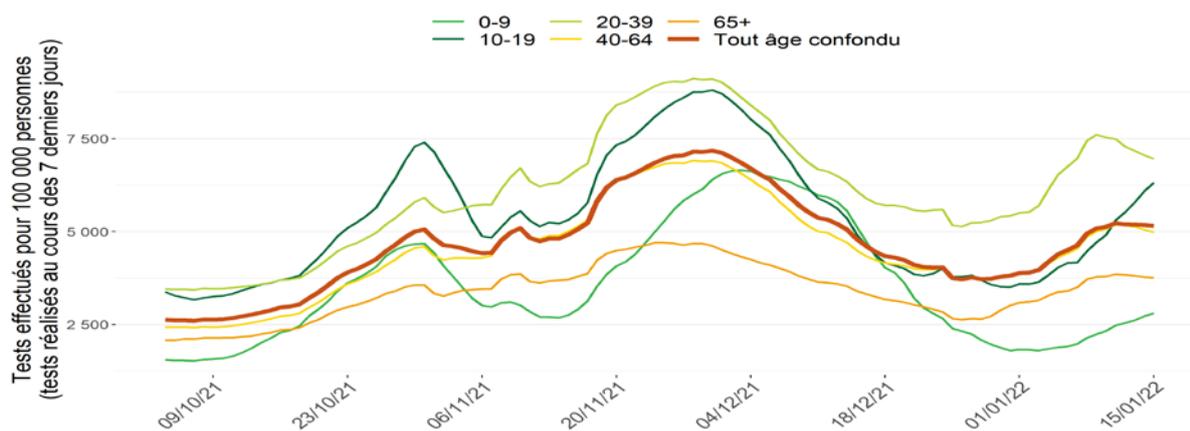
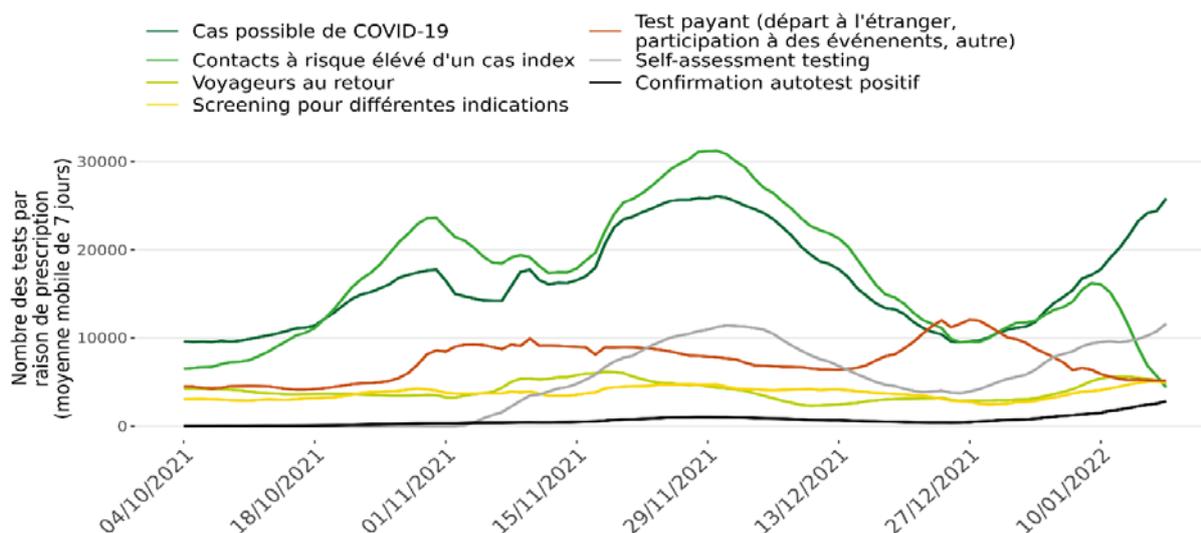


Figure 7 : Nombre de tests effectués par indication et par jour, depuis le 04/10/2021
Sur base des eforms / CTPC, disponibles pour environ 70 % des tests



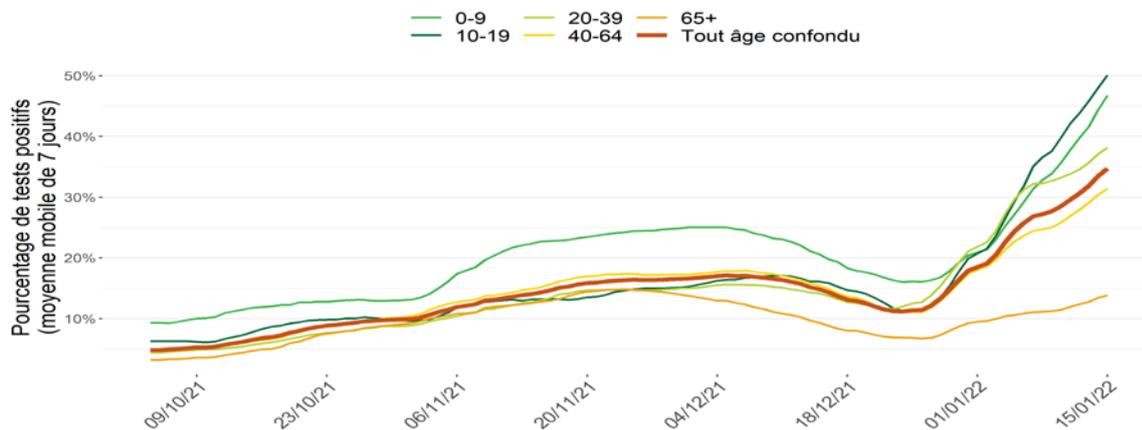
Le nombre d'autotests vendus en pharmacie a à nouveau fortement augmenté au cours de la semaine du 9 au 15 janvier comparé à la semaine précédente. Au total, 462 072 tests ont été vendus², contre environ 376 000 la semaine précédente (Source : APB & OPHACO). Cela s'inscrit dans un contexte où un autotest peut désormais également être utilisé par les contacts à haut risque, pour mettre fin à la quarantaine plus tôt. Le nombre d'autotests positifs signalés a également très fortement augmenté au cours de la semaine dernière, avec un total de 11 183 autotests positifs signalés (contre environ 6 475 la semaine précédente), dont 53 % via un médecin généraliste et 47 % via le contact center. Un test PCR de confirmation a été effectué pour 10 612 personnes (contre environ 5 300 la semaine précédente), dont 93 % étaient positif (stable). Le PR élevé pour les tests de confirmation suggère qu'un test PCR pour un autotest positif n'est pas nécessaire (surtout chez une personne présentant des symptômes ou un contact à haut risque), à condition que le résultat soit enregistré dans la base de données pour le suivi des contacts. Cela peut se faire par l'intermédiaire des médecins généralistes, en

² 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. **REMARQUE : Le 19 janvier, une correction des données (y compris rétrospective) a eu lieu, ce qui a eu pour conséquence que des chiffres plus élevés sont maintenant rapportés.**

enregistrant le test comme un RAT positif. Cependant, au cours de la semaine écoulée, seuls 85 résultats positifs d'un autotest ont été directement enregistrés comme tels. Les médecins généralistes devraient donc être davantage encouragés à le faire, afin d'éviter une pression inutile sur la capacités de testing.

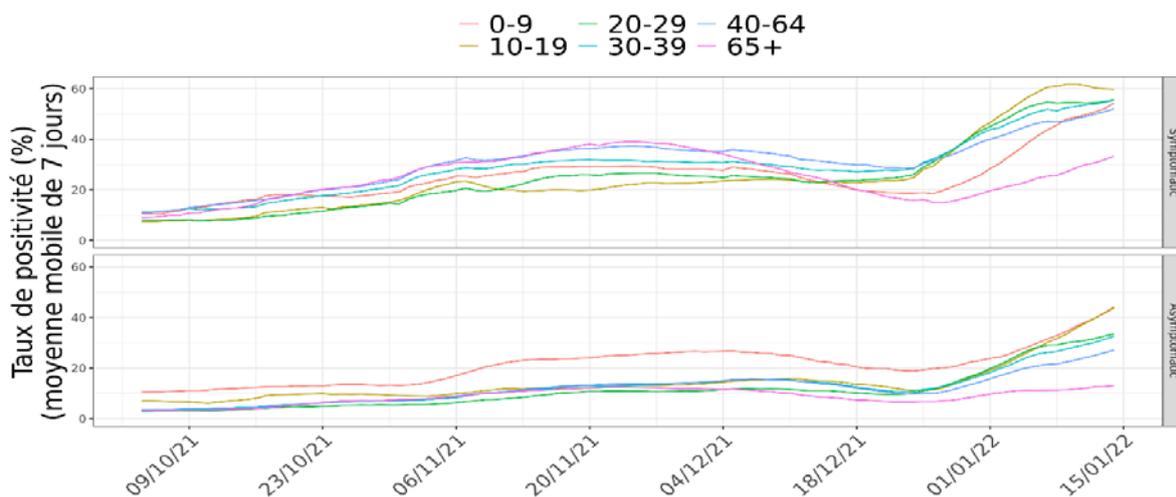
Le taux de positivité (PR) a continué à augmenter fortement sur une base hebdomadaire, passant de 26,6 % à 34,3 %. Cette augmentation est en partie influencée par le changement de stratégie de test, mais pas uniquement puisque les contacts à haut risque (asymptomatiques) identifiés la semaine précédente ont encore pu utiliser un code. On constate surtout une forte augmentation du PR pour les 10-19 ans, avec une valeur de 50,1 % (contre 36,6 % la semaine précédente) (Figure 8). Une valeur très élevée est également observée pour les 0-9 ans (46,8 %) ; pour les plus de 65 ans, le PR reste beaucoup plus faible (13,8 %).

Figure 8 : Taux de positivité par groupe d'âge à partir du 04/10/21



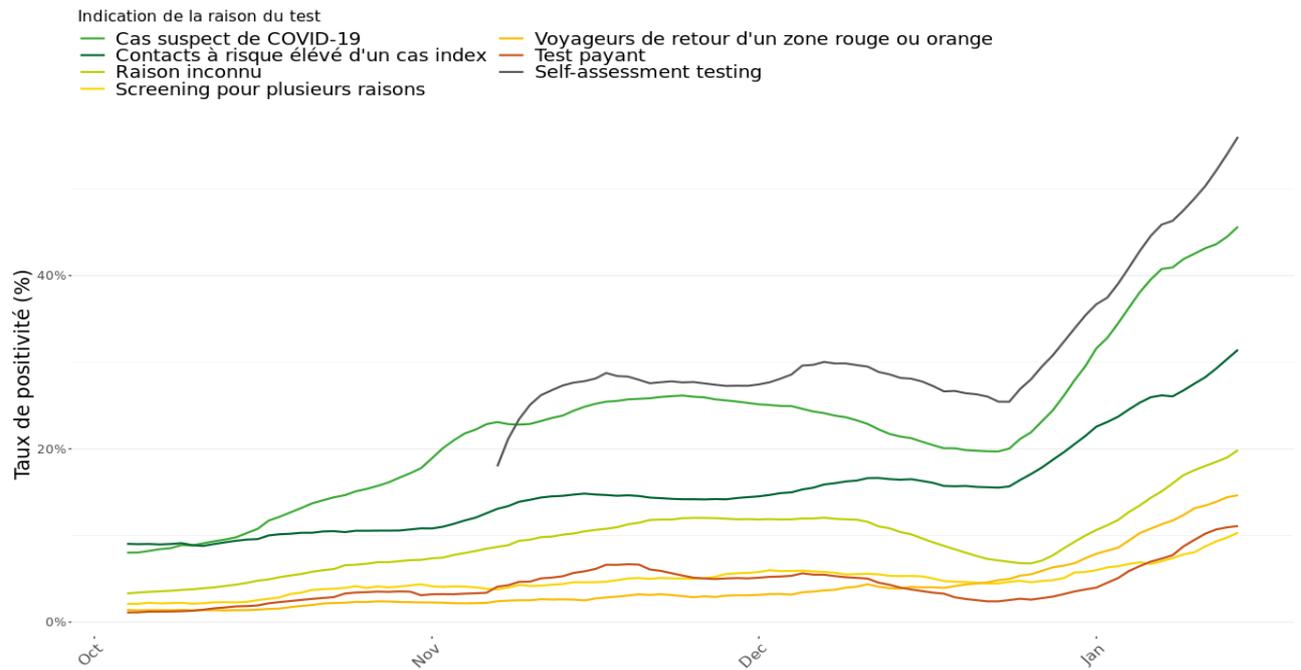
Pour les personnes symptomatiques âgées de 10 à 39 ans, le PR semble se stabiliser à un niveau très élevé (50 à 60 %) (Figure 9). Au cours de la semaine dernière, on a également constaté une forte augmentation du PR pour les enfants âgés de 0 à 9 ans et les personnes de 65 ans et plus symptomatiques. Les personnes asymptomatiques ne sont actuellement testées que de manière limitée, mais on y observe également un PR élevé, avec une augmentation particulièrement forte dans les groupes d'âge 0-9 et 10-19 ans (> 40 %).

Figure 9 : Taux de positivité par groupe d'âge et en fonction de la présence ou non de symptômes



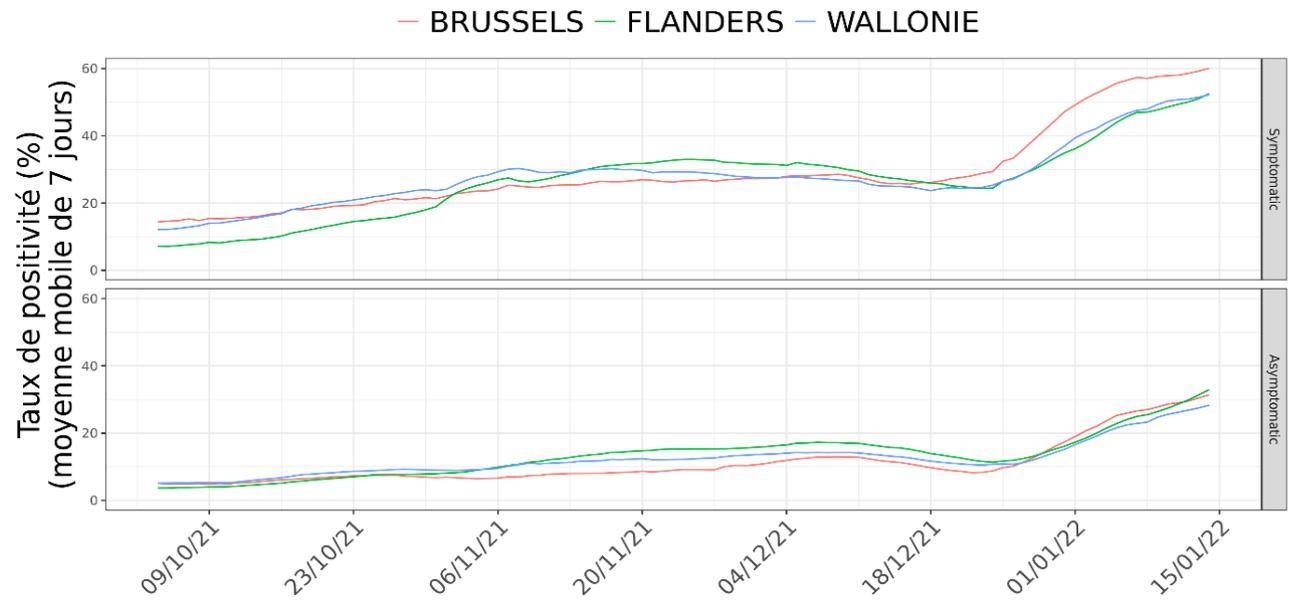
Le PR augmente pour toutes les indications de test, y compris le screening et les tests payants (Figure 10).

Figure 10 : Taux de positivité par indication de test



L'augmentation du PR est toujours observée dans toutes les régions, avec les valeurs les plus élevées pour les personnes symptomatiques à Bruxelles (Figure 11).

Figure 11 : Taux de positivité par région, individus symptomatiques et asymptomatiques, à partir du 04/10/2021

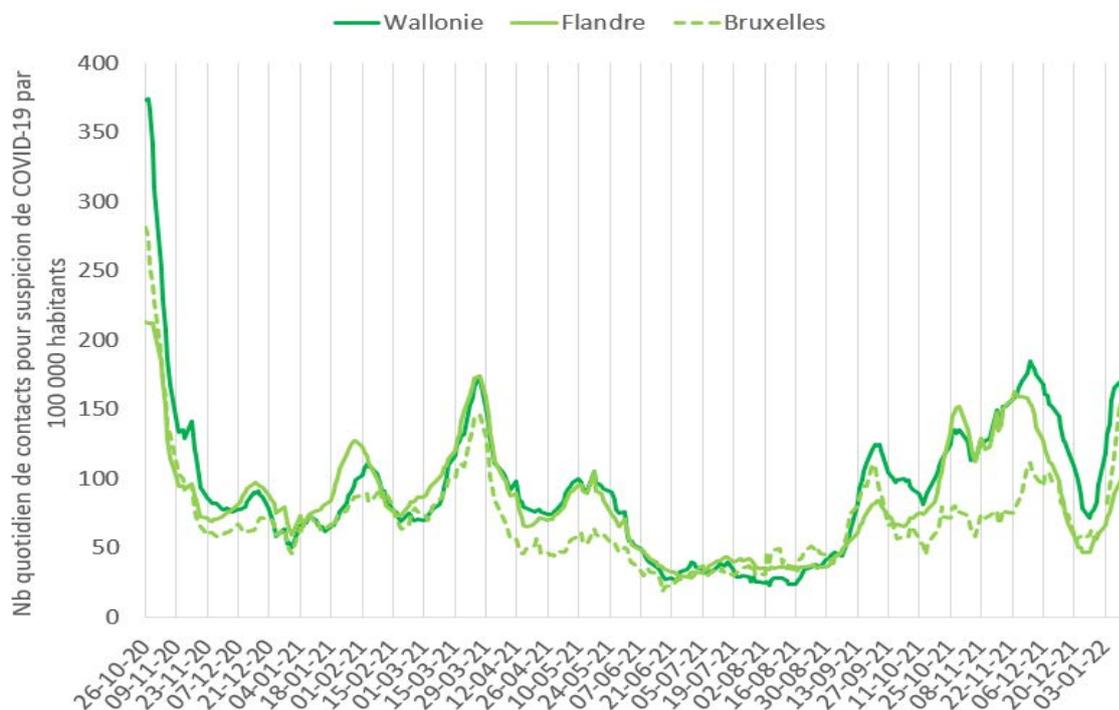


Le nombre de consultations pour suspicion de COVID-19 chez les médecins généralistes a continué d'augmenter en semaine 2 de 2022, avec au niveau national une moyenne de 128 contacts pour 100 000 habitants par jour, comparé à 101/100 000 la semaine dernière (Source : Baromètre des médecins généralistes) (Figure 12). La hausse a de nouveau été enregistrée dans toutes les régions, avec une augmentation plus prononcée à Bruxelles et en Flandre.

L'incidence des consultations pour symptômes grippaux rapportée par le réseau des médecins vigies a augmenté de manière significative, passant de 186 à 269 consultations pour 100 000 habitants par semaine. L'augmentation est observée pour le groupe d'âge 5-64 ans, en Wallonie et en Flandre. Six échantillons ont été analysés au cours de la semaine dernière, tous négatifs pour la grippe. Le nombre de tests positifs pour la grippe dans les laboratoires vigies a lentement diminué au cours des deux dernières semaines et l'ECDC signale également une tendance à la baisse en Europe pour la semaine 1. La France et le Luxembourg signalent néanmoins une activité grippale généralisée.

La charge de travail perçue pour suspicion de COVID-19 a également augmenté la semaine dernière (de manière significative), 37 % des médecins la considérant comme élevée et 15 % très élevée (contre 18 % et 10 % respectivement, la semaine avant).

Figure 12 : Nombre de contacts quotidiens chez les médecins pour suspicion de COVID-19 par 100 000 habitants et par région, 26/10/2020 - 14/01/2022³
(Source: Baromètre des médecins généralistes)



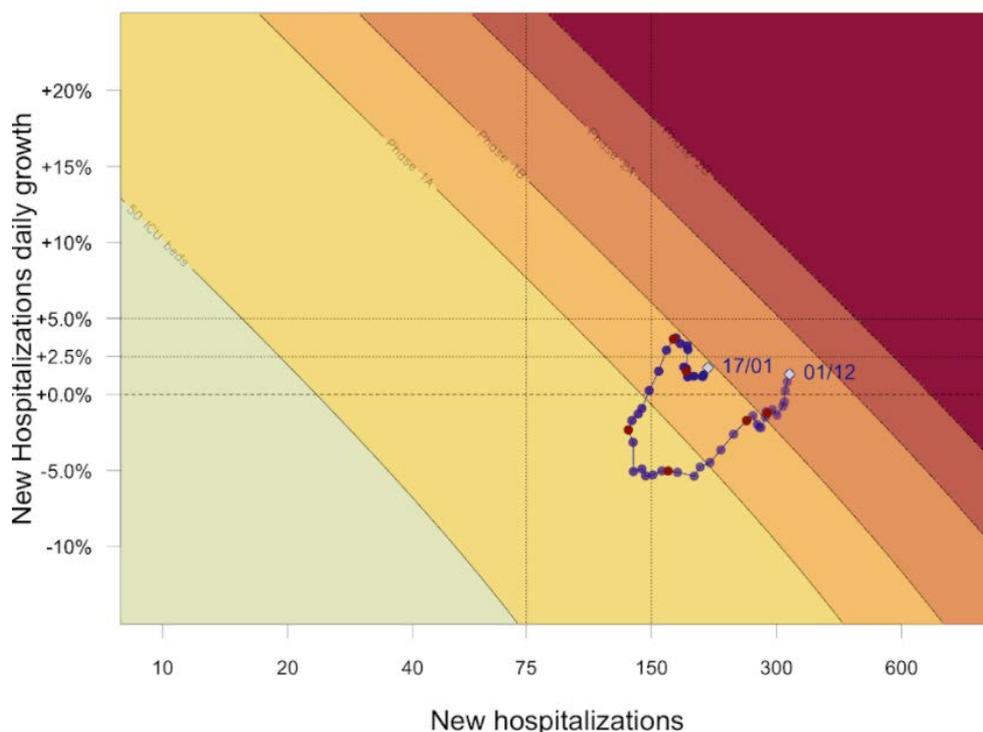
³ Weekends et fériés non inclus; chaque jour représente une moyenne mobile sur 5 jours.

Indicateurs de sévérité

Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a encore augmenté au cours de la semaine du 12 au 18 janvier, mais toujours à un rythme plus lent que les infections. En moyenne, il y a eu 218 admissions par jour, comparé à 179 la semaine dernière (+ 21 %). Le taux de croissance a été stable à légèrement en hausse (données les plus récentes) (Figure 13).

Figure 13 : Evolution du nombre de nouvelles hospitalisations et du rapport qui indique la croissance ou décroissance, 01/12/2021 - 17/01/2022

Travail de Christel Faes, UHasselt

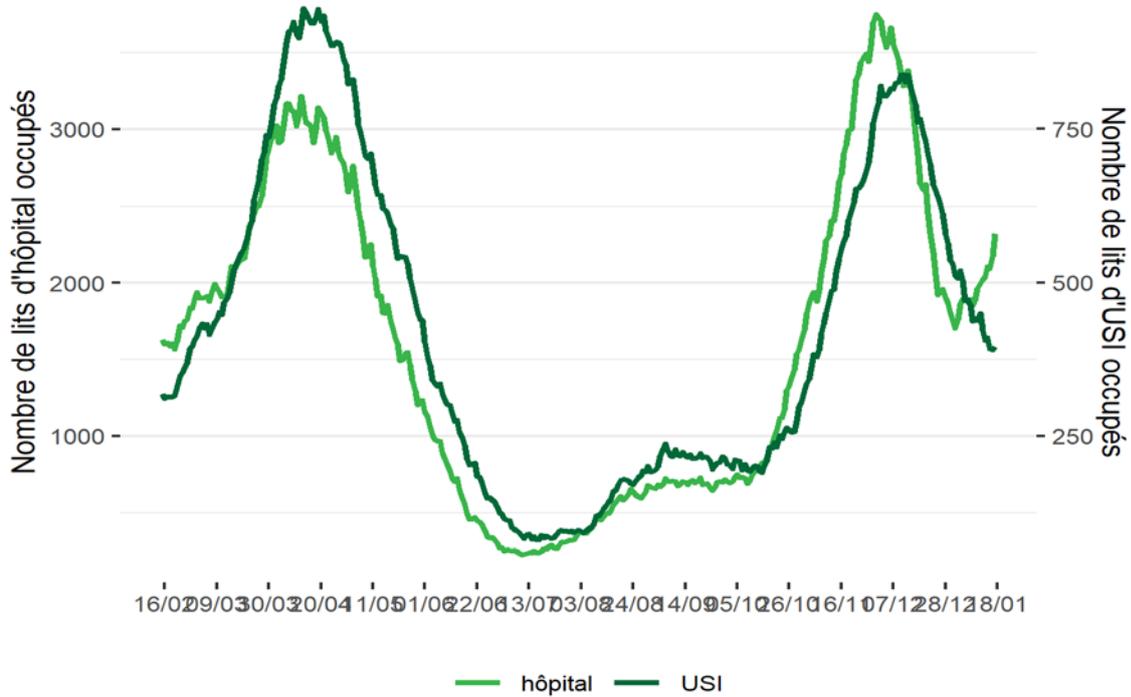


Ceci est confirmé par le taux de reproduction (R_t) basé sur le nombre de nouvelles hospitalisations, qui a à nouveau légèrement augmenté comparé à la semaine précédente (1,147 comparé à 1,040). Les modèles de prédiction à court terme d'UHasselt et de Sciensano ne peuvent pas être présentés actuellement en raison de données manquantes.

Le nombre de lits d'hôpitaux occupés par des patients COVID-19 a continué à augmenter comparé à la semaine précédente ($n = 2\,417$, + 21 %), et a légèrement diminué pour les lits de soins intensif ($n = 391$, -13 %) (Figure 14).

La proportion de résidents de MRS dans le nombre total de nouvelles hospitalisations est resté globalement stable (3,9 % pour la semaine du 12 au 18 janvier 2022, contre 3,7 % la semaine précédente).

Figure 14 : Nombre de lits occupés à l'hôpital et aux soins intensifs, 15/02/21 – 18/01/22



La Figure 15 montre l'incidence des hospitalisations sur 14 jours pour les personnes vaccinées (avec ou sans rappel) et non vaccinées, par groupe d'âge. On observe une augmentation de l'incidence, en particulier chez les personnes âgées de 65 ans et plus, parmi celles qui ont suivi un programme de vaccination de base complet mais n'ont pas reçu de rappel. La protection contre une forme sévère fournie par le rappel est encore plus prononcée pour les admissions aux soins intensifs (Figure 16).

Figure 15: Incidence cumulative sur 14 jours pour 100 000, par statut vaccinal et groupe d'âge, Belgique, à partir du 19/10/2021

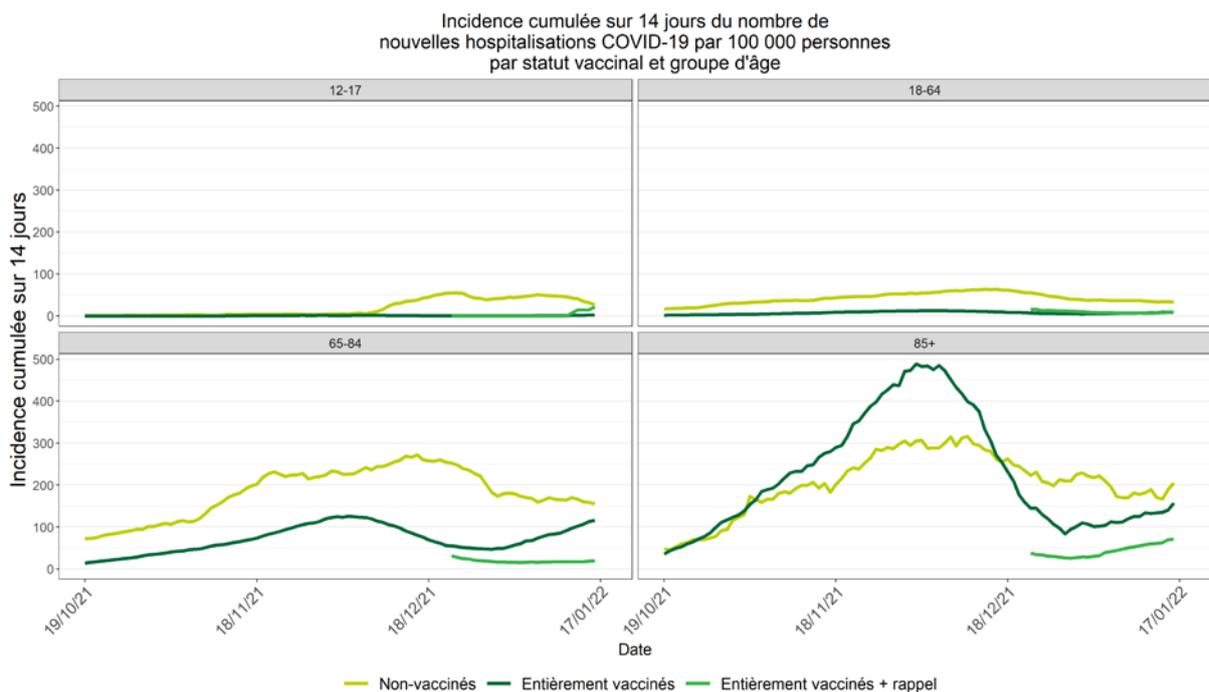
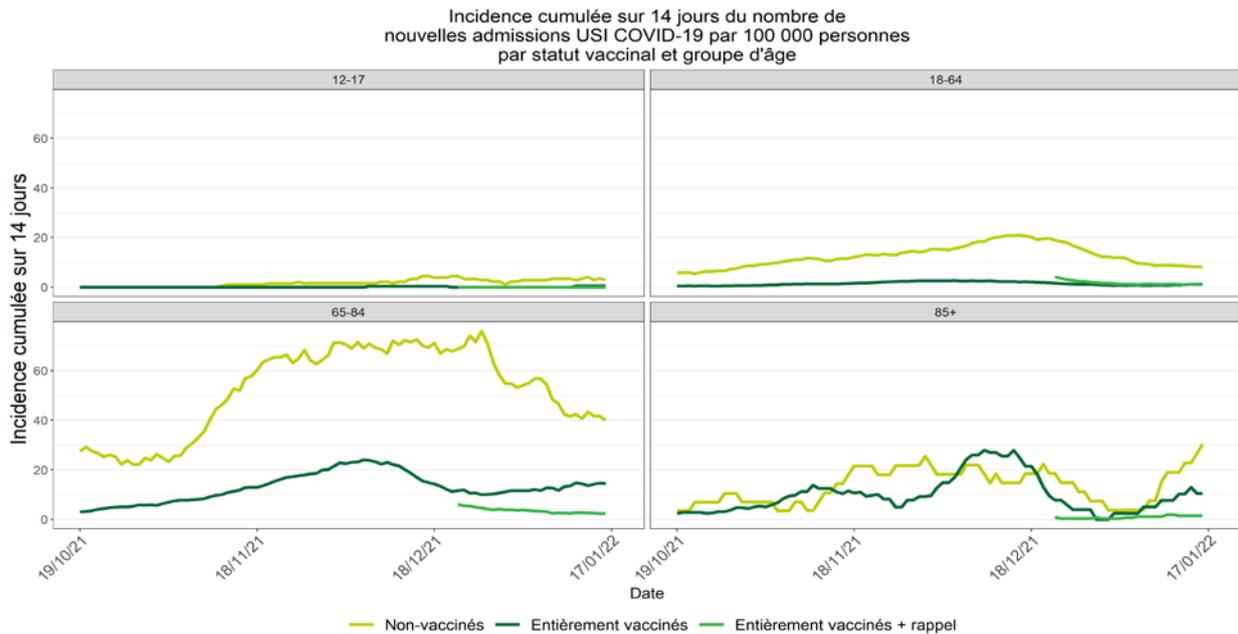
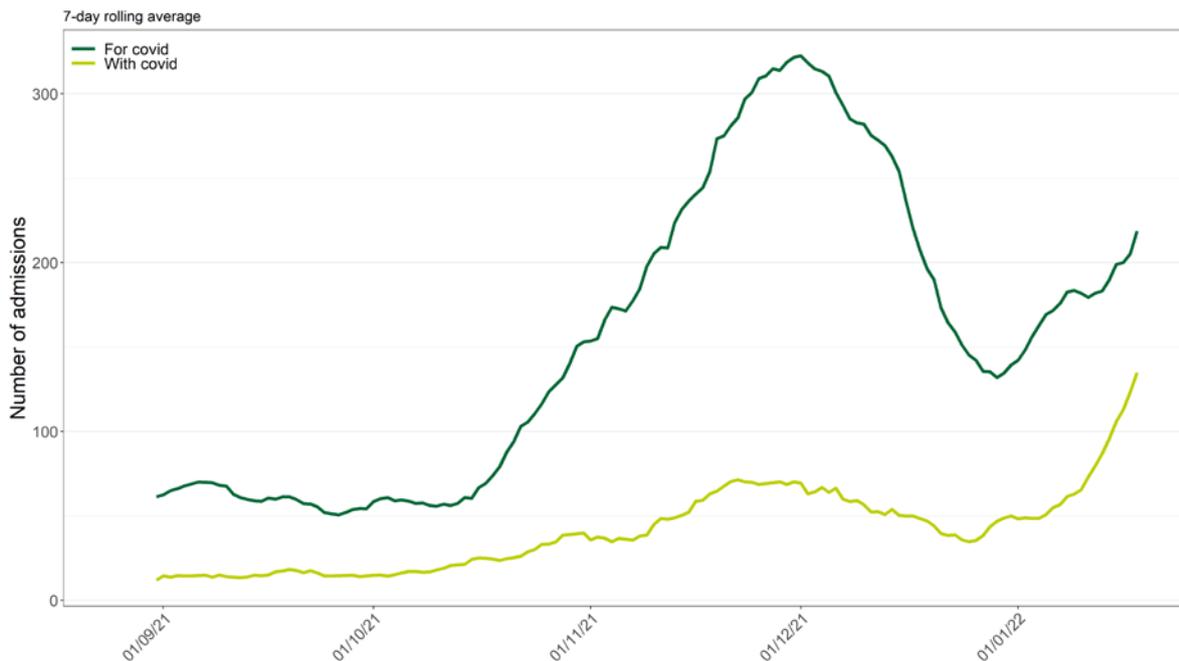


Figure 16 : Incidence cumulée à 14 jours des admissions en USI pour 100 000, par groupe d'âge et par statut vaccinal, Belgique, à partir du 19/10/2021



En plus des données sur les personnes hospitalisées pour COVID-19, les hôpitaux déclarent également, par le biais de la Surge Capacity surveillance (SCS), le nombre de patients hospitalisés pour une autre raison mais avec un test COVID-19 positif (avec COVID-19). La Figure 17 montre que ce dernier groupe augmente plus rapidement que les personnes hospitalisées pour COVID-19, ce qui témoigne d'une circulation virale croissante.

Figure 17 : Nombre de nouvelles hospitalisations pour et avec COVID-19, depuis le 01/09/2021



Parmi les 107 patients hospitalisés présentant une infection confirmée par Omicron, rapportés par la surveillance clinique en milieu hospitalier (Clinical Hospital Surveillance), 105 n'étaient pas vaccinés (dont 61 hospitalisés pour COVID-19, 27 hospitalisés pour une autre raison mais testés positifs et 17 sans raison connue pour le test) et 2 étaient entièrement vaccinés (un hospitalisé pour COVID-19 et un hospitalisé pour une autre raison mais testé positif). Un seul patient non vacciné a été admis en soins intensifs (2 jours).

L'observation que le variant Omicron provoque un tableau clinique moins grave que les variants précédents est également illustré par la Figure 18, qui montre le rapport entre le nombre de nouvelles hospitalisations et le nombre de nouvelles infections 7 jours auparavant (pour tenir compte de l'intervalle de temps entre une infection et une hospitalisation). Ce ratio a fortement diminué après le début de la campagne de vaccination, puis davantage en été (lorsqu'un taux de vaccination élevé a été atteint), pour ensuite rester assez stable. Récemment, cependant, on a constaté un nouveau déclin, qui s'inscrit dans le contexte de la circulation du variant Omicron.

Figure 18 : Pourcentage des admissions à l'hôpital par rapport au nombre de nouvelles infections



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

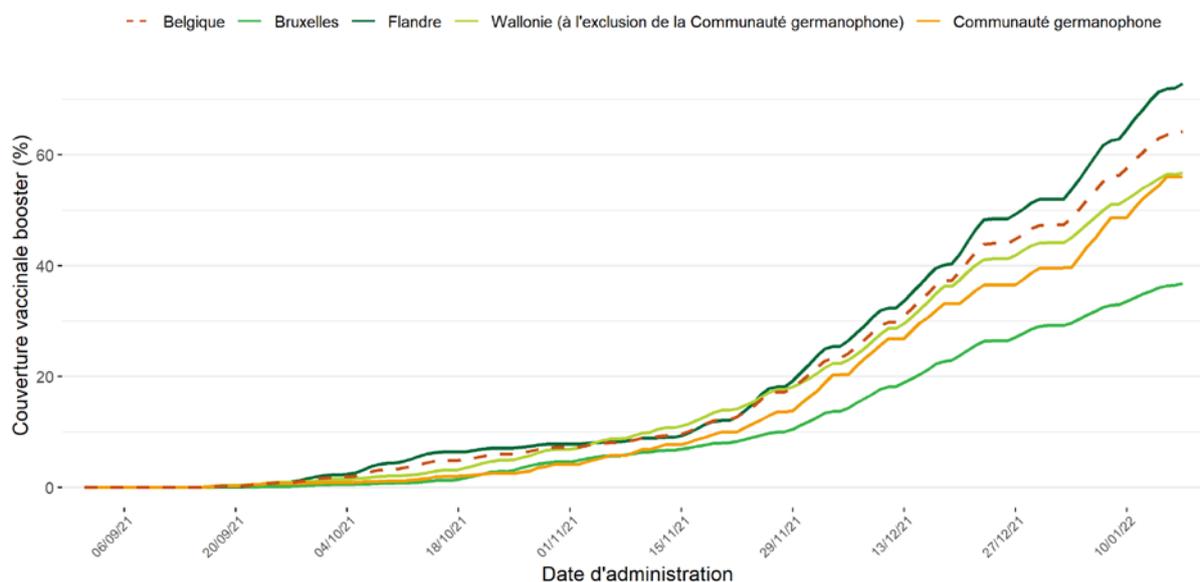
Après une diminution au cours des semaines précédentes, le nombre de décès a à nouveau légèrement augmenté au cours de la semaine du 10 au 16 janvier 2022, avec un total de 140 décès enregistrés (comparé à 133 la semaine précédente), allant de 13 à 25 décès par jour. La proportion de résidents de MRS par rapport au nombre total de décès a légèrement augmenté (16,4 % comparé à 10,8 % la semaine précédente). Le taux de mortalité en semaine 2 était de 1,22/100 000 habitants en Belgique (augmentation), 1,59/100 000 en Wallonie (augmentation), 0,89/100 000 en Flandre (stable) et 1,89/100 000 à Bruxelles (augmentation).

Autres indicateurs

La couverture vaccinale au niveau national est toujours de 77 % de la population totale pour une vaccination complète. Pour la dose de rappel, elle a encore augmenté pour atteindre 64 % de la population de 18 ans et plus (pas de rappel recommandé pour les moins de 18 ans), avec une augmentation dans tous les groupes d'âge entre 18 et 64 ans. Cependant, il existe de grandes différences régionales, la couverture vaccinale pour la dose de rappel allant de 37 % à Bruxelles à 73 % en Flandre (Figure 19).

Au total, 16,5 % des enfants âgés de 5 à 11 ans ont reçu une première dose.

Figure 19 : Couverture vaccinale pour la dose supplémentaire par région, Belgique

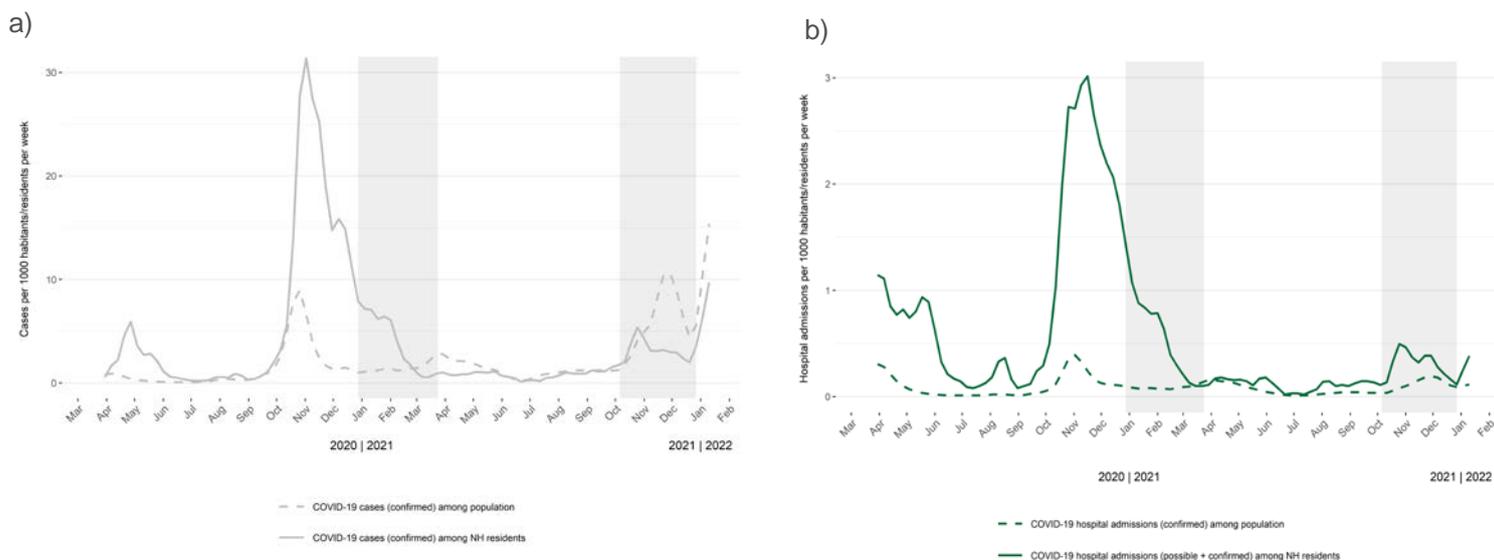


Les indicateurs de suivi dans les maisons de repos et de soins (MRS) montrent également une (forte) tendance à la hausse. A l'échelle nationale, le nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 pour 1 000 résidents de MRS augmente à nouveau, passant de 10,0 à 19,8 (+ 97 %) (voir le dashboard pour plus de détails). On observe la même tendance que dans la population générale, mais toujours à un niveau inférieur (Figure 20a). Le nombre de nouvelles hospitalisations pour 1 000 résidents de MRS a également continué d'augmenter au niveau national, passant de 0,4 à 0,6 (+ 53 %). L'augmentation a été la plus forte à Bruxelles au cours de la semaine écoulée. Tout au long de l'épidémie, l'incidence des hospitalisations a été globalement plus élevée pour les personnes vivant en MRS que pour la population générale, ce qui n'est pas inattendu étant donné la nature fragile de cette population (Figure 20b). Toutefois, grâce à la vaccination, entre autre, la différence est restée très faible lors de la troisième vague, et la dose de rappel a également permis de maintenir l'incidence à un faible niveau lors de la quatrième vague. Aujourd'hui, cependant, il y a à nouveau une forte augmentation, notamment dans le contexte d'une très forte circulation du virus.

Le nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 pour 1 000 membres du personnel a également augmenté, dans toutes les régions, avec une forte augmentation au niveau national de 15,1 à 21,7 (+ 46 %). Le taux de participation est resté stable (79 % en Flandre, 57 % en Wallonie, 67 % à Bruxelles et 44 % en Communauté germanophone).

Figure 20 : Infections confirmées à COVID-19 (a) et hospitalisations (b) pour 1 000 pour les résidents des MRS, comparé à la population générale, par semaine (moyenne mobile sur 2 semaines), 17/03/2020 - 16/01/2022

Les barres grises représentent les campagnes de vaccination (première dose et rappel)



Le nombre de clusters dans les MRS augmente également de manière significative. Au cours de la première semaine de 2022, 106 nouveaux clusters possibles⁴ ont été détectés. Cette semaine (semaine 2), il y avait déjà 121 nouveaux clusters possibles. La proportion de MRS ayant signalé un foyer important (prévalence d’au moins 10 cas confirmés parmi les résidents) est également en forte augmentation, passant de 4 % des MRS la semaine dernière à 9 % (n = 76).

Au cours de la semaine 2 (10 au 16 janvier 2022), le nombre de nouveaux clusters a augmenté dans toutes les régions mais plus particulièrement en Wallonie et en Flandre (Figure 21). Au total, 810 nouveaux clusters ont été signalés, comparé à 573 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. Les nouveaux clusters sont principalement observé sur le lieu de travail (384 nouveaux clusters) et dans les maisons de repos (voir plus haut) (Figure 22).

⁴ 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 21 : Evolution du nombre de nouveaux clusters, semaine 7/2021 à 2/2022
Sources : AZG, AViQ, COCOM

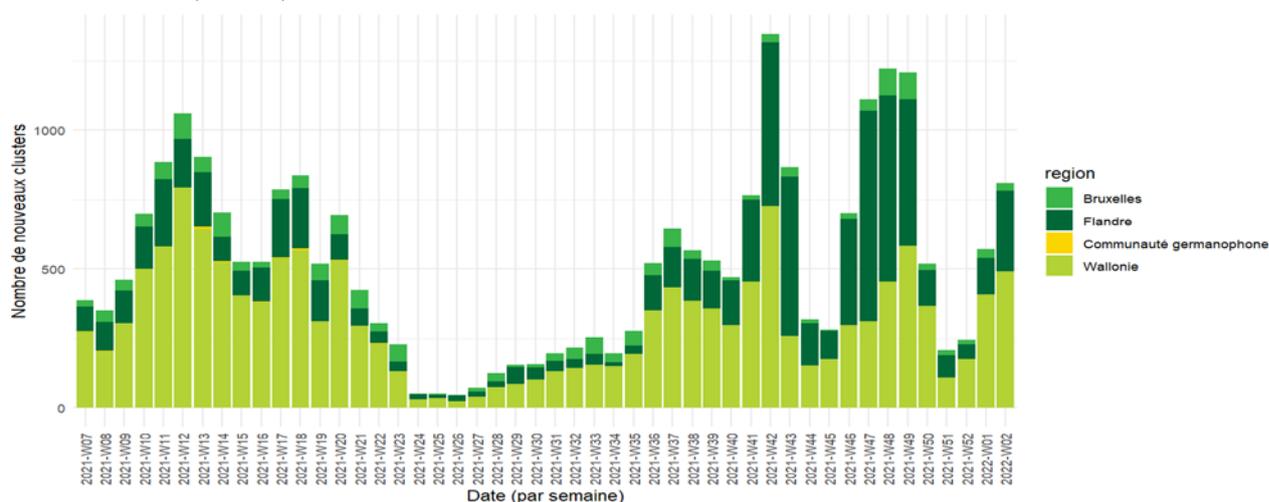
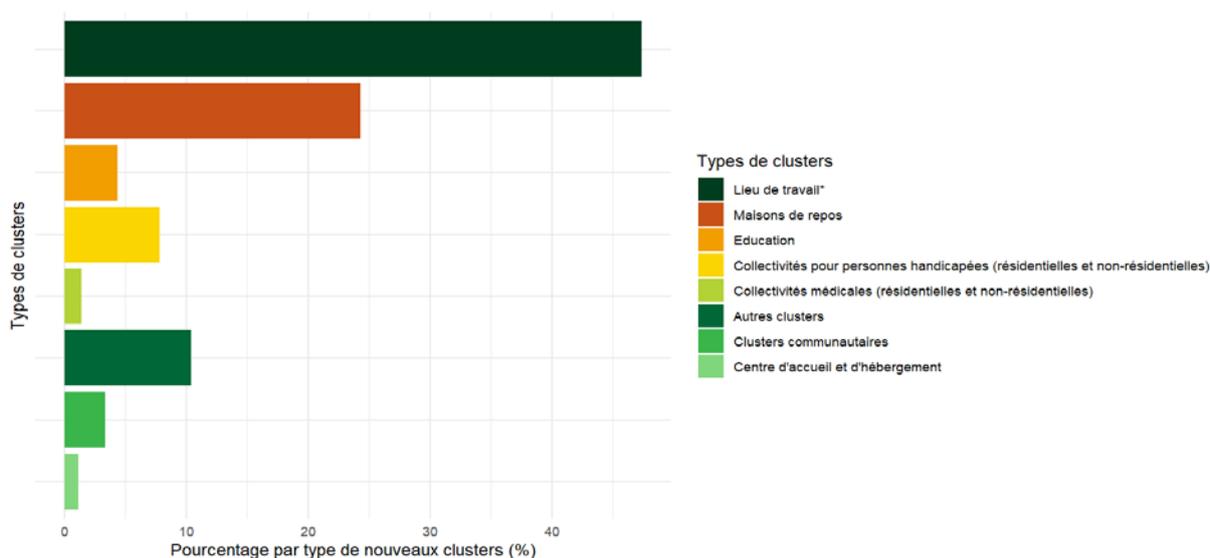


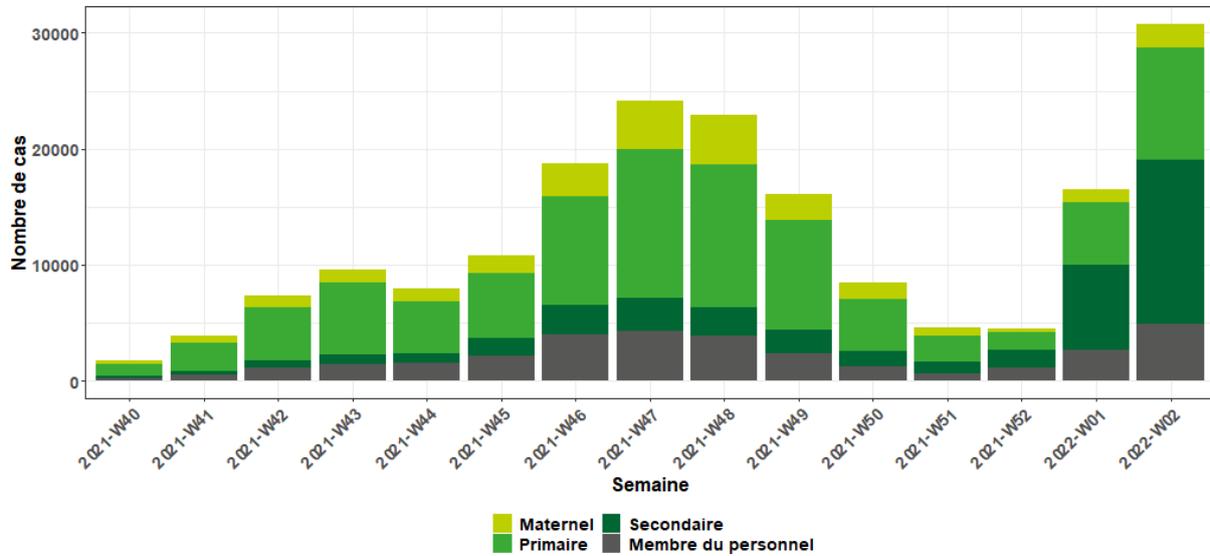
Figure 22 : Nouveaux clusters par catégorie, semaine 02/2022
Sources : AZG, AViQ, COCOM



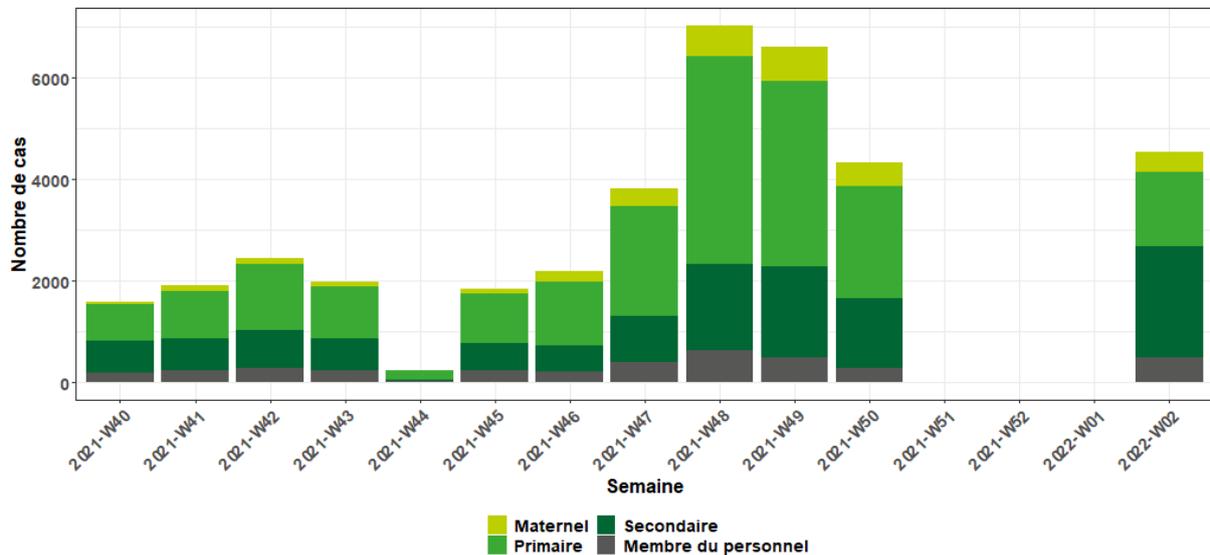
Le nombre d'infections dans les écoles a fortement augmenté dans l'enseignement néerlandophone au cours de la semaine du 10 au 16 janvier (Figure 23a), avec 25 818 infections parmi les élèves (comparé à 13 556 la semaine précédente) et 4 935 parmi les membres du personnel (comparé à 2 670 la semaine précédente). La raison de test pour les élèves ayant eu un test positif (raison inconnue pour 1 % des cas), était pour 62 % des cas un contact à haut risque à l'école, pour 6 % un contact à haut risque en dehors de l'école, pour 8 % des cas la présence de symptômes et pour 23 % des cas, l'information "autre" était indiquée. Dans les écoles francophones, il y a eu 4 061 infections rapportées chez les élèves et 487 chez les membres du personnel. Il ne s'agit que d'une légère augmentation comparé à la semaine avant les vacances de Noël (Figure 23b). Cependant, il y a probablement une sous-estimation importante, entre autres parce que le rapportage aux PSE est incomplète, qu'il peut y avoir un retard dans des déclarations et que l'on soupçonne que les parents utilisent souvent des autotests sans confirmation du résultat, en particulier dans les écoles maternelles.

Figure 23 : Nombre de cas parmi les élèves et de membres de personnel, semaines 40/2021 – 02/2022, a) enseignement néerlandophone et b) enseignement francophone. Source : surveillance LARS et PSE/PMS surveillance

a)



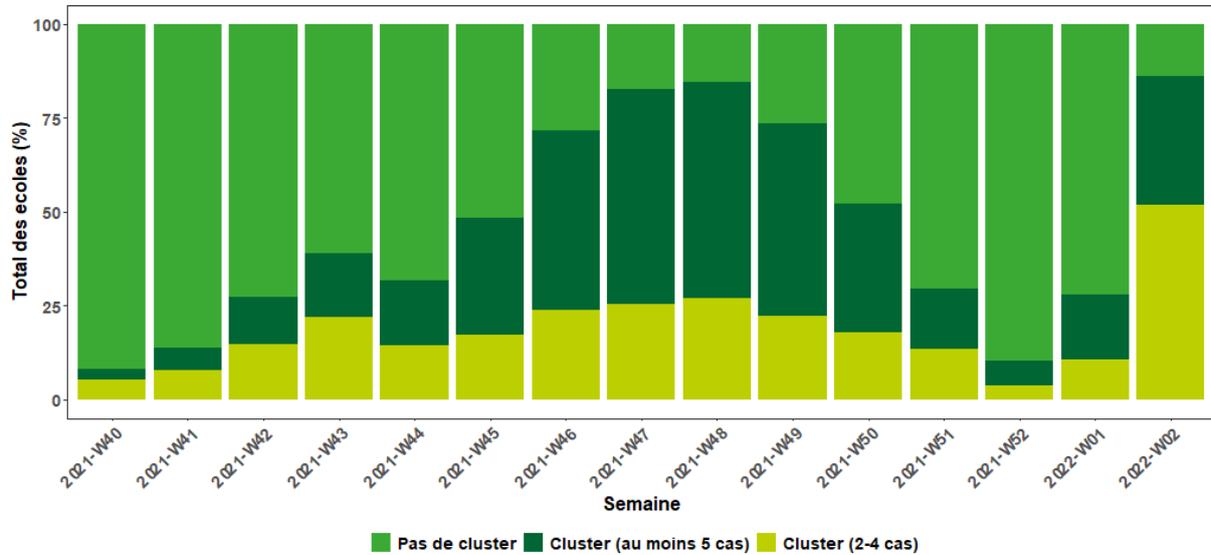
b)



Le nombre d'écoles ayant un cluster actif dans l'enseignement néerlandophone a fortement augmenté au cours de la semaine dernière (Figure 24). Dans le secteur de l'enseignement francophone, il y a eu une école fermée en semaine 2/2022 et 110 classes avec un frein d'urgence.

Figure 24 : Nombre d'écoles sans et avec un cluster actif, par semaine, enseignement néerlandophone, semaines 40/2021 - 02/2022

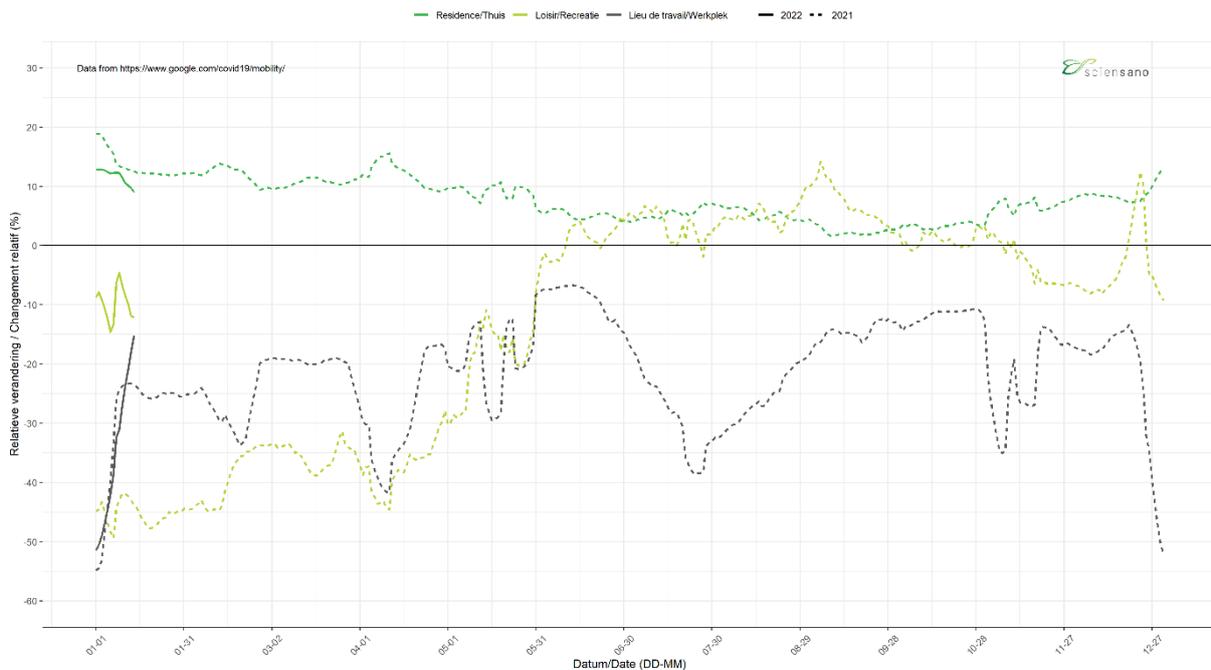
Source: surveillance LARS



Les données relatives à la mobilité basées sur les données de Google montrent une nouvelle augmentation des déplacements vers des lieux de travail, à un niveau supérieur à celui observé à la même période l'année dernière. Les déplacements liés au shopping et lieux de loisir diminuent encore, ainsi que le temps passé au domicile (Figure 25).

Figure 25 : Evolution de la mobilité en Belgique, 2022, en comparaison à 2021

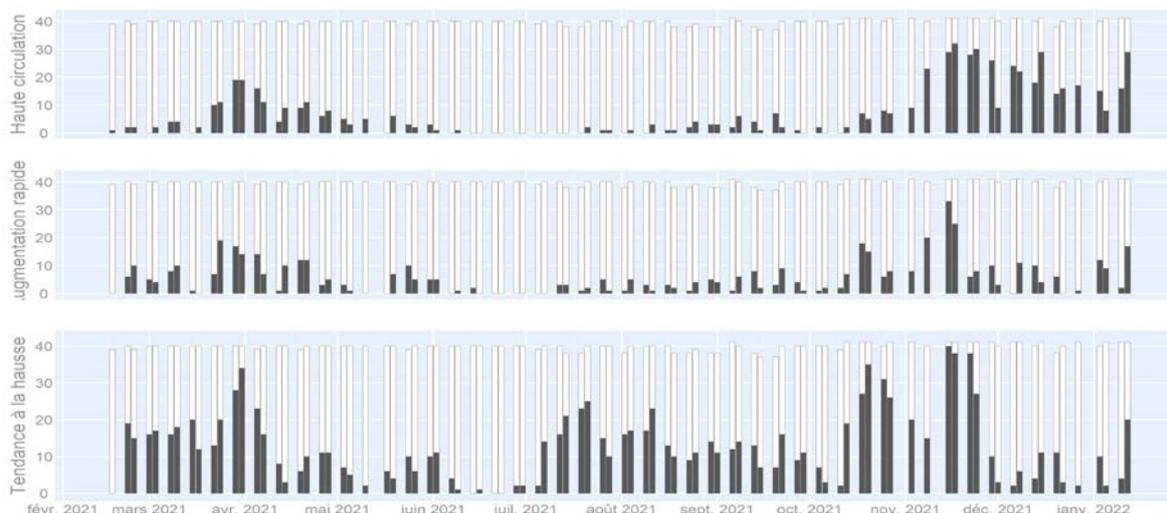
Source : Données Google



Au cours de la semaine du 9 au 15 janvier, 187 524 voyageurs sont arrivés en Belgique, soit une diminution par rapport à environ 300 000 voyageurs la semaine précédente (période de vacances). La proportion de voyageurs en provenance d'une zone rouge a légèrement diminué (n = 149 350 ; 80 %). Un premier résultat de test est disponible pour 72 % des voyageurs à tester⁵ (81 % pour ceux arrivés le 09/01 et 56 % le 15/01). Le PR parmi les personnes testées a encore augmenté de manière importante pour atteindre 17,2 %, contre 14,7 % la semaine précédente et 9,5 % la semaine d'avant. Il s'agit de la valeur la plus élevée enregistrée à ce jour, ce qui témoigne de la très forte circulation du virus également dans d'autres pays.

La surveillance des eaux usées basée sur trois indicateurs⁶ montre une augmentation des concentrations du virus en Flandre et à Bruxelles, et une diminution en Wallonie. Les résultats du 12 janvier 2022 montrent que parmi les 41 zones couvertes par la surveillance⁷, 37 zones présentent au moins un des indicateurs en alerte. Il s'agit d'une forte augmentation comparé à la semaine précédente (16 zones). Cependant, les échantillons relatifs aux semaines précédentes avaient été dilués par les pluies et présentaient donc une sous-estimation des zones en alerte. Au total, 29 zones présentent une alerte pour l'indicateur "haute circulation", 17 zones pour l'indicateur "augmentation rapide" et 20 zones pour l'indicateur "tendance à la hausse" (Figure 26). Toutes les provinces sont positives pour au moins un des trois indicateurs d'alerte. La région de Bruxelles et la province du Brabant flamand sont les plus préoccupantes car les trois indicateurs sont en alerte.

Figure 26 : Evolution du nombre de stations d'épuration participantes présentant des indicateurs positifs (barres noires)



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

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ 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.

Variants du virus

Au cours de la période du 3 au 16 janvier 2022, un total de 2 317 échantillons a été analysé dans le cadre de la surveillance de base (Source NRC). Le variant Omicron représentait 89,7 % de ces échantillons (88,6 % Omicron BA.1 et 1,1 % Omicron BA.2), comparé à 83 % la semaine précédente ; le variant Delta en représentait 10 %. La proportion d'échantillons identifiés comme étant le variant Omicron semble encore augmenter sur la dernière semaine (Omicron représentait 93,7 % des échantillons séquencés après le 10 janvier). De plus amples informations sont disponibles sur le [site web du CNR](#).

L'Annexe 1 présente une mise à jour des données récemment publiées sur le variant Omicron. Les maux de gorge semblent être plus fréquents en cas d'infection par Omicron qu'en cas d'infection par Delta, mais n'est pas un bon prédicteur seul. Deux études indiquent que les personnes infectées par Omicron peuvent encore présenter une culture virale positive ou une charge virale élevée après plus de 5 à 7 jours, ce qui plaide contre une période d'isolement raccourcie à 5 jours (comme le recommande le CDC).

Période 09/01-15/01/2022	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 ⁸	Occupation USI	Temps doublement/ division	Niveau d'alerte
Belgique	3 018	+27 %	5 266	1,183	34,3 %	12,2	20 %	40	5
Antwerpen	2 726	+41 %	4 774	1,251	35,1 %	10,5	16 %	16	5
Brabant wallon	3 415	+19 %	5 892	1,136	33,7 %	3,4	30 %	Inf	5
Hainaut	2 685	+21 %	4 816	1,150	32,6 %	16,0	20 %	43	5
Liège	2 574	+11 %	4 225	1,103	34,6 %	16,0	20 %	56	5
Limburg	2 590	+48 %	4 560	1,289	35,8 %	7,2	17 %	13	5
Luxembourg	2 294	+28 %	4 130	1,158	32,4 %	3,8	19 %	-8	5
Namur	2 391	+28 %	4 305	1,204	33,2 %	6,4	16 %	-10	5
Oost-Vlaanderen	2 959	+33 %	5 135	1,213	34,7 %	9,9	15 %	23	5
Vlaams-Brabant	3 200	+16 %	5 672	1,111	33,0 %	7,9	24 %	12	5
West-Vlaanderen	2 803	+54 %	5 176	1,350	35,0 %	14,0	15 %	14	5
Région Bruxelles- Capitale	4 500	+14 %	7 161	1,100	36,8 %	22,7	30 %	-38	5
Deutschsprachige Gemeinschaft	1 467	+43 %	2 708	1,259	34,9 %	3,8	NA	NA	5

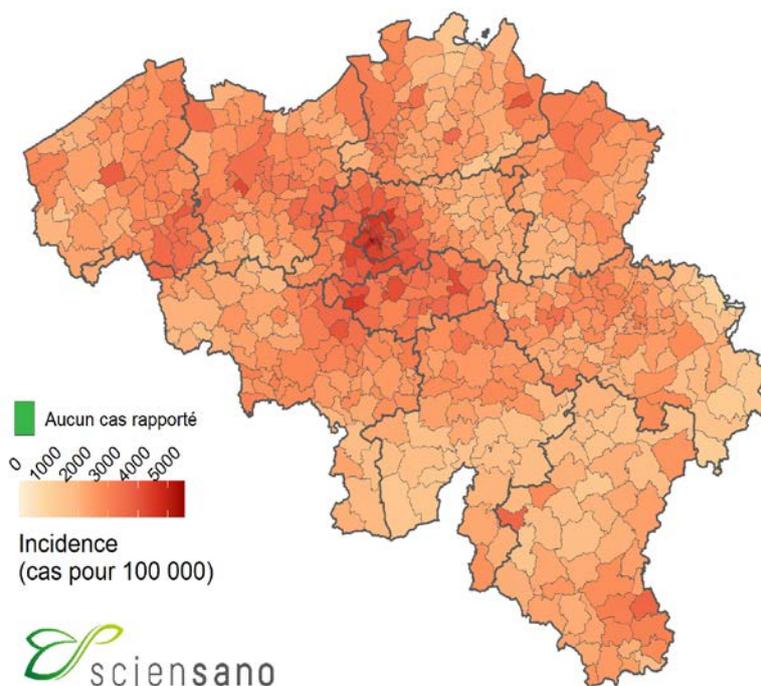
⁸ Données de la semaine 2 (du 10 au 16 janvier 2022).

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) a légèrement diminué mais reste élevé, 462 communes étant actuellement en alerte (par rapport à 516 la semaine dernière).

La Figure 28 représente les incidences par commune. On observe toujours une incidence plus élevée pour les communes de la région de Bruxelles-Capitale et des provinces voisines, ainsi qu'en Flandre occidentale. Il y a désormais 477 communes dont l'incidence est supérieure à 2 000/100 000 et seules 3 communes présentent une incidence inférieure à 1 000/100 000.

Figure 28 : 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 (ITM), Caroline Boulouffe (AViQ), Steven Callens (UZ Gent), Géraldine De Muylder (Sciensano), Anne-Claire Henry (ONE), Naima Hammami (Zorg en Gezondheid), Niel Hens (UAntwerpen/UHasselt), Anthony Kets (Onderwijs Vlaanderen), Yves Lafort (Sciensano), Valeska Laisnez (Sciensano), Sanne Lenaerts (SPF Santé Publique), Tinne Lernout (Sciensano), Romain Mahieu (COCOM), Quentin Mary (SSMG), Pierrette Melin (CHU Liège), Geert Molenberghs (UHasselt-KULeuven), Petra Schelstraete (UZ Gent), Giulietta Stefani (Sciensano), Stefan Teughels (Domus Medica), Steven Van Gucht (Sciensano), Greet Van Kersschaever (Domus Medica), Marc van Ranst (KULeuven).

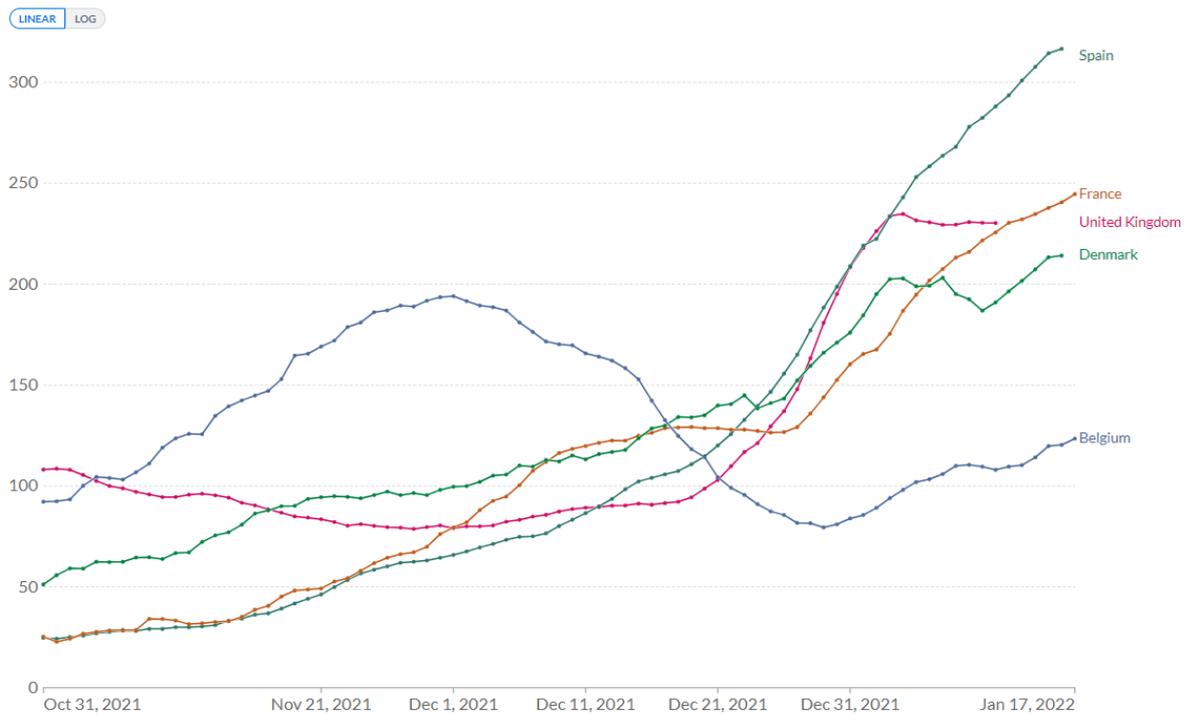
Annexe 1 : Etat des lieux du variant Omicron - 12 janvier 2022

Dans les pays qui sont en avance sur la Belgique dans la propagation du variant Omicron, l'impact du nombre très élevé d'infections sur les hospitalisations semble pour le moment limité. Aussi bien au Danemark, qu'au Royaume-Uni (UK), les nouvelles hospitalisations semblent avoir atteint un plateau. De même, le nombre d'admissions dans les unités de soins intensifs eu UK n'a pas augmenté et il est même en baisse au Danemark. Dans d'autres pays, comme la France et surtout l'Espagne, on constate encore une forte augmentation des hospitalisations.

Nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations par million, dans différents pays par rapport à la Belgique

Weekly new hospital admissions for COVID-19 per million people

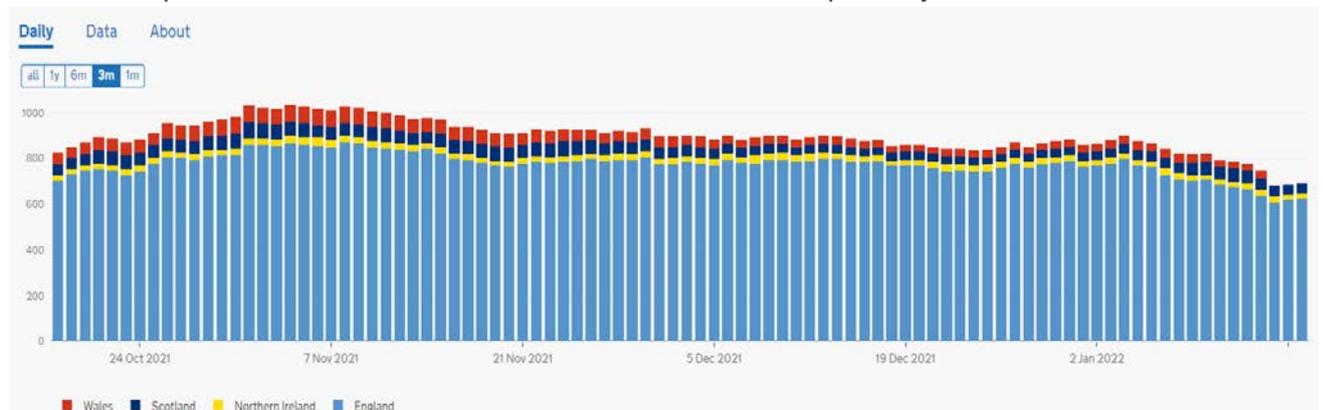
Weekly admissions refer to the cumulative number of new admissions over the previous week.



Source: Official data collated by Our World in Data

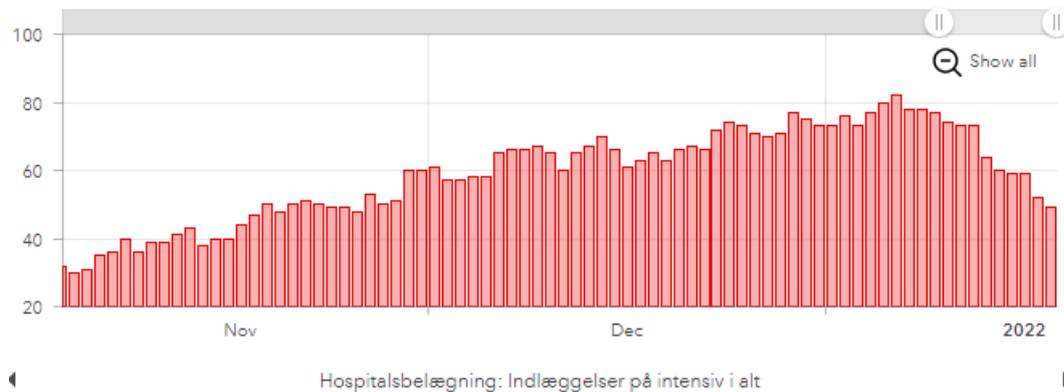
CCBY

Nombre de patients dans des lits avec une ventilation mécanique, Royaume-Uni

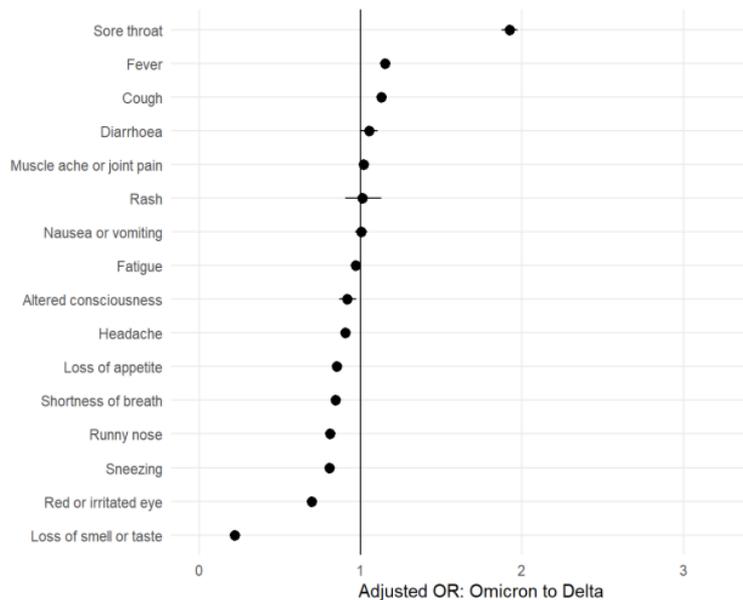


Nombre d'admissions en USI par jour, Danemark

Hospitalsbelægning: Indlæggelser på intensiv i alt pr. dag



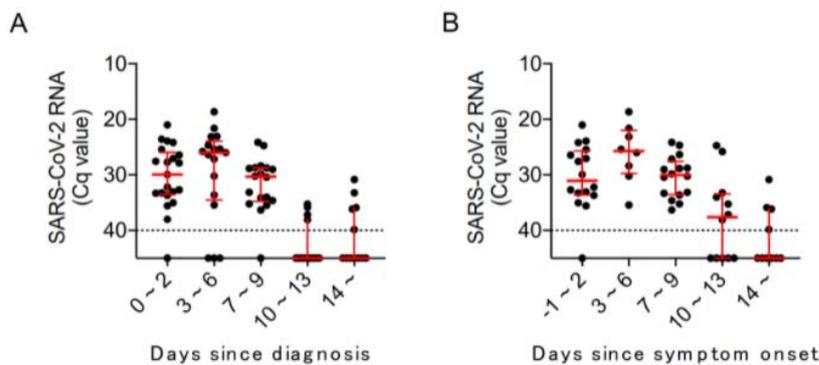
Dans une récente note technique, la UK Health Safety Agency présente les résultats d'une comparaison des symptômes dans 87 920 cas de Delta et 182 133 cas d'Omicron. Les maux de gorge étaient relativement plus fréquents dans les cas d'Omicron, et la perte de l'odorat ou du goût relativement moins. La même tendance a été observée dans une étude de cohorte sur les ménages en Angleterre, où il y a eu plus de maux de gorge rapportés et une réduction marquée de la perte de l'odorat et du goût chez les individus ayant une PCR positive depuis que le variant Omicron est devenu dominant. Il est important de noter que même les individus symptomatiques qui ont été testés négatifs pour le COVID-19 ont souvent rapporté un mal de gorge, ce qui suggère que ce symptôme ne serait pas un bon prédicteur de l'infection engendrée par le variant Omicron à lui seul.



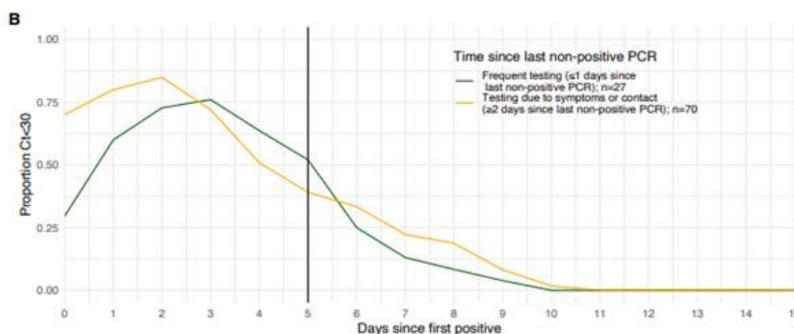
En Angleterre, une mise à jour de l'analyse de la protection contre l'hospitalisation engendrée par une infection Omicron par la vaccination de rappel a démontré que la protection est initialement de 92 % et diminue ensuite à 83 % après 10 semaines. En général, après 2 semaines, la protection est de 89 % (95 % CI 86-91).

Deux études ont calculé la durée de la période contagieuse lors d'une infection engendrée par le variant Omicron.

Une étude réalisée au Japon a examiné l'évolution de la charge virale et d'une culture positive au fil du temps chez 21 personnes infectées par Omicron, dont 19 avaient été vaccinées. La charge virale et la culture virale positive étaient toutes deux maximales 3 à 6 jours après l'apparition des symptômes ou le diagnostic, et diminuaient remarquablement après le 10^{ème} jour. Cependant, au cours de la période de 7 à 9 jours après l'apparition des symptômes, la culture virale était encore positive dans 3 des 16 échantillons (18,8 %).



Une étude menée aux États-Unis a comparé les infections Omicron aux infections Delta et a constaté que les infections Omicron duraient en moyenne un jour de moins que les infections Delta (9,9 jours et 10,9 jours, respectivement). Sur les 97 individus infectés par Omicron, environ la moitié présentait encore une valeur Ct <30 le cinquième jour après la détection et 15-25 % le septième jour. Huit jours après la première détection, 10 à 15 % avaient encore une valeur Ct <30 et ce n'est qu'après 10 jours que la valeur Ct était de 0 %.



Sources :

[Our World in Data](#)

[Weekly statements with monitoring data \(ssi.dk\); ICNARC COVID-19 Report 2022-01-07.pdf.pdf](#)

[Regionalt | Covid-19 Dashboard \(arcgis.com\)](#)

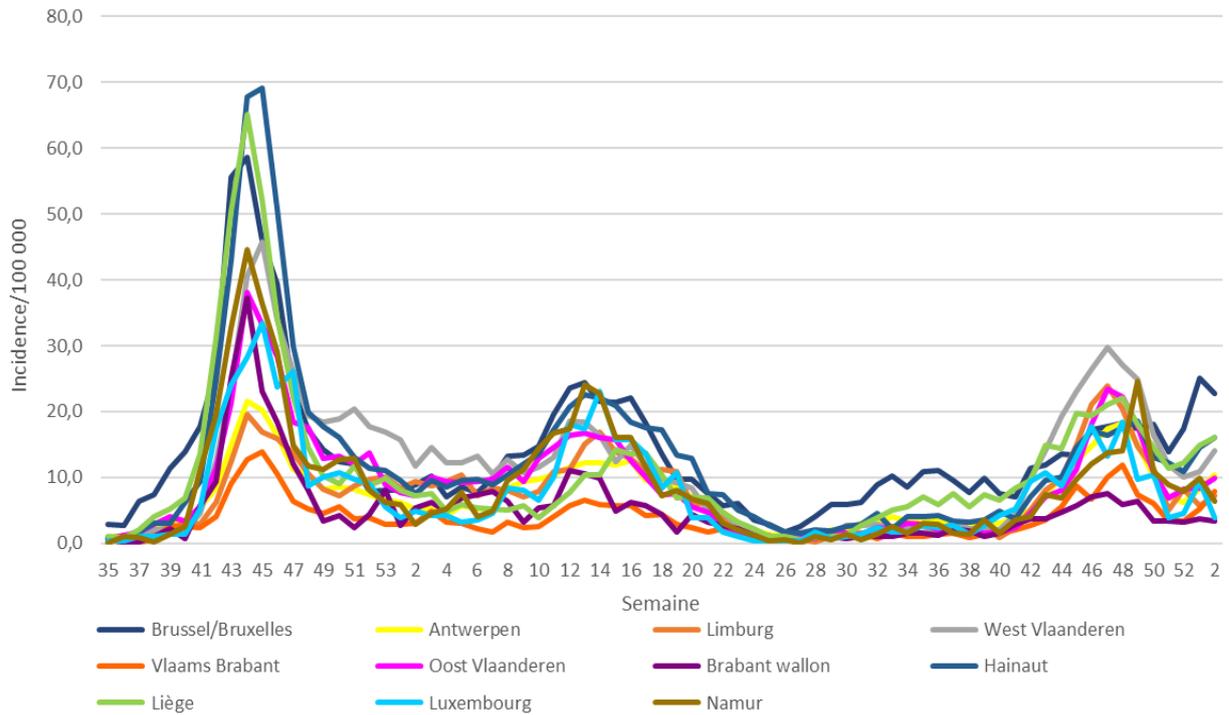
[SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation- Technical briefing 34 \(publishing.service.gov.uk\)](#)

[Active epidemiological investigation on SARS-CoV-2 infection caused by Omicron variant \(Pango lineage B.1.1.529\) in Japan: preliminary report on infectious period \(niid.go.jp\); Covid-19: Peak of viral shedding is later with omicron variant. Japanese data suggest | The BMJ](#)

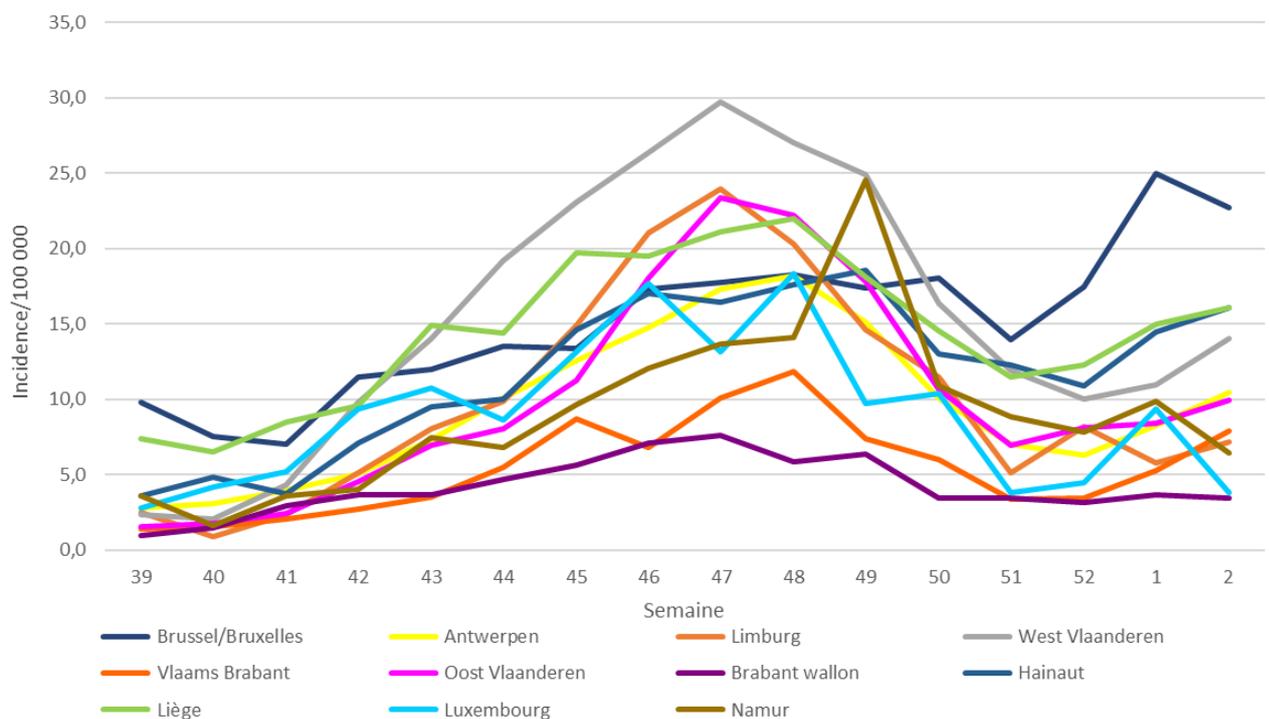
[Viral dynamics and duration of PCR positivity of the SARS-CoV-2 Omicron variant | medRxiv](#)

Annexe 2 : Nombre de nouvelles hospitalisations/100 000 habitants par semaine et par province, semaines 35/2020 à 2/2022

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".



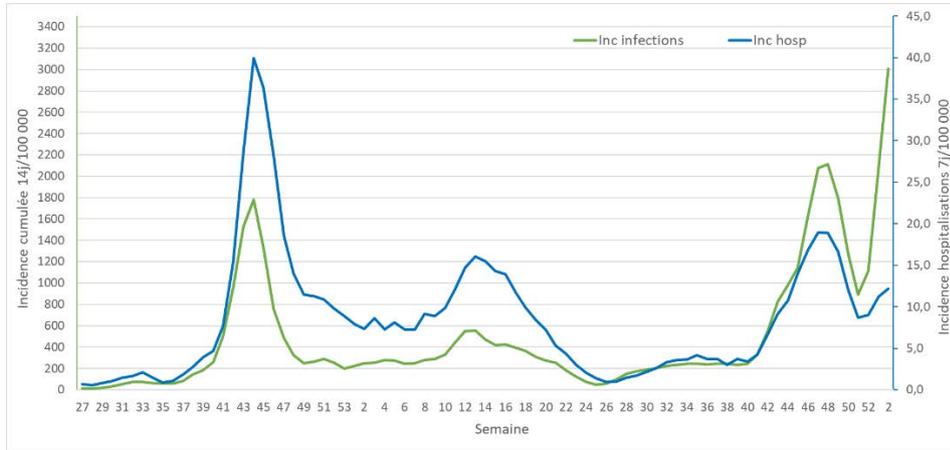
Une vue sur la période la plus récente (semaine 39/2021 à 2/2022) montre une augmentation dans la plupart des provinces.



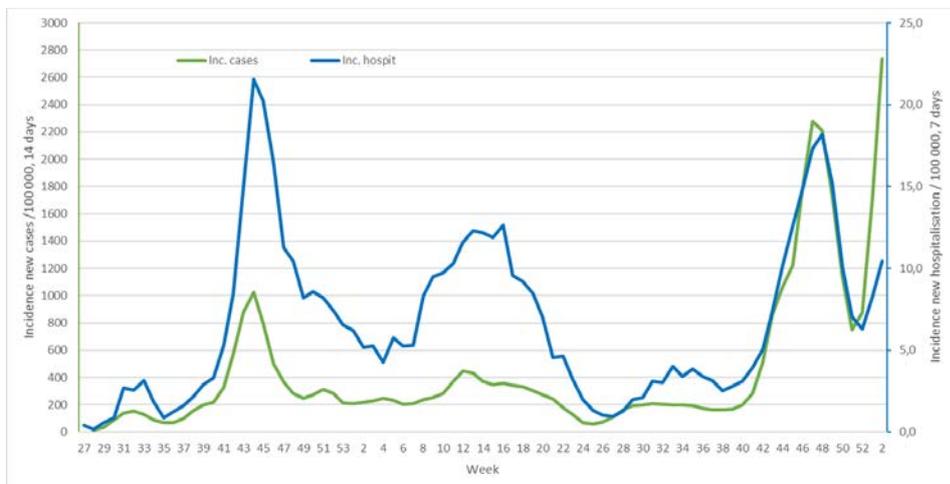
Annexe 3 : Evolution de l'épidémie par province pour les nouvelles infections et les nouvelles hospitalisations

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

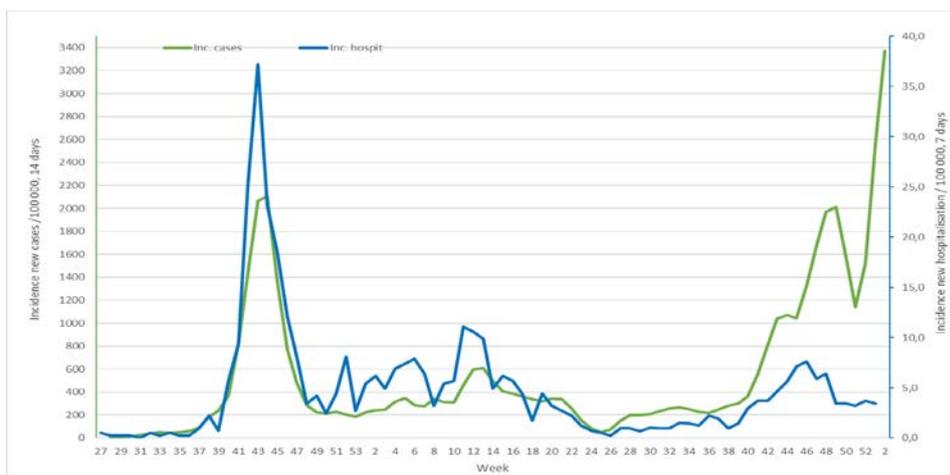
Belgique



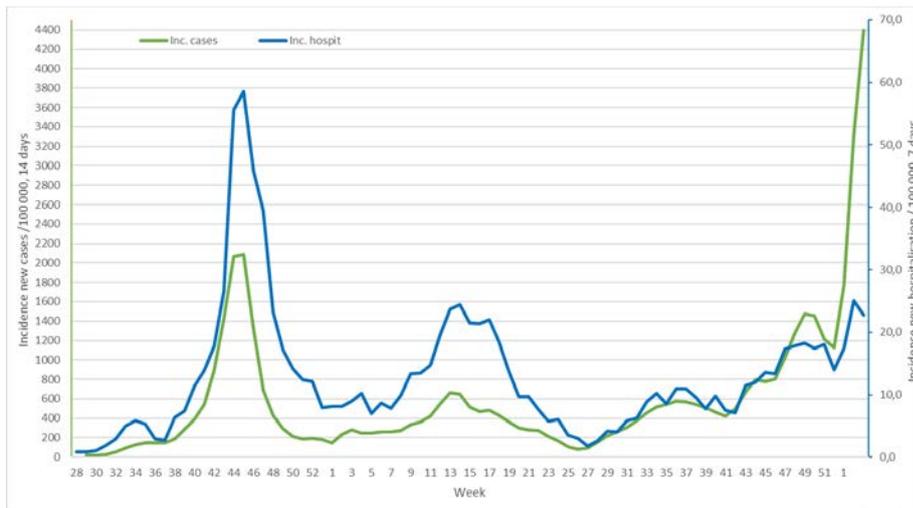
Antwerpen



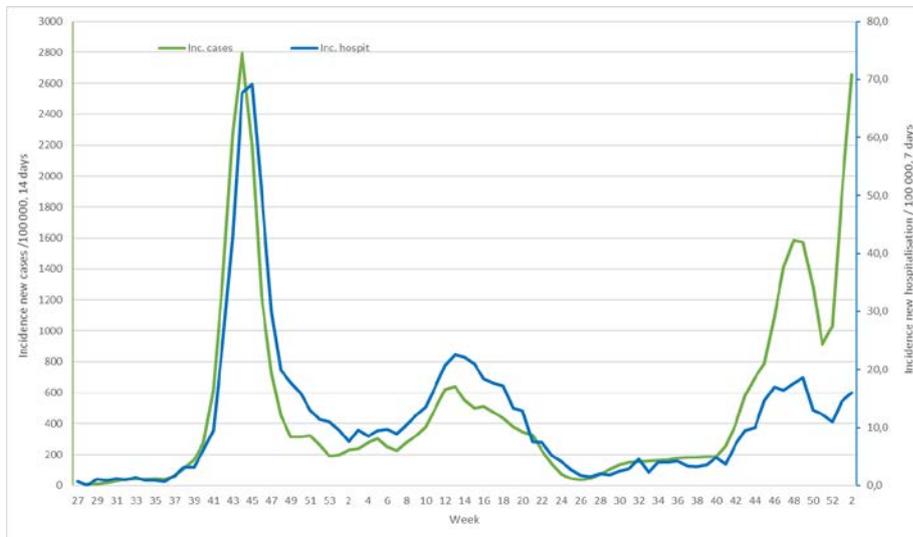
Brabant wallon



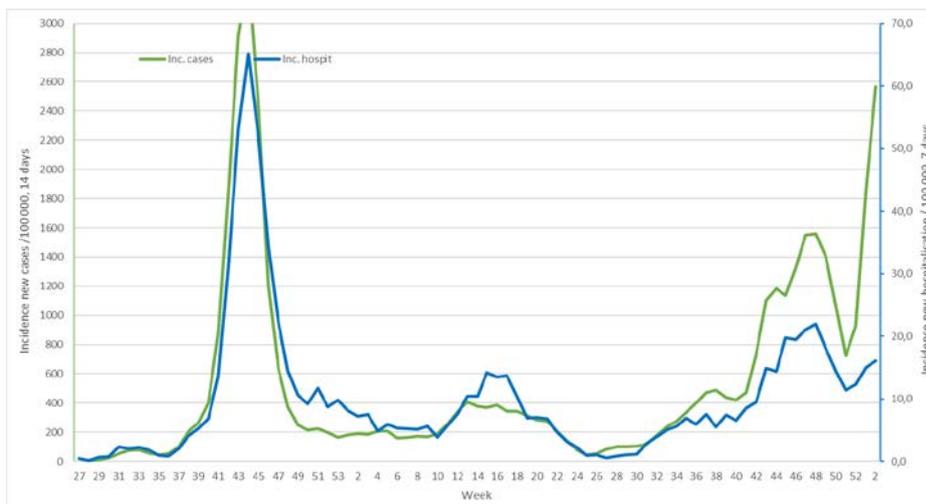
Brussels



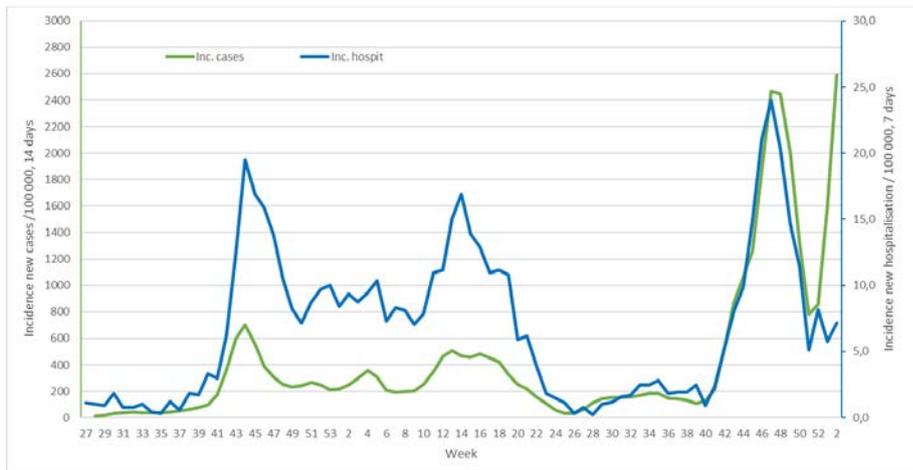
Hainaut



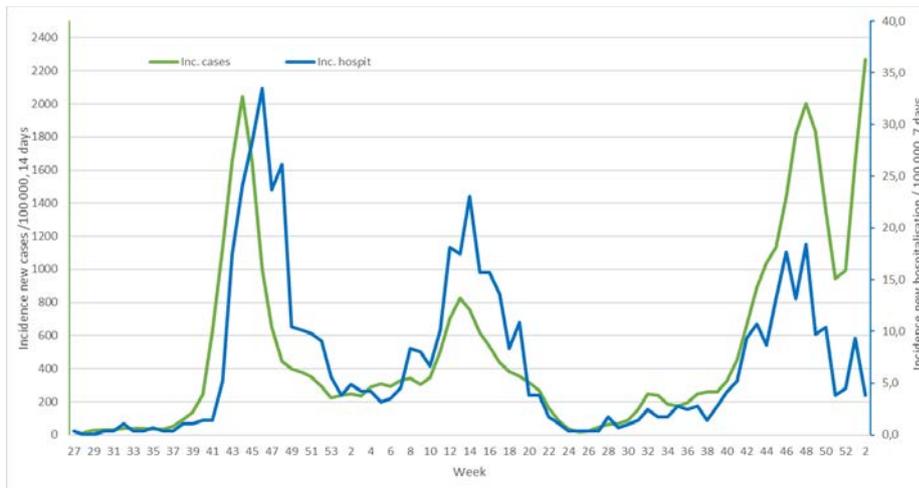
Liège



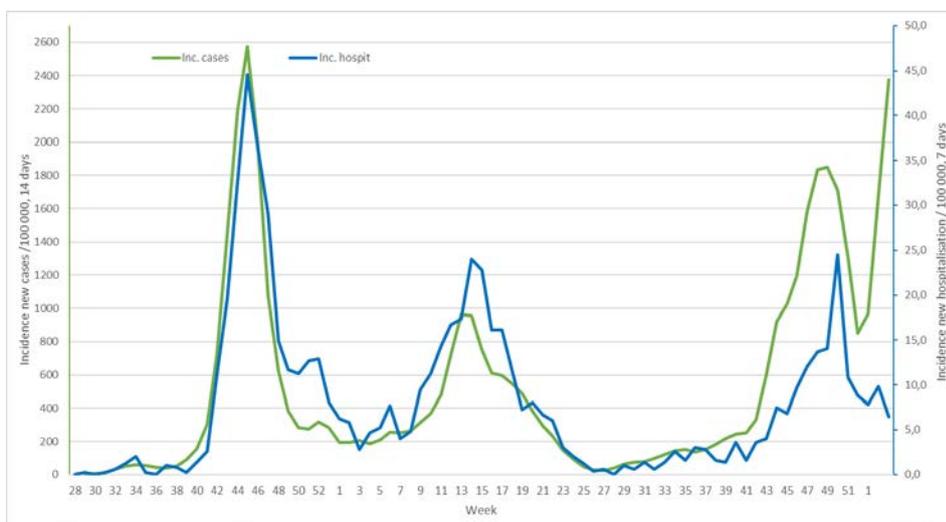
Limburg



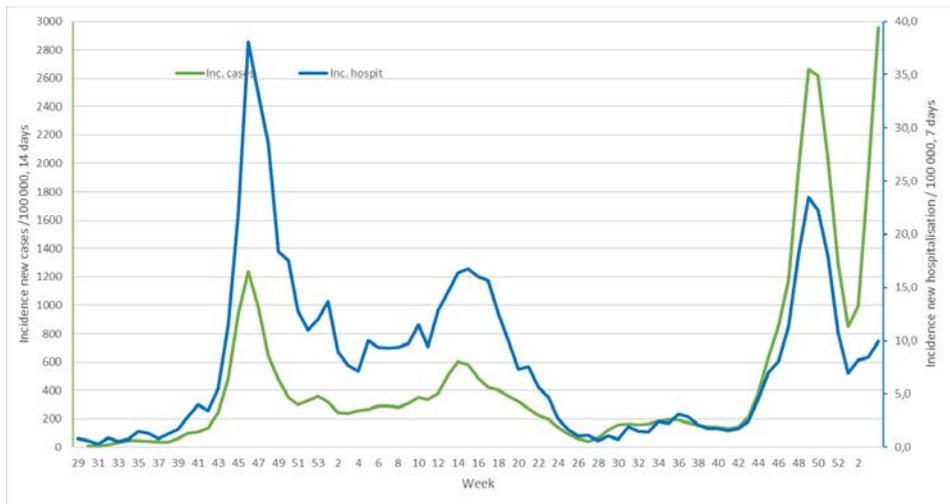
Luxembourg



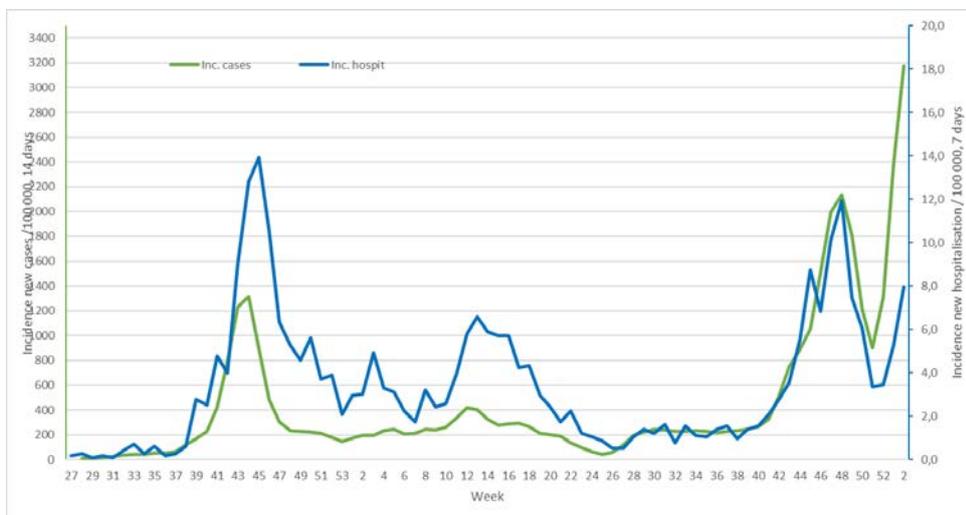
Namur



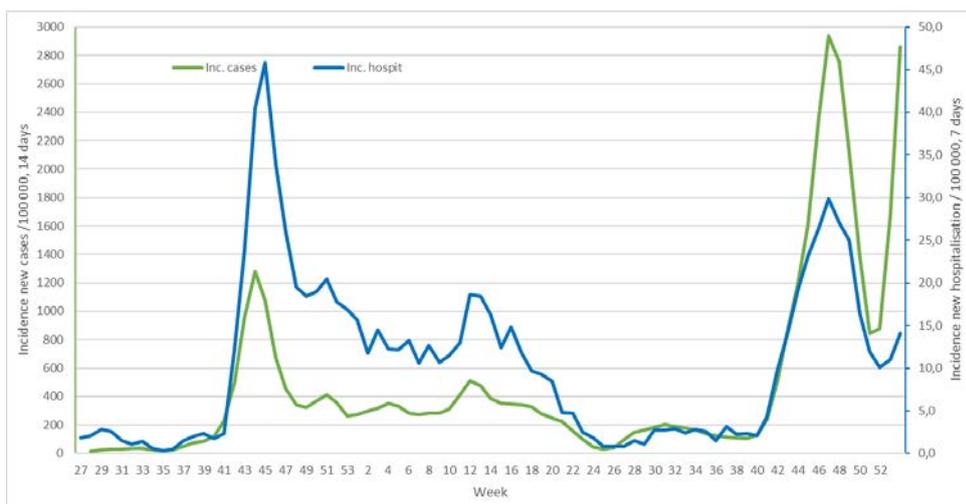
Oost-Vlaanderen



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.

